OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ

Zdravotně sociální fakulta

TRENDY V OŠETŘOVATELSTVÍ IV.

TRENDS IN NURSING IV.

Bohdana Dušová, Darja Jarošová, Yvetta Vrublová

Ostrava 2006

Obor: Ošetřovatelství

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

Anotace: Monografie se zabývá ošetřovatelstvím z pohledu vědecké disciplíny a také z pohledu praktické aplikace v řízení a kvalitě ošetřovatelské péče. Předkládá nejnovější trendy a změny ve vzdělávání sester a porodních asistentek, ke kterým dochází především v posledních letech. Prezentuje výsledky dílčích výzkumů v ošetřovatelské a zdravotní péči. V neposlední řadě se věnuje problematice a postavení mentorů v odborné ošetřovatelské praxi.

Editoři: PhDr. Bohdana Dušová, PhD.
doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

Recenze: doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.
Mgr. Andrea Bašková, PhD.

© Bohdana Dušová, Darja Jarošová, Yvetta Vrublová 2006

ISBN 80-7368-182-X

OBSAH

Úvod…… 7

Pavol Adamík, Igor Ondrejka, Róbert Olos, Želmíra Fetisovová, Martina Tomašíková, Katarína Adamcová
Psychosomatické problémy a sociálne fungovanie rodičov psychicky chorých detí…. 9

Sylva Bártlová, Marta Jobánková
Umírající pacient – dopad na prožívání a jednání zdravotních sester z pohledu opakované psychosociální zátěže……15

Ivana Bóriková
Predikcia rizika vzniku dekubitov…… 20

Hana Burkertová
Kvalita života dětí s onkologickým onemocněním…… 27

Anna Carlsson, Giggi Udén, Anders Hakansson, Elisabeth Dejin Karlsson
Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden……38

Martina Cichá
Výživa v kontextu se spirituálními potřebami nemocného…… 44

Bohdana Dušová
Aspekty kvality života klientů trpících chronickou bolestí.....52

Marcela Džumelová, Mária Lehotská
Špecifiká edukácie pacienta s osteoporózou…….. 58

Věra Erbenová
Mentorství v ošetřovatelské praxi..... 63

Ivan Farský, Katarína Žiaková, Igor Ondrejka, Juraj Čáp
Zmysel života v seniu..... 65

João Daniel Gentil
Family health nurse……..70

Elena Holmanová, Katarína Žiaková
Využitie nástrojov kvality v starostlivosti o umierajúceho…….73

Anna Horňáková, Jana Sušinková
Jazyková vybavenosť budúcích zdravotnických pracovníkov a použitie odbornej medicínskej terminológie v cudzom jazyku..... 84

Alžbeta Jacová, Marián Šanta, Zdenka Uherová, Terézia Fertaľová, Viera Cmorejová
Klinické témy jadra znalostí študijného odboru urgentná zdravotná starostlivost Prešovskej univerzity fakulty zdravotníctva 93

Darja Jarošová
MDS-HC (Minimum Data Set for Home Care) - standardizovaný nástroj pro validní hodnocení klientů v domácí péči 106

Päivi Kankkunen
Assessment and alleviation of children´s postoperative pain..…….…… 109

Wojciech Klapa, Alicja Kamińska, Maria Ogarek
Mikronauczanie w kształtowaniu umiejętności pielęgniarskich w toku zajęć z podstaw pielęgniarstwa……..……..... 115

Anna Krátká
Výukové metody využitelné v ošetřovatelských předmětech…… 119

Lenka Krhutová
Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti přístupu k pacientům se zdravotnickým postižením……..……..... 123

Anna Lengyelová, Karolína Sovová, Valéria Horanská
Interakcia mentor – student…… 131

Marianna Magerčiaková, Helena Kadučáková
Mentori a odborná prax studentů Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberoku……. 137

Katarína Malíková, Eva Moraučíková
Perspektíva a vízia vedecko-výskumnej činnosti Fakulty zdravotníctva z pohľadu ošetrovateľstva……..…..……..... 142

Jana Marečková
Pojetí aliance 3N…….……..... 148

Alena Mažgútová, Igor Ondrejka, Róbert Olos
Umieranie z pohľadu psychiatra - kauzistický náčrt……153

Helena Motyka
Edukacja w cukrzycy – istotny wymiar jakości opieki pielęgniarskej….……. 158

Martin Naď, Igor Ondrejka, Monika Naďová
Spolupráca rodičov v starostlivosti o dieťa s psychickou poruchou…….…… 165

Merja Nikkonen, Senja Hyvönen
Primary health care practitioners´ views of their own professional skills in mental health care..... 173

Beata Ogórek – Tęcza
Wartość idealizacji dla funkcjonowania człowieka w zawodach o charakterze służb społecznych….....…….....180

Zdeňka Olejárová , Paulína Hudáková, Anna Legyelová
Posúdenie sebestačnosti u pacientov na geriatrickom oddelení..... 185

Iwona Oskędra, Beata Zych, Maria Kózka
Zapotrzebowanie studentow studiow stacjonarnych i nestacjonarnych I i II

istopnia na kształcenie w systemie distance learning……..... 192

Andrea Pokorná, Natália Beharková
Zájem o sestry s vysokoškolským vzděláním v praxi – uměle vytvořený problém či skutečná potřeba…….....…….200

Viera Simočková
Budúcnosť bánk materského mlieka…….....……....207

Hana Sochorová, Hana Materová
Vývoj úrovně znalostí studentů ošetřovatelství v oboru informačních technologií při zahájení studia v průběhu 4 let.....…….….. 212

Karolína Sovová, Ľubomíra Lizáková, Valéria Horanská
Úroveň edukácie a vedomostí u pacientov so psoriasis vulgaris o ich ochorení v ambulantnej starostlivosti.....……..... 217

Jana Sušinková, Anna Horňáková
Paliatívna starostlivosť – vízia tretieho tisícročia…… 223

Naděžda Špatenková
Truchlení jako reakce na smrt blízkého člověka…….……..……..... 226

Magda Taliánová
Aktivizační metody ve výuce ošetřovatelství……..... 231

Martina Tomašíková, Želmíra Fetisovová, Igor Ondrejka, Mária Demeterová
K problematike kvality života u pacientov s chronickými ochoreniami…….....235

Zdenka Uherová, Alžbeta Jacová, Marián Šanta
Aké typy osobností si vyberajú povolanie zdravotnických pracovníkov?.....……..... 240

Yvetta Vrublová, Eva Polášková
Úloha mentora v praktické výuce na gynekologickém oddělení…….…….....244

Yvetta Vrublová
Vliv hypertenzní nemoci na sexualitu žen……..…….…….....247

Eva Zacharová
Význam sociální komunikace ve vzdělávání zdravotnických pracovníků...….....…….....251

Joanna Zalewska – Puchała
Postawy pielęgniarek wobec dzieci chorych na padaczkę…….…..... 255

Beata Zych, Ewa Ziarko, Maria Ogarek
Przygotowanie pielęgniarek do pełnienia roli opiekuna praktyk zawodowych……..262

Katarína Žiaková, Juraj Čáp, Elena Holmanová, Jana Vadkertiová
Nádej - posúdenie diagnostických znakov, intervencií a ukazovateľov výsledku v ošetrovateľskej starostlivosti…….…….....273

ÚVOD

Ošetřování nemocných je staré jako lidstvo samo. Ať se již jedná o jeho laickou podobu v oblasti ošetřování svých blízkých nebo o oblast charitativní pomoci vždy mělo a má stejný cíl, a tím je pomáhat v bolesti a utrpení. Ošetřovatelství jako věda nemá dlouhou historii, přesto si v současné době vytváří své akceptovatelné postavení na poli vědeckých disciplín s praktickou aplikací svých poznatků do praxe.

V České republice tento obor prožívá významný rozvoj jak v oblasti teoretické, tak i praktické. Odborné publikace a časopisy, zahraniční studijní pobyty, zkvalitňování ošetřovatelského procesu, semináře a konference jsou v současné době hnací silou, která pomáhá sestrám měnit jejich image a postoj k této nelehké a přesto velmi krásné profesi. Významnou roli zde také sehrávají kompetence sester. 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 péče vede k rozvoji oboru a k hlubšímu pochopení jedince a zejména jeho potřeb vztahujících se ke zdraví a kvalitě života.

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 pátého mezinárodního sympozia ošetřovatelství je obohatit čtenáře o poznatky z ošetřovatelské teorie a praxe. Jednotlivé příspěvky jsou zaměřeny do různých oblastí, které se prolínají do ošetřovatelské péče. Jedná se o oblasti ekonomiky, pedagogiky, psychologie, sociologie, práva, medicíny. Jejich poznatky a praktická aplikace vedou ke zkvalitňování ošetřovatelské péče Část předloženého textu je věnována problematice mentorů v klinické praxi, která je pro současné zdravotnické školství velmi významným prvkem vedoucí k efektivnosti praktické výuky budoucích zdravotnických pracovníků.

PSYCHOSOMATICKÉ PROBLÉMY A SOCIÁLNE FUNGOVANIE RODIČOV PSYCHICKY CHORÝCH DETÍ

Pavol Adamík, Igor Ondrejka, Róbert Olos, *Želmíra Fetisovová, *Martina Tomašíková, **Katarína Adamicová

** Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Martinská fakultná nemocnica, Psychiatrická klinika, Martin, Slovenská republika*
** Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav nelékarských študijných programov, Martin, Slovenská republika*
***Ústav patologickej anatómie, Jesseniova lekárska fakulta Martin a Martinská fakultná nemocnica Martin, sociálno-zdravotná komisia MZ Martin, Slovenská republika*

Súhrn
Práca je zameraná na posúdenie spektra a intenzity psychosomatických symptómov a úrovne sociálneho fungovania rodičov psychicky chorých detí. Skúmalo sa 53 rodičov, 32 matiek a 21 otcov, z kompletných aj nekompletných rodín. U matiek sa zistili výraznejšie psychosomatické symptómy a vyššie postihnutie sociálneho fungovania v porovnaní s otcami. Rodičia z nekompletných rodín vykazovali výraznejšie psychosomatické symptómy v porovnaní s rodičmi z kompletných rodín, napriek lepšiemu sociálnemu fungovaniu týchto rodičov, ktorí sa sami starajú o psychicky choré dieťa. Je preto potrebné venovať rodičom psychicky chorých detí zvýšenú pozornosť, čo má aj praktický význam. Zlepšenie psychosomatickej symptomatiky a sociálneho fungovania rodičov sa môže prejaviť v kvalitnejšej spolupráci rodiča v liečbe dieťaťa a tým aj v prognóze psychického ochorenia dieťaťa.

Kľúčové slová
dieťa s psychickou poruchou, rodičia, psychosomatické symptómy, sociálne fungovanie

Úvod
Psychickú poruchu dieťaťa v kontexte rodiny nemožno chápať len ako izolovanú nozologickú jednotku viazanú na samotné dieťa. Z hľadiska systémovej teórie treba ju vnímať v širšom kontexte, vo vzájomných súvislostiach medzi dieťaťom a členmi rodiny. Proces adaptácie rodičov na prítomnosť psychickej poruchy dieťaťa je obvykle dlhodobým procesom. Vyžaduje to uplatňovanie zložitých mechanizmov a stratégií spracovania celého spektra špecifických stresorov (Ondrejka a spol., 2003, s. 87). Výsledkom je rozličný stupeň účinnosti vyrovnania sa s poruchou. Prejavuje sa to v kognitívnej, emočnej a behaviorálnej rovine. Zapájanie neefektívnych stratégií kopingu spôsobuje maladaptáciu rodiča s poklesom v rozličných oblastiach kvality života, sociálneho fungovania a môže to súvisieť aj s vývinom psychosomatických symptómov rodičov (Ondrejka a spol., 2003, s. 66). Deficity v psychosociálnom aj psychosomatickom statuse rodičov vplyvom psychickej poruchy dieťaťa sa môžu recipročne prejaviť v starostlivosti o dieťa, v spolupráci rodiča v liečbe dieťaťa. Spolupráca v psychiatrickej liečbe dieťaťa závisí najmä od postoja a spolupráce rodiča. Pri insuficientnej spolupráci rodiča v liečbe dieťaťa je vysoké riziko recidív, chronifikácie psychickej poruchy dieťaťa, a teda aj horšej prognózy ochorenia.

Cieľ
Práca je zameraná na identifikáciu spektra a intenzity psychosomatických symptómov a intenzity postihnutia sociálneho fungovania rodičov, ktorí sa starajú o deti s psychickými poruchami.

Súbor

Vyšetrovaný súbor tvorili rodičia detí s psychickými poruchami, ktoré boli hospitalizované na detskom oddelení Psychiatrickej kliniky v Martine alebo sú ambulantne vedené a konziliárne vyšetrované v pedopsychiatrickej ambulancii za obdobie posledných 6 mesiacov. V prípade hospitalizácie dieťaťa boli rodičia vyšetrení v čase príjmu dieťaťa na oddelenie.

Kritériá pre zaradenie rodiča do súboru boli: informovaný súhlas; ochota k spolupráci; schopnosť pochopiť inštrukcie pri vypĺňaní výskumných metodík; participácia rodiča na výchove a starostlivosti o dieťa (podľa anamnestických údajov). Vylučujúce kritériá boli: diagnostikovaná a liečená psychická porucha rodiča; vážnejšie symptómové somatické ochorenie rodiča, ktoré by mohlo skresliť výsledky v administrovaných výskumných metodikách; iný významný aktuálny stresor – životná udalosť (podľa Z- diagnóz, ICD-10), ktoré by mohli participovať na vývine psychosomatických symptómov a deficitoch sociálneho fungovania rodiča (okrem psychickej poruchy dieťaťa).

Skúmaný súbor tvorilo 53 rodičov, z toho bolo 21 mužov a 32 žien. Respondenti boli vo veku od 25 do 58 rokov, vekový priemer bol 41,3 roka. Ženy mali priemerný vek 40,6 roka a muži 42,9 roka. Rodičia zaradení do súboru boli z kompletných rodín (v domácnosti sa o dieťa starajú dvaja rodičia, pričom nerozlišujeme biologických a nebiologických rodičov) aj z nekompletných rodín (jeden rodič v domácnosti, kde žije dieťa). Z kompletných rodín bolo 71,7 %, z nekompletných 28,3 % rodičov.

Metodika

V práci sa použili nasledovné metodiky: 1. SCL-90; 2. WHO Disablement scale; 3. intenzita psychickej poruchy dieťaťa.

1. Dotazník SCL-90

Dotazník SCL-90 (Derogratis a spol., 1973; Boleloucký, Horváth, 1974; Filip a spol., 1985, in Baštecký a spol., 1993, s.122-123) je často používanou metodikou v najrôznejších oblastiach psychiatrie i psychosomatiky, ktorá slúži na identifikáciu spektra a intenzity psychosomatických symptómov. Ide o deväťdesiat položiek typu päťbodovej verbálnej analógovej škály, pričom položky sú kvantifikované na stupnici od 0 (vôbec nie) do 4 (veľmi silno). Vyhodnotením dotazníku sa získa prehľad o aktuálnych ťažkostiach respondenta v rámci deviatich dimenzií symptomových škál a ďalšej skupiny tzv. nezaradených položiek, aj z hľadiska súhrnných ukazovateľov. Hodnota symptómovej dimenzie jednotlivého klienta sa vypočíta zo súčtu bodov, dosiahnutých v položkách zaradených do dimenzie, deleného počtom položiek v danej dimenzii. Jednotlivé dimenzie, škály tvoria tieto položky:

I. Somatizácia (SOM)
II. Obsesie - kompulzie (OBS)
III. Interpersonálna senzitivita (INT)
IV. Depresia (DEP)
V. Anxiozita (ANX)
VI. Hostilita (HOS)
VII. Fobia (PHOB)
VIII. Paranoidné myslenie (PAR)
IX. Psychoticizmus (PSY)
X. Nezaradené položky (NEZ)

Zo súhrnných ukazovateľov možno uviesť všeobecný ukazovateľ závažnosti (general severity index - GSI), ktorý je súčtom bodov, dosiahnutých v celom dotazníku, delený počtom všetkých otázok (deväťdesiatich).

Na posúdenie individuálnych výsledkov vyšetrení slúžia tabuľky s hranicami normy a hraničnými hodnotami výraznejšej psychopatológie rozdielnymi pre mužov a ženy. Hranica normy je vypočítaná z priemerov a smerodajných odchýlok vyšetrovaných súborov zdravých osôb a pacientov. Hraničné hodnoty výraznejšej psychopatológie sú určené arbitrálne na

základe hodnoty dolnej hranice priemeru súborov pacientov s prihliadnutím k hodnotám u skupín zdravých osôb. Ich použitie má praktický význam. (Baštecký a spol., 1993, s.122-123).

2. WHO Disablement Scale

WHO disablement scale je posudzovacia stupnica SZO pre stupeň postihnutia zameraná na špecifické oblasti sociálneho fungovania. Ide o štyri položky typu šesťbodovej verbálnej analógovej škály, pričom 0 = bez postihnutia a 5 = ťažké (100 %) postihnutie. Vyhodnotením získame prehľad o ťažkostiach respondenta v rámci štyroch oblastí sociálneho fungovania, pričom vyššie skóre indikuje výraznejšie postihnutie fungovania v skúmanej oblasti:

A. Starostlivosť o vlastnú osobu
B. Práca
C. Rodina a domácnosť
D. Fungovanie v širšom sociálnom kontexte (Smolík, 1996).

3. Intenzita psychickej poruchy dieťaťa

Ide o zostavenú posudzovaciu stupnicu pre stupeň intenzity (závažnosti) psychickej poruchy dieťaťa osobitne hodnotenú rodičom a psychiatrom formou päťbodovej verbálnej analógovej škály, pričom hodnota 0 = bez prejavov psychickej poruchy, hodnota 4 = maximálne (extrémne) prejavy psychickej poruchy.

Výsledky

Tab. 1 Dotazník SCL-90

	ženy	**muži**	**Rozdiel**
I. SOM	0,75	0,36	0,39
II. OBS	0,84	0,40	0,44
III. INT	0,64	0,24	0,40
IV. DEP	0,85	0,17	0,68
V. ANX	0,68	0,27	0,41
VI. HOS	0,46	0,16	0,30
VII. PHOB	0,34	0,25	0,09
VIII. PAR	0,61	0,03	0,58
IX. PSY	0,27	0,03	0,24
X. NEZ	0,69	0,36	0,33
GSI	0,59	0,23	0,36

Ženy vykazovali vo všetkých symptómových dimenziách, vrátane GSI, vyššie priemerné hodnoty v porovnaní s mužmi. Najvyšší rozdiel (0,68) bol v škále depresie, kde ženy dosahujú priemerné skóre 0,85 a muži 0,17. Najnižší rozdiel bol v škále fóbie (0,09), u žien 0,34 a u mužov 0,25.

Celkovo sú hodnoty všetkých symptómových dimenzií u žien v norme, až na škálu paranoidného myslenia, kde vykazujú hraničnú hodnotu psychopatológie (0,61). Paranoidné myslenie je tu chápané ako vzťahovačné s pocitmi viny. Najvyššie hodnoty dosahujú v škálach depresie (0,85), obsesií-kompulzií (0,84) a somatizácie (0,75), najnižšie naopak v škále psychoticizmu (0,27) a fóbie (0,34).

U mužov sú hodnoty vo všetkých dimenziách v norme. Najvyššie hodnoty dosahujú v škále somatizácie a nezaradených položiek (obidve rovnako 0,36) a anxiety (0,27), najnižšie v paranoidnom myslení a psychoticizme (taktiež obidve 0,03) (tab. 1).

Analýzou individuálnych prípadov v skupine žien vykazovalo patologické hodnoty v jednotlivých symptómových dimenziách 24 žien (75 %), z toho 8 žien (33,3 %) bolo

z kompletných rodín a 16 žien (66,7 %) z nekompletných rodín. U každej ženy, ktorá sa sama starala o psychicky choré dieťa sa zistila patologická hodnota v niektorom symptómovom okruhu. Najviac dosahované patologické hodnoty boli v škálach paranoidného myslenia (18 prípadov), depresie (11 prípadov) a interpersonálnej senzitivity (10 prípadov). GSI malo patologicky zvýšené 8 žien, čo je 25 % z celkového počtu žien.
Pri individuálnej analýze v skupine mužov dosahovali patologické hodnoty 2 muži (9,5 %), obaja boli z nekompletných rodín, teda 100 % a to v škálach obsesie - kompulzie (2 prípady) a interpersonálna senzitivita (1 prípad). Ani jeden muž nemal patologicky zvýšený GSI.

Tab. 2 WHO Disablement scale

	ženy	**muži**	**rozdiel**
A	0,75	0,00	0,75
B	1,00	0,20	0,80
C	1,45	0,50	0,95
D	1,50	0,60	0,90

Ženy vykazujú v priemere vo všetkých oblastiach vyššie hodnoty, teda výraznejšie postihnutie fungovania ako muži. Najväčší rozdiel (0,95) sa zistil v oblasti rodiny a domácnosti. V oboch skupinách je najnižšie postihnutie v škále starostlivosti o seba (u mužov s nulovým postihnutím), a najvyššie postihnutie v oblasti fungovania v širšom sociálnom kontexte (tab. 2). Celkové postihnutie je výrazne vyššie u žien (1,18) ako u mužov (0,33), pričom žena vykazuje vyššie postihnutie ako muž starajúci sa o dieťa v tej istej domácnosti. Ženy z nekompletných rodín vykazujú nižšie celkové postihnutie (0,67), ako ženy z kompletných rodín (1,39). Podobne muži z nekompletných rodín vykazujú nižšie postihnutie (0,25) ako muži z kompletných rodín (0,36).

Intenzita psychickej poruchy dieťaťa hodnotená rodičom je v priemere 1,7, pričom je rozdiel vo vnímaní psychickej poruchy ženami a mužmi: ženy dosahujú priemer 1,8, muži len 1,5. Celková intenzita psychickej poruchy dieťaťa hodnotená lekárom dosahuje v priemere až 2,33.

Diskusia

Do kontaktu s rodičmi dieťaťa s psychickou poruchou prichádza lekár, najmä detský psychiater a sestra, či už na oddelení počas hospitalizácie alebo pri ambulantnom vedení pacienta. Lekár aj sestra monitorujú zdravotný stav psychicky chorého dieťaťa. Dôležité je však zacieliť pozornosť aj na rodičov, na ich psychický, psychosomatický stav a sociálne fungovanie. Rodičia detí s psychickými poruchami sú rizikovou skupinou, komunitou na znekvalitnenie života v rozličných podobách. Kvalita života je subjektívnym dynamicky sa meniacim stavom v bio-psycho-sociálno-spirituálnej oblasti (Farský, Žiaková, 2004, s. 20). Deficity v sociálnom fungovaní, ako aj vývoj psychosomatickej symptomatiky rodičov môže súvisieť s horšou spoluprácou v liečbe dieťaťa, čo môže negatívne ovplyvniť priebeh a prognózu ochorenia. Vyžaduje to pravidelné a v mnohých prípadoch dlhodobé posudzovanie psychosomatického a psychosociálneho statusu rodičov. Rodičia starajúci sa o psychicky choré dieťa si preto zasluhujú zvýšenú pozornosť. V prípade identifikovaných deficitov je nevyhnutné uvažovať o vhodných alternatívach manažmentu rodičov. Ide najmä o psychoterapeutické intervencie, psychoedukačné programy, klubové aktivity rodičov detí s rovnakými či podobnými psychickými problémami (Ondrejka, Mažgútová, 2003, s. 112). Psychoedukácia priebežne zvyšuje informovanosť o ochorení, možnom priebehu a osobitostiach starostlivosti, redukuje motivačný deficit, zlepšuje spoluprácu rodiča, čo má aj preventívny význam pre ochorenie dieťaťa a pre zhoršenie kvality života rodiča.
Vhodná metóda a forma psychoterapie zacielenej na rodičov psychicky chorých detí významnou mierou prispieva k redukcii psychosomatických symptómov a pomáha zlepšovať

sociálne fungovanie. Špecifická forma psychoterapie - rodinná terapia okrem iných funkcií upevňuje rodinné väzby.
Klubová činnosť rozširuje sociálne väzby, sociálnu sieť a posilňuje aj špecifikuje či umožňuje sociálnu podporu.
V týchto terapeutických a podporných aktivitách by mal participovať multiodborový tím odborníkov (psychiater, praktický lekár, psychológ, sestra, pedagóg, sociálny pracovník). Pri identifikovaných psychosomatických symptómoch je potrebná aj psychiatrická intervencia.
U matiek sa zistili výraznejšie psychosomatické symptómy ako u otcov, najmä v škále depresie. Hranične patologické hodnoty boli u matiek v škále paranoidného (vzťahovačného) myslenia. Najvyššie hodnoty dosahovali v škálach depresie, obsesií-kompulzií a somatizácie. Výraznejšie psychosomatické symptómy sa zistili u matiek, ktoré sa samé starali o dieťa. Každá z týchto matiek vykazovala patologickú hodnotu v niektorej symptómovej dimenzii. Pri analýze individuálnych prípadov boli najčastejšie dosahované patologické hodnoty v škálach paranoidného myslenia, depresie a interpersonálnej senzitivity.
U otcov boli psychosomatické symptómy vo všetkých dimenziách v norme, pričom najvyššie hodnoty dosahovali v škále somatizácie, nezaradených položiek a anxiety.
Analýzou individuálnych prípadov v skupine otcov dosahovali patologické hodnoty iba tí, ktorí sa sami starali o psychicky choré dieťa, a to v škálach obsesie - kompulzie a interpersonálnej senzitivity.
Matky vykazujú výraznejšie postihnutie fungovania vo všetkých oblastiach ako otcovia, pričom najväčší rozdiel sa zistil v oblasti rodiny a domácnosti. V oboch skupinách sa zistilo najnižšie postihnutie v starostlivosti o seba a najvyššie postihnutie v oblasti fungovania v širšom sociálnom kontexte. Matky vykazujú vyššie postihnutie ako otcovia starajúci sa o to isté dieťa v jednej domácnosti. Zaujímavé je, že matky z nekompletných rodín vykazujú nižšie celkové postihnutie ako matky z kompletných rodín. Podobne otcovia z nekompletných rodín vykazujú nižšie postihnutie ako otcovia z kompletných rodín.
Aj keď sa v kompletných rodinách podieľajú obidvaja rodičia na výchove a starostlivosti o psychicky choré dieťa, výraznejší podiel v tomto procese majú obvykle matky. Na kľúčového, dominantného rodiča v starostlivosti o dieťa sa kladú vyššie nároky na adaptáciu, na výkon roly rodiča, nevyhnutná je aj korekcia priorít, hodnôt a postojov. Táto záťaž v role rodiča môže súvisieť s postihnutím fungovania, ako aj s vývinom psychosomatických symptómov. Zaujímavým nálezom sú lepšie výsledky v oblasti sociálneho fungovania u rodičov, ktorí sa sami starali o psychicky choré dieťa, aj napriek výraznejším psychosomatickým symptómom u týchto rodičov. V prípade neúplnej rodiny môže to súvisieť s fúziou rodičovských rolí, potrebou kontinuálne vyššej aktivity a výkonu jedného rodiča, čo môže však generovať psychosomatickú symptomatiku.
Zistili sa rozdiely v hodnotení intenzity psychickej poruchy detí rodičmi a psychiatrom, ako aj rozdiely medzi hodnotením matkami a otcami. Rodičia v priemere uvádzali mierne až stredne ťažké prejavy psychickej poruchy ich detí, pričom matky uvádzali výraznejšiu intenzitu psychickej poruchy ako otcovia. Rodičia uvádzali v priemere nižšiu intenzitu prejavov psychickej poruchy detí v porovnaní s objektívnym posúdením psychiatrom.
Rozdiely v hodnotení intenzity psychickej poruchy dieťaťa súvisia s laickým a profesionálnym pohľadom, aj s istou mierou podcenenia vážnosti poruchy. Podhodnocovanie vážnosti poruchy súvisí aj s nevedomými osobnostnými mechanizmami-bagatelizáciou, vytesnením, idealizáciou, ako aj s vedomou snahou vyhnúť sa stigmatizácii dieťaťa a rodiny psychickou poruchou.

Záver

V práci sa zistilo, že matky psychicky chorých detí trpia výraznejšími psychosomatickými symptómami a výraznejším postihnutím sociálneho fungovania ako otcovia. V oblasti psychosomatických symptómov bolo zistené vyššie postihnutie matiek aj otcov , ktorí sa sami starali o dieťa. V oblasti sociálneho fungovania boli postihnuté viac matky ako otcovia starajúci sa o to isté dieťa v jednej domácnosti. Zaujímavý je nález lepšieho sociálneho fungovania rodičov, ktorí sa sami starali o psychicky choré dieťa, aj napriek výraznejším

psychosomatickým symptómom u týchto rodičov. Rodičia v priemere uvádzali nižšiu intenzitu psychickej poruchy dieťaťa oproti objektívnemu hodnoteniu psychiatrom. Manažment psychicky chorých detí je preto potrebné rozšíriť o manažment ich rodičov, čo kladie väčší dôraz na posudzovane celkového stavu rodičov lekárom a sestrou. V prípade identifikovaného psychosomatického a psychosociálneho postihnutia rodičov je potrebný následný multidisciplinárny a multiodborový prístup riešenia s dôrazom na psychoterapiu a edukáciu. Zlepšenie psychosomatických symptómov a sociálneho fungovania rodičov v kontexte kvality života môže mať pozitívny vplyv na spoluprácu v liečbe psychicky chorého dieťaťa a následne zlepšiť prognózu psychickej poruchy dieťaťa.

Bibliografické odkazy

1. BAŠTECKÝ, J. et al. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368s. ISBN 80-7169-031-7
2. FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2004. Specific features of the care of elderly. Acta Med. Mart., roč. 4, č. 3, s. 20-24. ISSN 1335-8421
3. ONDREJKA, I., MAŽGÚTOVÁ, A. 2003. Chronická psychická porucha dieťaťa v kontexte rodiny. Psychiatria, roč.10, č. 3, s.109-113.
4. ONDREJKA, I. et al. 2003. Kvalita života a jej význam v detskej a dorastovej psychiatrii. Čes.-slov. Pediat., roč. 58, č.2, s.85-88.
5. ONDREJKA, I. et al. 2003. Vplyv psychotickej poruchy dieťaťa na kvalitu života rodiny. Čes.-slov. Pediat., roč. 58, č. 2, s. 66-69. ISSN 0069-2328
6. SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha : Maxdorf Jessenius, 1996. 504s.

MUDr. Adamík Pavol
Psychiatrická klinika
JLF UK a MNF v Martine
Kollárova 2
036 59 Martin
Slovenská republika
e-mail: bobor4@email.cz

UMÍRAJÍCÍ PACIENT – DOPAD NA PROŽÍVÁNÍ A JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER Z POHLEDU OPAKOVANÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽE

Sylva Bártlová, Marta Jobánková

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno

Souhrn:
V rámci výzkumného šetření pracovní zátěže sester byl studován dopad situací, vztahujících se k péči o umírajího pacienta a k následným povinnostem sestry v kontaktu s rodinou zemřelého. S využitím tzv. ohniskových skupin (focus groups) byly zkoumány i formy možného selhání sester v důsledku opakované psychosociální zátěže především na těch pracovištích, kde se sestry setkávají s blízkostí smrti opakovaně.

Klíčová slova:
Focus groups, psychosociální zátěž, smrt, sestry, umírání,

Úvod:
Problematikou pracovní zátěže sester se systematicky zabýváme již od roku 1991. V centru našeho zájmu byl výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na exponovaných pracovištích, na nichž lze předpokládat zvýšený výskyt psychosociální zátěže.
Ve spolupráci s frekventantkami v NCO NZO Brno jsme v posledním období stále častěji řešily především otázky týkající se možností prevence syndromu vyhoření a snižování psychosociální zátěže. ***Hledaly jsme cesty zkvalitňování jejich přípravy na ty zátěžové situace, které sestry samy označovaly jako nejnáročnější a ve svých důsledcích mnohdy i traumatizující. Mezi tyto situace sestry řadí významně často péči o umírající, komunikace s nimi a jejich rodinou.***

Teoretická východiska:
V moderní společnosti je smrt převážně institucionalizovaná, většina lidí dnes umírá až ve vyšším věku, na rozdíl od minulosti, kdy smrt byla mnohem běžnější mezi lidmi v „rozkvětu života“. Dříve nejenom že k smrti docházelo častěji, ale ztráta byla pociťována mnohem intenzivněji. Dospělí, kteří umírali, měli velký, mnohdy přímo rozhodující význam pro hospodářskou a emocionální stabilitu svých rodin. Podle Waltera (1991) není nijak překvapivé, že se v moderním světě zdá, že lidé nedokáží zvládnout bolestnou ztrátu na osobní úrovni nebo že tato společnost nemá smysluplné ritualizované způsoby vyjádření žalu ve srovnání s dřívějšími typy společností. Lidé v současné době v průmyslově vyspělých zemích „nepopírají“ problematiku smrti, mají však málo příležitosti se s ní v žádoucím rozsahu seznámit. Společnost může mít proto jen stěží nějaké požadavky na složité společné liturgie týkající se smrti.
Lze kalkulovat, že tři čtvrtiny úmrtí se odehrají v nemocnicích, nebo jiných institucích. (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004). Umírání a smrt jsou proto „typickou“ zkušeností nemocničního každodenního života. Může to být jednotka intenzívní péče, interní nebo chirurgické oddělení, pohotovost, operační sál, psychiatrická léčebna, léčebna pro dlouhodobě nemocné nebo domov důchodců apod. I když člověk zemře v hospici nebo v domácím prostředí, je mu věnována pozornost lékařského a jiného zdravotnického personálu. Praktický lékař či zdravotní sestra přinesou lékařskou terminologii do domácího prostředí, tedy do soukromí umírajícího, případně mrtvého jedince. Ani smrt na silnici neznamená únik z oblasti lékařské profese, pokud ji předchází zásah přivolané záchranné ambulance. Lze tedy říci, že smrt je medicinalizovaná. Smrt i umírání se staly více lékařskými kategoriemi než přirozenými událostmi.
I názor společnosti na zdraví je podmiňován tím, jak je smrt pojímána. Lékařská profese smrt medicinalizovala. Lékaři úspěšně nahradili čistě náboženský význam obsahu smrti, který

nahradil pohanské představy. Illich (1977) tvrdí, že pojem „přirozená smrt“ na konci „zdravého“ života, která by podle předpokladů měla nastat ve vysokém věku, je medicinalizovaný ideál, který vychází z obrazu lékaře bojujícího s potenciálně fatálními chorobami. Pokud dojde k úmrtí v nižším věku, pak je smrt považována za „předčasnou“. Medicína se snaží stále změnit podmínky, za nichž dochází ke smrti, a v jakém věku život končí. V tomto smyslu budou některá dnešní úmrtí retrospektivně překlasifikovaná na „předčasná“.
Glaser a Strauss (1965, 1968) řešili problém, jaké způsoby zacházení s umírajícími byly rozvíjeny ošetřujícím personálem a jak byl poznatek o blízkosti smrti začleňován, anebo naopak eliminován v průběhu interakce. Ve výzkumu byly typy vzájemné komunikace mezi zdravotnickými pracovníky (hlavně lékaři a sestrami), příbuznými a osobou, která umírá, zařazeny do jedné ze čtyř forem „vědomého kontextu“. „Vědomý kontext“ definují autoři jako souhrn toho, co každý zúčastněný v rámci interakce ví o určitém stavu pacienta. Rozlišují analyticky tyto čtyři formy vědomého kontextu:
Uzavřené uvědomění. Pacient nemá tušení, zatímco personál je uvědoměn, aniž ovšem pacientovi cokoli sdělí
Podezíravé uvědomění. Na pacienta doléhá podezření, že bude muset zemřít, aniž by o tom byl personálem zevrubně informován
Uvědomění oboustranného klamání. Všichni zúčastněni interakce vědí o stavu, aniž by to však vzájemně přiznali
Otevřené uvědomění. Pacient i personál znají skutečný stav, realisticky ho vyhodnocují a vědomosti si vzájemně předávají
Tyto vědomé kontexty však nepředstavují nic statického. Mění se v průběhu interakce mezi umírajícím a personálem. Přitom podstatná kontrola jejich vzniku, trvání a změn spočívá na lékaři a ošetřujícím personálu.
Krátkodobě přináší taktika uzavřeného uvědomění a uvědomění oboustranného klamání určitou emocionální a interaktivní úlevu. Dlouhodobě, a to například z hlediska informačního napětí nebo intervencí příbuzných, však může vytvořit obdobnou nesnesitelnou zátěž, jaká je důsledkem stavu podezíravého uvědomění.

Situace v České republice:
Výsledky z rozsáhlého šetření, které byly zveřejněny v roce 2004 pod názvem „Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)“, dokazují, že přes pozitivní změny v posledních desetiletích se velké většině umírajících v ČR stále nedostává odpovídající péče. Výzkum veřejného mínění v daném projektu poukázal na:

- naléhavou potřebu zkvalitnění péče o umírající
- nutnost orientace na péči o umírající v jejich vlastním prostředí a v úzké spolupráci s jejich rodinami
- naléhavou potřebu zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích.

Závěry z focus groups sester, které se ve své práci často setkávají s umíráním a smrtí.

K technice focus groups:
Focus groups je jednou z technik, která se stále více uplatňuje i v ošetřovatelství (Bártlová, 2005). Shromažďuje údaje prostřednictvím skupinové interakce v debatě na určité téma, které je určené tazatelem. Jde o kvalitativní techniku, která nepátrá po číslech a jevy se nesnaží měřit. Zajímají ji témata, kategorie, zkrátka „kvality“ jevu. K rozvoji této techniky došlo v 80. – 90. letech minulého století společně s rozšířením kvalitativních metod obecně. Dnes existuje značné množství literatury o této technice také v takových oborech jako je veřejné zdravotnictví, ošetřovatelství, studium komunikace, psychologie, sociologie a i u dalších disciplín.
Focus groups se může odehrávat buď s náhodně vybranou skupinou respondentů, anebo se skupinou cíleně vybranou podle určitých kritérií. Používá se jí všude tam, kde se nekladou

dotazy po hodnotách vyjádřitelných čísly, ale po tématech, názorech, stanoviscích, postojích. Doporučená délka debaty je 2 – 3 hodiny. Velmi důležitou roli hraje moderátor, který usměrňuje tok diskuse, případně brání možným konfliktům mezi účastníky. Musí být na tuto roli dobře připraven, tj. být dobře obeznámen s problematikou, která je předmětem rozhovoru a musí dobře zvládnout dovednost vést a usměrňovat rozhovor s více lidmi. Cílem není většinou vyřešení nastoleného problému, spíše zmapování různých pohledů a přístupů k jeho pochopení.

Závěry z focus groups sester:
Problematice zátěžových situací bylo věnováno celkem 6 focus groups se sestrami pracujícími na ARO, JIP, onkologických odděleních, dialyzačních centrech, v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech důchodců. Záměrně jsme volily skupiny sester z takto rozdílných pracovišť, která spojuje jediné - ***možná blízkost smrti.***
V uvedených skupinových sezeních sestry vymezovaly pracovní situace, které zvládají s obtížemi, s velkým emocionálním nasazením, tíživými prožitky, snaží se před nimi unikat k jiným činnostem, nebo ve kterých přiznávají vlastní neadaptivní reakci na zátěž.
Bez ohledu na výše zmíněný rozdílný charakter pracovišť se u všech zrealizovaných ohniskových skupin na jednom z prvních míst zátěžových situací objevuje právě kontakt s umírajícím, popřípadě pak i s jeho rodinou.
Zátěžové situace vztahující se k problematice umírání a smrti nemocných jsme se pokusily řadit dle četnosti výskytu a zaměřit se následně na takové situace, v nichž sestře mohou výrazně pomoci nabídnuté komunikační postupy a sestra se potom necítí zcela bezmocná a před vzniklou zátěžovou situací neuniká.
Následný výčet situací nemusí být dozajista úplný, ale v zájmu čistoty sběru dat jsme se snažily do práce skupin nezasahovat a respondentky tak neovlivňovat.

- *Kontakt s pozůstalými a předávání pozůstalosti rodině* - tato situace byla uváděna ve všech skupinách nejčastěji, sestry nevědí, jak zvládat kontakt s plačícími, naříkajícími pozůstalými, jejichž bolest může přerůstat i do výčitek směrem ke zdravotníkům, k obviňování až agresi,
- *přítomnost sestry při sdělování nepříznivé diagnózy či prognózy lékařem pacientovi* - sestra následně zůstává s pacientem sama tváří v tvář, je vystavena dalším tíživým otázkám, jeho strachu, pláči, depresivním stavům, někdy i agresi,
- *sestra se ocitá v situaci, kdy je rodina umírajícího či zemřelého bez dostatečných informací* - vyžaduje pak bližší informace od sestry, popřípadě ji obviňuje z utajování informací,
- *pacient je o svém stavu dle sestry informován "nevhodně",* své situaci, stavu a sdělené diagnóze nerozumí a své úzkostné stavy ventiluje směrem k sestře, prosí a žádá o pomoc a sestra se cítí bezmocná,
- *pacient je osamělý, bezmocný, bez rodiny, nebo o něho nemá rodina zájem* - pokud si je nemocný své sociální samoty vědom, očekává někdy od sestry větší angažovanost, sestra se bezděčně cítí více vázaná a přejímá roli členů absentující rodiny,
- *úmrtí dítěte, mladého člověka, nebo identifikace s nemocným z různých osobních důvodů* - sestra spoluprožívá blížící se konec pacienta, s nimž spojuje svůj rodinný příběh, život svých dětí nebo svůj,
- *rodina se svého umírajícího štítí pro jeho tělesný marasmus* - amputace, dekubity, zápach, který rozpad organismu doprovází - to vše vede rodinu ke zjevné distanci, pacient se doteky a snahou po blízkosti upíná výrazněji na sestru, rodina nespolupracuje,
- *odpojení pacientů od životně důležitých přístrojů* - zvláště v situaci, kdy jde o dlouhodobě nemocného, o něhož sestra pečuje delší dobu, vnímá tento akt i přes svoji připravenost jako "odsudek smrti",
- *nedostatečné tlumení pacientů v terminálním stadiu* - v některých případech se sestry domnívají, že nemocným není poskytováno vše, co by umírajícím usnadnilo fázi

umírání, zbytečně umírají v bolestech a úzkostech,

- *protrahované umírání u příliš starých pacientů*, kteří volají po konci svého života a přitom jejich plná léčba pokračuje na přání rodiny či z rozhodnutí lékařů,
- *osobní přítomnost sestry u umírajícího v posledních okamžicích jeho života* - jen pro zajímavost, s touto situací, byť ve výčtu zátěžových situací uváděnou, sestry z našich ohniskových skupin mnoho vlastních zkušeností neměly, pacient umírá často v osamocení. Jak sestry uváděly, nedovoluje jim další práce u ostatních nemocných trvalou přítomnost u umírajícího. S ohledem na personální obsazení služeb, především v odpoledních a nočních hodinách by ani trvalá blízkost sestry u umírajícího nebyla fakticky možná.

Ostatní, k umírajícím nemocným se vážící péče ošetřovatelská, tj. zajišťování jejich hygieny, aplikace infuzí, injekcí apod. nebyla prakticky vůbec mezi zátěžovými situacemi uváděna.
Z výše uvedeného je zřejmé, že to, co sestry v péči o umírající považují za skutečnou zátěž, není odosobněný kontakt s rutinním zajištěním ošetřovatelské péče, ale konkrétní uvědomovaný kontakt, kdy je sestra vystavena vlastní konfrontaci s konečností lidského života a je nucena na pacienta reagovat, spoluprožívat s ním jeho strach, bolest a opuštěnost ve smrti. A to je podle našeho názoru situace, na kterou sestry, ale i lékaři, musejí být připravováni mnohem hlouběji a efektivněji, aby tzv. důstojné umírání nezůstalo jen a jen pouhou proklamací. Závěr života je tak pořád ještě zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení.
I nadále proto za nejdůležitější úkoly můžeme považovat :

- systematické vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí v péči o umírající
- působení na odbornou veřejnost
- sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající
- rozvoj domácí paliativní péče
- soustavná popularizace tématu péče o umírající

Závěr:
Poslední období života prožívá velká část nemocných ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Je proto důležité, aby zdravotnický i sociální pracovník, který přijde do styku s umírajícím, znal dokonale vhodné a žádoucí formy komunikace, sociální fáze umírání i ostatní poznatky autorů medicínsko-sociologických studií .

Bibliografické odkazy:
BÁRTLOVÁ, S. Focus groups v ošetřovatelství. *Kontakt*, roč. 7, č. 1-2, s.24 – 26, 2005. ISSN 1212-4117.
BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M. Syndrom vyhoření u sester pracujících na exponovaných pracovištích. . In. Sborník přednášek *VI.dny intenzivní medicíny*, pořádaný Českou lékařskou společností J.E. Purkyně, Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny – sekce intenzivní medicíny, Kroměříž, 1999, s.122-124. ISBN 80-238-3797-4.
BÁRTLOVÁ,S., JOBÁNKOVÁ,M. Prevence syndromu vyhoření u sester z onkologických pracovišť. Předneseno na *XXIV. brněnských onkologických dnech a XIV. konferenci SZP*, pořádané Masarykovým onkologickým ústavem na téma „Postižení gastrointestinálního traktu z multidisciplinárního pohledu“. Brno, 24.5. - 26.5. 2000.
BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M.. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*, 2001, 11, č.7-8, s.78-79. ISSN 1210-0404.
GLASER, B., STRAUSS, A. *Awareness of Dying*. Chicago: IL: Aldine, 1965.
GLASER, B., STRAUSS, A. *Time for Dying*. Chicago: IL: Adline, 1968.
HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-71184-890-5.
ILLICH, I. *Disabling Professions*. In I. ILLICH, I. ZOLA, J. MC KNIGHT, J.CAPLAN, H.

SHAIKEN, (eds) *Disabling Professions*. Boston : MA : Marion Boyers, kap.1., s. 11-39, 1977.
MORGAN, D.L**.** *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 2. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN. 2001. ISBN 80-85834-77-4.
Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky). Projekt podpory rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha, 2004 [cit. 22. 7. 2004]. Dostupné na World Wide Web: www.cestadomu.cz
WALTER, T. Modern death: taboo or not taboo? *Sociology*, 1991, roč. 2, č. 25, s. 293-310.

Příspěvek byl zpracován v souvislosti s řešením grantového úkolu IGA MZ ČR č.NR/7960-3.

PhDr. Sylva Bártlová
PhDr. Marta Jobánková
NCONZO
Vinařská 6
Brno 603 00
e-mail: bartlova@nconzo.cz

PREDIKCIA RIZIKA VZNIKU DEKUBITOV

Ivana Bóriková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin, Slovenská republika

Súhrn

Prevencia vzniku dekubitov patrí k najstarším preventívnym metódam v práci sestry už od čias F. Nightingaleovej. Na vývoji vedomostnej bázy o problematike prevencie a liečby dekubitov môžeme najlepšie demonštrovať cestu od empírie k ošetrovateľskej praxi založenej na vedeckých dôkazoch. Predikcia rizika vzniku dekubitov patrí k prioritnej problematike v ošetrovateľstve, pričom najlepšou stratégiou znižovania ich incidencie v klinickej praxi je prevencia. Systematické správy v odbornej literatúre a elektronických databázach poskytujú prehľady o efektívnosti použitia originálnych aj modifikovaných meracích nástrojov – posudzovacích stupníc na odhad rizika (a jeho výšku) vzniku dekubitov (Risk Assessment Scales for Pressure Ulcers Prevention – RAPs) a porovnávajú ich z prediktívnou hodnotou sesterského klinického vyšetrenia. Výskumné úsilie je cielene zamerané na ich predikčnú validitu, vývoj nových rizikových indikátorov a klinickú použiteľnosť. K najviac testovaným stupniciam patrí Braden, Norton a Waterlow v originálnych i modifikovaných verziách.

Kľúčové slová

dekubity, rizikové indikátory, reliabilita, prediktívna validita, klinické štúdie, guidelines, výskum

Obsah

Dekubity v klinickej praxi znamenajú ošetrovateľský problém s vysokou prioritou, pričom prevencia ich vzniku je všeobecne považovaná za najúčinnejšiu metódu v celej problematike. Štatistické údaje (pokiaľ existujú) o výskyte dekubitov v špecificky rizikových skupinách pacientov v ústavnej i domácej starostlivosti poukazujú aj na úroveň ošetrovateľskej starostlivosti v danom zariadení. Riebelová uvádza niektoré zahraničné štatistické údaje, napr:

- v roku 1994 v Dánsku malo 3% z 2317 pacientov vyvinutý dekubit,
- v roku 1993 bol výskyt dekubitov v 177 nemocniciach v USA 11 %,
- v roku 1991 v sledovaných zdravotníckych zariadeniach v Anglicku vznikli dekubity u 360 pacientov, čo sú 4% na 100 prijatých pacientov,
- v roku 1991 sa odhadoval výskyt dekubitov v rehabilitačných ústavoch v Českej republike na 20-21%, u plegikov 20-25%, v nemocniciach a sociálnych ústavoch medzi 3-12% (Riebelová et al., 2000, s. 28).

V rozvinutých krajinách prevalencia kolíše v rozpätí 3-30% a incidencia od 1-50% (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006, s. 95), problém výskytu dekubitov tým generuje značné finančné náklady pre zdravotnícky i sociálny systém.

European Pressure Ulcer Advisory Panel označuje prevenciu vzniku dekubitov za najlepšiu a účinnú metódu a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti považuje za kľúčový faktor. Preventívny odhad (meranie) je všeobecne rozdelený do štyroch významných oblastí: posúdenie rizika vzniku dekubitov (spoľahlivé stupnice, škály, meracie nástroje), úroveň starostlivosti o kožu a jej iniciálne ošetrenie, použitie antidekubitových pomôcok a edukácia (vzdelanie, výcvik zručností u profesionálov i opatrovateľov) (EPUAP, 1998).

Pre posúdenie *pravdepodobnosti vzniku – predikcie* a vývoja dekubitov sú vypracované rôzne stupnice, pomocou ktorých môžeme dôsledne mapovať výskyt rizikových faktorov – indikátorov podporujúcich vznik dekubitov.

K často publikovaným *predikčným* stupniciam v slovenskej a českej ošetrovateľskej literatúre patrí posúdenie podľa: Nortonovej, Waterlowova, Knolla, Shannona, Bradenovej, Tradena (Kozierová et al., 1995, s. 860; Trachtová et al., 1999, s. 65; Weber et al., 2000, s. 60; Staňková, 2001, s. 47). Autori i používatelia uvedených stupníc potvrdzujú preventívny význam vstupného posúdenia rizika vzniku dekubitov.

Zahraničné literárne pramene prezentujú nielen originálne, ale aj modifikované verzie posudzovacích stupníc od známych či menej známych autorov. Fletcher napr. uvádza nasledovný historický prehľad: Norton 1962, Bliss 1966, Isler 1972, Gosnell 1973, Knoll 1997, Scope 1978, Goldstone and Roberts 1980, Shannon 1984, Braden 1985, Waterlow 1985, Douglas 1986, Gosnell II 1987, Bergstrom 1987, Medley 1992, Walsall 1993, Waterlow 1994, Chaloner and Franks 1999 (Fletcher, 2003). Testovanie a vývoj podnietila potreba ošetrovateľskej praxe identifikovať riziko vzniku dekubitov v špecifickej skupine pacientov. Stupnice obsahujú kombinácie rôzneho počtu posudzovaných položiek, ktoré zvyšujú náchylnosť k vzniku dekubitov, v tabuľke sú uvedené niektoré príklady (Bóriková, Šafáriková, 2005).

posudzovaná položka	**Norton 1962**	**Gosnell 1973**	**Knoll 1977**	**Shannon 1984**	**Waterlow 1985**	**Braden 1987**	**Medley 1992**	**Walsall 1993**
fyzický stav	✓						✓	✓
psychický stav	✓	✓	✓	✓				
všeobecný stav zdravia			✓					
aktivita	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
mobilita	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
kontinencia	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
nutričný stav		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BMI					✓			
kondícia kože	✓				✓		✓	✓
vek	✓				✓			
pohlavie					✓			
senzorická percepcia					✓	✓		
vlhkosť						✓		
Trenie a nožnicový efekt						✓		
cirkulácia				✓				
telesná teplota				✓				
vedomie	✓						✓	✓
malnutrícia								
náchylnosť k ochoreniam	✓		✓		✓			
veľká operácia					✓			
medikácia				✓	✓			
deficit sebaopatery								✓
dehydratácia			✓					
bolesť							✓	✓

Výsledky prehľadávania 14 bibliografických databáz (napr. CINAHL, Medline, Cochrane Library, EBSCO ai.) a výskumné správy kontrolovaných prospektívnych klinických štúdií za roky 1966-2003 poskytli údaje o reliabilite a prediktívnej validite použitých stupníc vyjadrenej senzitivitou a špecificitou[1] (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006, s. 96). Ciele výskumov

[1] Poznámka:
Reliabilita - spoľahlivosť, presnosť a konzistentnosť merania, miera zhody alebo rozdielu medzi prvým a druhým meraním.

boli zamerané na determináciu účelnosti používania posudzovacích stupníc v klinickej praxi, mieru ich validity a variabilitu indikátorov. Rozdiely vo výške výpovednej hodnoty rizika sú pripisované napr. vysokému veku testovaných respondentov, vážnosti ich ochorenia, typu a vybaveniu ošetrovacích jednotiek, kvalite ošetrovateľskej starostlivosti, dĺžke observačnej štúdie, výberu originálnej alebo modifikovanej stupnice s rôznou variáciou bodového skóre.
V inej výskumnej správe autorka McGough po selekcii 18 štúdií o efektivite použitých stupníc kriticky uviedla, že:

- 61% všetkých stupníc, ktoré boli predmetom analýzy a komparácie sú iba modifikované originály a rizikové indikátory originálnej verzie neboli nikdy odskúšané,
- 86% týchto stupníc nemalo testovanú reliabilitu a validitu,
- štúdie mali „chabú metodologickú kvalitu“ a nízky počet respondentov (Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention, 2001, s. 14).

V ošetrovateľských výskumných štúdiách sú najčastejšie testované modifikované verzie Norton a Braden.

V roku 1962 **Norton** prvýkrát navrhla a testovala stupnicu na posúdenie rizika vzniku dekubitov s nasledujúcimi položkami: všeobecná fyzická kondícia, mentálny stav, aktivita, mobilita a inkontinencia, pričom neuviedla žiadnu východiskovú prácu pre svoju štúdiu. Položky „aktivita a mobilita“ referovali o tlaku ako jednej z hlavných príčin vzniku dekubitov. Nožnicový efekt tu ešte nebol začlenený, aj keď ako pojem bol publikovaný už v roku 1958. Stupnica bola testovaná na starších pacientoch spolu s realizáciou žiadnych alebo neefektívnych preventívnych opatrení. U pacientov so skóre 12 a menej vznikli dekubity asi v 50% prípadov, pacienti so skóre 14 a menej boli považovaní iba za rizikových (rok 1975). Neskôr, v roku 1987 a opäť v roku 1996 autorka upozornila, že ani 14 bodov by nemalo byť považované za „cut-off points“ (hranica, ktorá hovorí o riziku, resp. o jeho výške – stredné, vysoké), ale 15 až 16, pretože prediktívna hodnota niektorých indikátorov sa počas dekád zmenila. Referovala o vyššom riziku pre niektoré skupiny pacientov (napr. s reumatoidnou artritídou), o používaní nových typov polohovateľných lôžok, ktoré redukujú nožnicový efekt a pod. (Defloor, Grypdonck, 2004, s. 614). Aj prameň Kozierová sa zhoduje v tom, že skóre 15 alebo 16 bodov možno brať ako indikátor, ale nie ako predikátor rizika vzniku dekubitov (Kozierová et al., 1995, s. 860).
Rozšírená stupnica podľa Norton posudzuje schopnosť spolupráce pacienta, vek, stav kože, ďalšie ochorenie (napr. anémia, kachexia, karcinóm, horúčka, obezita a. i.), telesný stav, stav vedomia, fyzickú aktivitu, pohyblivosť, inkontinenciu. Riziko vzniku dekubitov je pri 24-16 bodoch a menej; čím menej bodov, tým vyššie riziko (15-12 bodov stredné, 11-8 bodov vysoké, 7 bodov a menej veľmi vysoké riziko vzniku dekubitu) (Trachtová et al., 1999, s. 65).

V 80-tych rokoch bolo navrhnutých niekoľko nových meracích nástrojov (najmenej 38) v rôznych modifikáciách, pričom ich východiskom bola prevažne „nortonská“ stupnica. Položky boli redefinované a doplnené o nové rizikové indikátory, čo ale neznamená automatické zdokonalenie a vylepšenie použiteľnosti v praxi. Aj keď väčšina z nich nebola testovaná alebo bolo testovanie veľmi limitované, všetky posudzované indikátory sú rovnako

---

Validita - platnosť - miera, do akej daný nástroj skutočne meria ten znak, ktorý má merať (Maršalová et al., 1990, s. 133).
Senzitivita - citlivosť, schopnosť stupnice dať pozitívny výsledok ak riziko skutočne existuje; vyjadruje % pacientov, u ktorých boli predikované dekubity a aj vznikli. Napr. 80% senzitivita nástroja zisťuje riziko u 80 pacientov zo 100.
Špecificita - % pacientov, u ktorých sa dekubity nevyvinuli a ani neboli predikované (Lindgren et al., 2002, s. 194).
V klinickej praxi zohráva prediktívna hodnota meracieho nástroja významnú úlohu pri určovaní vhodnosti jeho použitia v daných podmienkach, t.z., že výsledné skóre nebude mať rovnakú výpovednú hodnotu výšky rizika napr. na infekčnom, ortopedickom alebo neurologickom oddelení.

významné, pričom niektoré z nich majú väčší význam v predikcii rizika vzniku dekubitov (Defloor, Grypdonck, 2005, s. 374).

V nasledujúcich tabuľkách je uvedený výber niektorých štúdií testujúcich Norton a Braden Scale (Lindgren et al., 2002; Pancorbo-Hidalgo et al., 2006).

Norton

rok štúdie	n	pracovisko	cut-off points	senzitivita	špecificita	metódy prevencie
1962	250	geriatria	12	34	88	starostlivosť o predilekčné miesta
1973	30	oddelenie dlhodobej starostlivosti	16	50	73	neuvedené
1982	40	ortopédia	14	89	36	AD podložky, ovčie rúno
1991	32	ošetrovateľský dom	14	83	90	neuvedené
1992	226	ošetrovateľský dom	14	37	85	AD matrace, ovčie rúno, polohovanie, vysadzovanie do kresla
1993	250	geriatria	14	63	70	neuvedené
1997	185	starostlivosť o starších pacientov (elderly care)	14	75	67	štandardná starostlivosť [2]
1998	106	ortopédia	16	81	59	neuvedené

n – počet respondentov
AD – antidekubitové

Podľa americkej AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality for predicting pressure ulcer risk) je pre výskumné účely odporučená okrem Norton aj *Braden* stupnica, ktorej variabilita výsledného skóre je v rozmedzí 23-6 bodov. Originálny „cut-off points" je 16; nižšie skóre indikuje vyššie riziko. Stupnica na základe svojej teoretickej schémy prezentuje kritické indikátory pre vznik a vývoj dekubitov.

Braden

rok štúdie	n	pracovisko	cut-off points	senzitivita	špecificita	metódy prevencie
1987	100	chirurgia	16	100	64	štandardná starostlivosť
1992	99	interné	16	40	70	ochranná pena, plánované polohovanie
1993	361	akútna starostlivosť	16	73	91	neuvedené
1996	42	ortopédia	17	78	67	neuvedené
1998	330	geriatria	16	22	86	mobilizácia, polohovanie, AD matrace
1998	843	oddelenie predĺženej	18	74	60	neuvedené

[2] Pod štandardnou starostlivosťou môžeme rozumieť ošetrovateľskú starostlivosť podľa národného rámcového procesuálneho štandardu ošetrovateľského výkonu alebo predpísaný postup posúdenia rizika a realizáciu individuálnych preventívnych opatrení v klinických guidelines. Niektoré z nich predpisujú použitie konkrétnej stupnice a podľa výšky rizika aj vybavenie lôžka typom AD matraca (molitanový, latexový, vzduchový a pod.).

		starostlivosti				
2000	320	neurológia	20	73	74	neuvedené
2001	1696	domáca starostlivosť	19	61	68	neuvedené

Kumulatívna analýza výsledkov štúdií Norton a Braden v porovnaní so sesterským klinickým vyšetrením (SKV) je uvedená v nasledujúcej tabuľke (Pancorbo-Hidalgo, 2006, s. 106).

stupnica	počet štúdií	n	senzitivita %	špecificita %	efektívnosť %
Braden	20	6443	57	68	67
Norton	5	2008	47	62	60
Waterlow	6	2246	82	27	34
SKV	3	302	51	60	58

Braden vykazuje optimálnu validitu s dobrou predikciou rizika, Norton má primerané skóre pre predikciu rizika a obidve sú všeobecne uznávané ako nástroje s najlepšou validitou. Waterlow poskytuje vysokú senzitivitu (schopnosť detekovať najviac pacientov v riziku), ale nízku špecificitu (veľa pacientov bez rizika je identifikovaných ako s rizikom, čím sa zbytočne zvyšuje počet preventívnych opatrení) a SKV (limitované testovanie iba v 3 štúdiách) ponúka primerané výsledné skóre. Klinické guidelines zahraničných sesterských spoločností súčasne s odkazom na výber a použitie spoľahlivej posudzovacej stupnice doporučujú posúdiť u pacienta aj individuálne riziko s dôrazom na vyšetrenie kože, stavu vedomia, výživy a hydratácie, hygieny, bolesti, manažment kontinencie, vyšetrenie redistribúcie tlaku a iné (napr. Pressure ulcer risk assessment and prevention Royal College of Nursing 2001; Kozell et al., 2002; Pressure ulcer risk assessment and prevention – Implementation guide and audit protocol 2003).

The American National Pressure Ulcer Advisory Panel kladie dôraz na to, že ideálna posudzovacia stupnica by mala byť ľahko použiteľná s prijateľnou prediktívnou validitou - vysoká senzitivita a špecificita (Defloor, Grypdonck, 2005, s. 374). Prediktívnu hodnotu stupnice však môže znížiť realizácia štandardných preventívnych intervencií, preto treba rozlišovať diagnostickú presnosť stupnice (identifikuje skutočne rizikových pacientov) a „terapeutickú“ presnosť (identifikuje pacientov, u ktorých sa vyvinú dekubity aj napriek preventívnym opatreniam). Zatiaľ nebola vyvinutá stupnica so 100% senzitivitou aj špecificitou, preto sú tieto parametre stále predmetom testovania nových štúdií. Pri vývoji nového nástroja sa berú do úvahy výsledky používania existujúcich stupníc, operacionalizácia a pojmová explicita rizikových indikátorov pre špecifické skupiny pacientov, demografické dáta (vek, pohlavie, BMI, medicínske diagnózy, terapia, „história“ dekubitov), materiálne vybavenie pracoviska, počet lôžok, počet členov ošetrujúceho personálu, ich kvalifikácia a kompetencie, frekvencia posudzovania rizika a iné (Lepistas, 2006).

Hodnovernosť údajov sa vo výskume systematicky dosahuje zabezpečením reliability a validity, pretože priradenie čísla meranej položke nie je absolútne presné a v určitej miere variuje v závislosti od výberu objektov (špecifická skupina pacientov, ošetrovacia jednotka) a od použitia meracieho nástroja (verzia originálna, modifikovaná, re-modifikovaná). Použiteľnosť údajov nezaručí ani voľné narábanie s dostupnými technikami, ošetrovateľská rutina a intuitívna interpretácia. Nie sú dôležité meracie nástroje ako také, ale samotné poznanie, čo merajú, teda podstata a užitočnosť indikátorov. Vo výskume spoľahlivosti testovacích nástrojov je predmetom záujmu (okrem iného) zisťovanie stability v čase (metóda testu a retestu – zisťovanie korelácie medzi dvoma administráciami identickej stupnice u skupiny respondentov pri meraní relatívne stabilných položiek), obsahová validita – výber reprezentatívnych položiek do meracieho nástroja a konštruktová validita – meraná položka

empiricky vykazuje také vzťahy s ďalšími premennými, aké teória predpokladá. Výskumom sa musíme presvedčiť, že pripravená schéma je skutočne konštruktovo validná, čiže pomáha adekvátne posúdiť predmetnú položku. Operačnou definíciou príslušných konštruktov pomocou konkrétnych pojmov sa prispeje k dosiahnutiu vyššej zhody medzi používateľmi (Maršálová, Mikšík, 1990, s. 157, 251).

Záver

Prednosťou posudzovacích stupníc je možnosť posúdiť veľký počet znakov a relatívne krátky čas administrácie, hlavným nedostatkom je ich sporná vedecká hodnota. Pri ich interpretácii vzhľadom na výskumné alebo diagnostické ciele, musíme postupovať s určitou opatrnosťou a používať ich v klinickej praxi ako doplnkové vyšetrovacie techniky. V súčasnosti používajú sestry v každodennej praxi rôzne meracie a posudzovacie stupnice, pričom získané informácie zaisťujú kvalitnú individualizovanú starostlivosť, dokumentujú jej úroveň, identifikujú a objektivizujú problémy ošetrovateľskej starostlivosti. S rastúcou autonómiou a profesionalitou sestier sa zvyšuje aj ich samostatnosť a zodpovednosť pri vstupnom, priebežnom a záverečnom posudzovaní pacienta.

RAPs sú všeobecne považované za preventívne prediktívne nástroje, väčšina z nich bola vyvinutá ako základná pomôcka na posúdenie relatívnej dôležitosti možných rizikových faktorov. Neexistujú však dôkazy, že ich používanie na predikciu rizika vzniku dekubitov znižuje incidenciu dekubitov v klinickej praxi. Prediktívna validita je variabilná, preto by mali byť používané ako pamäťová pomôcka spolu so sesterským klinickým vyšetrením (Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention, 2001). Náchylnosť pacienta k tvorbe dekubitu je určený kombináciou miestnych aj celkových príčinných faktorov, ktoré sa u každého pacienta môžu meniť podľa jeho aktuálneho zdravotného stavu. Miera ohrozenia každého pacienta je špecifická, a preto aj pri posudzovaní rizika vzniku dekubitu treba vyberať z viacerých skórovacích systémov (Riebelová, 2000, s. 25). Lokálne testovanie by malo ukázať adekvátny „cut-off points“, pričom každá nová verzia vyžaduje vedomostný a zručnostný tréning v štruktúrovanom edukačnom programe. Rozvíjanie ošetrovateľstva ako vedy prostredníctvom kritického myslenia a výskumu zahŕňa aj účasť sestier na vedeckom výskume a prijímanie jeho výsledkov.

Bibliografické odkazy

BERGSTROM, N. et al. 1987. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 36, 205-210.

BÓRIKOVÁ, I., ŠAFÁRIKOVÁ, M. 2005. *Posúdenie rizika vzniku dekubitov v klinickej praxi*. Záverečná práca. Ústav ošetrovateľstva, JLF UK Martin, 2005.

DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M. F. H. 2005. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, March 2005, Vol 14, No. 3, p. 373-382.

DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M. F. H. 2004. Validation of Pressure Ulcer Risk Assessment Scales: a Critique. *Journal of Advanced Nursing*, December 2004, Vol 48, No. 6, p. 613-622. ISSN 0309-2402.

PUAP. 2002. Pressure ulcers: part 1. *Professional Nurse*, December 2002, Vol 17, No. 4. ISSN 0266-8130.

EPUAP. 1998. Pressure ulcer prevention guidelines. *EPUAP Review* I(1), 7–45.

FLETCHER, J. 2003. Pressure ulcers: part 2. *Professional Nurse*, January 2003, Vol 18, No. 5. ISSN 0266-8130.

GOMOLČÁKOVÁ, V. et al. *Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov I. časť.* Bratislava : MZ SR, 2003. 41 s.

KLÍMA, J. et al. 2002. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

KOZELL, K. et al. 2002. *Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers.* Registered Nurses Association of Ontario, 2002. 107 s. ISBN 0-920166-35-0. Dostupné z : http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/Education_Workshop_Part_A_Pressure_Ulcers.pdf [cit. on-line 2006-04-04]

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2.* 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
LEMON III. Učebný materiál pre ošetrovateľstvo. 1997. 1. vyd. Bratislava : SK SZP, 1997. 193 s. ISBN 80-967818-2-0.
LEPISTAS, M. et al. 2006. Developing a Pressure Ulcer Risk Assessment for Patients in Long-Term Care. *Ostomy/Wound Management*, February 2006, Vol 52, No. 2, p. 34-46. ISSN 0889-5899. Dostupné z : http://www.o-wm.com/article/5243 [cit. on-line 2006-03-22]
LINDGREN, M. et al. 2002. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, April 2002, Vol 38, No. 2, p. 190-199. ISSN 0309-2402.
MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. et al. 1990. *Metodológia a metódy psychologického výskumu.* Bratislava : SPN, 1990. 423 s. ISBN 80-08-00019-8.
MŰLLEROVÁ, N., BÍLEK, M. 1996. Prevence, ošetřování a monitorování výskytu dekubitů ve FN Plzeň. *Sestra*, roč. IX, 1996, č. 4, Tematický sešit č. 5, s. 12-14. ISSN 1210-0404.
PANCORBO-HIDALGO, P. L. et al. 2006. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 54, Issue 1, April 2006, p. 94-110. ISSN 0309-2402.
PRESSURE ULCER RISK ASSESSMENT AND PREVENTION. 2001. Clinical Practice Guidelines. London : Royal College of Nursing, April 2001. 38 s. ISBN 1-873853-74-2. Dostupné z : http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/clinicalguidelinepressuresoreguidancercn.pdf [cit. on-line 2006-04-11]
PRESSURE ULCER RISK ASSESSMENT AND PREVENTION – Implementation guide and audit protocol 2003. Royal College of Nursing. ISBN 1-904114-10-5. Dostupné z : http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/pressure_ulcer_implement_audit_protocol.pdf [cit. on-line 2006-04-11]
RIEBELOVÁ, V. et al. 2000. *Dekubity. Prevence, konzervativní a chirurgická terapie.* 1. vyd. Praha : Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-033-9.
STAŇKOVÁ, M. 2001. České ošetřovatelství 6. *Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi.* 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
STAŇKOVÁ, M. Jak na dekubity? *Sestra*, roč. XIII, 2003, č. 2, s. 58-59. ISSN 1210-0404.
TRACHTOVÁ, E. et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
WEBER, P. et al. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Mgr. Ivana Bóriková
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5
036 32 Martin
Slovenská republika
e-mail: borikova@jfmed.uniba.sk

KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Hana Burkertová

Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství, České Budějovice

Souhrn

Hodnocení kvality života se stává nedílnou součástí jak plánování, tak provádění a zejména vyhodnocování efektivity zdravotních i sociálních intervencí (Kalová et al., 2004). Vzhledem k pokrokům v léčbě nádorových onemocnění dětí a mladistvých dosahuje dlouhodobých remisí onemocnění většina pacientů. Děti a dospívající v dlouhodobé remisi nádorového onemocnění představují rostoucí, rizikovou a ohroženou populaci se speciální potřebou zdravotní péče. Stupňovaní intenzity protinádorové terapie vede k neúměrnému zvýšení rizika rozvoje pozdních následků léčby a zhoršení kvality života po ukončení léčby (Kepák et al., 2005). Cílem práce bylo poukázat na to, že vnímání zdravím podmíněné kvality života ze strany dětí a mládeže s onkologickým onemocněním je často odlišné od rodičovského vnímání zdravím podmíněné kvality života těchto dětí.

Klíčová slova: děti, kvalita života, onkologické, onemocnění

Úvod

Hodnocení kvality života se stává nedílnou součástí jak plánování, tak provádění a zejména vyhodnocování efektivity zdravotních i sociálních intervencí (Kalová et al., 2004). Vzhledem k pokrokům v léčbě nádorových onemocnění dětí a mladistvých dosahuje dlouhodobých remisí onemocnění většina pacientů. Děti a dospívající v dlouhodobé remisi nádorového onemocnění představují rostoucí, rizikovou a ohroženou populaci se speciální potřebou zdravotní péče. Stupňovaní intenzity protinádorové terapie vede k neúměrnému zvýšení rizika rozvoje pozdních následků léčby a zhoršení kvality života po ukončení léčby (Kepák et al., 2005). Kvalitu života dětí po proběhlé protinádorové léčbě není jednoduché definovat. V souladu s definicí Světové zdravotnické organizace jí rozumíme multidimensionální subjektivně prožívaný konstrukt, zahrnující objektivní i subjektivní parametry obsahující tělesné, sociální a emocionální funkční aspekty dítěte (a v určitých případech i jeho rodiny) (Kepák et al., 2005). V konkrétní situaci onkologického onemocnění jde o minimalizaci vlivu nemoci, léčby a jejich následků na celkový rozvoj dítěte tak, aby se dítě vyrovnalo svým zdravým vrstevníkům, aby se jeho budoucí život nelišil od běžné životní normy a byl pokud možno po všech stránkách plnohodnotný (Koutecký et al., 2002).

Pro hodnocení kvality života se používají generické a specifické dotazníky. Generické dotazníky všeobecně hodnotí celkový stav klienta bez ohledu na dané onemocnění. Specifické dotazníky jsou koncipovány jako hodnocení celkového stavu klienta u konkrétního typu onemocnění. S těmito dotazníky jsou často užívány tzv. moduly, zaměřené na specifické symptomy a obtíže u daného typu onemocnění (Slováček, 2005). Mezi mezinárodní specifické dotazníky užívané konkrétně v problematice nádorových onemocnění u dětí patří - dotazníky pro rodiče dětí s onkolog. onemocněním: The Miami Pediatric Quality of Life Questionnaire (MPQOLQ), The Pediatric Oncology Quality of Life Scale (PQOLS), Watson at al. measure of HRQL, Play Performance Scale for Children (PPSC), - dotazníky jak pro děti, tak pro rodiče: Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL^{TM} 4.0) Generic core Scales and The (PedsQL^{TM} 4.0) Condition - Specific Modules (PedsQL Multidimensional Fatigue Scale, The PedsQL 3.0 Cancer Module), Child Health Questionnaire (CHQ), The Behavioral, Affective and Somatic Experiences Scale (BASES), Child Health Rating Inventory (CHRI) and the Disease Impairment Inventories – Bone Marrow Transplantant (DSII-BMT), The Behavioral Assessment System for Children, dotazníky koncipované pouze pro děti s onkologickým onemocněním: The Minneapolis – Manchester Quality of Life (MMQL)

Instrument, Discrepancy Duality of Life (Disquol), The Children´s Quality of Life measure (CQL) (Kreitler, Kreitler, 2004).

Metodika

Cílem práce bylo zjištění kvality života dětí a mládeže s onkologickým onemocněním. Byla stanovena hypotéza, že vnímání zdravím podmíněné kvality života ze strany dětí a mládeže s onkologickým onemocněním se bude odlišovat od rodičovského vnímání zdravím podmíněné kvality života těchto dětí.

Byl použit dotazník - The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory - 32 (PCQL – 32), který jsem přeložila do českého jazyka. Dotazník byl připomínkován psycholožkou Kliniky dětské onkologie a hematologie 2. LF UK a FN Motol. Na základě těchto připomínek dotazník musel být upraven a není tedy totožný s původní anglickou verzí. Oproti anglické verzi obsahuje méně otázek, jedna otázka je kontrolní.

The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory - 32 (PCQL – 32) je standardizovaný „patient self report“ a „parent proxy report“ hodnotící nástroj vyvinutý k systematickému hodnocení zdravím podmíněné kvality života dětí s onkologickým onemocněním (dětských pacientů s onkologickým onemocněním) (Varni et al., 1998a,b). PCQL - 32 byl empiricky odvozen od dotazníku PCQL - dlouhé formy - (84-87 položek) (Varni et al., 1998a). Autorem dotazníku je James W. Varni, Ph.D. a kol., 1) Department od Psychiatry, University of California, San Diego, School of Medicine, San Diego, California, 2) Division of Hematology- oncology, Children´s hospital nad Health center, San Diego, California. Autoři u dotazníku testovali srozumitelnost a jednoduchost pro administrativní použití, a to jak verze pro rodiče, tak verze pro děti, v úvahu byla vzata potřeba škály sensitivity a zároveň kognitivní vývojové schopnosti dětí (Varni, 1998b, 1999).
Čtyřbodová Likertova škála byla skórována jako:
0 – jestliže to není nikdy problém
1 – jestliže je to někdy problém
2 – jestliže je to často problém
3 – jestliže je to téměř vždy problém

Rodičovská verze je totožná s verzí pro dětí, a byla vytvořena k hodnocení rodičovského vnímání zdravím podmíněné kvality HRQOL života jejich dětí. Rozdíly jsou pouze ve slovní formulaci otázek – změna první osoby na třetí osobu.
Instrukce pro vyplnění dotazníku byly následující.
1) Pro děti:
Na následující stránce je seznam věcí, s kterými bys mohl (a) mít problém. Prosím, řekni nám, do jaké míry, se každý z následujících problémů u Tebe projevil během uplynulého měsíce.
0 – jestliže to není nikdy problém
1 – jestliže je to někdy problém
2 – jestliže je to často problém
3 – jestliže je to téměř vždy problém
2) Pro rodiče
Na následující stránce je seznam věcí, s kterými by Vaše dítě mohlo mít problém. Prosím, zakroužkujte, do jaké míry, se každý z následujících problémů projevil u Vašeho dítěte během uplynulého měsíce.
0 – jestliže to není nikdy problém
1 – jestliže je to někdy problém
2 – jestliže je to často problém
3 – jestliže je to téměř vždy problém

Dotazník se skládá z pěti prioritních částí, které byly vybrány po posouzení a zhodnocení současné existující literatury zaměřené na zdravím podmíněnou kvalitu života dětí a dospělých.

1) Disease and Treatment – Related Symptoms - Symptomy vztahující se k nemoci a léčení - tato část obsahuje položky, které popisují symptomy a problémy vztahující se sekundárně k nemoci a biomedicínskému léčení.
2) Physical Functioning - Fyzické funkce - tato část obsahuje položky, které hodnotí funkční stav v aktivitách denního života.
3) Psychologic Functioning - Psychologické funkce (fungování, činnosti) – tato část zahrnuje položky vztahující se k emocionálnímu fungování, emocionálnímu stavu (pocitům strachu, trápení, úzkosti).
4) Social Functioning - Sociální funkce (činnosti, fungování) – v této části jsou hodnoceny interpersonální problémy vztahující se k onkologickému onemocnění a biomedicínskému léčení.
5) Cognitive Functioning - Kognitivní funkce – tato část obsahuje otázky týkající se vlivu onemocnění a léčby na kognitivní funkce.

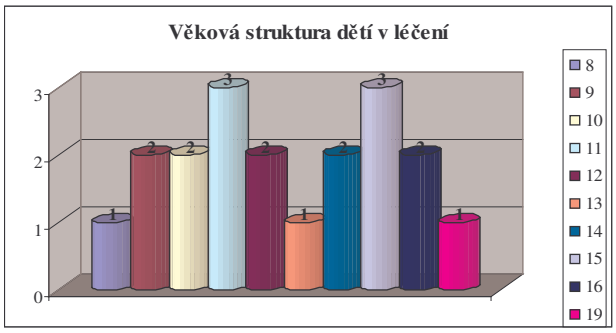
Dotazník PCQL – 32 vyplnilo celkem 51 dětí. Z počtu bylo 19 dětí v léčení a 19 jejich rodičů, jejich věk dětí byl v rozmezí od 8 do 19 let, 16 dětí po léčení a 16 jejich rodičů, věk dětí byl v rozmezí od 8 do 18 let. Do souboru dětí bylo zahrnuto i 16 dětí z lyžařského kurzu, který pořádalo občanské sdružení Haima ve spolupráci s Klinikou dětské onkologie a hematologie v Praze Motole.

The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory - 32 (PCQL – 32) je standardizovaný „patient self report“ a „parent proxy report“ hodnotící nástroj vyvinutý k systematickému hodnocení zdravím podmíněné kvality života dětí s onkologickým onemocněním. Dotazník byl distribuován na Klinice dětské onkologie a hematologie 2. LF UK a FN Motol a na Klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici Brno v České republice.

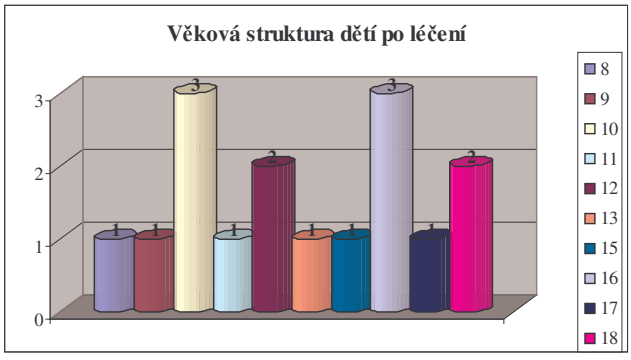
Výsledky

Na základě výsledků byla verifikována hypotéza, že vnímání zdravím podmíněné kvality života ze strany dětí a mládeže s onkologickým onemocněním se bude odlišovat od rodičovského vnímání zdravím podmíněné kvality života těchto dětí.

Graf č. 1: *Věková struktura dětí v léčení*



Graf č. 2: *Věková struktura dětí po léčení*



Tab. č. 1: *Věková struktura dětí po léčení na lyžařském kurzu*

Věk	Počet	v %
9	2	12,50
10	3	18,75
11	3	18,75
12	3	18,75
13	2	12,50
14	1	6,25
16	1	6,25
17	1	6,25
Celkem	**16**	

Tab. č. 2: *Typy diagnóz dětí po léčení*

Diagnóza	Počet	v %
Léukémie	4	25,00
CNS	4	25,00
Solidní tumor	8	50,00
Celkem	**16**	

Tab. č. 3: *Typy diagnóz dětí v léčení*

Diagnóza	Počet	v %
Leukémie	4	21,05
CNS	4	21,05
Solidní tumor	11	57,89
Celkem	**19**	

Srovnání Děti v léčení X Rodiče dětí v léčení

Tab. č. 4: *Problémy v souvislosti s léčbou a onemocněním*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy, když musím jet do nemocnice	2	10,5	10	52,6	6	31,6	1	5,3
1. Má obavy, když musí jet do nemocnice	2	10,5	13	68,4	2	10,5	2	10,5
2. Mám pocity na zvracení během léčby	3	15,8	13	68,4	3	15,8	0	0,0
2. Má pocity na zvracení během léčby	1	5,3	10	52,6	5	26,3	3	15,8
3. Jídlo mi moc nechutná	4	21,1	9	47,4	4	21,1	2	10,5
3. Jídlo mu (jí) moc nechutná	1	5,3	7	36,8	6	31,6	5	26,3
4. Je mi na zvracení, když myslím na léčbu	11	57,9	7	36,8	1	5,3	0	0,0
4. Je mu (jí) na zvracení, když myslí na léčbu	8	42,1	6	31,6	3	15,8	2	10,5
5. Mám obavy z injekcí	6	31,6	8	42,1	5	26,3	0	0,0
5. Má obavy z injekcí	5	26,3	6	31,6	6	31,6	2	10,5
6. Mám bolesti kloubů a svalů	7	36,8	9	47,4	2	10,5	1	5,3
6. Má bolesti kloubů a svalů	3	15,8	11	57,9	3	15,8	2	10,5
7. Mám obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	7	36,8	7	36,8	4	21,1	1	5,3
7. Má obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	4	21,1	7	36,8	5	26,3	3	15,8
8. Měl(a) jsem zranění či bolesti	6	31,6	11	57,9	1	5,3	1	5,3
8. Měl(a) zranění či bolesti	1	5,3	13	68,4	2	10,5	3	15,8
9. Léčebné zákroky mě moc bolí	7	36,8	9	47,4	2	10,5	1	5,3
9. Léčebné zákroky ho (ji) moc bolí	2	10,5	12	63,2	2	10,5	3	15,8

Tab. č. 5: *O pocitech (problémy s…)*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy nebo strach	6	31,6	13	68,4	0	0,0	0	0,0
1. Má obavy nebo strach	2	10,5	10	52,6	7	36,8	0	0,0
2. Cítím se smutně nebo rozladěně	4	21,1	13	68,4	2	10,5	0	0,0
2. Cítí se smutně nebo rozladěně	1	5,3	11	57,9	4	21,1	3	15,8
3. Bojím se toho, co se může přihodit	6	31,6	11	57,9	2	10,5	0	0,0
3. Bojí se toho, co se může přihodit	4	21,1	9	47,4	5	26,3	1	5,3
4. Bojím se vedlejších účinků léčby	9	47,4	8	42,1	2	10,5	0	0,0
4. Bojí se vedlejších účinků léčby	7	36,8	6	31,6	6	31,6	0	0,0
5. Bojím se, že léčba nebude pomáhat	7	36,8	10	52,6	2	10,5	0	0,0
5. Bojí se, že léčba nebude pomáhat	6	31,6	8	42,1	5	26,3	0	0,0

Srovnání Děti po léčení X Rodiče dětí po léčení

Tab. č. 6: *Problémy v souvislosti s léčbou a onemocněním*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy, když musím jet do nemocnice	6	37,5	6	37,5	4	25,0	0	0,0
1. Má obavy, když musí jet do nemocnice	6	37,5	3	18,8	3	18,8	4	25,0
2. Mám pocity na zvracení během léčby	5	31,3	9	56,3	1	6,3	1	6,3
2. Má pocity na zvracení během léčby	4	25,0	5	31,3	4	25,0	3	18,8
3. Jídlo mi moc nechutná	7	43,8	6	37,5	2	12,5	1	6,3
3. Jídlo mu (jí) moc nechutná	5	31,3	4	25,0	5	31,3	2	12,5
4. Je mi na zvracení, když myslím na léčbu	12	75,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0
4. Je mu (jí) na zvracení, když myslí na léčbu	9	56,3	4	25,0	2	12,5	1	6,3
5. Mám obavy z injekcí	8	50,0	6	37,5	1	6,3	1	6,3
5. Má obavy z injekcí	5	31,3	6	37,5	1	6,3	4	25,0
6. Mám bolesti kloubů a svalů	10	62,5	6	37,5	0	0,0	0	0,0
6. Má bolesti kloubů a svalů	6	37,5	5	31,3	3	18,8	2	12,5
7. Mám obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	8	50,0	6	37,5	2	12,5	0	0,0
7. Má obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	5	31,3	6	37,5	2	12,5	3	18,8
8. Měl(a) jsem zranění či bolesti	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0	0,0
8. Měl(a) zranění či bolesti	3	18,8	8	50,0	3	18,8	2	12,5
9. Léčebné zákroky mě moc bolí	7	43,8	8	50,0	1	6,3	0	0,0
9. Léčebné zákroky ho (ji) moc bolí	2	12,5	9	56,3	2	12,5	3	18,8

Tab. č. 1: *Věková struktura dětí po léčení na lyžařském kurzu*

Věk	**Počet**	**v %**
9	2	12,50
10	3	18,75
11	3	18,75
12	3	18,75
13	2	12,50
14	1	6,25
16	1	6,25
17	1	6,25
Celkem	**16**	

Tab. č. 2: *Typy diagnóz dětí po léčení*

Diagnóza	**Počet**	**v %**
Léukémie	4	25,00
CNS	4	25,00
Solidní tumor	8	50,00
Celkem	**16**	

Tab. č. 3: *Typy diagnóz dětí v léčení*

Diagnóza	**Počet**	**v %**
Leukémie	4	21,05
CNS	4	21,05
Solidní tumor	11	57,89
Celkem	**19**	

Srovnání Děti v léčení X Rodiče dětí v léčení

Tab. č. 4: *Problémy v souvislosti s léčbou a onemocněním*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy, když musím jet do nemocnice	2	10,5	10	52,6	6	31,6	1	5,3
1. Má obavy, když musí jet do nemocnice	2	10,5	13	68,4	2	10,5	2	10,5
2. Mám pocity na zvracení během léčby	3	15,8	13	68,4	3	15,8	0	0,0
2. Má pocity na zvracení během léčby	1	5,3	10	52,6	5	26,3	3	15,8
3. Jídlo mi moc nechutná	4	21,1	9	47,4	4	21,1	2	10,5
3. Jídlo mu (jí) moc nechutná	1	5,3	7	36,8	6	31,6	5	26,3
4. Je mi na zvracení, když myslím na léčbu	11	57,9	7	36,8	1	5,3	0	0,0
4. Je mu (jí) na zvracení, když myslí na léčbu	8	42,1	6	31,6	3	15,8	2	10,5
5. Mám obavy z injekcí	6	31,6	8	42,1	5	26,3	0	0,0
5. Má obavy z injekcí	5	26,3	6	31,6	6	31,6	2	10,5
6. Mám bolesti kloubů a svalů	7	36,8	9	47,4	2	10,5	1	5,3
6. Má bolesti kloubů a svalů	3	15,8	11	57,9	3	15,8	2	10,5
7. Mám obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	7	36,8	7	36,8	4	21,1	1	5,3
7. Má obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	4	21,1	7	36,8	5	26,3	3	15,8
8. Měl(a) jsem zranění či bolesti	6	31,6	11	57,9	1	5,3	1	5,3
8. Měl(a) zranění či bolesti	1	5,3	13	68,4	2	10,5	3	15,8
9. Léčebné zákroky mě moc bolí	7	36,8	9	47,4	2	10,5	1	5,3
9. Léčebné zákroky ho (ji) moc bolí	2	10,5	12	63,2	2	10,5	3	15,8

Tab. č. 5: *O pocitech (problémy s…)*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy nebo strach	6	31,6	13	68,4	0	0,0	0	0,0
1. Má obavy nebo strach	2	10,5	10	52,6	7	36,8	0	0,0
2. Cítím se smutně nebo rozladěně	4	21,1	13	68,4	2	10,5	0	0,0
2. Cítí se smutně nebo rozladěně	1	5,3	11	57,9	4	21,1	3	15,8
3. Bojím se toho, co se může přihodit	6	31,6	11	57,9	2	10,5	0	0,0
3. Bojí se toho, co se může přihodit	4	21,1	9	47,4	5	26,3	1	5,3
4. Bojím se vedlejších účinků léčby	9	47,4	8	42,1	2	10,5	0	0,0
4. Bojí se vedlejších účinků léčby	7	36,8	6	31,6	6	31,6	0	0,0
5. Bojím se, že léčba nebude pomáhat	7	36,8	10	52,6	2	10,5	0	0,0
5. Bojí se, že léčba nebude pomáhat	6	31,6	8	42,1	5	26,3	0	0,0

Srovnání Děti po léčení X Rodiče dětí po léčení

Tab. č. 6: *Problémy v souvislosti s léčbou a onemocněním*

	nikdy		někdy		často		téměř vždy	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
1. Mám obavy, když musím jet do nemocnice	6	37,5	6	37,5	4	25,0	0	0,0
1. Má obavy, když musí jet do nemocnice	6	37,5	3	18,8	3	18,8	4	25,0
2. Mám pocity na zvracení během léčby	5	31,3	9	56,3	1	6,3	1	6,3
2. Má pocity na zvracení během léčby	4	25,0	5	31,3	4	25,0	3	18,8
3. Jídlo mi moc nechutná	7	43,8	6	37,5	2	12,5	1	6,3
3. Jídlo mu (jí) moc nechutná	5	31,3	4	25,0	5	31,3	2	12,5
4. Je mi na zvracení, když myslím na léčbu	12	75,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0
4. Je mu (jí) na zvracení, když myslí na léčbu	9	56,3	4	25,0	2	12,5	1	6,3
5. Mám obavy z injekcí	8	50,0	6	37,5	1	6,3	1	6,3
5. Má obavy z injekcí	5	31,3	6	37,5	1	6,3	4	25,0
6. Mám bolesti kloubů a svalů	10	62,5	6	37,5	0	0,0	0	0,0
6. Má bolesti kloubů a svalů	6	37,5	5	31,3	3	18,8	2	12,5
7. Mám obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	8	50,0	6	37,5	2	12,5	0	0,0
7. Má obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce	5	31,3	6	37,5	2	12,5	3	18,8
8. Měl(a) jsem zranění či bolesti	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0	0,0
8. Měl(a) zranění či bolesti	3	18,8	8	50,0	3	18,8	2	12,5
9. Léčebné zákroky mě moc bolí	7	43,8	8	50,0	1	6,3	0	0,0
9. Léčebné zákroky ho (ji) moc bolí	2	12,5	9	56,3	2	12,5	3	18,8

Diskuse

Vzhledem k malým souborům dětí a jejich rodičů nebylo cílem této studie číselné vyjádření a měření za pomoci statistických analýz kvality života dětí a mládeže v jednotlivých obdobích jejich onemocnění, ale poukázání na problémy, které se s onkologickými onemocněními a jejich náročnou léčbou spojují, a jak je vnímají v těchto obdobích samy tyto děti.

Dále jsem chtěla poukázat na to, že vnímání zdravím podmíněné kvality života ze strany dětí a mládeže s onkologickým onemocněním je často odlišné od rodičovského vnímání zdravím podmíněné kvality života těchto dětí.

Obecně rodiče dětí a mládeže s onkologickým onemocněním vnímají a hodnotí problémy jejich dětí v souvislosti s léčbou a onemocněním, problémy s tělesnými aktivitami, problémy v emoční a vztahové oblasti a problémy se školními činnostmi negativněji (závažněji) než samy tyto děti. Tento fenomén je patrný ve všech výše zmiňovaných oblastech, a to jak u dětí v léčení, tak po léčení. Například to, že jejich dítě trpí často obavami a strachem uvádí 36,8 % rodičů dětí v léčení oproti tomu 31,6 % dětí uvádí, že nikdy netrpí obavami a strachem.

Rozdíl je také patrný v náhledu na to, jestli dítě nemůže dělat stejné věci jako ostatní děti, toto uvádí pouze 5,3 % dětí v léčení oproti 31,6 % jejich rodičů. U dětí po léčení a jejich rodičů je rozdíl vidět na otázce, zda dítě má obavy z injekcí. Obavy z injekcí dle rodičů má téměř vždy 25,0 % dětí. Děti tuto obavu uvádí téměř vždy pouze v 6,3 %.

Další rozdíl je v náhledu na to, zda dítě má problémy s konáním domácích prací. Zde problémy uvádí někdy 62,5 % rodičů oproti 25,0 % dětí. To, že se jejich dítě cítí často smutně nebo rozladěně, si myslí 31,3 % rodičů oproti 6,3 % dětí. Poměrně dobré shody dosahuje hodnocení rodičů a dětí v oblasti školních činností, která obsahuje otázky týkající se vlivu onemocnění a léčby na kognitivní funkce.

Srovnání Děti v léčení X Děti po léčení X Děti z lyžařského kurzu

V části obsahující položky, které popisují symptomy a problémy vztahující se sekundárně k nemoci a biomedicínskému léčení, je patrný rozdíl v nazíraní a pociťování obav v souvislosti s návštěvou nemocnice. Konkrétně obavy z toho, když musí jet do nemocnice mají: nikdy 10,5 % dětí v léčení, 37,5 % dětí po léčení a 50,0 % dětí z lyžařského kurzu. Podobné hodnocení nacházíme i v dalších položkách z této oblasti – pocitů na zvracení v souvislosti s léčbou, obav z injekcí.

Shody dosahují děti po léčbě a děti z lyžařského kurzu v položkách: pocity na zvracení, když myslí na léčbu má někdy shodně 25,0 % dětí, 37,5 % dětí má někdy bolesti kloubů a svalů. To, že strach z lékařských vyšetření a zákroků u dítěte přetrvává i po léčbě, dokazuje skutečnost, že obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce má někdy 25,0 % dětí, často 31,3 % dětí, téměř vždy 18,8 % dětí z lyžařského kurzu. Léčebné zákroky pociťuje jako velmi bolestivé někdy 62,5 % dětí a často 18,8 % dětí z lyžařského kurzu.

Vliv onemocnění a jeho léčby na kvalitu života podmíněnou zdravím u dětí v léčbě je v této oblasti patrný z výsledků: 31,6 % dětí má často obavy, když musí jet do nemocnice; 68,4 % má někdy pocity na zvracení během léčby; jídlo někdy nechutná 47,4 % dětí a často 21,1 % dětí, 10,5 % dětí téměř vždy. 36,8 % dětem je někdy a 5,3 % dětem je často na zvracení, když myslí na léčbu; 42,1 % dětí má někdy a 26,3 % dětí často obavy z injekcí. Bolestmi kloubů a svalů trpí někdy 47,7 % dětí; obavy z odběrů kostní dřeně a lumbální punkce má často 21,1 % dětí; bolest či zranění má někdy 57,9 % dětí, 47,4 % dětí pociťuje někdy a 10,5 % dětí pociťuje často léčebné zákroky jako velmi bolestivé.

V části obsahující položky, které hodnotí funkční stav v aktivitách denního života je patrné, že děti delší dobu po léčbě nemají v této oblasti takové obtíže jako děti v léčení či kratší dobu po léčbě. Toto logicky vyplývá ze známých příznaků doprovázejících nádorová onemocnění a vedlejších účinků jejich léčby (únava, bolesti kloubů, svalů…). Ale i ve skupině

dětí po léčbě a dětí z lyžařského kurzu se nacházejí děti, které mají někdy, často nebo téměř vždy problémy s účastněním se sportovních aktivit, konáním domácích prací, chůzí a pohybem, zvedáním těžkých břemen a běháním.

V oblasti zahrnující položky vztahující se k emocionálnímu fungování, emocionálnímu stavu, výsledky dokazují, že by i pro děti delší dobu po léčbě (z lyžařského kurzu) byly vhodné určité psychologické intervence. Toto dokazují skutečnosti, že tyto děti mají obavy nebo strach (někdy 68,8 %), cítí se smutně nebo rozladěně (někdy 81,3 %), bojí se toho, co se může přihodit (někdy 75,0 %), vedlejších účinků léčby (někdy 81,3 %, často 12,5 %), bojí se, že se nemoc znovu objeví (někdy 56,3 %, často 12,5 %, téměř vždy 18,8 % dětí z lyžařského kurzu).

U dětí s onkologickým onemocněním nelze opomíjet důsledky jejich dlouhodobého vyřazení ze sociálních aktivit, přerušení vztahů s jejich vrstevníky a téměř někdy až sociální izolace po dobu léčby. Obzvláště děti školního věku vnímají ztrátu kontaktu se svými spolužáky a vrstevníky velmi bolestně. Dle Kouteckého (1997) je začlenění dětí do společnosti bez negativního ovlivnění prodělaným onkologickým onemocněním úlohou a cílem sociální péče. Koutecký (1997) se také shoduje s doporučeními odborníků na poli dětské onkologie, že by dítě mělo mezi jednotlivými intervaly léčby navštěvovat školu, být v kontaktu s kamarády a účastnit se volnočasových aktivit.

V části, kde jsou hodnoceny interpersonální problémy vztahující se k onkologickému onemocnění a biomedicínskému léčení, bych ráda poukázala na fakt, že 25,0 % dětí z lyžařského kurzu a 31,3 % dětí po léčbě má někdy problém, že nemůže dělat tolik věcí jako ostatní děti a 25,0 % jich někdy neví, jak by to ostatním dětem sdělilo. Téměř vždy má problém říci kamarádům, že s nimi nemůže dělat tolik věcí jako dřív, 12,5 % dětí po léčbě.

Dlouhodobá náročná léčba vyžaduje časté absence dítěte školního věku ze školy, někdy musejí děti opakovat celý školní rok. Kvalita života dětí může být ovlivněna poruchou neurokognitivních funkcí, které patří mezi závažné následky léčby nádorových onemocnění u dětí. Zvláště ohroženy jsou ty děti, u kterých byly diagnostikovány primární nebo sekundární nádory CNS, akutní leukémie nebo maligní lymfomy vyžadující ozáření mozku nebo intrathekální aplikaci chemoterapie, dále děti po transplantaci kostní dřeně nebo periferních hemopoetických buněk (Štěrba, 2000; Kepák, 2004, Stuber, Seacord, 2004).

V části obsahující otázky týkající se vlivu onemocnění a léčby na kognitivní funkce vyplynuly tyto zásadní výsledky: 73,7 % dětí v léčbě uvádí, že někdy zapomíná věci, věci někdy zapomíná také 62,5 % dětí po léčení a 75,0 % dětí z lyžařského kurzu. Často zapomíná věci 18,8 % dětí po léčbě. Problémy s pamatováním si toho, co četlo, uvádí někdy 47,4 % dětí v léčbě, 43,8 % dětí po léčbě a 31,3 % dětí z lyžařského kurzu. Děti po léčení uvádějí, že někdy obtížně zvládají práci ve škole (v 68,8 %), 62,5 % těchto dětí se někdy nemůže soustředit na práci ve škole. 50,0 % těchto dětí má někdy problémy s řešením matematických úloh, často 18,8 % dětí.

Závěr

Obecně rodiče dětí a mládeže s onkologickým onemocněním vnímají a hodnotí problémy jejich dětí v souvislosti s léčbou a onemocněním, problémy s tělesnými aktivitami, problémy v emoční a vztahové oblasti a problémy se školními činnostmi negativněji (závažněji) než samy tyto děti. Tento fenomén je patrný ve všech výše zmiňovaných oblastech, a to jak u dětí v léčení, tak po léčení.

Dlouhodobé remise dosahované dnes u většiny dětí a mládeže s nádorovým onemocněním dětského věku a identifikace pozdních následků způsobených samotným nádorovým onemocněním, jeho léčbou nebo kombinací těchto dvou faktorů, vedou k posunu ve vnímání dětských malignit. Ty jsou dnes považovány za chronická onemocnění vyžadující kontinuální celoživotní specializovanou následnou zdravotní péči (Kepák, 2004).

Využití tohoto dotazníku spočívá v prověřování konkrétních problematických oblastí u jednotlivých dětí a mládeže s onkologickým onemocněním, a to v pravidelných časových rozmezích. Tyto intervaly mohou být odlišné v různých fázích onemocnění. Například u dětí

a mládeže v dlouhodobých remisích by mohla administrace dotazníku proběhnout 1X ročně, u nově diagnostikovaných dětí, dětí v pokročilých stádiích nemoci, dětí zahrnutých do experimentálních studií 1X měsíčně apod. (Varni et al., 1998a). Odborníci se již také snaží vyvinout počítačovou formu dotazníku pro měření zdravím podmíněné kvality života u dětí. Dítě tak při vyplňování dotazníku bude vedeno pomocí audiovizuálních instrukcí (Seid et al.,1999).

Bibliografické odkazy

KALOVÁ, H. et al. Dotazník TNO-AZL (TAPQOL) pro zjišťování kvality života dětí předškolního věku. *Kontakt,* 2004, roč. 6, č. 1, s. 1-7. ISSN 1212-4117.

KEPÁK, T. et al. „Cure is not enough" – proč je důležité dlouhodobě sledovat děti a dospělé po léčbě nádorových onemocnění dětského věku, Koncepce dispenzarizace v rámci Univerzitního onkologického centra v Brně. In VYZULA, R., ŽALOUDÍK, J. (eds.). *Edukační sborník XXVIII. Brněnské onkologické dny a XVIII. Konference pro sestry a laboranty*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2004, s. 250-251. ISBN 80-86793-01-X.

43. KEPÁK, T. et al. Měření kvality života po léčbě nádorových onemocnění dětského věku. In VYZULA, R., ŽALOUDÍK, J. (eds.). *Edukační sborník XXIX. Brněnské onkologické dny a XIX. Konference pro sestry a laboranty*. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2004, s. 275-276. ISBN 80-86793-05-2.

44. KEPÁK, T. Pozdní následky po léčbě nádorových onemocnění dětského věku. *Klinická onkologie*, 2004, roč. 17, č. 5, s. 162-166. ISSN 0862-495 X.

KOUTECKÝ, J., KABÍČKOVÁ, D., STARÝ, J. *Dětská onkologie pro praxi.* 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 179 s. ISBN 80-7254-2888-5.

KOUTECKÝ, J. et al. *Nádorová onemocnění dětí a mladistvých*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 222 s. ISBN 80-7184-246-X.

KREITLER, S., KREITLER, M. M. Quality of life in children with cancer : definition, assessment and results. In KREITLER, S., WEYL BEN ARUSH, M. (eds.). *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. Hoboken, NJ. : John Wiley and Sons, 2004, p. 139-210. ISBN 0-471-49939-0.

SEID, M. et al. The pediatric cancer quality of life inventory : a modular approach to measuring health- related quality of life in children with cancer. *Int. Journal Cancer,* 1999, vol. 12, p. 71-76.

SLOVÁČEK, L. Kvalita života nemocných po transplantaci krvetvorných buněk: soudobé poznatky z vybraných zahraničních studií. *Kontakt*, 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 9-16. ISSN 1212-4117.

STUBER, M. L., SEACORD, D. Psychiatric impact od childhood cancer. In KREITLER, S., WEYL BEN ARUSH, M. (eds.). *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. Hoboken, NJ. : John Wiley and Sons, 2004, p. 211-228. ISBN 0-471- 49939-0.

ŠTĚRBA, J. Některé aktuální aspekty chemoterapie maligních nádorů centrálního nervového systému u dětí. *Klinická onkologie*, 2000, roč. 13, č. 4, s. 112-115. ISSN 0862-495-X.

VARNI, J. W. et al. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory – 32 (PCQL – 32). I. Instrument development, descriptive statistics, and cross-informant variance. *Journal of Behavioral Medicine*, 1998a, vol. 21, no. 2, p. 179-204.

VARNI, J. W. et al. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory – 32 (PCQL –32). I. Reliability and validity. *Cancer,* 1998b, vol. 82, no. 6, p. 1184-1196.

Mgr. Hana Burkertová, PhD.
Jihočeská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství
U výstaviště 26
370 05 České Budějovice
e-mail: burkerto@zsf.jcu.cz

BURN INJURIES IN SMALL CHILDREN A POPULATION-BASED STUDY IN SWEDEN

Anna Carlsson, Giggi Udén, *Anders Hakansson, Elisabeth Karlsson

Malmö University, Faculty of Health and Society, Department of Nursing, Malmö, Sweden
** Malmö University Hospital, Department of Community Medicine, Malmö, Sweden*

Summary

Aims and objectives

The aim of this study was to describe characteristics in burn injuries in children (0-6 years old), consulting primary care and hospital-based care in Malmö, Sweden.

Burn injured children consulting the University Hospital or the 21 Health Centres, during year 1998 and year 2002, were included.

Background

Epidemiological studies of burns in children have mostly been hospital-based and the cases that never reached the hospital have been excluded.

Design

The study had a retro perspective design with data collected from medical records.

Methods

Chi-squared test was used to analyse differences in nominal data and cross tables were used to analyse the proportions between the characteristics of the injuries and sex, age and nationality.

Results

The burn injured children were 148 and 80% of those were scalds, caused by hot liquid (71%) or hot food (29%).

The greatest number was boys between one and two years old.

Children to foreign born parents were more frequently affected and the extent of the injuries often larger.

Almost all the accidents (96%) occurred in home environment, while a family member was next to the child.

The Health Centres received more often children affected on hand/arm and by causes like hot food than the University Hospital.

Conclusions

Our data demonstrate the importance of developing a program for the prevention of paediatric scalds with education of family members to be aware of the danger.

With present study the knowledge about the occurrence of injuries in scald accidents in children has become deeper. This knowledge may contribute to more individual adept child accident prevention programme, to use in the Child Health Care.

Key words*:* burns*,* children*,* prevention, scalds, nurses, nursing

Introduction

Sweden has the lowest accident mortality for children in the world (SOU 2002:99*,* IRTAD 2003). The mortality rate for accidents in Sweden in 1999 was 22/100 000 children (WHO 2003).

Children get hurt by accidents, mostly in their homes, in the age range 0–4 years (March & Kendrick 2000*,* den Hertog *et al.* 2000*,* Mukerji *et al.* 2000). The most common injuries leading to consultation at hospitals or primary care units are concussions of the brain, fractures, luxations, distortions and ruptures of muscles, all of them connected with

fall accidents. Other accidents course drowning, poisoning, suffocation and burn injuries (March & Kendrick 2000).

Burn injuries are often a serious tragedy for both parents and children. This is caused by the pain and the trauma of dressings, procedures, hospitalisation and emotional adjustments in an immature child, the mortality risk, the long-term rehabilitation and the cosmetic disfigurement (Andersson 1996, Muerji *et al.* 2001).

In Copenhagen, Denmark, epidemiological analyses of burn injuries have been carried out every tenth year. The majority of accidents occurred in the home, younger children were at risk and scalding was the most common type of injury often caused by water from toppled electrical kettles (Sheller & Thuesen 1998). Also, a one-year study of burn victims in four counties of south-east England revealed that children under the age of five had the highest rate of admission to hospital. The admission from the district health authorities to hospital burn units was 14/100 000 population per year (Wilkinson 1998). The incidence of burns in the Netherlands was 210/100 000, in 0–4-year-old children, and 65% of them were scalds. Among the children aged below four, 80% of all scald injuries were caused by pushing down or dropping a hot liquid (den Hertog *et al.* 2000). In a French study, the typical burn-injury patient was a boy with a mean age of four years, who suffered a scald in the kitchen, and the burn injuries covered less than 10% of the body surface (Mercier & Blond 1996). In Canada, 67% of burns in children under five were caused by food preparation and consumption, 14% were bathtub scalds and 19% were due to flames. Of children under two years of age, 70% were affected (Ray 1995).

In Malmö, Sweden, a six-year prospective study of scald-injured children (0–6 years old), treated at the inpatient burn unit at the University Hospital (UMAS), ran 1990–1996. Scalding was the cause of 87% of the burn injured children (Freccero *et al.* 2000).

Many studies have estimated the epidemiology of paediatric burns but they have often yielded different results depending on the regions where the studies were conducted (WHO 2004, den Hertog *et al.* 2000, Sheller & Thuesen 1998, Mercier & Blond 1996, Ray 1995). Also, epidemiological studies of burns in children have mostly been hospital-based and the cases that never reached the hospital were excluded. It is important to prevent as many burns as possible and to achieve this it is necessary to be aware of the characteristics of both minor and severe burn injuries in children.

The aim of this study is to describe characteristics in burn injuries in children (0–6 years old), consulting primary care or hospital-based care in Malmö.

Material and Methods

STUDY AREA AND POPULATION

This study was performed in Malmö, a city with 257 574 inhabitants (2000), in Sweden during 1998 and 2002. There were 21 Health Centres and one University Hospital in Malmö. Among other specialities, the hospital also had a department for burn injuries with plastic surgery. Parents of children with burn injuries could voluntarily choose to consult either the emergency unit at the hospital or the Health Centre in their neighbourhood (includes a doctor-on-duty centre).

DATA COLLECTING

The data were collected from medical records, in a retrospectively designed study. All emergency incoming patients at the University Hospital were recorded, according to age, sex and diagnosis. Approximately 10,000 incoming patients per year were registered. All the burn injuries in children found in these registers in both 1998 and 2002 were compiled through medical records, by one of the authors (AC). The internal dropout was due to the fact that not all of the questions could be answered through the medical records.

Children admitted during the study period with any type of burn-related injury were selected for review. Data on the burn-injured children consulting the Health Centres were collected through the diagnosis registration.

Patients who consulted the University Hospital and the Health Centres in Malmö are coded in accordance with the *International Classification of Diseases, 9th revision* (ICD-9 1990). All medical records of the children were registered for sex, age and nationality of the parents.

DEFINITIONS

The nationality of the parents was defined as Swedish-born when at least one of the parents was born in Sweden and as foreign-born when both parents were born in any country outside Sweden (Landstingsförbundet 2002). Body site, extent and depth of injuries but also causes and location of injuries were investigated. The extent of the injuries was classified in two groups: <2% and >2% (den Hertog *et al.* 2000). The depth of the injuries was categorised in three degrees: degree 1 was redness in the skin, but intact, degree 2 was blisters and degree 3 was when parts of the skin need to be taken away for recovering (Freccero *et al.* 2000).

STATISTICAL ANALYSIS

To analyse differences in nominal data, chi-squared test was used and a difference was considered statistically significant if $p<0.05$. The cross tables was used to analyse the proportions between sex, age, nationality and injuries. The statistical analyses were performed using the SPSS program for Windows 11.0 (Norusis 2002).

The study was approved by the Ethics Committee of Lund University (LU 37-99).

Results

During the study period 1998 and 2002, 148 children were treated for burn injuries. Children aged 1–2 years suffered most frequently ($p=0.0001$). Boys were represented to the largest extent with 64% and girls with 36% ($p=0.001$). Table 1 shows the distribution of children according to their sex and age.

Children aged 0–2 years suffered from injuries on the hand, arm, foot or leg to a significantly higher level ($p=0.04$). Children with foreign-born parents suffered more often from burn injuries than children with Swedish-born parents ($p=0.001$). Children with foreign-born parents also had a larger extent of injury more often than children with Swedish parents ($p=0.04$) (Table 2).

Burns were primarily scalds 81% (n=95) ($p=0.001$). The non-scald burns were caused by a hand on a stove, a foot in a hot candle-wax, a hand on a lamp or by sitting down on a barbeque grill.

The scalds were mostly caused by hot liquid 71% (n=67) ($p=0.001$). Scalds by hot food caused the injuries in 29% of cases (n=28). Accident scenarios in which the child pulled hot food or hot liquid off the stove frequently involved the child trying to climb up and/or reach a pan on the stove or the worktop. The extent of injury was largest to the children injured by hot liquid ($p=0.01$). The scalds happened mostly in home environment (95%), ($p=0.001$) when a family member was present. The depth of injury was often greater in the accidents that occurred outside the home ($p=0.01$) (Table 2).

The distribution between the children consulting the Health Centres, 49% (n=73), and the University Hospital, 51% (n=75), differed according to causes of accidents. The University Hospital received more children with other causes of injuries than hot liquid/hot food ($p=0.04$) and the site of injury was more often the face ($p=0.001$) or the leg/foot ($p=0.001$) or with several sites involved ($p=0.001$). Those children also suffered more often from injuries of a greater extent ($p=0.001$) and depth ($p=0.05$). The Health Centres more

often received children affected by hot food than the University Hospital (p=0.03). Arms and hands were more involved in the injuries consulting the Health Centres (p=0.03) (Table 3).

Discussion

In this study 72% (n=106) of the burn-injured children were under three years old. This age group is also seen as the most common age group for burn injuries in other studies (Sheller & Thuesen 1998, den Hertog 2000, Wilkinson 1998). Children aged under three often stay near their parents while they are cooking and therefore they are more exposed to burn risks. Almost all of the children (96%) in the present study had their parent close by when the accident occurred. Many of those accidents could have been avoided as they were caused by preventable events such as when the handle of a pan was reachable from the cooker front or overheated liquids were handled when the children were nearby.

According to earlier study and as shown in the present study, there seems to be a peak in the affected child between one and two years old, and at that age close observation of the child is a main rule. Education about preventive precautions can be added to observations, starting at around two years old. When children ask questions it offers opportunities for teaching about risks in daily life. From about three years children understand the concept of danger (Mercier & Blond 1996). As in other studies (den Hertog 2000, Mercier & Blond 1996) boys were more frequently affected by burn injuries than girls.

The frequency of burn injuries, in particular scalds with a larger extent, was higher among children whose both parents were born abroad than for children of parents of Swedish origin. These findings are supported by studies in the Netherlands (den Hertog 2000). It is not yet known whether this is due to possible differences in cultural background or economic position. Interesting future research can be directed to the more general question of how a lower social economic position, problems in reading and understanding instructions in another language, a limited living situation, unemployment and distinctive cultural traditions influence the risk of accidents among children.

Previous studies have shown that burn injuries in children are most frequently scalds caused by hot liquid, especially hot coffee or tea (den Hertog *et al.* 2000, Sheller & Thuesen 1998). The present study showed the same causes, although frequently caused by hot food (29%). Burns caused by hot food were more frequent among the children consulting the Health Centres, these burn injuries are seldom described in the literature and may be the reason for the higher extent of hot food causes in the present study. Other studies have shown that hot baths were the most frequently observed causes of scalds (Fukunishi *et al.* 2000, Mercier & Blond 1996, Ray 1995). None of the 148 children in the present study had a scald caused by hot bath water. A major reason may be the regulation of water temperature in taps, to 55 degrees centigrade, according to Swedish law. The limit of 55 degrees is set due to the risk of infection from legionnaires disease.

Most of the injuries were defined as degree 1+2 (redness and blisters) and none of the injuries had a fatal outcome. Many other studies show that the fatal incidence of injuries is often caused by flames or hot tap water (den Hertog 2000, Fukinishi *et al.* 2000). Those causes have not been seen in the present study.

During the study period of 1998 and 2002, 148 children were treated for burn injuries. In Malmö, the total numbers of reported accidents in children (0–6 years old) in 1998 and 2002 were 1300 and 1478 respectively (n=2778). About 30% of the patients consulted the Health Centres and 70% consulted the University Hospital. Eighty-five percent (n=1653) of the children consulting the University Hospital for accidents in the home environment, had parents of foreign origin. Scald injuries were not separated from other accidents in the injury registrations nor in the registrations for Malmö or for Sweden as a whole (Dept. of Social Medicine 2004).

It is a long-term process to prevent child accidents. This long-term process cooperates to motivate the parents to take precautions to prevent accidents (McClure & Douglas 1996, Arborelius 1993). The responsibilities of the landlords, concerning the environmental risks in flats, are well regulated in Sweden but not always so well known by the citizens. Campaigns aimed to educate the public about environmental risks in children can be advertised on the airwave media, on billboard posters, at nursery schools and in the Child Health Services.

Some of the results in the present study are reduced in internal validity due to the internal dropout values between 8% and 29% (Rothman & Greenland 1998). A negative effect of conducting a record study is the limitations in answering all questions, due to the documentation.

A strength of this study is that it aimed to find all children with burn injuries consulting medical care in Malmö and carefully went through the 20,000 diagnoses at the emergency unit at the University Hospital and all diagnoses in the registration at the Health Centres during 1998 and 2002. The children not reached in the present study were those with burn injuries not consulting medical care.

Conclusions

From the investigation of burn injuries in children aged less than 7 years consulting the University Hospital and the Health Centres in Malmö during 1998 and 2002, the following results were obtained:

* Burn injuries were primarily scalds
* The scalds were caused by hot liquid in 71% and by hot food in 29% of cases
* Children aged 1–2 years suffered most frequently and the sites of injuries were more often on the hand, arm, foot or leg
* More boys than girls suffered from burn injuries
* Most of the burn accidents occurred in the home environment when the parent was close by
* Children of foreign-born parents had burn injuries more frequently than children of Swedish-born parents and they also more often had injuries on the hands, arms, leg or feet and injuries of larger extent
* The Health Centres more often received children affected on the hand/arm and the causes were more often hot food

Contributions

AC originated the idea for the study and together with GU and AH, was responsible for the study design. AC conducted the record survey. The analysis was carried out by AC and ED-K in discussions with GU and AH. AC wrote the paper after discussions with the other investigators, especially with ED-K.

Bibliography

Andersson, I. (1996) *Fakta om skador bland barn och ungdom. (Facts about injuries among children and youth).* Stockholm: Barnombudsmannen, *1*. (In Swedish)

Arborelius, E. (1993) *Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. (Theory and practice to affect patients' lifestyles)* Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum. (In Swedish).

den Hertog, P C, Blankendaal, F, Ten Hag, S M. (2000) Burn injuries in the Netherlands. *Accident Analysis and Prevention,* 32, p. 355-364.

Department of Social Medicine. (2004) *Skaderegistrering i Region Skåne. (Injury registration in Region Scania).* University Hospital UMAS, in Malmö. (In Swedish).

Freccero, C, Svensson, H, Kalhor, S, Larsson, A. (2000) Scalding injuries in immigrant families. *Scand. J. of Plastic and Reconstruc. Surg. and Hand Surg.* 34 (*4*). P. 309-13.

Fukunishi, K, Takahashi, H, Kitagishi, H, Matsushima, T, Kanai, T, Ohsawa, H, Sakata, I. (2000) Epidemiology of childhood burns in the Critical Care Medical Center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. *Burns* 26, p. 465-469.

ICD-9 (1990) *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification.* 3rd ed. Washington, DC: Health Care Financing Administration.

IRTAD, OECD-International Road Traffic and Accident Database, www.bast.de/htdocs/fachthemen/irtad/, 2003 08 25.

Landstingsförbundet. (2002) *Statistisk årsbok. (The Federation of Swedish County Councils).* Stockholm: Landstingsförbundet. (In Swedish)

March, P, Kendrick, D. (2000) Near miss and minor injury information – can it be used to plan and evaluate injury prevention programmes? *Accident Analysis and Prevention* 32, p. 345-354.

McClure, R, Douglas, R M. (1996) The public health impact of minor injury. *Accident Analysis and Prevention* 28, (*4*), p. 443-451.

Mercier, C. & Blond, M H. (1996) Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. *Burns* 22, p.29-34.

Mukerji, G, Chaminia, S, Patidar, G P, Gupta, S. (2000) Epidemiology of paediatric burns in Indore, India. *Elsevier Science,* India.

Mukerji, G, Shobha, C, Patidar, G H, Suurabh, G. (2001) Epidemiology of paediatric burns in Indore, India. *Burns* 27, p. 33-38.

Norusis, M. (2002) *The SPSS 11.0 guide to data analysis.* Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Ray, J G. (1995) Burns in young children: a study of mechanism of burns in children aged 5 years and under in the Hamilton, Ontario Burn Unit. *Burn*s 21, p. 463-466.

Rothman, K J. & Greenland, S. (1998) *Modern Epidemiology.* Second edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, p. 119.

Sheller, J L P. & Thuesen, B. (1998) Scalds in children caused by water from electrical kettles: effect of prevention through information. *Burns* 24, p. 420-424.

SOU 2002:99 Statens offentliga utredningar. (State Public Inquiries). *Barns skador i Sverige. (Children's injuries in Sweden).* Barnsäkerhetsdelegationen, Stockholm 2002. (In Swedish).

World Health Organization (WHO). http://www3.who.int/whosis/mort/table1_process.cfm , 2003 09 11

World Health Organization (WHO). http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/ , 2004 07 05

Wilkinson, E. (1998) The epidemiology of burns in secondary care, in a population of 2.6 million people. *Burns,* 24, p. 139-143.

Anna Carlsson, MSc, RN, PhD.
School of Health and Society
Department of Nursing
Malmö University
Malmö, Sweden
e-mail: anna.carlsson@hs.mah.se

VÝŽIVA V KONTEXTU SE SPIRITUÁLNÍMI POTŘEBAMI NEMOCNÉHO

Martina Cichá

Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy, Olomouc

Souhrn
Autorka se zabývá problematikou výživy nemocného v sociokulturních souvislostech.
Příjem potravy je nejen základní fyziologickou potřebou člověka, ale současně podléhá společenským a kulturním vlivům, které z něj činí sociokulturní záležitost. Významným faktorem, ovlivňujícím výživu člověka jsou jeho spirituální potřeby. Primárně fyziologická potřeba výživy mnohdy podléhá spirituálním potřebám člověka. Máme na mysli především vliv náboženství, ve smyslu respektování stravovacích příkazů a doporučení. Tak je tomu zejména v případě judaismu a islámu.
Ortodoxní židé dodržují velmi přísné zásady židovské rituální kuchyně ve smyslu košer stravování, a to jak v běžném životě, tak o šabatu a také během významných židovských svátků. Důležité jsou pro ně také požadavky na chování u stolu. Zdaleka však nejde jen o respektování Tóry, Talmudu, a dalších významných knih, uctívaných zbožnými židy, ale také o vliv tradic a regionálních specifik.
Také praktikující muslimové dodržují v souladu s Koránem jistá stravovací omezení, týkající se nejen každodenních stravovacích zvyklostí, ale i ramadánu, který je pro muslimy měsícem půstu. Některá jídla jsou naopak Koránem muslimům doporučena. Islámské právo šarí´a, které vychází z Koránu, popisuje i způsob etikety stolování.
Sestry jsou povinny znát spirituální potřeby nemocného a v rámci možností mu umožnit tyto potřeby saturovat.

Klíčová slova: výživa, spirituální potřeby, nemocný, kultura, judaismus, židé, islám, muslimové

Úvod

Ošetřovatelství dnes zdaleka není, slovy Florence Nightingalové, jen podáváním léků a přikládáním obvazů. Pro kvalitní ošetřovatelskou péči jsou nezbytné také znalosti kulturních, tj. komunikačních, jazykových, náboženských, hodnotových a dalších, specifik. **Multikulturní (interkulturní, transkulturní) ošetřovatelství** vychází z kulturní a sociální antropologie, jejímž předmětem je nejen sledování kulturních a sociálních rozdílů, ale také shodných lidských rysů.

Obsah

Potřeba výživy se v době nemoci může více či méně změnit (u nemocného v bezvědomí, po operaci, při potřebě speciální diety, při nechutenství, při nesoběstačnosti nemocného apod.), ale také může být prakticky nezměněna (u nemocného, jehož schopnost příjmu potravy je plně zachována, a který nemá žádné dietní omezení). V tomto případě se však zásadním způsobem mění podmínky pro saturaci této potřeby. Je-li nemocný hospitalizován v nemocnici, je plně odkázán na personál, na jeho možnosti, ale také na jeho ochotu a schopnost přistoupit k nestandardnímu problému profesionálně, tj. odborně i eticky na potřebné úrovni.

Oddělit od sebe biologickou a sociokulturní stránku člověka je prakticky nemožné. Příjem potravy je toho názorným důkazem. Je to sice základní biologická potřeba, jejíž uspokojení je pro přežití člověka nezbytné, avšak současně se zde uplatňuje řada kulturních vlivů, které ve svých důsledcích činí ze stravování kulturní fenomén, resp. sociálně - kulturní záležitost. Máme na mysli především pravidla a předepsané způsoby chování, související se stravováním. Dá se říct, že naše potřeba a schopnost jíst je rozhodně biologicky podmíněná, avšak to, co a jak jíme je především sociálně – kulturní. Slovy Karla Máchy „musíme jíst, avšak

typicky jíme v mezích určitého jídelníčku, obvyklého v určitém národě či sociální vrstvě“ (Mácha, 2002, s. 277).

Stravování je ovlivňováno řadou kulturně podmíněných okolností. Mění se v čase, je závislé na místních faktorech, především regionálních specificích, může být modifikováno různými náboženskými požadavky či omezeními, podléhá tradicím, může být předmětem různých rituálů apod., a je také společenskou záležitostí v užším slova smyslu. V průběhu života většinou jíme ve společnosti, takže se od nás žádá jistý způsob chování, který je v dané společnosti, včetně nukleární rodiny, všeobecně uznáván jako „normální“.

Od nejútlejšího dětství se učíme kultuře stolování, ba co víc postupně přebíráme stravovací zvyklosti z okolí, v němž žijeme, a je velmi pravděpodobné, že mnohé z nich se pro nás stanou tradičními, a že je tedy budeme považovat za „normální“. S tím také souvisí hodnocení těch či oněch stravovacích zvyklostí, které se od těch našich více či méně liší. Je prakticky nemožné zcela se oprostit od **etnocentrismu**, tj. tendence poznávat, hodnotit a interpretovat je z perspektivy naší kultury, respektive našich stravovacích zvyklostí.

V následujícím textu se budeme stručně zabývat stravovacími zvyklostmi Židů (židů)[3] a Arabů, kteří jsou ponejvíce muslimy[4], protože právě judaismus a islám jsou náboženství, která zásadním způsobem ovlivňují i stravování. **Zvláště problematické může být v našich podmínkách stravování nemocného klienta židovského nebo muslimského vyznání, kdy ke kulturním rozdílům přistupuje choroba.** Podmínky pro saturaci potřeby výživy jsou tedy modifikovány, jednak nemocí, jednak hospitalizací. Vzniká rozpor mezi potřebou dodržovat nábožensky podmíněné tradice v oblasti stravování a faktickou saturací potřeby výživy v době nemoci.

Budeme-li dále hovořit o židech, budeme mít na mysli ty, kdo se bytostně, niterně identifikují se svým židovstvím, jejichž život, zahrnující i stravovací zvyklosti, je zásadním způsobem touto identifikací ovlivněn. Rozhodně netvrdíme, že všichni praktikující židé dodržují předpisy židovské rituální kuchyně stejně, že stejným způsobem slaví šabat i nejrůznější svátky, že stejně praktikují nejrůznější rituály apod. Je však nepochybné, že právě judaismus v minulosti měl a stále má klíčový význam pro příslušníky židovské komunity. Nepochybné jsou zde také vlivy lokální. Máme na mysli především židy, kteří dodnes žijí v diaspoře, a jsou tedy více či méně ovlivněni kulturou společnosti, v níž žijí. I když v České republice dnes žije málo Židů[5], což zcela jistě souvisí s holocaustem, považujeme za důležité seznámit se s jejich stravovacími zvyklostmi. Jedině s jejich znalostí lze poskytovat skutečně kvalitní ošetřovatelskou péči o židovské klienty. A pak také, je nepochybné, že v cizině se s těmito klienty budeme setkávat častěji.

Tradiční židovská kuchyně nemá celistvé regionální kořeny, jak je obvyklé u většiny národních kuchyní. Přestože se i na židovské kuchyni projevily vlivy zemí, v nichž Židé po dlouhá léta žili, ve svých hlavních rysech zůstala stejná. Vděčí za to především intenzivnímu působení náboženských ustanovení, která po celé věky každodenně ovlivňovala také židovský jídelníček. Různá nařízení a omezení tedy vedla ke vzniku tradiční a velice svérázné židovské kuchyně s nepodstatnými regionálními variantami. Je s podivem, do jaké míry si Židé, žijící po staletí v diaspoře, roztroušeni po celém světě, nezřídka utiskováni či přímo pronásledováni,

---

[3] „Židy“ v užším slova smyslu (s velkým písmenem na začátku) vnímáme jako příslušníky národa, „židy“ v širším slova smyslu (s malým písmenem na začátku) jako příslušníky židovského etnika, zejména členy židovské náboženské obce. Protože v daném kontextu půjde především o vyznavače judaismu, až na výjimky (kde bude evidentní, že máme na mysli především příslušníky národa), dále budeme uvádět už jen „židé“.

[4] Přestože nejvíce muslimů najdeme právě mezi Araby, nelze zaměňovat pojmy „Arabové“ a „muslimové“. Jde o rozdílné pojmy.

[5] K židovskému vyznání se při sčítání lidu v roce 2001 přihlásilo 1 515 lidí. In *Složení obyvatelstva podle náboženského vyznání* [on-line]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/7A002EABE0/$File/41100301.xls>. *[*cit. 10.2.2006*]*

dokázali udržet svoje zvyky a zvyklosti, včetně těch stravovacích. Snad tomu tak bylo právě díky „izolaci“, v níž tak dlouho žili.

Judaismus stanoví židům, jak mají žít. Určuje, co mohou jíst, jakým způsobem jídlo připravit, a kdy je mohou konzumovat. K jídlu a stolování se vztahuje nejméně 50 ze 613 Božích příkazů. Pro tradiční židovskou domácnost je typické zachovávání předpisů spjatých s rituální čistotou jídla, které je určeno pro tělo stejně tak jako pro duši. Pro židy tedy není kuchyně pouze místem, kde se připravuje jídlo. Je to především duchovní centrum jejich domácnosti. Soubor těchto pravidel, která věřící dodržují i mimo domov, se hebrejsky nazývá „kašrut“ (od „košer“ – „vhodný, rituálně čistý“). Je součástí knih uctívaných židy, a to **Bible** (myšleno Starého Zákona, v podstatě Tóry), dále **Talmudu**, a také kodexu nazvaného **Šulchan aruch**, česky Prostřený stůl. Oproti Starému Zákonu a Talmudu je Šulchan aruch relativně mladý. Pochází ze 16. století.

V těchto posvátných knihách jsou **zvířata** rozdělena na **vhodná k přípravě pokrmů** (čistá), a **zvířata k jídlu nevhodná** (nečistá). V následující tabulce uvádíme jejich přehled.

Tab. 1 – Klasifikace zvířat podle židovské rituální kuchyně

Zvířata, dovolená ke konzumaci	skot, ovce, kozy, buvoli, jeleni, srnci, daňci, kamzíci, losi, husy, kachny, slepice, krůty (s určitými výhradami), holubi, bažanti, koroptve, křepelky, ryby, které mají současně šupiny a ploutve, a které se rozmnožují jikrami (kapři, štiky, okouni, cejni, líni, candáti, lososi, pstruzi, sledi apod.)
Zvířata, zakázaná ke konzumaci	vepři, koňské či oslí maso, zajíci, králíci, velbloudi, pštrosi, draví ptáci, ryby, které nemají současně šupiny a ploutve, a které se nerozmnožují jikrami (žraloci, úhoři, jeseteři apod.), všechny druhy plazů, obojživelníků, měkkýšů a korýšů

Důležité také je, aby byla zvířata rituálním způsobem zabita, a posléze „odkrvena“.

Dalším základním a přísným ustanovením judaismu je **oddělení potravy masité a mléčné**. Židovská kuchyně, ve které se vaří košer, má proto dvě části: část pro přípravu mléčných pokrmů a část pro přípravu masitých pokrmů. Každá z nich má své nádobí, kuchyňské náčiní, příbory, utěrky a někdy i výlevky. Pokud to není možné zajistit, musí se mezi přípravou masitého a mléčného jídla všechno použité kuchyňské nádobí alespoň „spařit“ horkou vodou. Teprve poté je možné použít ho k přípravě jiného druhu pokrmů. Ortodoxní židé dodržují také omezení v postupu konzumace masitých a mléčných jídel. Po masitém pokrmu je totiž dovoleno jíst mléčná jídla zpravidla až po šesti hodinách. Proto se po masitém jídle nepodávají mléčné dezerty či moučníky. Je však možné jíst napřed pokrm mléčný, ale než přijde řada na jídlo masité, je nutné vypláchnout si ústa, umýt si ruce a mléčné jídlo zajíst chlebem. Jestliže byl ale napřed požit sýr, musí být podle tradice zachován před masitým jídlem větší časový odstup.

Ovoce, zelenina a vejce jsou považovány za **potraviny** parve, tedy **neutrální**, a rituálně čisté. Je možné jíst je bez jakýchkoli omezení.

V souladu s výše uvedeným, lze tedy židovskou kuchyni charakterizovat jako kuchyni, jejíž jídelníček je sestavován především z masa hovězího, telecího, skopového, z vnitřností, ryb, drůbeže, vzácněji z rituálně upravené zvěřiny. Základním omastkem je husí sádlo, avšak používají se i rostlinné tuky a oleje. Typická je konzumace nekvašených chlebů – macesů, ale hodně je používaný i běžný chléb s kváskem. Časté je pečivo jako pšeničné housky, koláče, židovská chala (viz níže) a různé další sladkosti. V současnosti se také hodně konzumují jídla z brambor, dále rýže, těstoviny a pohanka. Židé velmi rádi jídla ostře koření. Hojně používají zejména česnek. Základním nápojem židovského jídelníčku je víno, vyráběné košer způsobem. Z dalších alkoholických nápojů se pije pivo, a někdy rovněž pejsachovka, oblíbená židovská slivovice. Z nealkoholických nápojů to jsou zejména minerální a sodové vody.

Součástí zásad židovské rituální kuchyně jsou i požadavky na chování u stolu. Zvláštní význam mají pro židy zejména **požehnání spjatá s jídlem**. Jídlo totiž podle judaismu neuspokojuje jen fyzickou potřebu, ale je darem, za nějž věřící Bohu děkují. Pokud židé požívají

chléb, musí si navíc rituálním způsobem omýt ruce (umytí z hygienických důvodů je samozřejmostí). Hlavní denní jídlo uvedené chlebem se totiž chápe jako hostina. Proto i po něm nenásleduje prosté požehnání, ale obsáhlá modlitba po jídle nazvaná hebrejsky „Birkat ha-mazon".

Dalo by se říci, že hlavním svátkem, předepsaným Tórou je **šabat**, který se slaví každý týden od pátečního soumraku do soumraku sobotního. Šabatem – dnem odpočinutí je v židovském kalendáři poslední den týdne, protože židé ve shodě s biblickým stvořením považují neděli za den první. O šabatu tedy židé nepracují, a respektují i řadu jiných zákazů. Šabat však není jen dnem zákazů. Tento sváteční den provázejí četné zvyklosti, souhrnně označované „oneg šabat" – „potěšení ze šabatu". Patří k nim důsledná hygiena, slavnostní oblečení, osvětlení, jídlo, zpěv šabatových písní, návštěva známých, ale též např. více času pro spánek apod. Velmi důležitá je příprava na šabat, a to nejen s ohledem na zákaz práce během šabatu, ale i v duchovním slova smyslu. Zvláště zbožní muži se na šabat připravují meditací při rituálním ponoření v lázni - „mikve". Vlastní šabat začíná v páteční podvečer zažehnutím dvou šabatových světel – svíček nebo olejových lamp. Šabat provází tři šabatové hostiny, z nichž každá má určitá specifika.

První šabatová hostina začíná v pátek večer, po návratů mužů ze synagogy, z bohoslužeb, jejíž smyslem bylo „přijetí šabatu". Druhou šabatovou hostinou je sobotní oběd, který se neobejde bez požehnání nad chlebem a zpěvu šabatových písní během jídla i po něm. Třetí šabatová hostina je mezi odpolední a večerní modlitbou. Bývá provázena kázáním a chvalozpěvy. Po jídle pronáší zbožný žid speciální modlitbu – havdalu, přičemž žehná vínu, nalitému až po okraj, což symbolizuje naději, že Stvořitel, tak jako v týdnu právě uplynulém, i v tomto přicházejícím, bude své věrné milovat. Úplně na závěr čichají židé k vonným bylinám a koření (nejčastěji k hřebíčku), aby si připomněli rozdíl mezi odcházejícím svátkem a přicházejícími všedními dny.

Tab. 2 – Nejtypičtější pokrmy šabatových hostin

První šabatová hostina	chala (pečivo, tvarem i chutí připomínající naši vánočku) – první sousta se solí (na židovský Nový rok se máčí do medu), různé předkrmy, polévka či masitá jídla, hlavní jídlo - gefilte fiš (nadívaná ryba), dezert cimes (velmi sladký pokrm, obsahující cukr nebo med, existující v mnoha variantách, zpravidla připravovaný z brambor, švestek a sušeného ovoce, ale může být i mrkvový nebo dokonce s masem)
Druhá šabatová hostina	šoulet (připravovaný z bílých fazolí nebo hrachu, krup, brambor, vajec, masa a morkových kostí, často husy či krůty), farfelková jelítka (jelítka plněná nudlovým těstem), kugl (pečená příloha, zpravidla z brambor, event. z rýže nebo nudlí, který může být slaný, např. masový nebo zeleninový, ale i sladký)
Třetí šabatová hostina	různě upravené ryby, nožičky v huspenině, játra, chléb a ovoce

K životu židů nerozlučně patří **slavení svátků**, a s tím související sváteční pokrmy. Zdaleka nejde jen o šabat. Poměrně časté svátky a jejich bohatší jídelníček byly v minulosti světlem naděje v často pochmurném, lhostejném, někdy i nepřátelském prostředí, v němž Židé daleko od své původní vlasti žili. Z hlediska významu jsou nejdůležitějšími svátky židovského roku hlavní poutní svátky, dále to jsou tzv. velké nebo též vysoké svátky, a pak tzv. menší svátky. Následují dny smutku a postní dny a dále národní svátky.

Podle židovského kalendáře jsou prvními svátky roku tzv. vysoké svátky. Označujeme je jako Dny bázně nebo též jako Deset dní pokání. Jsou to: Nový rok (hebrejsky Roš ha-šana), Den smíření (hebrejsky Jom kipur) a „sedm dní mezi nimi". Připadají na první podzimní měsíc tišri (září). Následuje Svátek stanů (hebrejsky Sukot) - necelý týden po Dni smíření, konkrétně 15. tišri (září), dále osmidenní Svátek zasvěcení (hebrejsky Chanuka), jenž se slaví od 25. kislevu do 2. tevetu židovského kalendáře (většinou v prosinci), pak Svátek losů (hebrejsky Purim), připadající na 14. den židovského měsíce adar (přibližně březen), poté osmidenní Svátek překročení (hebrejsky Pesach), který odpovídá křesťanským velikonocům, a to od 15. do 22. nisanu hebrejského kalendáře (přibližně duben), a následně Svátek týdnů (hebrejsky Šavu´ot),

který se slaví 6. až 7. sivanu židovského kalendáře (zpravidla druhá polovina května nebo první polovina června). Detailně se těmito svátky zabývat nebudeme. Uvedeme jen přehled nejtypičtějších pokrmů židovské rituální kuchyně v kontextu s nejvýznamnějšími svátky židů – viz tab. 3.

Tab. 3 – Sváteční pokrmy židů

Roš Hašana	jablka s medem, rybí polévka, kachna s jablkovou nádivkou, koláč z mrkve, chala (mající tvar vánočky nebo vymodelovaná do podoby ptáka), cimes (dezert), lekach (medovník - tradiční moučník východoevropských Židů)
Jom Kipur	v předvečer kreplach (masem plněné pirožky), během svátku celodenní půst, a po něm večeře, která má svou bohatostí a rozmanitostí všem vyhladovělým vynahradit hodiny půstu
Sukot	štrúdly, plněné jablky či tvarohem, ale i dušeným bílým zelím, pohankou s houbami apod., jídla z lilků, zejména saláty, polévka s kreplachem (plněnými pirožky), ve východnějších krajinách i boršč, holiškes (nadívané závitky ze zelí, např. zelí plněné hovězím masem v tomatové omáčce)
Simchat Tóra	různé úpravy pečeného masa, většinou pečená husa, závin s drůbežími játry či masová směs se švestkami, fluden (bohatý slavnostní moučník)
Chanuka	mléčná jídla, ale také hodně sladkostí, zákusků a různého pečiva, latkes (bramborové či sýrové placky, smažené na oleji), často podávané i nasladko, horké koblihy, smažené bramborové pokrmy, např. trojhránky, nebo na oleji opečená bramborová roláda
Purim	krupnik (polévka z krup, rajčat, hub a fazolí), nejrůzněji upravené ryby, chaly ochucené rozinkami a šafránem, a další sladkosti, např. skořicové cukroví, a alkohol, který se o tomto svátku konzumuje hojně, Hamentašen (třírohé Hamanovy taštičky, kloboučky, uši apod., typicky plněné makovou nádivkou, ale mohou být i ořechové či povidlové)
Pesach	maca, resp. macesy (nekvašené chleby), často s mandlemi, skořicí a dalšími chuťovými přísadami, charoset (směs jablek, skořice, rozsekaných oříšků a vína), nadívaná ryba, kuře plněné macesovou nádivkou, vývar s macesovými knedlíčky, nudlové pokrmy nebo bramborový kugl (strouhané zapékané brambory), různé moučníky jako jsou macelokš (macesový dort), velmi často s mandlemi, nebo banánový dort se šlehačkou, pečivo, koblihy, rozinkové víno
Šavu´ot	mléčné, zejména tvarohové, pokrmy, zejména káva s mlékem a tvarohový koláč, k obědu kreplach (malé křehké taštičky z nudlového těsta) s tvarohem, sváteční kugl s tvarohem a mlékem, ale i tvarohové palačinky či lívance, tvarohové blincesy a podobné pokrmy, různé masité pokrmy (s dodržením zásady oddělení mléčné a masité stravy)

Jistě by se dalo hovořit o mnoha dalších, pro židy tradičních pokrmech, které jsou součástí košer kuchyně. Nekladli jsme si však za cíl podat zde jejich vyčerpávající přehled.

Úzce spjata s náboženstvím je také **kuchyně arabská**. Jak jsme se již uvedli, **většina Arabů se hlásí k islámu**. Vyznavači islámu – muslimové jsou ti, kdo za svého Boha považují Alláha, a kdo uctívají Muhammada (Mohameda)[6] jako jeho proroka. Muslimem však může být kdokoli, tedy zdaleka nejen Arab, jehož předci pocházeli z Arábie. Islám vyznávají Íránci, Turci, Berbeři, mnozí Indové, Malajci a další obyvatelé jihovýchodní Asie a také subsaharské Afriky. Mezi muslimy jsou i lidé, kteří konvertovali na islám, a také ti, kdo si islám vybrali jako svou „životní filozofii", ať už jsou odkudkoli.

Zvláštnosti životního stylu, kterým se muslimové vyznačují mají často svůj původ ve Starém zákoně, tedy judaistický a křesťanský. Korán převzal početné prvky právě z Mojžíšových zákonů. Tak vznikla také tzv. šarí´a (šaría)[7], což je islámské právo, zákon. Stravování se věnuje samotný Korán, v němž je jasně uvedeno, co je při konzumaci zakázáno, a co naopak doporučeno.

Zakázán (harám) **je alkohol**, včetně vína, v podstatě jakékoli opojné nápoje. Konečný přísný zákaz požívání alkoholu nesouvisel ani tak s obavami Muhammada o zdraví a mravnost, ale se skutečností, že alkohol snižoval uvědomění muslimů a jejich nadšení pro věc.

[6] Dále uváděno už jen „Muhammad".
[7] Dále uváděno už jen „šarí´a".

Podle Koránu se **také** nesmí konzumovat **vepřové maso**. Šarí'a dokonce zakazuje i prodej vepřového masa, protože, jak vykládá, fikh, tj. muslim prodávající vepřové maso a jiné zakázané potraviny by sám mohl podlehnout jejich požívání. Odpor k vepři jako zvířeti je velmi starého data. Staří Hebrejci a semitské etnické skupiny zakazovali jíst vepřové maso. Staří Arabové používali vepřové maso pouze ke krmení jiných domácích zvířat, zejména koní. Islámská právní věda tento zákaz požívání vepřového masa zdůvodňovala zdravotnicky, neboť vepř je podle ní nositelem mnoha cizopasníků a chorob. Dnes sice šarí'a nemá tak výrazný vliv jako v minulosti, ale odpor k vepřovému masu zůstal. Je to podobné, jako kdyby nám nabídli v Koreji vkusně upraveného psa nebo ve Vietnamu čerstvý opičí mozek s citrónem. (Svršek, on-line, cit. 19.2.2006)

Z šarí'e vyplývají i **další omezení, týkající se konzumace masa**. Zakázána je konzumace zvířat, které se živí mršinami, dále masožravců, obojživelníků, hmyzu, dravých ptáků, ale i zvířat usmrcených ranou do hlavy. Hanafíjská škola zakazuje také ústřice. Šarí´a nedoporučuje ani pojídání koňského masa. Zakazuje také jíst krev, výměšky, všechny druhy žláz a řadu vnitřností. Výhrady má také ke konzumaci syrového nebo polosyrového masa. Aby bylo maso dovolené (halál), zvíře musí být hygienicky poraženo dospělým, duševně zdravým muslimem. (Lunde, 2004, s 35) Muž stojící čelem ve směru kibly (Mekky) pronese "Alláhu akbar" („Alláh je velký“) a prořízne zvířeti hrdlo: dýchací trakt, jícen a krční tepnu. Ačkoliv se tento způsob může zdát krutý, odráží se v něm letitá zkušenost obyvatel horké Arábie. Maso zabitého zvířete by pak mělo být zcela zbaveno krve a krevních sraženin. (Svršek, on-line, cit. 19.2.2006)

Jídly doporučenými pro vyznavače Prorokova náboženství jsou skopové, zelenina, rýže, luštěniny a koření. (Kolínková, 2003, s. 98) Arabové však konzumují také maso kozí, velbloudí, hovězí a drůbež. Z obilovin je to také ječmen a drcená pšenice, z tuků převážně olivový olej, ale také olej sezamový. Arabové mají velmi kladný vztah k zelenině. Konzumují ji nejen v salátech, ale také jako samostatné jídlo. Zvláště oblíbená je plněná zelenina. Hojně také jedí jogurty. Zato polévky se v arabských zemích podávají velmi zřídka. Arabové jsou přesvědčeni, že polévky jsou především na posílení pro nemocné a děti. Výjimku tvoří měsíc ramadán, kdy se všichni od východu do západu slunce postí. Po celodenním půstu začíná slavnostní stolování polévkou, která je úvodem k velkolepé hostině. Kromě běžných masových vývarů se většinou jako samostatné jídlo podává hustá polévka. Polévky se nezahušťují jíškou, ale moukou nebo škrobovou moučkou, rozmíchanou ve studené vodě, popřípadě mletou rýží. Moučníky v arabské kuchyni bývají tučné, přeslazené, často kořeněné, ochucené nejčastěji skořicí, doplněné mandlemi, fíky, rozinkami. (Kolínková, 2003, s. 98) Rituální záležitostí je pro Araba pití kávy. Káva je pro něj doslova „klíčem dne“. Pije se pomalu, aby se patřičně vychutnala. Podobný vztah mají Arabové k podávání a pití čaje. Nesmí chybět u snídaně, často ani u večeře. Hojně také pijí čerstvé ovocné a zeleninové šťávy.

Velmi důležitý je v životě každého praktikujícího muslima již zmíněný sawm neboli **půst v lunárním měsíci ramadánu**. Ramadán neboli měsíc půstu je devátý měsíc muslimského roku. Je to měsíc, kdy byl Muhammadovi zjeven Korán. V duchovním slova smyslu je jakýmsi duchovním cvičením a návodem k posílení sebejistoty a sebeovládání. Zahrnuje i zdržení se špatných myšlenek, činů a výroků. V tělesném významu jde o zdržení se jídla, pití, kouření a sexu. (Sardar, Malik, 2004, s. 53 – 55)

Islámské právo popisuje i **způsob etikety stolování**. Před jídlem se má pronést slovo "bismilláh" ("ve jménu Boha") a po jídle se sluší pronést slova díkuvzdání. Jídlo se má brát pouze pravou rukou, protože levá ruka je určena k "nečistým účelům". Chléb se nemá krájet nožem, ale lámat, voda se nemá srkat nebo hlasitě hltat. Voda se má vždy vypít buď všechna nebo se musí podat sousedovi, ale nikdy se nesmí vylít. Po vyprázdnění šálku vody se má poděkovat "al-hamdu lilláh" ("chvála Bohu"). (Svršek, on-line, cit. 19.2.2006)

Závěr

Cílem tohoto příspěvku byla snaha poukázat na kulturní podmíněnost stravování, na jeho úzkou vazbu na náboženské zásady a omezení, na význam tradic a rituálů, které v životě praktikujících židů, stejně tak muslimů, sehrávají klíčovou úlohu. Umožňují jim identifikovat se svým náboženstvím, jsou součástí jejich identity. A tak bychom k nim měli přistupovat i v rámci ošetřovatelské péče. Ne s opovržením, ani s obdivem, ale s pochopením a tolerancí. V běžném nemocničním provozu není možné plně respektovat předpisy rituálního stravování. Vždy je ale možné projevit snahu o realizaci v daných podmínkách možného, vyslechnout, chápat, poradit, alespoň částečně prakticky pomoci. A to předpokládá profesionálně vystupující sestru, tj. sestru vzdělanou a eticky vybavenou.

Bibliografické odkazy

JANALÍK, F., MARHOLD, J. *Tajemství židovské kuchyně.* Praha: Plot, 2003. 199 s. ISBN 80-86523-23-3.

KÖNIG, F., WALDENFELS, H. *Lexikon náboženství.* Praha: Victoria Publishing, a. s., 1994. 640 s. ISBN 80-85605-51-1.

KREKULOVÁ, A. *Židovská kuchyně.* Praha: Slovart, 2002. 64 s. ISBN 80-7209-368-1.

KREKULOVÁ, A., KREKULOVÁ, T. A nazveš den odpočinku potěšením (židovská sváteční kuchařka). Praha: Volvox Globator, 1997. 164 s. ISBN 80-7207-068-1.

KOLÍNKOVÁ, D. Výživa v multikulturní ošetřovatelské péči, s. 92 – 103. In Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.

KUNETKA, F. *Židovský rok a jeho svátky.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 129 s. ISBN 80-244-0356-0.

LANGE, N. *Svět Židů.* Praha: Knižní klub, 1996. 240 s. ISBN 80-7176-325-X.

LUNDE, P. *Islám. Víra - kultura – dějiny*. Praha: Knižní klub, 2004. 192 s. ISBN 80-242-1093-2.

MÁCHA, K. *Integrální antropologie jako problém*. In WOLF, J. *Integrální antropologie na prahu 21. století.* Praha: Univerzita Karlova (Karolinum), 2002. 439 s. ISBN 80-246-0380-2.

MURPHY, R. F. *Úvod do kulturní a sociální antropologie.* Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 1998. 268 s. ISBN 80-86429-25-3.

NEWMAN, J., SIVAN, G. *Judaismus od A do Z.* Praha: Sefer, 1992. 285 s. ISBN 80-900895-3-4.

SALEHOVÁ, E. *Kuchyně palestinských Arabů.* Martin: Osveta, 1992. 144 s. ISBN 80-217-0503-5.

SARDAR, Z., MALIK, Z. A. *Islám*. Praha: Portál, 2004. 175 s. ISBN 80-7178-882-1.

SAXLOVÁ, M., SÝS, K. *Šoulet a jiné básně aneb židovská kuchařka.* Praha: Adonai, s. r. o., 2002. 119 s. ISBN 80-86500-82-9.

STERN, M. *Svátky v životě židů.* Praha: Vyšehrad, 2002. 247 s. ISBN 80-7021-551-8.

SVRŠEK, J. *Svět islámu 3 [on-line]*. Dostupné z: <http://natura.baf.cz/natura/1997/2/9702-2.html>. *[*cit. 19.2.2006*]*

WIRKOWSKI, E. *Židovská kuchyně (160 košerných jídel).* Bratislava: Práca, 1992. 112 s. ISBN 80-7094-289-4.

WRIGHT, R. *Morální zvíře.* Praha: Lidové noviny, 1995. 478 s. ISBN 80-7106-127-1.

Interkulturní vzdělávání. Příručka nejen pro středoškolské pedagogy. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, o.p.s., 2002. 602 s. ISBN 80-7106-614-1.

Judaismus. Křesťanství. Islám. Olomouc: Nakladatelství Olomouc s. r. o., 2003. 661 s. ISBN 80-7182-165-9.

Složení obyvatelstva podle náboženského vyznání [on-line]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/7A002EABE0/$File/41100301.xls>. *[*cit. 10.2.2006*]*
Židé (Dějiny a kultura). Praha: Židovské muzeum, 1997. 144 s. ISBN 80-85608-17-0.
Židovská kuchyňa. Bratislava: Champagne Avantgarde, 1992. 93 s. ISBN 80-7150-021-6.
Židovské tradice a zvyky. Praha: Židovské muzeum, v agentuře REAG, 1995. 101 s. ISBN 80-85608-14-6.

Mgr. Martina Cichá, PhD.
Katedra antropologie a zdravovědy
Univerzita Palackého
Pedagogická fakulta
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
e-mail: cicham@pdfnw.upol.cz

ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA KLIENTŮ TRPÍCÍCH CHRONICKOU BOLESTÍ

Bohdana Dušová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn
Chronická bolest má výrazný vliv na celkovou kvalitu života. Lidí procházejí různými životními a vývojovými stádii, prodělávají nejrůznější zvraty a mají určitou úlohu při řízení vlastního života. Je nutné klást velký důraz na multidisciplinární přístup v léčbě bolesti, protože jen tak lze u klientů výrazně zlepšit jejich kvalitu života. Je důležité, snažit se pochopit a respektovat, co klient potřebuje a vytvářet si s ním úzký a smysluplný vztah důvěry.

Klíčová slova: kvalita života, chronická bolest, klient, ošetřovatelství, dotazníkové šetření

Úvod
Jedním z nejfrekventovanějších termínů, které se využívají v různých studiích, hodnotících způsob života populace nebo jednotlivci, je pojem kvalita života. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek. Je vhodné si uvědomit, jak uvádí Vrublová (2004, s.357), že do základních potřeb neodlučitelně patří také sexualita, zvládnutí role ženské a mužské.
Mnoho faktorů vnitřních i vnějších z hlediska člověka mohou ovlivnit postoj k nemoci, funkční schopnosti a pocit životní pohody. Např. individuální charakteristiky jako je motivace, typ osobnosti a zevní faktory, jako jsou rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima, mohou být stejně důležité v pomoci klientovi vyrovnat se s chronickou bolestí. Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu charakterizuje to, co subjekt prožívá jako následek nemoci a poskytování zdravotní péče (Jarošová, 2002).

Cíle výzkumu
Cílem výzkumu bylo zaměřit se a poukázat, jak ovlivňuje chronická bolest kvalitu života u vybraného vzorku respondentů z hlediska pohlaví. U vybraných respondentů jsme zjišťovali a porovnávali, jak projevují svoji bolest vzhledem k okolí, svoji změnu života v závislosti na bolesti. Také jsme sledovali, které faktory ovlivňují bolest a jaké mají klienti představy o budoucím životě s bolestí, na koho se nejčastěji obracejí se svými problémy s bolestí. Zjišťovali jsme, zda se klienti informují o příčinách vzniku jejich bolesti, kde tyto informace nejčastěji získávají a jak je hodnotí. Dále nás zajímalo, do jaké míry bolest člověka omezuje v zaměstnání, v běžných denních činnostech, ve společenském životě, v partnerských a rodinných vztazích, a jak se u klientů trpících chronickou bolestí změnil pohled na život. Zajímalo nás, zda klienti užívají pouze lékařem předepsané medikamenty a jestli věří v to, že jejich život s bolestí má ještě smysl.

Charakteristika souboru
Vzorek respondentů tvořilo 240 klientů, z toho 120 klientů z Centra bolestivých stavů ve FNsP Ostrava a z Centra bolestivých stavů Městské nemocnice Ostrava a 120 klientů z revmatologických ambulancí v Ostravě. Z Centra bolestivých stavů byli vybíráni klienti trpící chronickou bolestí zad, kdy nejčastěji bylo uváděno onemocnění vertebrogenní syndrom (82 respondentů), pak to bylo onemocnění skolióza (27 respondentů). Z revmatologických ambulancí byli vybíráni klienti s chronickou bolestí revmatologického původu s kloubním onemocněním

degenerativního postižení. Nejčastěji bylo uváděno onemocnění revmatoidní artritída kloubů (50 respondentů), pak to bylo onemocnění kloubní artróza (34 respondentů).

Metodika

K ověřování stanovených hypotéz byla zvolena metoda osobní výpovědi – na kterou jsme použili sadu 6 anonymních dotazníků autorů Katarína Žiaková, Marián Palenčár, Mária Nemčeková, který byl použitý na řešení v rámci projektu VEGA č. 1/41/97/79.

1. **A)** ***Co děláte, když máte bolesti?*** - dotazník obsahoval 16 položek. Pro odpovědi na jednotlivé položky jsme zvolili pětistupňovou frekvenční stupnici. Zjišťovali jsme, jak často se respondent chová určitým způsobem, na koho se obrací, jaké jsou jeho nejčastější pocity.

2**. B)** ***Jak ovlivňuje bolest Váš život?*** - 6 položek. Pro odpovědi jsme zvolili pětistupňovou stupnici souhlasu – nesouhlasu. Zjišťovali jsme změny v osobním životě, změny vztahů v rodině, s přáteli, ve způsobu života.

3**. C)** ***Znáte způsoby zmírňování bolesti?*** - 9 položek. Pro odpovědi jsme zvolili pětistupňovou stupnici souhlasu – nesouhlasu. Zjišťovali jsme zájem klientů učit se v souvislosti s bolestí a změnou života. V položce č. 9 označili klienti metody, které poznají a používají při zmírňovaní bolesti.

4. **D)** ***Co zmírňuje vaší bolest?*** - 12 položek. Pro odpovědi jsme zvolili pětistupňovou frekvenční stupnici. Zjišťovali jsme způsob, jakým si klienti nejčastěji zmírňují bolest. Dvanáctá položka obsahovala 10 vypsaných faktorů ovlivňujících bolest. Zjišťovali jsme, které z uvedených faktorů a jak často ovlivňují bolest respondentů.

5. **E)** ***Bolest a náboženské víra.*** – 8 položek. Pro odpovědi jsme použili pětistupňovou stupnici souhlasu – nesouhlasu. Zjišťovali jsme jaký vliv má náboženská víra na prožívání bolesti. Tuto část dotazníku vyplňovali pouze respondenti věřící.

6. **F)** ***Bolest a smysl života.*** – 23 položek. Pro odpovědi jsme použili pětistupňovou frekvenční stupnici. Zjišťovali jsme, jak často klienti pociťují negativní emoce a v čem jim bolest pomáhá.

Metoda dotazníku, kterou jsme použili na získání empirických údajů, je založena na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím dopředu formulovaných písemných otázek (položek). Umožňuje zachytit subjektivitu člověka, která není možná použitím jiné metody.

Při každé položce dotazníku byl zjištěný počet respondentů, kteří na ni odpovídali (n – rozsah vzorky), byla určená průměrná škálová hodnota odpovědí ($\bar{x}$ – aritmetický průměr) a variabilita odpovědí (s – směrodatná odchylka). Pro použité typy dotazníků (číselné stupnice vyjadřující míru souhlasu s tvrzením týkající se chování, projevování....) se jako vhodný statistický prostředek ukázal Studentův t-test, který citlivěji charakterizuje frekvenci odpovědí na stupnici hodnot 1 – 5 jako mediánový test.

Pomocí výběrových hodnot populací (n, $\bar{x}$, s) bylo určené testové kritérium (t) a kritická hladina významnosti (p). Statisticky významný rozdíl průměru je indikovaný hodnotou p menší jako zvolená hladina významnosti 0, 05 = 5%.

Hodnocení položek podle pohlaví

Uváděné jsou pouze položky se statisticky významnými rozdílnými průměrnými škálovými hodnotami. Testování rozdílů bylo provedeno dvouvýběrovým –nepárovým t-test.

Dotazník – Co děláte, když máte bolesti? (A)

Položky: A.1 Když mám bolesti, chci být sám/a.
A.2 Při bolesti vyhledávám přítomnost jiného.
A.4 Když mám bolesti jsem vůči svému okolí agresivní.
A.7 Pomáhá mi, když při bolesti pláču.
A.9 Když mám bolesti, vyhledávám pomoc lékaře.
A.10 Užívám jen předepsané léky.

A.12 Když mám bolesti, modlím se.

Tabulka č. 1

	Pohlaví	*n*	*x*	*s*	*t*	*p*
Položka A.1	Ženy	158	3, 22	1, 3096		
	Muži	82	2, 70	1, 1620	- 3,066	0, 002
Položka A.2	Ženy	158	1, 89	0, 7620		
	Muži	82	2, 24	0, 8966	- 3,187	0, 002
Položka A.4	Ženy	158	2, 16	0, 9938		
	Muži	82	1, 49	0, 8642	- 5, 176	0, 000
Položka A.2	Ženy	158	1,96	0,9797		
	Muži	82	1,45	0,8188	- 3,994	0,000
Položka A.7	Ženy	158	2, 16	0, 9938		
	Muži	82	1, 49	0, 8642	- 5, 176	0, 000
Položka A.10	Ženy	158	3, 34	1, 0017		
	Muži	82	2, 85	1, 1235	- 3, 433	0, 001
Položka A.12	Ženy	158	1, 84	1, 1391		
	Muži	82	1, 46	0, 8635	- 2, 595	0, 010

Dotazník – Znáte způsoby zmírňování bolesti? (C)

Položky: C.1 Slyšeli jste o nějakých metodách na zvládání bolesti.

C.7 Byli respektovány Vaše názory při ošetřování?

Tabulka č. 2

	Pohlaví	*n*	*x*	*s*	*t*	*p*
Položka C.1	Ženy	158	3,08	1,0560		
	Muži	82	1,84	0,8815	- 9,070	0, 000
Položka C.7	Ženy	158	3,56	0, 7182		
	Muži	82	2,94	0, 9603	- 5,614	0, 000

Dotazník – Co zmírňuje Vaší bolest? (D)

Položky: D.2 Přikládám si obklady.

D.3 Modlím se.

D.5 Sáhnu po alkoholu.

D.6 Hovořím s někým o bolesti.

D.7 Snažím se odpoutat svoji pozornost.

D.8 Pomáhám si cigaretou.

D.10 Změním stravovací návyky.

D.11 Užiji léky mimo ordinace lékaře.

Tabulka č. 3

	Pohlaví	*n*	*x*	*s*	*t*	*p*
Položka D.2	Ženy	158	2,65	1,1514		
	Muži	82	2.32	1,0873	-2,136	0,034
Položka D.3	Ženy	158	1,72	1,0700		
	Muži	82	1,44	0,8902	-2,050	0,041
Položka D.5	Ženy	158	1,15	0,4397		
	Muži	82	1,44	0,6106	4,182	0,000
Položka D.6	Ženy	158	2,46	0,8189		
	Muži	82	1,91	0,8777	-4,792	0,000
Položka D.7	Ženy	158	3,23	1,1011		
	Muži	82	2,85	1,0555	-2,575	0,011
Položka D.8	Ženy	158	1,40	0,9095		

	Muži	82	1,77	1,2202	2,647	0,009
Položka D.10	Ženy	158	2,35	0,9844		
	Muži	82	1,96	0,9486	-2,954	0,003
Položka D.11	Ženy	158	2,28	0,9845		
	Muži	82	1,46	0,7234	-6,675	0,000

Dotazník – Co zmírňuje Vaší bolest? (Df)

Položky- faktory: Df.1 Jak často ovlivňuje Vaší bolest námaha?
Df.2 Jak často ovlivňuje Vaší bolest osamělost?
Df.3 Jak často ovlivňuje Vaší bolest únava?
Df.4 Jak často ovlivňuje Vaší bolest stres?
Df.5 Jak často ovlivňuje Vaší bolest hněv?
Df.6 Jak často ovlivňuje Vaší bolest beznaděj?
Df.7 Jak často ovlivňuje Vaší bolest změna polohy?
Df.8 Jak často ovlivňuje Vaší bolest úzkost?
Df.9 Jak často ovlivňuje Vaší bolest nedostatek spánku?

Tabulka č. 4

	Pohlaví	***n***	***x***	***s***	***t***	***p***
Položka Df.1	Ženy	158	4,40	0,8738		
	Muži	82	3,79	1,0857	-4,681	0,000
Položka Df.2	Ženy	158	2,22	1,1694		
	Muži	82	1,37	0,7780	-5,928	0,000
Položka Df.3	Ženy	158	3,87	0,9692		
	Muži	82	3,11	1,1112	-5,502	0,000
Položka Df.4	Ženy	158	3,55	1,1318		
	Muži	82	2,18	1,1561	-8,814	0,000
Položka Df.5	Ženy	158	2,27	1,0246		
	Muži	82	1,68	1,0759	-4,109	0,000
Položka Df.6	Ženy	158	2,32	1,0772		
	Muži	82	1,61	1,0154	-4,914	0,000
Položka Df.7	Ženy	158	3,50	1,0267		
	Muži	82	2,85	1,0900	-4,528	0,000
Položka Df.8	Ženy	158	2,56	1,0059		
	Muži	82	1,57	0,9167	-7,450	0,000
Položka Df.9	Ženy	158	3,32	1,1680		
	Muži	82	2,35	1,3460	-5,744	0,000

Dotazník – Bolest a náboženská víra (E)

Položka: E.7 Myslím, že takové utrpení jsem si nezasloužil/a.

Tabulka č. 5

	Pohlaví	***n***	***x***	***s***	***t***	***p***
Položka E.7	Ženy	96	3,23	1,5042		
	Muži	40	2,50	1,5689	-2,543	0,012

Dotazník – Bolest a smysl života (F)

Položky: F.8 O své bolesti mám s kým hovořit.
F.9 Přes svoji bolest dokážu lépe pochopit druhé.
F.14 Věřím, že můj život s bolestí má ještě smysl.

F.15 Prožívaná bolest negativně ovlivňuje směřování mého života.
F.16 Moje onemocnění mu přináší jen bolest a utrpení.
F.18 Pomoc rodiny je pro mě důležitá.
F.20 Můj život je poznamenaný chorobou, ale snažím se tuto situaci zlepšit.
F.21 Bolest upevnila vztahy v moji rodině.
F.23 Moje utrpení mi pomáhá poznávat pravé hodnoty v životě.

Tabulka č. 6

	Pohlaví	***n***	***x***	***s***	***t***	***p***
Položka F.8	Ženy	158	3,44	1,2590		
	Muži	82	3,78	1,2072	2,034	0,034
Položka F.9	Ženy	158	4,06	0,8985		
	Muži	82	3,38	1,0616	-5,454	0,000
Položka F.14	Ženy	158	4,37	0,9054		
	Muži	82	3,30	1,0504	-8,153	0,000
Položka F.15	Ženy	158	2,82	1,0253		
	Muži	82	2,02	0,9293	-5,904	0,000
Položka F.16	Ženy	158	2,37	0,8705		
	Muži	82	2,72	1,1576	2,601	0,010
Položka F.18	Ženy	158	3,88	1,0905		
	Muži	82	4,21	0,9780	2,284	0,023
Položka F.20	Ženy	158	3,95	0,9630		
	Muži	82	3,20	1,1379	-5,402	0,000
Položka F.21	Ženy	158	2,96	1,3082		
	Muži	82	3,49	1,1679	3,097	0,002
Položka F.23	Ženy	158	3,80	0,9674		
	Muži	82	3,06	1,1477	-5,287	0,000

Výsledky a diskuse

Zjistili jsme v okruhu: **Co děláte, když máte bolesti? (A),** že ženy častěji než muži pláčou, sténají, jsou agresivnější, modlí se a chtějí být samy při bolesti. Naopak muži při bolesti více vyhledávají přítomnost jiného člověka častěji než ženy. Dále ženy při bolesti vyhledávají pomoc lékaře a užívají jen předepsané léky více než muži. V okruhu **Znáte způsoby zmírňování bolest (C)** vyplynulo, že ženy častěji slyšely o metodách na zvládání bolesti než muži a že u žen byli respektovány více jejich názory při ošetřování než u mužů. V okruhu **Co zmírňuje Vaší bolest? (D)** bylo zjištěno, že ženy si častěji při bolesti přikládají obklady než muži, naproti tomu, muži častěji sáhnou při bolesti po cigaretě a alkoholu a uvádějí, že se jim daleko více uleví od bolesti než nějaké léky. Ženy se snaží odpoutat pozornost od bolesti a hovoří s někým při bolesti častěji než muži, kteří uvádějí, že si myslí, že jim rozhovor s někým jiným při bolesti stejně nepomůže. Ženy častěji změní stravovací návyky a užijí léky mimo ordinace lékaře než muži. Zjišťovali jsme i faktory, které ovlivňují bolest a ukázalo se, že námaha, osamělost, únava, stres, , hněv, změna polohy, úzkost, nedostatek spánku se častěji vyskytují u žen než u mužů.

V dalším okruhu **Bolest a náboženská víra (E)** vyplynulo, že ženy si myslí, že si takové utrpení nezasloužily častěji než muži. V okruhu **Bolest a smysl života (F)** jsme zjistili, že ženy přes svoji bolest dokážou lépe pochopit druhé více než muži. Ženy více jak muži věří, že jejich život s bolestí má smysl a prožívaná bolest negativně ovlivňuje směřování jejich života. Muži častěji uvádějí, že onemocnění jim přináší jen bolest a utrpení, ale bolest upevnila vztahy v jejich rodině. Ženám více než mužům jejich utrpení pomáhá poznávat pravé hodnoty v životě a častěji se snaží svoji situaci poznamenanou chorobou zlepšit než muži. Muži častěji o své bolesti mají s kým hovořit než ženy.

Závěr

Chronická bolest negativně ovlivňuje kvalitu života klientů. Výzkum ukazuje na některé skutečnosti, které mohou zlepšit kvalitu života klientů prožívající chronickou bolest. Aby mohla sestra účinně zasáhnout, musí být nejen vnímavá, ale i schopna rozeznávat faktory, které ovlivňují klientovou reakci na bolest a potlačit vlastní předsudky o tom, jak bolesti snášet. Měla by rovněž zjistit, jak klient bolest prožívá a zajistit si jeho pomoc při hodnocení bolestí a zjišťování způsobů jejich zmírňování. V prvé řadě musí být ochotná klientovi naslouchat se skutečnou sympatií a smířit se s tím, že jedině klient ví, co bolí a jak moc to bolí. Ke zlepšení kvality života lidí trpících bolestí mohou sestry přispět využitím metody ošetřovatelského procesu. Prostřednictvím této metody získáváme poznatky o subjektivní odpovědi klienta na chronickou bolest, které jsou nutné pro plánování a realizaci ošetřovatelské péče. Bolest musíme chápat v širším kulturním kontextu, což klade nároky na obsah ošetřovatelského vzdělání.

Ke zlepšení kvality života lidí trpících bolestí mohou sestry přispět využitím metody ošetřovatelského procesu. Prostřednictvím této metody získáváme poznatky o subjektivní odpovědi klienta na chronickou bolest, které jsou nutné pro plánování a realizaci ošetřovatelské péče. Bolest akutní a chronická je součástí NANDA - International diagnostiky v ošetřovatelském procesu (kterými se zabývá v české republice Marečková), kde v doméně komfort zaujímá třídu tělesný komfort. Diagnostika těchto diagnóz vyžaduje přesnost a využití diagnostického algoritmu, neboť výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života a odbornou ošetřovatelskou péči.(Marečková, 2006, s. 34-36)

Bolest musíme chápat v širším kulturním kontextu, což klade nároky na obsah ošetřovatelského vzdělání.

Bibliografické odkazy

ANDERSON, RT., AARSON, NK, WILKIN, D. *Artical review of the international assesments of health – related duality of life.* Qual Life Res, 1993, 2, s. 369-395

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774s. ISBN 80-7178-303-X.

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.

MAREČKOVÁ, J. *Nanda – International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC kalsifikace.* 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2006. 80s. ISBN 80-7368-109-9

NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K**.** *Kvalita života ľudí trpících bolesťou*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského, 1997. 70s. ISBN 80-88866 – 03-0.

VRUBLOVÁ, Y. *Edukace sexuálních potřeb u nemocných*. In. Ošetřovatelství – perspektivní věda i umění. Grada, Olomouc 2004, s. 357- 359, ISBN 80-247-1156-7

PhDr. Bohdana Dušová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: bohdana.dusova@osu.cz

ŠPECIFIKÁ EDUKÁCIE PACIENTA S OSTEOPORÓZOU

Marcela Džumelová, Mária Lehotská

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, Slovenská republika

Súhrn

Osteoporóza bola donedávna považovaná najmä u žien, za prirodzenú súčasť starnutia. Dnes ju však chápeme ako ochorenie, ktoré nie je závislé od pohlavia a veku. Je to zradné ochorenie. Pokiaľ sa neprejaví, máte pocit, že sa vás netýka. Lenže potom už môže byť neskoro. V posledných rokoch totiž postihuje stále mladšie vrstvy populácie, kvôli tomu už patrí medzi ochorenia civilizačné. Jedinou z možností, ako sa proti nej brániť, je robiť niečo preto skôr, než sa objavia prvé príznaky. Kosti majú v organizme podpornú funkciu. Napomáhajú dynamickej činnosti , ale predovšetkým sú aktívnym orgánom látkovej premeny. Kostné tkanivo podlieha neustálej prestavbe. Osteoporóza je ochorenie, ktoré sa prejavuje úbytkom kostnej hmoty a poruchami jej štruktúry. Táto choroba vedie k zvýšenej lámavosti kostí, a tým aj ku zvýšenému riziku zlomenín a zdravotných komplikácií z nich vyplývajúcich. Účasť pacienta na procese starostlivosti znamená väčšiu spokojnosť, lepšie zdravotné výsledky a nižšie zdravotné náklady. Prevenciou napomáhame pacientovi zvyšovať kvalitu života. Aby liečebný efekt bol čo najväčší, je nutná permanentná edukácia pacienta a jeho príbuzných.. Edukácia začína prvým stykom pacienta so sestrou a nekončí nikdy.

Kľúčové slová: osteoporóza, životospráva, prevencia, cvičenie, kvalita

Úvod

Osteoporóza je ochorenie skeletu charakterizované úbytkom kostnej hmoty a poruchami mikroarchitektúry kostného tkaniva. Ochorenie - osteoporóza sa najčastejšie vyskytuje u starých ľudí, kde sa jedná o prirodzený úbytok kostnej hmoty v pokročilom veku. Ale častá je i postmenopauzálna osteoporóza, ktorá sa vyvinie asi u tretiny žien po menopauze. Jednou z príčin môže byť zvýšené vyplavovanie vápnika z kostí, ktoré je podmienené konkrétnou príčinou, napr. určitým ochorením, niektorými liekmi alebo zlými nutričnými návykmi.

Na vzniku osteoporózy sa podieľajú rôzne faktory; niektoré z nich nepoznáme alebo ich nemôžeme priamo ovplyvniť. Medzi tie, ktoré ovplyvniť môžeme, patria predovšetkým správna výživa a pohyb. Preto je nevyhnutnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti edukácia pacienta a jeho príbuzných – zvyšuje kvalitu života. Pacient získa kontrolu nad svojim ochorením. V rámci edukácie pacienta je dôležité dosiahnuť správnu životosprávu pacienta, ktoré je jednou s podmienok zníženia rizika zhoršenia zdravotného stavu pacienta.

Obsah

Kedy vzniká osteoporóza?

Vznik osteoporózy má často svoj začiatok už v období, kedy sa s chorobou vlastne vôbec nepočíta. Rozhodujúce obdobie mineralizácie kostí (tj. ukladanie vápniku spolu s fosforom do kostného "základu") prebieha v období rastu a dospievania. Maximum mineralizácie sa dosiahne asi v 22 rokoch. Neskôr nastáva obdobie stacionárne, trvajúce asi do 30 rokov, počas ktorého sa množstvo vápniku v kostiach už nezväčšuje, ale ani nezmenšuje. Po 30. rokoch sa množstvo vápniku v kostiach znižuje. Postihnutá kosť sa stane menej odolná voči mechanickým vplyvom (tlaku, ťahu, šmyku a skrúteniu) klesá jej pružnosť a pevnosť, v dôsledku čoho sa zvyšuje riziko zlomenín.

RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU OSTEOPORÓZY

neskorší nástup menštruácie,
ženy, ktoré nerodili,
- predčasný prechod (menopauza) u žien pred 45. rokom,
- operačné odstránenie vaječníkov,

štíhla postava, blond vlasy, bledá pokožka,
od detstva nízky príjem mlieka a mliečnych výrobkov v strave,
vitamínu, predovšetkým C a D v strave,
konzumácia čiernej kávy, cigariet, alkoholu,
nevyvážená strava s prevahou živočíšnych bielkovín, nedostatočný prijem vápniku v potrave
vyhýbanie sa slnku,
malá telesná aktivita, sedavý spôsob života,
dlhodobé užívanie liekov podporujúcich vznik osteoporózy (napr. glukokortikoidy, hormóny štítnej žľazy, niektoré lieky pri epilepsií),
chronické ochorenia podporujúce vznik osteoporózy (napr. cukrovka, chronické ochorenie pečene, hyperthyreóza),
výskyt osteoporózy v rodine.

NESPRÁVNE STRAVOVACIE NÁVYKY
znížený prívod vápnika v strave
znížený prívod vitamínu D v strave
podvýživa
zvýšená konzumácia bielkovín a fosfátov
zvýšená konzumácia kávy, alkoholu, cigariet
zvýšený prívod kuchynskej soli (NaCl)
nedostatok vitamínu K a vitamínu C
nedostatok vitamínu B6 a vitamínu B12

SPRÁVNA ŽIVOTOSPRÁVA

a) denne konzumovať mliečne výrobky a mlieko
Vápnik - hlavným zdrojom vápniku je bežná strava, ale väčšina prieskumov ukazuje, že k dosiahnutiu optimálneho denného príjmu je nutná substitúcia – náhrada(500-1000 mg/deň). Z vápniku v potrave sa vstrebáva a využije k stavbe kostí len určitá časť. Najviac sa vstrebáva hlavne z mlieka a z niektorých druhov zeleniny, ako napr. z karfiolu, z ružičkového kelu, či z brokolice. Iné rastlinné zdroje majú síce relatívny dostatok vápniku, ale vstrebáva sa len málo, často jen 5 % (napr. špenát, ríbezle, egreš). Znamená to, že najväčším zdrojom vápniku je mlieko, jogurt a syry. Pre starších ľudí však nie je vhodné plnotučné mlieko, pretože často môže zvyšovať hladinu cholesterolu v krvi.

b) zaradiť do jedálnička brokolicu, orechy, mak, vývary zo zelenej listovej zeleniny a z kostí
Vitamíny
Vitamínu D je vhodný hlavne pre starých ľudí žijúci v domovoch (je u nich častejší deficit vitamínu D, nižšia expozícia slnečného žiarenia a zhoršená tvorba vitamínu D v koži). Ak nie je zaručená dobrá spolupráca pacienta, je možné vitamín D aplikovať injekčne (150000 až 300000 U 2x ročne i.m.).
Vitamin A sa významne podieľa na rast a obnove kostí hlavne tým, že sa zúčastní na tvorbe bielkovín a diferenciácie buniek v prvých fázach tvorby kostného tkaniva.
Vitamin K1 sa podieľa na tvorbe osteokalcínu a podieľa sa tak na regulácii obnovy kostného tkaniva. Znižuje vylučovanie vápniku z kostí, hlavne zo stavcov.

Vitamin C je dôležitý pre tvorbu kolagénu. Vitamín C je nevyhnutný pre premenu vitamínu D3 do jeho najaktívnejšej formy - cholekalcitriolu. Cholekalcitriol riadi vstrebávanie vápniku črevnou stenou.
Vitamin B2 napomáha zabudovanie vápniku do kostnej hmoty.

c) zbaviť sa zlozvykov (cigarety, káva, alkohol)

Fajčenie a pitie viac ako tri šálky kávy a holdovanie alkoholu, podnecuje k činnosti bunky odbúravajúce kostnú hmotu.

d) pravidelný pohybový režim (cvičenie)
Rovnako ako ochabnú svaly, keď nepracujú, rednú kosti, ktoré nie sú zaťažované. Primerané množstvo, predovšetkým aerobnej aktivity (plávanie, beh, chôdza či bicyklovanie) podporuje ukladanie vápniku v kostiach. Preto je pohyb v rámci prevencie osteoporózy nenahraditeľný. Zvlášť ak máte sedavé zamestnanie. Dostatok pohybu, v období, kedy je telo schopné aktívne ukladať vápnik, môže vznik osteoprózy oddialiť o tridsať až štyridsať rokov! Pacient by nemal odmietať pomoc druhých pri nosení nákupných tašiek, alebo pri ťažkých domácich prácach. Má byť opatrný pri chôdzi po nerovnom teréne a nemá sa hanbiť nosiť paličku či barlu, ak to má predpísané.
Liečebná gymnastika sa nasadzuje, aby sa posilnilo svalstvo, a tak toto svalstvo mohlo nahradiť znížený opornú funkciu kostí. Pohybová schopnosť má ostať zachovaná a umožniť po už prežitých zlomeninách kostí rýchlu rehabilitáciu. Narušenie mobilty umožňuje ďalší pokrok už existujúcej osteoporózy, lebo iba kosť, ktorá sa namáha a používa, získa tak podnet na stále obnovovanie a na stabilizáciu. Ak choroba pokročila ďalej, môže fyzioterapeut pacientovi zaobstarať pomôcky a podporné protézy, môže pacientov usmerniť a tým skvalitniť život pacientov s tak závažným ochorením.

Inštrukcie k pohybovej aktivite u pacientov s osteoporózou:
Cvičte, podľa možností, každý deň alebo minimálne trikrát v týždni celú zostavu a zachovávajte pri tom poradie cvičení.
Cvičte najmenej dve hodiny po jedle, jedzte najneskôr polhodiny po skončení cvičenia.
Čas cvičenia si zvoľte tak, ako vám najlepšie vyhovuje.
Počas cvičenia si vyhraďte miestnosť pre seba, aby ste sa mohli uvoľniť a sústrediť na cvičenie.
Po 4-5 týždňoch pravidelného cvičenia môžete počet cvičení postupne zvyšovať úmerne svojim fyzickým možnostiam tak, aby ste sa po cvičení neboli unavení.
Nevhodné cvičenia pre pacientov s osteoporózou: doskoky, preskoky, naťahovacie dynamické cvičenia, rýchle švihové cvičenia, posilňovacie dynamické-rýchle cvičenia, cvičenia s rotáciou chrbtice, predklony, úklony, záklony, cvičenia s hmotnostnými bremenami, klasické masáže chrbta a celého tela (pri tlaku maséra na kosti ľahko môžu zlomiť).
Vhodné cvičenia – pešia turistika v nenáročných horských terénoch, plávanie, bicyklovanie s riadidlami tak, aby sa pacient nehrbil (spomínané cviky nie sú vhodné pre pacientov s osteoporotickými zmenami stavcov v hrudnej časti chrbtice).
Nákupy nenoste v taškách, ale používajte nákupné vozíky na kolieskach.
Pri chôdzi po schodoch kladte vždy celú stupaj na schod, pričom chôdza dolu schodmi je nebezpečnejšia ako hore schodmi.
Pri dlhodobom sedení v práci alebo doma používajte osteopodpierku.
Veďte si denník výskytu bolesti.
Naučte sa správne si sadať a vstávať z postele. Po skončení cvičenia v ľahu vstávajte z polohy v ľahu na bruchu.
Pravidelným cvičením zmiernite alebo odstránite bolesti v chrbte.

Pri náhle vzniknutej bolesti v chrbte alebo pri prudkom zhoršení chronickej bolesti nikdy necvičte a vyhľadajte lekára.
Aktívne spolupracujte s ošetrujúcim lekárom, pravidelne užívajte predpísané lieky, dostavte sa na odporúčané laboratórne kontroly a na špeciálne vyšetrenie – denzitometriu (vyšetrenie obsahu kostného minerálu)

e) pravidelné prechádzky na čerstvom vzduchu v každom ročnom období
Počas realizovania rôznych prechádzok v prírode dávať pozor na možné pády – hlavne v zimnom období. Preto je nevyhnutné zaobstarať si protišmykovú obuv, kompenzačné pomôcky a tým zamedziť vznik pádov a následných zlomenín.

f) primerané opaľovanie
Ultrafialové žiarenie má blahodarný vplyv na tvorbu vitamínu D. A ten má, i keď nepriamy, vplyv na osteoporózu. Podporuje totiž vstrebávanie vápnika z čreva. Preto sa treba vystavovať slnku primerane a samozrejme musíme byť náležite chránení.

g) pravidelne užívať farmakologickú liečbu
Základom liečby osteoporózy zostáva vápnik a vitamín D. Pacient si však musí uvedomiť, že výrazná časť úspechu liečby spočíva v dlhodobo pravidelne pohybovej liečbe, ktorá podporuje spätné zabudovávanie vápnika do kostí.

h) selfmonitoring bolesti
Osteoporóza predstavuje nielen závažné ochorenie pre postihnutého, ale je aj celospoločenským problémom. V snahe pomôcť chorým, trpiacim následkami osteoporózy, ale i v snahe upozorniť verejnosť na výskyt a následky osteoporózy, a tým zabrániť jej ďalšiemu nárastu, vznikla na Slovensku svojpomocná, dobrovoľná, neprofesionálna organizácia občanov s názvom Slovenská únia proti osteoporóze (SÙPO). SÚPO vytvorila nasledovné dotazníky, týkajúce sa rizika vzniku osteoporózy.

Bleskový dotazník rizika osteoporózy pre ženy
Mal niekto z Vašich rodičov zlomeninu krčka stehennej kosti po malom náraze alebo páde?
Mali ste Vy niekedy zlomeninu krčka stehennej kosti po malom náraze alebo páde?
Ukončila sa Vaša menštruácia pred 45. rokom?
Užívali ste niekedy kortikosteroidy počas 6 mesiacoch a viac?
Znížila sa Vaša výška o viac ako 5 cm?
Vynechala Vám niekedy menštruácia za obdobie viac ako 12 mesiacov zo iných dôvodov ako je tehotenstvo alebo prechod?
Pijete pravidelne vysoké množstvo alkoholu?
Trpíte často hnačkou?

Bleskový dotazník rizika osteoporózy pre mužov
Mal niekto z Vašich rodičov zlomeninu krčka stehennej kosti po malom náraze alebo páde?
Mali ste Vy niekedy zlomeninu krčka stehennej kosti po malom náraze alebo páde?
Mali ste niekedy problémy s impotenciou, stratou libida alebo zníženou hladinou hormónov?
Užívali ste niekedy kortikosteroidy počas 6 mesiacoch a viac?
Znížila sa Vaša výška o viac ako 5 cm?
Pijete pravidelne vysoké množstvo alkoholu?
Trpíte často hnačkou?
<http://www.osteoporoza.sk/pacienti/dotaznik/ >.

Záver

Optimalizácia zdravia kostí je proces, ktorý musí prebiehať celý život. V práci sestry je nevyhnutná kontinuálna edukácia pacientov v oblasti prevencie ochorenia. Nedostatočná úroveň vedomostí, nízka informovanosť a zároveň ľahostajnosť pacienta voči vlastnému zdraviu prináša zhoršenie zdravotného stavu pacienta, zníženie kvality života pacienta s daným ochorením.

Bibliografické odkazy

KOREC, J. *Prázdninový pohyb je dobrou prevencí osteoporózy.* [online]. Dostupné z: <http://www.pramenyzdravi.cz/?c=123&re=353>. [cit.2006-02-21]

KUŽELA,L.*Čo je osteoporóza?* [online]. Dostupné z: <http://www.ereska.cz/clanky/osteoporoza.html>.[cit.2006-02-12]

MACHÁLKAVÁ, J. *Na jihu Čech přibývá lidí s osteoporózou - řídnutím kostí.* [online]. Dostupné z: <http://www.kzw.cz/aktuality.asp?da_id=36>. [cit.2006-02-11]

MASARYK,P.: *Bleskový dotazník rizika osteoporózy – informačný leták* . Spoločnosť pre osteoporózu a metabolické ochorenia kostí. [online]. <http://www.osteoporoza.sk/pacienti/dotaznik/ >. [cit.2006-02-16]

ODBORNÉ FÓRUM LÉKAŘŮ A FARMACEUTŮ. *Osteoporóza – choroba 21. století.* [online]. Dostupné z: <//www.zdrava-rodina.cz/med/med0702/med0707.html>. [cit.2006-02-21]

WENDLOVÁ, J. *Zostava cvičení pohybovej liečby pre pacientov s osteoporózou – príloha k príručke: Mám osteoporózu – ako ďalej?* Martin: Osveta, 1998.

PhDr. Marcela Džumelová
PhDr. Mária Lehotská
Katolická univerzita
Fakulta zdravotníctva
Papiernícka 1
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: lehotska@fedu.ku.sk
e-mail: dzumelova@fedu.ku.sk

MENTORSTVÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Věra Erbenová

Univerzita Pardubice, Ústav zdravotnických studií, Pardubice

Souhrn:
V současné době, kdy se sjednocuje vzdělávání a příprava zdravotnických pracovníků v souladu s požadavky EU je naléhavá potřeba sester-mentorek v praxi. Pod pojmem mentorky-školitelky si představujeme sestry, které povedou klinickou praxi studentů na jednotlivých odděleních v době nepřítomnosti asistentky. Sestry školitelky budou po absolvování kurzu schopny předávat své poznatky a zkušenosti ve výuce studentů.

Klíčová slova: výuka, mentorky, sestry, další vzdělávání, ošetřovatelská praxe

Ústav zdravotnických studií University Pardubice ve spolupráci s Krajskou nemocnicí Pardubice a s Profesní odborovou unií zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska připravil pilotní program pro výuku mentorů klinické praxe. Příprava studijního programu vycházela z potřeby související s novým pojetím výuky ošetřovatelství a klinické praxe a ze Strategických dokumentů pro všeobecné sestry a porodní asistentky vydané MZ ČR v roce 2002. Výraz mentor je používán pro označení zdravotní sestry či porodní asistentky, jejíž hlavní místo je v praxi, avšak která má určitou odpovědnost za dohled nad studenty. Pro mentoring neexistuje jediná definice, záleží na tom proč, kde a kým je používán. Společným vztahem mentoringu je dobrovolná podpora jedné osoby druhou. Mentor by měl být obvykle starší spolupracovník, který má takovou zkušenost a odbornost, že může napomáhat a radit svým svěřencům.

Studijní program pro mentorky v rámci celoživotního vzdělávání byl navržen jako teoreticko-praktický celek pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Seznámil posluchačky se základy pedagogiky, psychologie, didaktiky, právem a etikou. Zabývá se i vedením ošetřovatelské dokumentace, s teorií při vedení bakalářských prací. Součástí je i výuka informační technologie, která probíhala formou cvičení. Dle zájmu posluchačů je zařazen předmět ošetřovatelské postupy, kde si mohou v laboratorních podmínkách prakticky vyzkoušet dané ošetřovatelské postupy. Obsahem tohoto studijního programu jsou poznatky o vzdělávání v ošetřovatelství jak pro všeobecné sestry, tak pro porodní asistentky. Jsou zde obsaženy nejnovější trendy v v ošetřovatelství, základy pedagogiky, didaktiky, práva, psychologie, aplikace poznatků do práce mentora klinické praxe, metodika vedení klinické praxe studentů, rozvíjet metodiku aplikace ošetřovatelského procesu v pedagogické praxi. Učí budoucí mentorky vést ošetřovatelskou dokumentaci, kontrolovat studentskou ošetřovatelskou dokumentaci. Do studijního programu je zařazen i předmět vedení bakalářské práce. Mentorka – školitelka musí být odborníkem ve své praxi, udržuje si svoji klinickou způsobilost, po projití studijním programem je snahou, aby byla připravena na svoji úlohu učitele, mentora a poskytovatele podpory studentům. Spolupracuje s asistentkami Ústavu zdravotnických studií, aktivně vede odbornou praxi v souladu s kurikulem studijního programu ošetřovatelství. Předává poznatky a dovednosti v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru teorie ošetřovatelství, porodní asistence a klinického oboru v němž působí.

Výhoda vedení odborné praxe mentorkou:
Mentorka zná prostředí. Jde o sestru, která pracuje na oddělení, studenti za ní přicházejí. Zná interpersonální vztahy na pracovišti, zvyklosti oddělení, zná pacienty a ti znají ji. Motivuje studenty, stává se jejich vzorem. Rozděluje služby na oddělení spolu se staniční sestrou.

Nejvhodnější je pokud student vykonává svou praxi v jejich službách. I to je naše snaha motivovat studentky porodní asistence, aby vykonávaly praxi ve službách stejných sester. Mentorka přiděluje vhodné pacienty s ohledem na jejich dovednosti a znalosti, sleduje docházku studentů. Kontroluje a podepisuje odborné výkony studenta, dohlíží na studenta při zpracování ošetřovatelské dokumentace. Počet studentů je doporučen podle typu pracoviště. Nejlepší je 1-3 studenti na běžné ošetřovací jednotce a 1-2 studentky na JIP/ARO, porodním sále a operačním sále. Do kurzu mentorek byly přijmuté sestry, které musely splňovat určité požadavky. Musely mít:

- vysokoškolské vzdělání bakalářského, magisterského typu nebo specializační studium navazující na odbornou způsobilost , event. titul DiS.
- 3 roky praxe ve zdravotnickém zařízení
- registrace

Rozvrh je stanoven na 90 hodin. Výuka probíhala jedenkrát týdně v bloku šesti hodin, kde se střídaly dva předměty. Povolená absence 20% v jednotlivých předmětech. Ukončením kurzu byl výstupní test, který musel být splněn na 80%. V praktických předmětech jako je informační technologie byl výstup praktický. Kurz absolvovalo patnáct sester, které obdržely osvědčení ohodnocené 25 kredity.

Závěr:

O pilotní kurz školitelek byl a je mezi sestrami a porodními asistentkami velký zájem a to nejen proto, že jeho absolvování je hodnoceno kredity do celoživotního vzdělávání. Podle zájmu uchazeček, budeme v tomto programu pokračovat a od nového akademického roku může být otevřen další kurz. Mentorství určitě prohloubí spolupráci Ústavu zdravotnických studií s Krajskou nemocnicí Pardubice. V každém případě se budeme stále častěji setkávat se sestrami mentorkami v praxi.

Bibliografické odkazy:

Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002, 271 s. ISBN 80-85047-21-7

Vyhláška 423/2004 Sb., která stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků

Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče po změně některých souvisejících zákonů.

Lemon 4, učební texty pro sestry a porodní asistentky, IDV PZ Brno, 1996

Mgr. Věra Erbenová
Univerzita Pardubice
Ústav zdravotnických studií
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: vera.erbenova@upce.cz

ZMYSEL ŽIVOTA V SÉNIU

Ivan Farský, Katarína Žiaková, *Igor Ondrejka, Juraj Čáp

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin, Slovenská republika
**Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Psychiatrická klinika JLF UK a MFN, Slovenská republika*

Súhrn

Práca je zameraná na identifikáciu determinantov zmyslu života v séniu. Poukazuje sa na význam identifikácie a riešenia otázok zmyslu života seniorov, pretože sa zistili súvislosti zmyslu života s kvalitou života, subjektívnym hodnotením zdravia, pohodou, bio-psycho-sociálnymi problémami, s postihnutím fungovania a závislosťou v sebaopatere, a niektorými oblasťami spokojnosti.

Kľúčové slová: zmysel života, sénium, zdravie, kvalita života

Úvod

Moderné ošetrovateľstvo a medicína, ktoré chcú byť up to date, rozširujú svoje zameranie z výlučne biologického k psychosociálnemu a k spirituálnemu, teda aj k noetickej dimenzii. Spirituálnou, noetickou dimenziou osobnosti je zmysel života. Zmysel života je jedným z významných komponentov kvality života a jeho nedostatok vedie k zníženiu kvality života, utrpeniu, existenciálnej tiesni a frustrácii, pocitom bezmocnosti a beznádeje, môže byť jedným z dôvodov žiadostí o eutanáziu či pokusom o sebevraždu. Pocit blížiacej sa smrti, utrpenia aktualizuje otázky hodnoty života, zmyslu života a smrti. Úlohou sestry je identifikovať duchovné/spirituálne problémy a utrpenie klienta, upozorniť na tieto problémy všetkých členov interdisciplinárneho tímu, pomôcť klientovi pri hľadaní odpovedí, aby nemal pocit, že nestálo za to žiť, že jeho život nemal žiadny zmysel, význam a hodnotu.

Základným záujmom človeka podľa Frankla (1997,s.15) je jeho vôľa k zmyslu. Pokladá ju za významnú motivačnú hodnotu. Vôľa k zmyslu je špecifickou potrebou, neredukovateľnou na iné potreby a je vo väčšom alebo menšom stupni vlastná všetkým ľuďom. Taktiež v beznádejnej situácii, voči ktorej stojí bez pomoci, vidí za istých okolností zmysel. Zmysel života je univerzálny psychický regulátor konania a životného štýlu človeka (Kováč, 2001, s. 35). Obsahovou stránkou zmyslu života sú hodnoty (Halama, 2000, s.220). Zmysel života patrí do kategórie duchovných potrieb, vyjadruje duchovnú dimenziu osobnosti, ktorá je špecifická len pre človeka (Nemčeková, 2000, s. 70). Erikson (1999,s.117) pre obdobie staroby v súvislosti so zmyslom života uvažuje o tzv. gerotranscendencii. Zmysel a hodnoty sú logos, smerom na ktorý psyché transcenduje seba samú. Zásadným aspektom sebatranscendencie je, že človek siaha za seba samého k nejakému zmyslu, ktorý má byť odhalený a naplnený. Vôľa k zmyslu je meradlom psychickej normality. Ľudia sa usilujú o naplnenie zmyslu, o dosiahnutie zmysluplného života. Život je potenciálne zmysluplný za akýchkoľvek podmienok. Zmysel je v zásade dosiahnuteľný pre každého, bez ohľadu na pohlavie, vek, intelekt, vzdelanie, štruktúru charakteru a prostredia, bez ohľadu, či je religiózny alebo nie, bez ohľadu na vyznanie, ku ktorému prináleží (Frankl, 1997).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo posúdiť súvislosti zmyslu života seniorov žijúcich v zariadeniach inštitucionálnej starostlivosti s kvalitou života, bio-psycho-sociálnymi problémami, pohodou, vybranými oblasťami spokojnosti, postihnutím fungovania, sebaopaterou, ako aj so subjektívnym hodnotením zdravia.

Súbor

Do súboru bolo zaradených 60 seniorov, ktorí bývali v Domove – penzióne pre dôchodcov v Martine, z toho bolo 30 žien a 30 mužov. V tabuľke 1 je uvedený vek respondentov, T – trvanie pobytu v zariadení inštitucionálnej komunitnej starostlivosti ako aj hodnoty skúmaných premenných (X- priemer, SD – štandardná deviácia).

Zaraďujúce kritériá boli: vek ≥ 65 rokov, ochota k spolupráci, informovaný súhlas, schopnosť pochopiť inštrukcie výskumných metodík.

Vylučujúce kritérií boli: ťažšia sluchová porucha, ťažšia komunikačná porucha.

Metodika

Zmysel života sa posudzoval LOGO – testom (Lukasová, 1997, s. 183 - 209), pričom vyššie skóre poukazuje na nižší zmysel života, vyššiu existenciálnu frustráciu.

Kvalita života bola posudzovaná PCASEE škálou (Bech, 1996, s. 39), ktorá obsahuje 6 subškál po 5 položiek. Skóre subškál: 0-25, celkové skóre: 0-150. Vyššie skóre poukazuje na vyššiu kvalitu života. Subškály: P- somatické, C- kognitívne, A- emočné, S- sociálne, E1- ekonomické, E2 osobnostné problémy.

Pohoda sa zisťovala WHO dotazníkom pohody (WBQ) – WHO Well-Being Questionaire (Bech, 1996, s. 38), ktorý má 10 položiek kvantifikovaných na stupnici od 0 – 3. Vyššie súhrnné skóre indikuje vyššiu pohodu.

Postihnutie sa hodnotilo Škálou postihnutia podľa WHO (DS) – Disablement Scale (Smolík, 1996, s. 45-47). Subškály: A – starostlivosť o vlastnú osobu, B – pracovný výkon, C – rodina a domácnosť, D – fungovanie v širšom sociálnom kontexte. Postihnutie sa hodnotí na stupnici 0 – 5, pričom vyšší stupeň poukazuje na výraznejšie postihnutie.

Barthelov index (ADL) sme použili na posúdenie stupňa závislosti v sebaopatere, aktivitách denného života. Kvantifikuje sa na stupnici 0 – 100. Vyššia hodnota znamená nižšiu závislosť (Mahoney, Barthel, 1965, s. 56 – 61).

Negatívne hodnotenie zdravia (NHZ), spokojnosť s bytovými podmienkami (SBP) a celková spokojnosť s pobytom v zariadení (GS) sa posudzovali na zostavených stupniciach.

Na štatistické spracovanie výsledkov sa použili neparametrické Spearmanove korelácie (R – korelačný koeficient, P – významnosť korelácií).

Tabuľka 1. Charakteristika súboru

	Vek	T	WBQ	P	C	A	S	E1	E2	PCASEE
X	74.2	4.4	14.97	12.75	14.92	14.97	12.58	13.86	14.69	83.76
SD	5.5	3.6	5.14	4.35	3.71	4.03	3.49	4.58	3.55	17.04

	DSA	DSB	DSC	DSD	ADL	NHZ	SBP	GS	LOGO
X	0.90	1.75	1.78	1.80	88.47	2.88	1.49	3.37	24.49
SD	1.18	1.23	1.16	1.16	14.78	1.02	0.60	0.98	6.66

X – aritmetický priemer; SD – štandardná deviácia

Výsledky

Tabuľka 2. Korelácie zmyslu života

LOGO	PCASEE	P	C	A	S	E1	E2	WBQ	VEK
R	-0,73	-0,68	-0,67	-0,49	-0,46	-0,42	-0,45	-0,75	0,23
P	***	***	***	***	***	***	***	***	NS

LOGO	DSA	DSB	DSC	DSD	ADL	NHZ	SBP	GS	T
R	0,53	0,50	0,33	0,42	-0,57	0,67	-0,27	-0,56	0,16
P	***	***	*	**	***	***	*	***	NS

r – korelačný koeficient; P – významnosť korelácie; *** P < 0,001; ** P < 0,01; * P < 0,1

Súhrnné skóre zmyslu života negatívne korelovalo so súhrnným skóre celkovej kvality života, čo znamená, že nižší zmysel života seniorov determinuje nižšiu kvalitu života.

Skóre zmyslu života negatívne korelovalo so somatickými, kognitívnymi, emočnými, sociálnymi, ekonomickými a osobnostnými problémami. Nižší zmysel života seniorov teda korešpondoval s výraznejšími somatickými, kognitívnymi, emočnými, sociálnymi, ekonomickými a osobnostnými problémami.

Zistila sa negatívna korelácia skóre zmyslu a pohody, teda nižší zmysel života seniorov súvisí s nižšou pohodou.

Skóre zmyslu života pozitívne korelovalo s postihnutím v starostlivosti o vlastnú osobu, v pracovnom výkone, vo fungovaní v kontexte rodiny a domácnosti, v širšom sociálnom kontexte a negatívne korelovalo s Barthelovým indexom. Nižší zmysel života seniorov teda súvisí s výraznejším postihnutím fungovania v skúmaných oblastiach a s výraznejšou závislosťou v sebaopatere, v aktivitách denného života.

Zistila sa pozitívna korelácia skóre zmyslu a negatívneho hodnotenia zdravia, teda nižší zmysel života seniorov súvisí s negatívnejším hodnotením zdravia.

Skóre zmyslu života negatívne korelovalo so spokojnosťou s bytovými podmienkami a s celkovou spokojnosťou s pobytom v zariadení inštitucionálnej starostlivosti. Nižší zmysel života seniora korešponduje s nižšou spokojnosťou s bytovými podmienkami a s nižšou celkovou spokojnosťou s pobytom v zariadení.

Nezistila sa signifikantná korelácia zmyslu života s vekom a trvaním pobytu v zariadení inštitucionálnej starostlivosti. Vek a trvanie pobytu v zariadení inštitucionálnej starostlivosti neboli determinanty zmyslu života.

Diskusia

Naše výsledky poukazujú na nízky zmysel života (24.49±6.66) seniorov. Možno teda o senioroch uvažovať ako o rizikovej skupine z hľadiska nedostatku zmyslu. Pocit bezzmyslovosti, pocit prázdnoty zmyslu, označený Franklom ako "existenčné vákuum", je nedostatkom životného obsahu. Nedostatok, strata zmyslu života sa prejavuje pocitmi beznádeje, bezmocnosti, frustráciou, často je spojená s túžbou zomrieť. Zmysel života je polárne opačný k suicidalite a beznádeji (Orbach et al, 2003, s.231) a je jednou z významných zložiek úspešnej psychosociálnej adjustácie vo vyššom veku (Wagnild, Young, 1990, s.252).

Zmysel života je ovplyvňovaný a sám ovplyvňuje mnohé faktory. V práci sa zistilo, že zmysel života v séniu je významný determinant kvality života a subjektívneho hodnotenia zdravia. Křivohlavý a Petříková (2001,s.211) tiež zistili pozitívne korelácie zmyslu života a kvality života, spokojnosti s realizáciou životných zámerov a zmyslu života. Zmysel a kvalita života spolu úzko súvisia. Možno o nich uvažovať ako o činiteľoch zdravia. (Žucha, Čaplová, 1994, s.11). Úlohou zdravotníckych pracovníkov je ďalej skúmať tieto vzťahy, ovplyvňovať ich, teda udržiavať a podporovať kvalitu a zmysel života seniorov.

Zmysel života koreloval s emočnými, kognitívnymi problémami, s nízkou pohodou, postihnutím fungovania. Nízka pohoda, emočné, kognitívne problémy a deficity sociálneho

fungovania sa vyskytujú pri depresívnych stavoch, ktoré sú najčastejšími psychickými poruchami v séniu. Baumgartner a spol. (1998, s.67), Ondrejka, Drímalová (2000, s.135) zistili pomocou LOGO-testu vzťahy medzi depresiou a prežívaním existenciálnej frustrácie. Vzťahy sú však recipročné. Ak klesá u človeka orientácia k zmyslu, zhoršuje sa jeho všeobecná psychohygiena, stúpa počet frustračných príznakov, narastá tendencia k noogénnej depresii a k noogénnej neuróze (Frankl, 1997, s.21).

Podľa zistených korelačných súvislostí zmysel života seniorov determinuje aj spracovanie aktuálnych somatických a sociálnych problémov, subjektívne posúdenie deficitov sebaopatery a postihnutia fungovania. Nízky zmysel môže zhoršovať aktuálne prežívanie subjektívnych problémov, strata nádeje a pocity bezmocnosti s ním spojené negatívne vplývajú na motiváciu a snahu seniora o zmenu. Naopak chronické zdravotné problémy, prítomnosť obťažujúcich symptómov, deficity v sebaopatere, narušené sociálne vzťahy môžu u seniora vyvolávať pocit, že nemá dosť síl a prostriedkov na napĺňanie životných zámerov a cieľov.

Riešenie otázky zmyslu života, hodnotového systému a jeho napĺňania u seniorov je teda významné z viacerých hľadísk. Vyžaduje to tímový interdisciplinárny prístup. Je potrebná včasná diagnostika problémov súvisiacich so zmyslom, koordinovaný manažment činností a úzka súhra členov tímu, sestry, psychológa, psychiatra, kňaza a ďalších. Riešenie nízkeho zmyslu života je predmetom samostatného smeru psychoterapie – existenciálnej analýzy, logoterapie. Ak nízky zmysel života súvisí s depresiou, so suicidálnymi konaním, či túžbou umrieť je nevyhnutná je psychiatrická liečba depresie.

Záver

S rastúcim vekom je senior stále častejšie konfrontovaný s pocitom blížiacej sa smrti, bilancovaním doterajšieho života, vyrovnávaním sa so stratami, obmedzeniami, hendikepmi. V mnohých prípadoch je vystavený konfrontácii s vážnym, potenciálne letálnym ochorením. Spracovanie a prežívanie týchto situácií je v nemalej miere závislé od zmyslu života. Identifikácia a riešenie otázok zmyslu života seniorov je významná pre zistené súvislosti zmyslu a kvality života, zmyslu a hodnotenia zdravia, zmyslu a pohody. Zmysel života tiež koreloval s postihnutím fungovania, so závislosťou v sebaopatere, s bio-psycho-sociálnymi problémami a s niektorými okruhmi spokojnosti.

Bibliografické odkazy

BAUMGARTNER, F. ET AL. Dimenzie depresie a ich vzťah k existenciálnej frustrácii. In. *Človek na počiatku nového tisícročia.* Bratislava :MO SR, 1998,s. 65 – 67. ISBN 80-967228-9-1

BECH, P. *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10.* Berlin : Springer-Verlag, 1996. 86 s. ISBN 3-540-61245-9.

ERIKSON, H. E. *Životní cyklus rozšírený a dokončený*. Praha : NLN, 1999, 128 s. ISBN 80-7106-291-X

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno : Cesta, 1997, 212 s. ISBN 80-85139-63-2.

HALAMA, P. 2000. Teoretické a metodologické prístupy k problematike zmyslu života. *Československá psychologie*, roč. 44, č. 3, s. 216 – 236. ISSN 0009-062X

KOVÁČ, D. 2001. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*, roč. 45, č. 1, s. 34 – 44. ISSN 0009-062X

KŘIVOHLAVÝ, J., PETŘÍKOVÁ, F. 2001. Faith, meaningfulness and quality of life. *Studia psychologica,* roč. 43, č. 3, s. 211 – 214. ISSN 0039-3320

LUKASOVÁ, E. S. K validizaci logoterapie. In *Vůle ke smyslu.* Ed. V. E. Frankl. Brno : Cesta, 1997, s. 183 – 209. ISBN 80-85139-63-2.

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal,* roč. 14, s. 56 – 61. ISSN 0025-4363
NEMČEKOVÁ, M. 2000. Filozofické a praktické otázky ľudskej dôstojnosti. Liečenie a ošetrovanie s úctou k ľudskej dôstojnosti. In *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax.* Bratislava: IRIS, 2000, s. 70. ISBN 80-88778-94-8
ONDREJKA, I., DRÍMALOVÁ, M. 2000. Zmysel pri depresívnych stavoch. *Psychiatria,* roč. 7, č. 3, s. 132 – 137. ISSN 1335-423X
ORBACH, I., et al. 2003. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, roč. 33, č. 3, s. 231-241, ISSN 0363-0234
SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy.* Praha : Maxdorf, 1996, 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
WAGNILD, G., YOUNG, H.M. 1990 Resilience among older women. *Image J Nurs Sch.,* roč. 22, č. 4, s. 252-5, ISSN 0743-5150.
ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T. 1994. Kvalita života a zmysel života ako činitele zdravia. *Ekológia & život*. roč. 2, s. 11. ISSN 1335-0161

Bc. Ivan Farský
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateĺstva
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: ivanf@tipnet.sk

FAMILY HEALTH NURSE

João Daniel Gentil

Mira Health Centre, Coimbra, Portugal

Synopsis

The WHO introduced, through the programme "Health 21", a new concept of a kind of nurse, the Family Health Nurse. This new type of nurse, defined in the Conference of Munich – Germany - on 17th June, 2000, will contibute to achieve the 21 goals drawn by the politics for the 21st century. The nurse will work within a multidisciplinary team of health workers.

Family should be the centre of the heath care. Focusing the family and involving it in this procedure, one will be able to carry out a mobilization of resources. New scientific and relational skills will be developed with the family.

The nursing care on the family has already been recommended during the European Conference about nursing care in 1988.

Key words: Family, Family Health Nurse, Community, Health 21

Introduction

Health and a long life are strongly influenced by living styles, social and economical factors as well as by the access to the health system and by environment. Each country is responsible for promoting health, providing preventive and curative services, removing the barriers to reach health and social services.

Reflecting about these aims, the WHO (World Health Organization), through the Department for Europe, in partnership with its 51 state members, developed the programme "Health 21"- the European politics of WHO means health care for everybody in 21st century, approved in September 1998. The target of this politics is "to get the possibility of good health care for everyone", as it is referred in the document of the WHO. This may only be possible throughout the promotion and protection of the incidency and of the damages related to the main diseases and injuries, based on a strategy which consists on the reinforcement of the Primary Health care, through the development of health services guided to the family and community.

Nowadays some of the Western European countries have well developed nursing services centred in the community and in the family, while others have few or none equipment for the Primary Health Care (Whyte quoted by Teixeira, 2003). However, the approach to the nursing of Primaty Health Care, even in well developed systems, is very often fragmented, focusing its interest more in the illness than in health, and confined to groups of specific clients and to an orientation centred in the comunity. One can thus consider that every country of the European region has similar problems, when in the perspective of the contribution of care as it is said by Teixeira (2003). So the worries about the demographic changes, the rise of expenses and a higher expectation concerning answers to the heath problems are very common, this is also referred by the same author, Teixeira (2003).

For the 21st century 21 aims were defined and together with a regional politics they can answer the different health problems of each country."Health 21" tries to emphasize the equality and access in health, the fight against new health problems, the problems and resources of each period in life, the multisectorial action, the investment in the primary care and in the socioeconomic determinants of health. To materialize the targets of "Health 21", nurses, considering the Primary Health Care, should develop their actions and responsability, once they

are seen as the key elements to the implantation and coordination of interventions in the community with its central part,the family, will be observed out of the hospital and in a better population's health. In each country nurses should take in account the principles related to the nursing care when they cooperate in the building of programmes and when they are a support to overview the progresses to achieve the goals of "Health 21".

According to WHO, the family nurse is responsible for a certain of families (around 300 families per nurse) and the nurse should "contribute in a very useful way in the activities of the promotion of health and in the prevention of the illness, beyond the functions in the treatment of patients. The nurse should help the individuals and their families to assume the disease and the chronical incapacity and use a big deal of time near the patients and their families, at their homes and in times of crisis. Nurses should advise about the way of life and risky factors, linked to behaviour as well as help the families in matters connected to health. When they early find the problems, they can make people aware about their health situation since the very beginning. With their knowledge about social, institutional and Public Heath issues, they can diagnose the efects of socioeconomical factors upon the family health and they can guide the same family to a proper institution. They can also contribute to shorten the time people spend in hospitals, when they take care of people at their homes. They are also able to develop the connection between family and doctor, assuming this responsability, when the identified needs claim nursing care" (WHO, 1999). Based on this concept, the family nurses are seen as having a fundamental role during the whole continuum of care, since the birth till death, which includes the promotion of health, the prevention of sickness, the reabilitation and the contribution of care to sick people or those about to die.

It is important to refer too, that after two years of the defined purposes by the WHO have been adopted for the 21st century, the Second Conference of Ministers about nursing ocorred, organized by the WHO - European Region - in June 2000 in Munich in Germany. From this conference the Declaration of Munich appeared, subscribed by 48 European delegations, including Portugal. This Declaration states the fundamental principles of health care systems and it recognizes the importance of the nurses' role in the health systems, working in a variety of contexts. Therefore the implementation of the principles of the Declaration of Munich is a commitment of politicians and a challenge for nursing and nurses.

A challenge for Nursing and Nurses

- The Family in the centre of the dynamics of care

The need to focus the care in the community assumes a work directely connected with the family unit, as a group but not as the sum of its members.It is in the dialectical dimension of the family unit that nursing will be able to make it reach a higher quality of health care (Teixeira, p. 9, 2003);

- The Family as the centre of mobilization and articulation of resources

The family and the development of its potencial is recognized by WHO as the key for the creation of a heathy society for the new century (adapted from: Teixeira, p. 9, 2003);

- A new and important role of the nurse while carrying out strategic changes
    - Affording assistance and combinig it with the promotion of health and the prevention of illnesses with the clinical performance and responsabilities towards the members of the families;
    - Being a reference for each family and the qualified support to answer the needs;
    - Being an effecient element in the multidisciplinary health team;
    - Being a manager and organizer of resourses regarding the most of autonomy of those to whom the nurse directs the intervention;
    - Being an intervener in the elaboration of local and national politics.

(Teixeira, p. 9, 2003)

Summing up, the family nurse, within the multidisciplinary health team, has a fundamental role when the planification and articulation of health care takes place with the various health profissionals, as well as with other sectors and resourses of the community.

According to the WHO, the role of the " Family Health Nurse" includes not only the individual who lives in a family but also all the people in the community, living with other people or alone, having a home or being homeless or even being an outsider it also includes the community itself. So these nurses have a lot to offer the new care system which includes the needs of the entire population, instead of focusing limited groups. Therefore they will have to accept the community as the main determinant of the health care and stimulate its members so that they can recognize and express their needs and expectations, as well as participate actively in the care, as a way to deepen the exercise of individual and collective citizenship.

Conclusion

Nurses are seen as fundamental elements in the strategies of the reforms in the health field in a moment when the health care is rethought facing a rising complexity of health problems. They are also the major group among the health profissionals in Europe and they develop their action in every possible situation concerning health care. So it is necessary that the nurses' formation can answer the challenges put by huge worries as the current perspectives in the promotion of health and prevention of sickness, by the communitary development, by the work in a health team, the contribution of health care in services close to the home and work place of those people to whom they are directed and the challenges to the equality of access.

We think that in Portugal there are the proper situations to make possible the implementation of the figure of the family health nurse. Considering this, and having in mind the target 15 of the programme "Health 21", in 2010, people may have a better access to the Primary Health Care, guided for the family and the community and supported by a flexible and responsible hospitalar system.

Bibliography

- http://www.who.dk/eprise/main/WHO/AboutWHO/Policy/20010828_4?language=French&language=French (27th February 2006)
- OMS, Santé 21, La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS, 1999: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_5?language=French (27th de February 2006)
- Teixeira, L. S., (2003). NURSING, Edição Portuguesa: "O Enfermeiro de Família no contexto da Saúde XXI – OMS";
- Ordem dos Enfermeiros: "A cada Família o seu Enfermeiro"- 2002

João Daniel Gentil
Mira Health Centre Coimbra
Portugal
e-mail: joaogentil@portugalmail.pt

VYUŽITIE NÁSTROJOV KVALITY V STAROSTLIVOSTI O UMIERAJÚCEHO

Elena Holmanová, Katarína Žiaková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin, Slovenská republika

Súhrn

Autori sa v príspevku zameriavajú na využitie multidisciplinárnych máp starostlivosti (*critical pathways, clinical pathways, caremaps*) v podmienkach ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúcich. Na základe konkretizácie spôsobu implementácie multidisciplinárnych plánov starostlivosti na špecializovaných pracoviskách paliatívnej starostlivosti poukazujú na možnosti a význam ich rozšírenia do širšieho spektra ošetrovateľskej praxe, výskumu i vzdelávania. Práca má informatívny charakter s cieľom zmapovať oblasť *evidence – based* praxe a aktuálne trendy v starostlivosti o umierajúcich.

Kľúčové slová

mapy starostlivosti, paliatívna starostlivosť, umierajúci

Úvod – podmienky rozvoja máp starostlivosti v klinickej praxi

Začiatkom deväťdesiatich rokov v rámci celosvetového trendu procesu aplikácie riadenej starostlivosti začali mnohé zdravotnícke inštitúcie využívať nástroje kontinuálneho zvyšovania kvality - *Continuous Quality Improvement Process (ďalej CQI*). Najvýznamnejšie a najfrekventovanejšie nástroje, ktoré sa etablovali v klinickej praxi predstavovali mapy starostlivosti (*critical pathways, clinical pathways, caremaps*) a zostavovanie štandardných odporúčaní a smerníc (*guidelines*) .

Tvorba a implementácia máp starostlivosti vychádzala z prospektívnych systémov financovania nemocníc, napríklad *Diagnosis Related Groups* (ďalej DRG) systému financovania nemocníc, v rámci ktorých sa pozornosť iniciálne zameriavala na využitie nástrojov s potenciálom zredukovať náklady na starostlivosť pri udržaní, resp. dokonca zvýšení kvality poskytovanej starostlivosti. Väčšina z prvých máp nezahŕňala interdisciplinárny aspekt. Iniciátorom tvorby a implementácie máp v rámci zdravotníckej starostlivosti boli sestry. Mapy sa týkali len ošetrovateľskej starostlivosti. Až neskôr sa začali využívať v rámci medicínskej starostlivosti pre vysoko nákladové (*high cost, high volume*) diagnózy s následnou interdisciplinárnou koordináciou.

V súčasnosti sú mapy starostlivosti využívané v širšom rozsahu v rôznych oblastiach klinickej praxe s cieľom zvýšenia kvality poskytovanej starostlivosti a zabezpečenia jej finančnej efektívnosti.

Mapy starostlivosti

Mapy starostlivosti môžeme všeobecne opísať ako interdisciplinárne plány starostlivosti, ktoré podrobne opisujú jednotlivé kroky v starostlivosti o pacientov so špecifickými klinickými problémami. Predstavujú tak formalizované štandardné plány určené pre presne vymedzenú skupinu pacientov (napr. skupinu pacientov s konkrétnou diagnózou) rozvrhnuté na každý deň hospitalizácie. Plán je v rámci jednotlivých dní rozdelený do viacerých kategórií, napríklad medikamentózna liečba, diagnostické testy, pohybový režim, diéta, kontrola symptómov, spolupráca s rodinou, konzíliá. Intervencie a ciele starostlivosti zahrnuté v mapách sú vopred stanovené. Mapy starostlivosti vymedzujú ciele starostlivosti pre pacientov v rámci jednotlivých diagnostických kategórií a príslušné rozvrhnutie (postupnosť, náväznosť, časové vymedzenie) jednotlivých intervencií členov tímu na ich dosiahnutie. Sú vytvorené interdisciplinárnym tímom,

participujúcom v procese starostlivosti a sú jeden z významných spôsobov implementácie príslušných smerníc, klinických odporúčaní (*guidelines*) a praxi založenej na dôkazoch (*evidence-based practice*) v konkrétnych nemocničných zariadeniach. Taktiež predstavujú možnosť zefektívnenia systematického zhromažďovania a triedenia údajov pre hodnotenie efektívnosti starostlivosti a úrovne dosiahnutých výsledkov (audit starostlivosti). Mapy starostlivosti detailne vymedzujú úlohy a kompetencie každého zdravotníckeho pracovníka participujúceho v starostlivosti o pacienta a jeho rodinu a očakávané výsledky takto poskytovanej starostlivosti. Konkrétne dosiahnuté výsledky starostlivosti musia byť podrobne dokumentované, v prípade nedosiahnutia ich očakávanej úrovne aj s kauzálnym zdôvodnením. Prehľad rozdielov, resp. odchýlok v reálne dosiahnutých výsledkov od úrovne očakávaných, stanovených výsledkov identifikuje oblasti pre ďalšie vzdelávanie, resp. modifikáciu plánov starostlivosti. Mapy starostlivosti tak predstavujú dynamický dokument, ktorý sa vyvíja v priebehu dlhšieho časového obdobia s cieľom vytvoriť centrálny koordinujúci dokument o interdisciplinárnej starostlivosti.

Implementácia máp starostlivosti je vo všeobecnosti zameraná na zdokumentovanie existencie, rozsahu a následnú redukciu rozdielov (*variance*) poskytovanej starostlivosti. V rámci implementácie sa sledujú odchýlky od mapy a dokumentujú sa príčiny týchto odchýlok. Mapy starostlivosti tak podporujú koordináciu starostlivosti tým, že minimalizujú jej fragmentáciu, duplikáciu a neefektívne využívanie zdrojov.

Pearson (1995, s. 941) sumarizuje ciele využitia máp starostlivosti v klinickej praxi nalsledovne. Mapy starostlivosti môžu podľa neho:

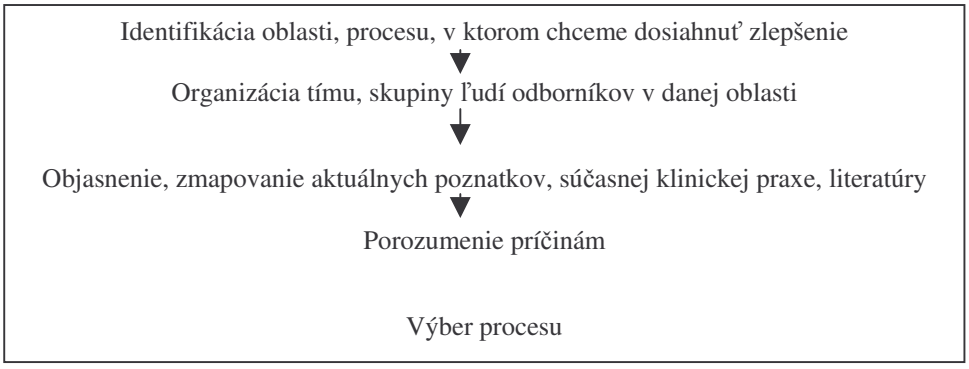
- **selektovať „kvalitnú“ prax** - pri existencii rozdielnych spôsobov starostlivosti mapy starostlivosti môžu pomôcť vymedziťnajefektívnejší spôsob starostlivosti,
- **štandardizovať** očakávanú dĺžku hospitalizácie, diagnostických alebo terapeutických výkonov,
- **poskytnúť „spoločný plán“ starostlivosti** pre členov interdisciplinárneho tímu, v ktorom sú jasne vymedzené úlohy v priebehu celého procesu starostlivosti ,
- **poskytnúť pracovný rámec pre zber údajov**, z ktorého možno odpovedať na otázku ako často a prečo nebol dodržaný očakávaný priebeh pacientovej hospitalizácie,
- **skúmať vzájomné vzťahy** medzi rôznymi krokmi v procese starostlivosti s cieľom jeho koordinácie, resp. časového zefektívnenia.

Škrla, Škrlová (2002, s. 203) vysvetľujú efektívnosť využitia máp predovšetkým z aspektu koordinácie starostlivosti, zníženia jej variability, zeefektívnení zdravotníckej dokumentácie, znížení dĺžky hospitalizácie, sledovaní kauzálnych vzťahov medzi štandardizovanou starostlivosťou a výskytom odchýlok, zvýšenia osobnej zodpovednosti personálu a jeho ochrany v prípade súrnych sporov.

Proces vývoja máp starostlivosti

Proces tvorby, implementácie a hodnotenia máp starostlivosti je analogický jednotlivým fázam priebehu štandardizácie starostlivosti, pretože vychádza z jednotlivých krokov procesu CQI. (Obrázok č. 1)

Obrázok č. 1: Kroky v CQI



Every (2000, s. 101) vymedzuje proces vývoja máp na základe nasledovných krokov:

1. Výber oblasti

Výber oblasti implementácie mapy by sa mal podľa viacerých autorov (Every, 2000, Pearson, 1995) všeobecne koncentrovať na vysokonákladové diagnózy. Škrla, Škrlová (2002, s. 43) uvádzajú, že mapy starostlivosti sa používajú v prípadoch, kedy je diagnóza jasná, proces poskytovanej starostlivosti je rutinný a často sa opakuje, taktiež sa opakujú detaily v liečbe, ale problémom je variabilita poskytovanej starostlivosti. Za účelom zníženia tejto variability a nákladov sa starostlivosť rozvrhne do menších celkov podľa špecifických kategórií. Plán je teda vypracovaný pre špecifickú skupinu pacientov na každý deň plánovanej starostlivosti.

Every (2000, s. 101), Pearson (1995, s. 941) uvádzajú príklady máp starostlivosti z oblasti kardiovaskulárnych ochorení aplikované na diagnostické kategórie, resp. intervencie – jednotlivé postupy v rámci invazívnej kardiológie, bypassová chirurgia, nestabilná angína pectoris, akútny infarkt myokardu. Tieto diagnózy alebo invazívne výkony sú vhodné pre implementáciu máp starostlivosti z aspektu dokázanej značnej variability v poskytovaní starostlivosti, noncompliance s klinickými odporúčaniami a predovšetkým z hľadiska predpovedateľného priebehu ich vývoja v priebehu hospitalizácie. Implementácia máp starostlivosti môže podľa uvedených autorov uľahčiť využitie aktuálnych *guidelines* a potenciálne zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti. V rámci klinickej praxe boli mapy aplikované napríklad v perioperačnom manažmente v kardiochirurgii, pri náhlych cievnych mozgových príhodách, nekomplikovanom vaginálnom pôrode, perioperačný manažment pri transplantácii obličky, totálnej endoprotéze bedrového kĺbu a mnohých ďalších diagnostických kategóriách. Pri výbere oblasti je nevyhnutné vychádzať z očakávaní interdisciplinárneho tímu od implementácie mapy.

2. Výber tímu

V rámci efektívnej implementácie máp starostlivosti je dôležitá zaangažovanosť a participácia multidisciplinárneho tímu, resp. všetkých členov, ktoré ovplyvňujú oblasti starostlivosti, ktoré sú v mape zahrnuté. Zameranosť len na jednu zložku starostlivosti (napr. mapy týkajúce sa len ošetrovateľskej starostlivosti) môže byť neefektívna, predovšetkým z hľadiska jej koordinácie.

3. Hodnotenie doterajšej starostlivosti – identifikácia rozdielov v poskytovanej starostlivosti

V tomto kroku je potrebné vychádzať z relevantných údajov, nie z neoficiálnych záznamov v rámci daného pracoviska. V tejto fáze je dôležitá realizácie analýzy dokumentácie s cieľom identifikovať a objasniť ďalšie „medziciele" starostlivosti, rozvrhnutia jednotlivých krokov a vysoko nákladových oblastí, ktoré sa budú snažiť zredukovať.

4. Hodnotenie *evidence – based* praxe

Mapy starostlivosti by mali reflektovať a implikovať súčasnú klinickú prax. Pri ich zostavovaní je potrebné využívať základné prepojenie medzi štandardizovanými prehľadmi klinických intervenčných štúdií, tvorbou smerníc a odporúčaní a ich implementáciou v klinickej praxi prostredníctvom máp starostlivosti. V prípade nedostatku údajov v rámci odbornej literatúry odporúčajú autori v tejto fáze využitie *benchmarkingu*[8].

5. Zostavenie formátu –mapy

Forma máp starostlivosti využívaných v praxi je do značnej miery variabilná. V rámci odborných zahraničných periodík nachádzame rôznorodé spektrum formulárov máp starostlivosti v elektronickej forme. Zložitá štruktúra formátu máp môže výrazne obmedziť ich praktickú využiteľnosť. Škrla, Škrlová (2002, s. 206) uvádzajú nasledovný jednoduchý formulár pre štrukturovanie mapy starostlivosti. (Tabuľka č. 1)

[8] Benchmarking predstavuje jeden z ďalších nástrojov zvyšovania kvality starostlivosti, pri ktorom sa porovnávajú slabé stránky pracoviska s najlepšími stránkami konkurenčných pracovísk, pracovísk s podobným zameraním a pod.

Tabuľka. č. 1: Príklad generickej mapy starostlivosti (Modifikované podľa Škrlu, Škrlovej, 2002, s. 206)

Diagnostická kategória: **Priemerná dĺžka hospitalizácie:**	**Zdravotnícke zariadenie:** **Oddelenie:** **Údaje o pacientovi:**			
Ošetrovateľské diagnózy a očakávané výsledky starostlivosti (Napríklad - diagnózy z Taxonómie NANDA II a s nimi súvisiacimi výsledkami z klasifikácie ošetrovateľských výsledkov s vybranými ukazovateľmi. Diagnózy ako aj výsledky (resp. ich vybrané kritériá) by mali byť uvádzané s názvom a príslušným kódom.	**1. deň**	**2. deň**	**3. deň**	**4. deň**
Ošetrovateľské intervencie (Napríklad výber z klasifikácie ošetrovateľských intervencií - NIC. Intervencie a ich príslušné aktivity vybrané z NIC by mali byť uvádzané s názvom a príslušným kódom.)				
Diagnostické testy				
Procedúry, zákroky/výkony				
Konzíliá				
Medikamentózna liečba				
Pohybový režim				
Diéta				
Edukácia pacienta/rodiny				
Plánované prepustenie				

6. Dokumentácia a analýza odchýlok od mapy

Rozdiel medzi tým, čo sa očakáva na základe plánu mapy a tým, čo sa v skutočnosti dosiahne sa nazýva variácia - odchýlka. Odchýlky sú definované ako tie výsledky u pacienta, resp. činnosti zdravotníckeho personálu, ktoré nespĺňajú, nezhodujú sa s výsledkami a intervenciami zahrnutými v mape. Medzi najčastejšie deviácie od mapy môžu predstavovať ďalšie pridružené ochorenia u pacienta, psychosociálne faktory zo strany pacienta jeho rodiny, resp. môžu vzniknúť zo strany personálu i inštitúcie. Všeobecne môže ísť o nevykonanie určitej intervencie alebo jej neadekvátna realizácia (časové oneskorenie, častá frekvencia realizácie). Identifikácia faktorov, prispievajúcich k výskytu odchýlok od mapy a zároveň intervencií na ich redukciu predstavujú významné prvky zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti. Ak dôjde k identifikácii odchýlky, je nutné hľadať dôvody jej vzniknutia a naplánovať kroky k jej redukcii. Zmapované odchýlky indikujú modifikáciu mapy, ďalšie sledovanie a zaznamenávanie údajov významných pre ich retrospektívnu analýzu.

Mapy starostlivosti a paliatívna starostlivosť

Princípy paliatívnej starostlivosti metodologicky akcentujú celostný prístup v starostlivosti o jednotlivcov, rodiny, resp. ďalších opatrovateľov pacienta. Z uvedeného dôvodu boli mapy starostlivosti v iniciálnom štádiu ich aplikácie považované za príliš rigidné v podpore flexibilnej individualizovanej starostlivosti v rámci pracovísk poskytujúcich paliatívnu starostlivosť. Ellershaw (2001) však vysvetľuje, že nezamedzujú poskytovaniu individualizovanej starostlivosti, naopak, umožňujú určitú nezávislosť v rámci *evidence – based* podloženej klinickej praxe. Uvádza, že sa stávajú pre paliatívnu starostlivosť vhodné

predovšetkých ako multidisciplinárny dokument, ktorý zdravotnícki pracovníci využívajú s cieľom koordinácie a dokumentácie poskytovanej starostlivosti.

Utilizácia dokumentovaných výsledkov poskytovanej starostlivosti (*Outcome – Based Culture*) zostáva v paliatívnej starostlivosti nedostatočne využívaná. Mapy starostlivosti tak môžu predstavovať jeden zo spôsobov eliminácie tohto problému. Dokumentovaním procesu môžeme identifikovať dokazateľné objektívne výsledky, ktoré môžu byť spätne preverované s cieľom stanovenia určitých štandardov a zabezpečovať tak reflexívnosť klinickej praxe. Výsledky hodnotené pomocou konkrétnych máp by však mali komplexne zachytávať všetky aspekty starostlivosti, tzn. jej bio-psycho-socio-spirituálny rozmer. Mnohé oblasti, predstavujúce štandardnú súčasť starostlivosti v rámci jednotiek paliatívnej starostlivosti, resp. hospicových zariadení, sú často čiastočne alebo na nedostatočnej úrovni poskytované v bežných lôžkových či komunitných zariadeniach. Z uvedeného aspektu považujeme implementáciu multidisciplinárnych máp navrhnutých v rámci špecializovaných jednotiek paliatívnej starostlivosti do štandardnej lôžkovej či komunitnej starostlivosti ako významný spôsob zvýšenia kvality starostlivosti o terminálne chorých a umierajúcich. Mapy starostlivosti, predstavujúce určitý model, vzor, resp. schému manažmentu starostlivosti o terminálne chorého pacienta, obsahujú záväzné smernice pre štandardné terapeutické postupy a oblasť hodnotenia klinického stavu pacienta.

Medzi základné ciele, ktoré by mali mapy v paliatívnej starostlivosti zabezpečovať, patria nasledovné oblasti:

- rešpektovanie autonómie, hodnôt a rozhodnutí pacienta,
- kontinuálne prehodnocovanie a revízia cieľov starostlivosti,
- minimalizovanie bolesti a iných symptómov zaťažujúcich pacienta,
- optimalizovanie adekvátnych podporných intervencií a konzultácií, koordináciu jednotlivých služieb, redukovanie zbytočných terapeutických intervencií a nariadení,
- zabezpečovanie služieb pre rodinu i zdravotnícky personál spojených s úmrtím pacienta.

Proces vývoja máp v paliatívnej starostlivosti

Implementácia a hodnotenie efektívnosti máp starostlivosti v špecifických podmienkach paliatívnej starostlivosti je predmetom výskumu viacerých zahraničných pracovísk paliatívnej starostlivosti (Gordon, 1996, Fowell, 2003, Ellershaw, 2001, Bookbinder, 2001). Využívajú sa napríklad v oblasti manažmentu bolesti, algoritmu kontroly symptómov alebo starostlivosti o pacientov v stave *in finem*. Ellershaw (2001), Bookbinder (2002, s. 636) vymedzujú nasledovné oblasti, ktorý vystupujú do popredia pri implementácii máp v starostlivosti o umierajúcich:

1. Identifikácia pacienta, resp. diagnostika zomierania[9] **-** mapy starostlivosti o umierajúcich v klinickej praxi zahŕňajú aj požiadavku - diagnostikovať vlastné umieranie. Diagnóza „umieranie“ by mala byť podľa určitých kritérií stanovená a jednotne akceptovaná celým multidisciplinárnym tímom. Ambivalencia postojov môže spôsobiť nejednotnosť a protichodnosť prístupu tímu k pacientovi a jeho rodine. Bookbinder (2002, s. 636) uvádza, že pri

[9] Význam procesu diagnostiky umierania sa zintenzívňuje predovšetkým v kontexte konzekvencií „deštruktívneho“ postoja lekárov – vzopieranie sa, resp. zdráhanie sa diagnostikovať, že pacient zomiera a hľadanie ďalších terapeutických možností, resp. pokračovanie v aktívnej liečbe. Uvedený postoj a udržiavanie nádeje, že zlepšenie zdravotného stavu je možné a pravdepodobné, môže podľa autora viesť k tomu, že smrť pacienta sa stáva pre príbuzných neočakávanou. Sklamanie, strata dôvery v zdravotnícky personál zo strany rodiny predstavujú negatívne konzekvencie tohto postoja.
Autor taktiež akceptuje fakt, že v niektorých situáciách môže nastať zlepšenie zdravotného stavu pacienta. Uvedená situácia sa stáva indikáciou prerušenia krokov starostlivosti zahrnutých v mape starostlivosti.

implementácii mapy starostlivosti o bezprostredne zomierajúcich sa zamerali na pacientov u ktorých bol jednoznačný súhlas interdisciplinárneho tímu na nasledovné otázky: „Predpokladáme u tohto pacienta, že môže zomrieť v priebehu hospitalizácie? Bude u pacienta prvoradá liečba zameraná len na zlepšenie jeho komfortu, kontrolu bolesti?“

2. „Comfort care“[10]– predstavuje aktívny proces, zahrňujúci revíziu a prehodnotenie doterajších intervenčných postupov u pacienta, informovanie pacienta a príbuzných. Zahŕňa systematickú (realizovanú najmenej v štvorhodinových intervaloch) kontrolu symptómov (predovšetkým bolesti, agitovanosti, priechodnosti dýchacích ciest, ťažkostí pri vyprázdňovaní, starostlivosť o dutinu ústnu a pod.), psychosociálnu a religióznu podporu pacienta a jeho rodiny.

Výber oblasti, výber tímu, hodnotenie doterajšej starostlivosti – identifikácia rozdielov v poskytovanej starostlivosti

Proces implementácie mapy by mal vychádzať z vyššie uvedených všeobecných krokov CQI.[11] Nasledovná tabuľka (Tabuľka č. 2) znázorňuje aplikáciu jednotlivých krokov CQI pri implementácii mapy starostlivosti o bezprostredne zomierajúcich . Mapa má názov *Palliative Care for Advanced Disease Pathway* (ďalej PCAD). PCAD bola navrhnutá a je používaná na vybraných pracoviskách v Beth Israel Medical Center v New York City.

Samotná implementácia mapy zahŕňala nasledovnú postupnosť krokov (*Obrázok č. 1*):

- identifikácia pacienta, u ktorého je veľká pravdepodobnosť, že môže zomrieť v priebehu hospitalizácie [12],
- interdisciplinárne hodnotenie stavu pacienta s cieľom posúdenia indikácie a súhlas s indikáciou PCAD ,
- prehodnotenie cieľov starostlivosti,
- realizácia starostlivosti podľa PCAD a ukončenie starostlivosti podľa PCAD. [13]

Tabuľka č. 2: Aplikácia jednotlivých krokov CQI v procese implementácie mapy starostlivosti o bezprostredne zomierajúcich

Proces implementácie máp na konkrétnom pracovisku Kirk (1996, s. 724)	**Proces implementácie mapy PCAD na konkrétnom pracovisku** Bookbinder (2002, s. 636 - 638)
1. Identifikácie cieľovej skupiny	**Pacienti, u ktorých sa predpokladá, že môžu v priebehu hospitalizácie zomrieť** (*imminently dying, candidate for comfort care*).
2. Inštruktáž personálu o možnostiach využitia máp starostlivosti, procese ich implementácie	**Iniciálne hodnotenie vedomostí sestier ako aj rodinných príslušníkov** týkajúci sa paliatívnej starostlivosti pomocou validného a reliabilného hodnotiaceho nástroja. **Získanie súhlasu** na realizáciu pilotnej štúdie od vedenie pracoviska.

[10] Spojenie „comfort care“ sme doslovne neprekladali z anglického jazyka. Čo daný termín znamená opisujeme v texte..

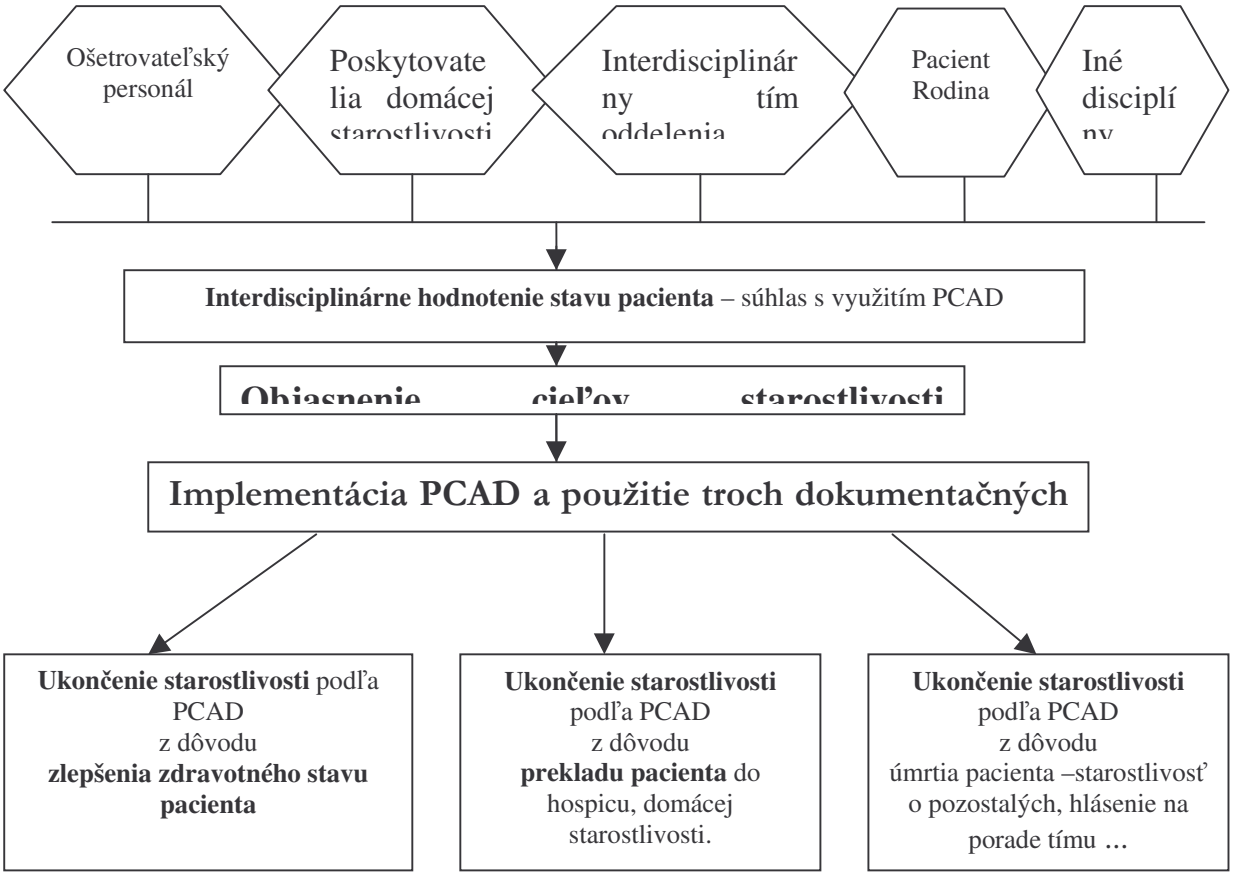
[11] Pozri kroky vymedzené podľa Every (2000, s. 101)

[12] Bookbinder (2001, s. 2), hlavná investigátorka výskumného projektu implementácie PCAD v Beth Israel Medical Center v New York City (*Establishing Benchmarks for the Care of the Imminently Dying Inpatient*), opisuje význam uvedenej fázy nasledovne:..."V našom pilotnom sme zamerali na otázku, ktorú sme kládli každému členovi multidisciplinárneho tímu na pracovisku, kde sa implementovala mapa starostlivosti o bezprostredne zomierajúcich - Prekvapilo by Vás , ak by niektorí z Vašich pacientov zomrel v priebehu hospitalizácie? Ak bola odpoveď pozitívna, mali všetci členovia navrhnúť konkrétnych pacientov, u ktorých bude manažment starostlivosti usmerňovaný podľa PCAD.

10 Preklad do hospicového zariadenia, úmrtie pacienta a zabezpečenie „*bereavement policy*“ a retrospektívna analýza starostlivosti na porade tímu.

	Výber intervenčných pracovísk (geriatrické, onkologické oddelenie, oddelenie paliatívnej medicíny) pre pilotnú štúdiu, inštruktáž **vedúcich** pracovísk výskumným tímom a získanie ich súhlasu pre spoluprácu v štúdii.
3. Vytvorenie multidisciplinárneho tímu zodpovedného za tvorbu mapy starostlivosti Identifikácia kľúčových výsledkov ako aj časový interval ich dosiahnutia	**Vytvorenie 21- členného interdisciplinárneho tímu** z intervenčných pracovísk. **Určenie koordinátorov na jednotlivých oddeleniach**. Pracovný tím mal určených koordinátorov z jednotlivých pracovísk. Každé z troch intervenčných pracovísk malo určených svojich troch koordinátorov. **Rozdelenie tímu do štyroch pracovných podskupín a časový harmonogram ich pravidelných stretnutí**. Prvá podskupina sa zameriavala na tvorbu formátu mapy, druhá podskupina pracovala na stratégiách implementácie máp na pracoviskách ako aj časový rozvrh priebehu implementácie, tretia podskupina vytvárala edukačné stratégie pre personál pracovísk, štvrtá podskupina audit, postup hodnotenia efektívnosti mapy.
4. Audit zameraný na hodnotenie aktuálne poskytovanej starostlivosti a jej výsledkov	**Realizácia auditu na intervenčných oddeleniach v priebehu 12 mesiacov pred implementáciou mapy.** Auditový formulár obsahoval viac ako 100 položiek. Mapovala sa napríklad dĺžka hospitalizácie u pacientov, demografické údaje pacientov – vek, pohlavie, diagnóza, etnická skupina, údaje získané pri prijatí, rozhodnutia v súvislosti s liečbou, kontrola symptómov, údaje zaznamenávané v súvislosti s úmrtím.
5. Inštruktáž personálu na intervenčných oddeleniach	Priama inštruktáž celého personálu týkajúca sa implementácie v priebehu jedného mesiaca.
6. Implementácia mapy	Pilotná štúdia trvajúca v priebehu 9 mesiacov na troch intervenčných oddeleniach
7. Audit zameraný na hodnotenie starostlivosti po implementácii mapy	Audit zameraný na hodnotenie výsledkov, procesu starostlivosti, hodnotenie vedomostí personálu, spokojnosti rodiny s liečbou, využitie *focus groups*.

Obrázok č. 2: Postup v starostlivosti o bezprostredne zomierajúceho podľa PCAD
(Spracované podľa www.stoppain.org)



Zostavenie formátu, dokumentácia starostlivosti
PCAD pozostáva z troch základných komponentov:

- interdisciplinárny **plán starostlivosti** (*PCAD Care Path*) - vymedzuje **11 oblastí starostlivosti** o terminálne chorých zahrňujúcich navrhované odporúčania, resp. smernice pre manažment bolesti, hydratáciu, zmiernenie diskomfortu zo symptómov akými sú dyspnoe, agitácia, potenie a taktiež psychologický alebo spirituálny distress.
- **denný záznam** starostlivosti (*PCAD Daily Patient Care Flowsheet*) ako interdisciplinárna dokumentácia pre hodnotenie a záznam stavu pacienta a intervencií,
- **ordinačný list** lekára (*PCAD Healthcare Provider(MD-Order Sheet*) ako záznam ordinácií v oblasti kontroly symptómov. (Bookbinder, 2002, s. 640)[14].

[14] Bookbinder (2002, s. 640) na základe pilotného výskumného projektu v Beth Israel Medical Center v New York City (*Establishing Benchmarks for the Care of the Imminently Dying Inpatient*) označila v rámci implementácie PCAD ordinačný list za najproblematickejšiu oblasť, ktorá si vyžaduje revíziu.

Hodnotenie efektívnosti starostlivosti, edukačný potenciál máp starostlivosti

Efektívnosť PCAD bola sledovaná na troch oddeleniach (onkologické, geriatrické oddelenie u deviatich pacientov, oddelenie paliatívnej/hospicovej starostlivosti u 50 pacientov) a výsledky boli porovnávané s dvomi oddeleniami, ktoré poskytovali štandardnú starostlivosť. Pomocou použitia auditového záznamu boli hodnotené záznamy 101 pacientov, ktorí zomreli na niektorom z vyššie uvedených piatich oddelení pred implementáciou PCAD (*baseline*) a 156 dokumentačných záznamov pacientov, ktorí zomreli v priebehu 9 mesiacov implementácie PCAD. Auditový záznam ukázal zmenu v nasledovných štyroch ukazovateľoch:

- v počte hodnotených symptómov u pacienta (signifikantne sa zvýšil počet hodnotených symptómov, alterácia kognitívnych funkcií, bolesť, ťažkosti s dýchaním, ktoré boli zaznamenané u pacientov na každom z troch oddelení, kde sa implementovala mapa PCAD),
- v počte zaznamenaných problémových symptómov,
- v počte intervencií, ktoré sú v súlade s PCAD (počet problémových symptómov a intervencií v súlade s PCAD sa zvýšil len na oddelení paliatívnej starostlivosti),
- v počte vyžiadaných konzílií, konzultácií (počet konzílií sa znížil na všetkých troch oddeleniach),
- v počte pacientov prepúšťaných do hospicových zariadení (počet pacientov odosielaných do hospicových zariadení sa zvýšil na všetkých troch oddeleniach).

V priebehu implementácie PCAD, bolo na troch oddeleniach jej implementácie viac DNR[15] (*do-not -resustitate*) zásahov v porovnaní s oddeleniami, kde neboli PCAD aplikované. Na týchto oddeleniach bola vyššia frekvencia KPCR (kardiopulmocerebrálnej resustitácie) a morfínových infúzií.

Bookbinder (2002, s. 640) uvádza, že výsledky implementácie PCAD predstavujú len inštitucionálnu úroveň zlepšenia starostlivosti (*institutional/unit level*)a neobsahujú výsledky na individuálnej úrovni (*patient – level outcome*). Pochopenie a zmapovanie výsledkov na individuálnej úrovni (rozhovormi s rodinou po smrti pacienta, rozhovorom s pacientom bezprostredne pred smrťou) považuje za druhý krok.[16] Na základe výsledkov pilotnej experimentálne štúdie implementácie PCAD môžeme konštatovať, že PCAD predstavujú určitý edukačný potenciál pre zdravotníckych pracovníkov participujúcich v starostlivosti o pacientov v štádiu *in finem*.

Mapy starostlivosti ako klinický nástroj odrážajú nielen aktuálne klinické odporúčania v rámci súčasnej klinickej praxe, ale taktiež konkrétne skúsenosti a algoritmy pracoviska, kde sú implementované. V pedagogickej praxi ich využívame ako efektívny didaktický prostriedok a to z nasledovných dôvodov:

- štandardizovaný plán v mape je interdisciplinárny, reflektuje komplexnosť, komplementaritu poskytovanej starostlivosti. Pri využití efektívnej vyučovacej metódy je mapa funkčným prostriedkom pre hľadanie, zdôvodňovanie a argumentáciu opodstatnenosti, náväznosti, prepojenosti i konkretizáciu jednotlivých intervencií v rámci diagnosticko-terapeutických postupov pri konkrétnej diagnostickej kategórii.
- v klinickej praxi mapy pomáhajú organizovať, vymedzovať a časovo ohraničovať jednotlivé intervencie i výsledky. Intervencie i výsledky sú uvádzané v časovej

[15] Nárok pacienta na dôsledné rešpektovanie jeho písomnej žiadosti nebyť resustitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov je v Slovenskej republike zakomponovaný v Charte práv pacienta v Slovenskej republike prijatej vládou Slovenskej republiky 11. apríla 2001 Uznesením č. 326. Zákon o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Zbierky zákonov však uvedenú oblasť neformuluje.

[16] Bookbinder (2002, s. 642) opisuje ďalšie zameranie výskumu v oblasti zlepšenia kvality starostlivosti o umierajúcich. Spoločne s multidisciplinárnym tímom geriatrického a onkologického oddelenie pracujú na výskumnom projekte, ktorý sa zaoberá individuálnym vnímaním smrti. Hľadajú odpoveď na otázku: Čo znamená pokojná, dobrá smrť?

postupnosti, vyjadrujú progresívne riešenie špecifických problémov pacienta, určitú kondíciu alebo reakciu spojenú s liečbou. (Škrla, Škrlová, 2002, s. 203) Názornosť, štrukturovanosť, kontinuita postupu, jednoznačnosť formulácií, jednotnosť a prepojenosť medicínskych i ošetrovateľských intervencií v mape, predstavujú zásadné skutočnosti pre lepšie pochopenie problematiky diagnostiky i liečby konkrétnej medicínskej diagnózy u študentov,

- plány vychádzajú z aktuálnych vedeckých poznatkov, štandardných všeobecných algoritmov, ale i skúseností pracovísk. Ich využitie v rámci vzdelávania prispieva k učeniu o praxi založenej na dôkazoch.

Záver

Multidisciplinárne plány starostlivosti, štandardy starostlivosti, ako nástroje kontinuálneho zvyšovania kvality starostlivosti sú integrálnou súčasťou kurikúl v bakalárskom i magisterskom štúdiu sestier. V súčasnosti na Slovensku prebieha na úrovni Ministerstva zdravotníctva proces tvorby národných štandardov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré však zostávajú len na úrovni navrhnutých štandardných postupov ošetrovateľských výkonov bez systematického hodnotenia ich efektívnosti v klinickej praxi.[17] *Evidence based* výsledky zo zahraničných štúdií zameraných na implementáciu nástrojov kontinuálneho zvyšovania kvality v starostlivosti o umierajúcich tak zintenzívňujú potrebu ich využitia v rámci pregraduálnej i postgraduálnej výchovy zdravotníckych pracovníkov a taktiež v procese štandardizácie ošetrovateľskej starostlivosti na národnej i inštitucionálnej úrovni.

Bibliografické odkazy

Beth Israel Medical Center's Stop Pain. [online] Dostupné z: <http://www.stoppain.org>. [cit. 2005-08-25]

BOOKBINDER, M., ROMER, A., L. Raising the Standard of Care for Imminently Dying Patients Using Quality Improvement: An Interview with Marilyn Bookbinder. In *Innovation in End of Life Care.* [online]. vol. 3. no. 4, p. 1 - 13 Dostupné z: <http:// www.edc.org/lastacts>. [cit. 2005-08-25]

BOOKBINDER, M., ROMER, A., L. Raising the Standard of Care for Imminently Dying Patients Using Quality Improvement. In *Yournal of Palliative Medicine*. [online]. vol. 5. no. 4, p. 635 – 640. Dostupné z: <http:// www.edc.org/lastacts>. [cit. 2005-08-25]

ELLERSHAW, J. 2001. Clinical Pathway for Care of the Dying. An innovation to Disseminate Clinical Excellence. In *Innovation in End of Life Care.* [online]. vol. 3. no. 4, p. 1 – 6. Dostupné z: <http:// www.edc.org/lastacts>. [cit. 2005-08-25]

EVERY, N., R., HOCHMAN J., BECKER, R., KOPECKY, S., CANNON, CH., P. 2000. Critical Pathways. In *Circulation* [online]. vol. 101. no. 4, p. 461 - 465. Dostupné z: <http:// www.ajnonline.com/pt/re/ajn/fulltext >. [cit. 2005-08-25]

FABUŠ, Š., KULICHOVÁ, M. *Definície v paliatívnej starostlivosti*. [online] Dostupné z: <http://www. hospice.sk>. [cit. 2005-08-25]

KIRK, J., K., MICHAEL, K., A., MARKOWSKY, S., J., RESTINO, M., R., ZAROWITZ, B., J. 1996. Critical Pathways:The Time Is Here for Pharmacist Involvement. In *Pharmacotherapy* [online]. vol. 16. no. 4, p. 723– 733. Dostupné z: <http:// www.ajnonline.com/pt/re/ajn/fulltext >. [cit. 2005-08-25]

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.

[17] V národných štandardoch ošetrovateľskej starostlivosti navrhnutých Ministerstvom zdravotníctva SR v rámci starostlivosti o zomierajúcich nachádzame len štandard, ktorý sa týka starostlivosti o mŕtve telo. Absentuje oblasť starostlivosti o zomierajúcich v rámci domáceho i inštitucionálneho modelu zomierania.

PEARSON, S., GOULART – FISHER, D., LEE, T., H.1996. In Critical Pathways as a Strategy for Improving Care In *Annual Internal Medicine* [online]. vol. 123. no. 12, p. 941 - 948. Dostupné z: <http:// www.ajnonline.com/pt/re/ajn/fulltext >. [cit. 2005-08-25]
SCHEIDOVÁ, L. 2001. Vysvetlenie základných pojmov a ich vzťahov v rámci paliatívnej a hospicovej liečby a starostlivosti. [online] Dostupné z: <http://www. hospice.sk>. [cit. 2005-08-25]
ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreatívní ošetřovatelský management.* 1. vyd. Praha : Advent-Orion s.r.o., 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.
VIRANI, R. 2003. Improving the Quality of End of Life Care:Making changes at every level. In *American Yournal of Nursing*. [online]. vol. 103. no. 5, p. 52 – 60. Dostupné z: <http:// www.ajnonline.com/pt/re/ajn/fulltext >. [cit. 2005-08-25]

Doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.
Mgr. Elena Holmanová
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateĺstva
Malá Hora 5
036 32 Martin
Slovenská republika
e-mail: ziakova@lefa.sk
e-mail: holmanova@lefa.sk

JAZYKOVÁ VYBAVENOSŤ BUDÚCICH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV A POUŽITIE ODBORNEJ MEDICÍNSKEJ TERMINOLÓGIE V CUDZOM JAZYKU

***Anna Horňáková,**Jana Sušinková**

**Prešovská univerzita, Filozofická fakulta, Ústav jazykových kompetencií, Prešov, Slovenská republika*
***Univerzita P. J. Šafárika, Lekárska fakulta, Ústav pre bakalárske a magisterské štúdia Lekárskej fakulty, Košice, Slovenská republika*

Súhrn

Ovládanie aspoň jedného svetového cudzieho jazyka má význam pre budúceho zdravotníckeho pracovníka nielen na trhu práce, ale umožní mu voľný pohyb - žiť, študovať, pripravovať sa a pracovať vo všetkých členských štátoch EÚ. Podrobnejšia analýza výsledkov prieskumu prostredníctvom dotazníka pre študentov Fakulty zdravotníctva PU v Prešove ukázala, že jazyková vybavenosť študentov odboru ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia je na úrovni potrieb súčasnej doby. Zistili sme, že ¾ respondentov by sa so svojimi znalosťami dohovorilo v zahraničí s menšími problémami, ale viac než polovica opýtaných by mala problémy s použitím odbornej medicínskej terminológie v cudzom jazyku. Do budúcna odporúčame vo vyučovaní cudzích jazykov na fakultách zdravotníckeho zamerania klásť väčší dôraz v predmete odborná konverzácia v cudzom jazyku na odbornú medicínsku terminológiu pre príslušný študijný odbor.

Kľúčové slová cudzí jazyk, odborná medicínska terminológia, zdravotnícky pracovník, prieskum

Úvod

O význame učenia sa cudzích jazykov už nie je potrebné v súčasnosti nikoho presviedčať. Veď znalosť cudzích jazykov vždy patrila k základným znakom vzdelanosti v každej spoločnosti. Cudzie jazyky zohrávajú dôležitú úlohu v multilingválnej Európe v procese jej zdokonaľovania sa a tým majú čoraz väčší význam aj v živote zdravotníkov. Ako uvádza autorka Husárová (2004, s. 4) hlavne sestry sú si vedomé, že ak si osvoja nejaký svetový jazyk majú ďaleko väčšie uplatnenie v zahraničí. Schopnosť komunikovať aspoň jedným svetovým jazykom sa v súčasnosti už považuje za niečo prirodzené a stáva sa súčasťou profesionálnej činnosti zdravotníkov. Dnešné trhy práce si vyžadujú neustále sa meniace profily zručností, kvalifikácií a skúseností, a to sa týka aj zdravotníkov. Pre integrovanú Európu je tak otvorený trh práce, ako aj právo občanov na voľný pohyb - t.j. žiť, študovať, pripravovať sa a pracovať vo všetkých členských štátoch EÚ. Toto všetko si vyžaduje, aby vedomosti, zručnosti a kvalifikácie jednotlivca, teda aj zdravotníckeho pracovníka boli ľahšie čitateľné a ľahšie prenosné v rámci celej EÚ. Významnou motiváciou na učenie sa cudzích jazykov pre zdravotníkov môže byť pracovná ponuka v zahraničí, či už krátkodobá alebo na dlhší čas. Medzi ďalšie dôvody môžeme uviesť možnosť vyššieho zárobku, rozšírenie odborných znalostí, rozvoj kariéry, uľahčenie komunikácie so zahraničnými pacientmi, túžbu po poznaní iných krajín a kultúr alebo súvislosť s transkultúrnym ošetrovateľstvom v podmienkach našej krajiny, atď.

Metodika

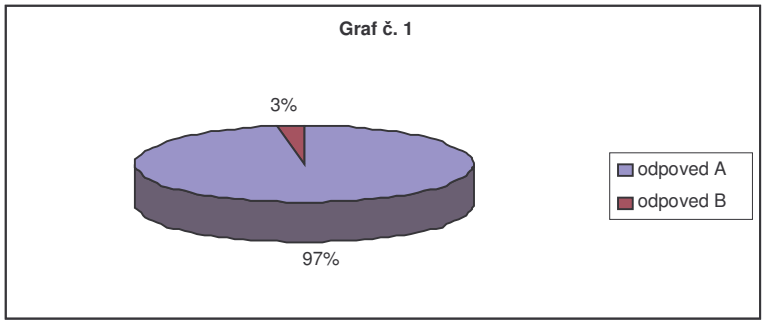
Cieľom našej práce bolo zistiť prostredníctvom prieskumu vo forme anonymného dotazníka, či je jazyková vybavenosť budúcich zdravotníckych pracovníkov postačujúca v dnešnej dobe a na

akej úrovni je ovládanie odbornej medicínskej terminológie v cudzom jazyku. Dotazník pozostával z desiatich zatvorených otázok, jeho návratnosť bola 100%. Nášho prieskumu, ktorý sa konal v mesiaci november 2005 sa zúčastnilo 38 študentov oboch pohlaví (muži 2, ženy 36) Fakulty zdravotníctva PU v Prešove študijných odborov ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia vo veku 19-25 rokov.

Interpretácia výsledkov

Na ***1. otázku***, či je nevyhnutné v dnešnej dobe ovládať cudzí jazyk odpovedalo 97 % , že áno a 3%, že nie.

Graf č. 1: Nevyhnutnosť ovládania cudzieho jazyka u respondentov.

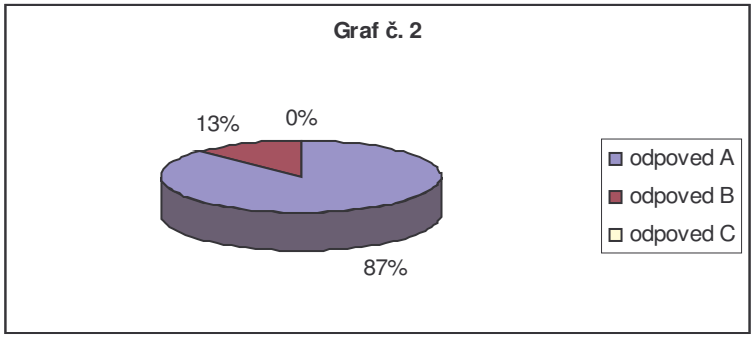


Tabuľka č. 1 ku grafu č. 1: Nevyhnutnosť ovládania cudzieho jazyka u respondentov.

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	37	97 %
Odpoveď B	1	3 %
Spolu	38	100 %

Na ***2. otázku***, čo si myslia o ovládaní cudzieho jazyka pre zdravotníkov sme zistili, že 87 % respondentov odpovedalo odpoveďou A- že, zdravotníci by mali určite ovládať cudzí jazyk, 13 % bolo za odpoveď B, že ak pracujú na Slovensku, tak nie a 0 % , ani jeden respondent neodpovedal odpoveďou C - nie.

Graf č. 2: Čo si respondenti myslia o ovládaní aspoň jedného svetového jazyka zdravotníckym pracovníkom?



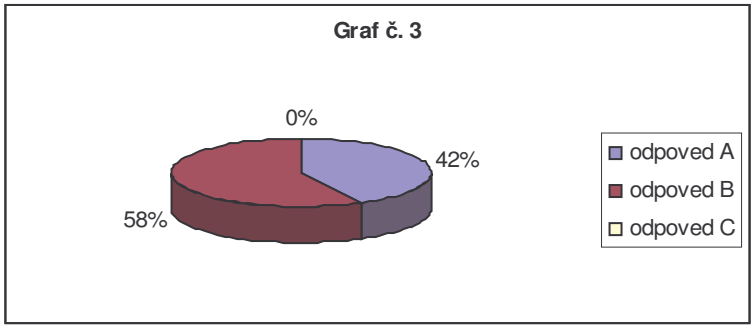
Tabuľka č. 2 ku grafu č. 2: Čo si respondenti myslia o ovládaní aspoň jedného cudzieho jazyka zdravotníckym pracovníkom.

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	33	87 %
Odpoveď B	5	13 %

Odpoveď C	0	0 %
Spolu	38	100 %

Na ***3. otázku***, či by mali zdravotníci ovládať aj odbornú medicínsku terminológiu v cudzom jazyku 42 % respondentov uviedlo, že áno, len po latinsky, 58 % uviedlo, že nielen po latinsky, ale aj v cudzom jazyku a na poslednú možnosť C- nie, že to nepotrebuje, neodpovedal žiadny respondent (0 %).

Graf č. 3 : Názory respondentov na ovládanie odbornej medicínskej terminológie zdravotníkmi v cudzom jazyku.

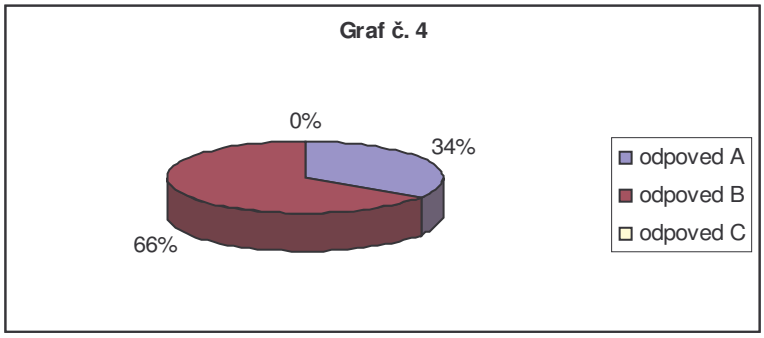


Tabuľka č. 3 ku grafu č. 3: Názory respondentov na ovládanie odbornej medicínskej terminológie v cudzom jazyku.

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	16	42 %
Odpoveď B	22	58 %
Odpoveď C	0	0 %
Spolu	38	100 %

Na ***4. otázku***, či znalosť cudzieho jazyka uľahčuje komunikáciu medzi zdravotníkmi a ostatným personálom odpovedalo 34 % oslovených, že áno, 66 % -čiastočne áno a žiaden respondent neodpovedal, že nie (0%).

Graf č. 4: Uľahčuje znalosť cudzieho jazyka komunikáciu medzi zdravotníkmi a ostatným personálom?

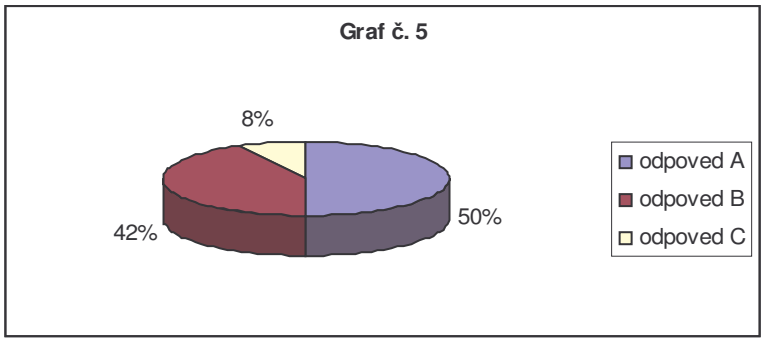


Tabuľka č. 4 ku grafu č. 4: Uľahčuje znalosť cudzieho jazyka komunikáciu medzi zdravotníkmi a ostatným personálom?

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	13	34 %
Odpoveď B	25	66 %
Odpoveď C	0	0 %
Spolu	38	100 %

Na ***5. otázku***, či znalosť cudzieho jazyka uľahčuje komunikáciu medzi zdravotníkmi a zahraničnými pacientmi odpoveďou A- určite áno odpovedalo 50 % respondentov, B odpoveďou – čiastočne áno 42 % a odpoveďou C – vôbec nie odpovedalo 8 % respondentov.

Graf č. 5: Ako respondenti chápu uľahčenie komunikácie zdravotník – zahraničný pacient?

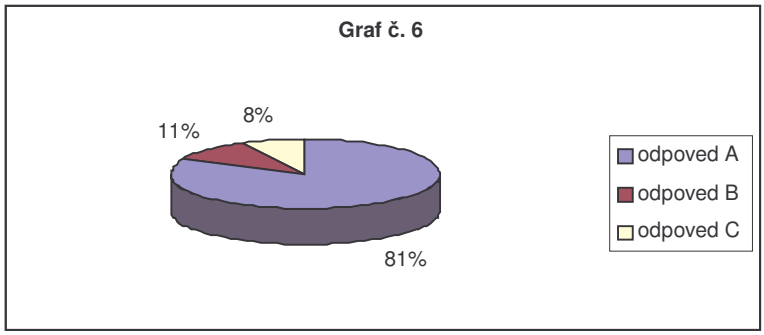


Tabuľka č. 5 ku grafu č. 5:Ako respondenti chápu uľahčenie komunikácie zdravotník–zahraničný pacient?

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	19	50 %
Odpoveď B	16	42 %
Odpoveď C	3	8 %
Spolu	38	100 %

Na ***6. otázku***, koľko svetových jazykov ovládate, 81 % respondentov odpovedalo, že ovláda jeden svetový jazyk, 11 % ovláda viac ako jeden a 8 % neovláda žiaden.

Graf č. 6: Koľko svetových jazykov ovládajú respondenti?

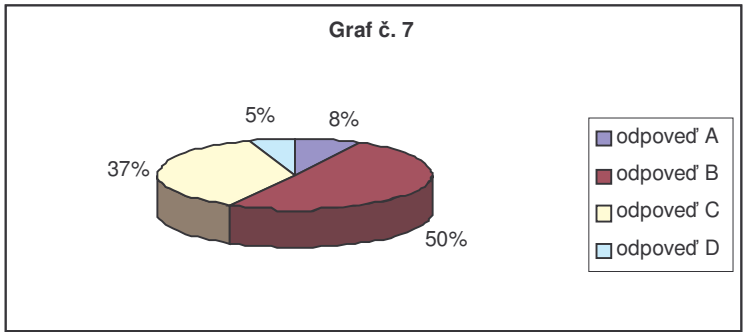


Tabuľka č. 6 ku grafu č. 6: Koľko svetových jazykov ovládajú respondenti?

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	31	81 %
Odpoveď B	4	11%
Odpoveď C	3	8 %
Spolu	38	100 %

Na ***7. otázku***, na akej úrovni sú vaše znalosti cudzieho jazyka za odpoveď A- na úrovni začiatočníka sa vyjadrilo 8 % opýtaných, za odpoveď B- mierne pokročilý sa vyjadrilo 50 % , za C – pokročilý odpovedalo 37 % a za odpoveď D - skúsený bolo 5 % respondentov.

Graf č. 7: Úroveň jazykovej znalosti u opýtaných študentov.

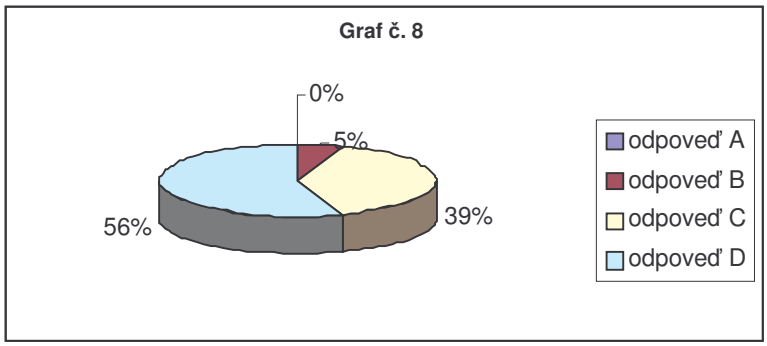


Tabuľka č. 7 ku grafu č. 7: Úroveň jazykovej znalosti u opýtaných študentov.

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	3	8 %
Odpoveď B	19	50 %
Odpoveď C	14	37 %
Odpoveď D	2	5 %
Spolu	38	100 %

Na ***8. otázku***, ako dlho sa učia cudzí jazyk z grafu a tabuľky vyplýva, 0 % respondentov bolo za odpoveď A- menej ako 1 rok, 5 % bolo za odpoveď B- 1-4 roky, za odpoveď C- 5-7 rokov bolo 39 % a 50 % opýtaných bolo za odpoveď D- iné obdobie.

Graf č. 8: Aké obdobie sa respondenti venujú cudziemu jazyku?

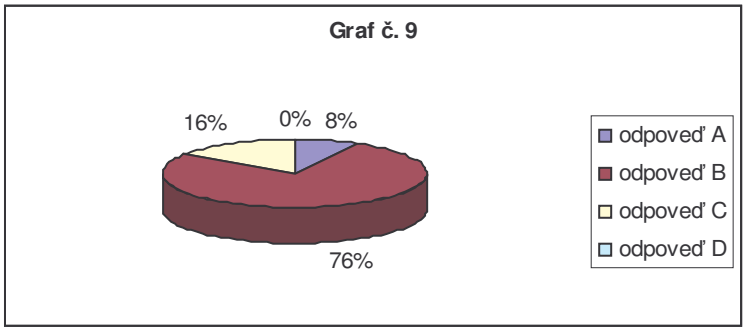


Tabuľka č. 8 ku grafu č. 8: Aké obdobie sa respondenti venujú cudziemu jazyku?

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	0	0 %
Odpoveď B	2	5 %
Odpoveď C	15	39 %
Odpoveď D	21	56 %
Spolu	38	100 %

Na ***9. otázku***, či by sa v zahraničí dohovorili 8 % respondentov odpovedalo, že by bez problémov dohovorilo, 76 % by sa dohovorilo s menšími problémami, 16 % odpovedalo, že ovláda len základy a neexistoval žiadny respondent, ktorý by sa nedohovoril (0 %).

Graf č. 9: Dohovorili by sa respondenti v zahraničí?



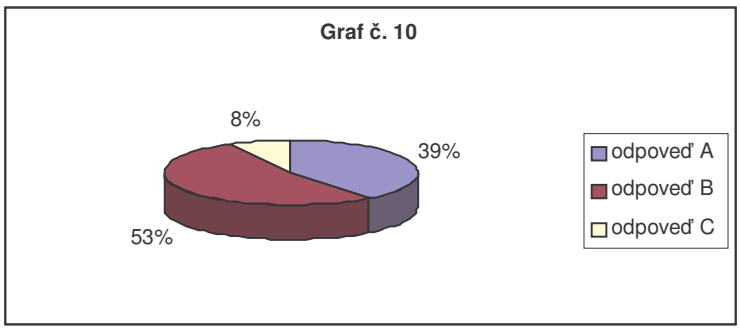
Tabuľka č. 9 ku grafu č. 9: Dohovorili by sa respondenti v zahraničí?

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	3	8 %
Odpoveď B	29	76 %
Odpoveď C	6	16 %
Odpoveď D	0	0 %
Spolu	38	100 %

Na ***10. otázku***, týkajúcu sa kvality vyučovacích hodín z hľadiska pripravenosti na odbornú medicínsku terminológiu v cudzom jazyku sme zistili, že 39 % respondentov hodiny odbornej konverzácie stačia, 53 % respondentom nestačia, aby mohli použiť odbornú medicínsku terminológiu v cudzom jazyku a 8 % respondentov sa tým vôbec nezaoberá.

Graf č. 10:Názory respondentov na kvalitu hodín z hľadiska pripravenosti na odbornú medicínsku konverzáciu

.



Tabuľka č.10 ku grafu č.10: Názory respondentov na kvalitu hodín z hľadiska pripravenosti na odbornú medicínsku konverzáciu.

	Počet respondentov	Počet v percentách
Odpoveď A	15	39 %
Odpoveď B	20	53 %
Odpoveď C	3	8 %
Spolu	38	100 %

Interpretácia výsledkov

Výsledky prieskumu nám ukázali, že ¾ respondentov sa dohovorí v cudzom jazyku v zahraničí s menšími problémami a 1/3 respondentov sa dohovorí bez problémov. Čo sa týka kvality vyučovacích hodín viac než polovici študentov nestačia vyučovacie hodiny, aby mohli používať odbornú medicínsku terminológiu v cudzom jazyku. Viac než polovica budúcich zdravotníkov uviedla, že by mali ovládať ošetrovateľskú medicínsku terminológiu nielen po latinsky, ale aj v cudzom jazyku. Čo sa týka jazykovej vybavenosti asi polovica respondentov bola mierne pokročilých, 1/3 začiatočníkov a 2/3 pokročilých. Polovica respondentov z celového počtu uviedla, že znalosť CJ uľahčuje komunikáciu medzi zdravotníkmi a zahraničnými pacientmi.

Diskusia

Na význam ovládania cudzieho jazyka a možnosti používania odbornej medicínskej terminológie v cudzom jazyku v práci zdravotníkov už bolo poukázané, ako uvádza autorka Horňáková (2005, s.109).
V záujme ďalšieho skvalitnenia vyučovania predmetu odborná konverzácia v cudzom jazyku je potrebné vziať do úvahy výsledky nášho prieskumu. Je potešujúce zistenie, že tri štvrtiny respondentov sa dohovoria v cudzom jazyku v zahraničí s menšími problémami, ale ide zrejme len o bežnú hovorovú komunikáciu. Na porovnanie ako uvádza autor Kechlibar (2006) minimálne polovica českých vysokoškolákov tesne po dokončení štúdia nie je schopná dohovoriť sa žiadnym cudzím jazykom. Čo sa týka odbornej medicínskej terminológie už naše výsledky nie sú také priaznivé, pretože polovici respondentov nestačia hodiny odborných konverzácií, aby mohli používať odbornú medicínsku terminológiu vo svojom študijnom odbore aj v cudzom jazyku. Je potrebné uvažovať nad zvýšením počtu týchto vyučovacích hodín pre študentov zdravotníckych fakúlt v študijnom pláne a klásť väčší dôraz pri učení cudzích jazykov na odbornú terminológiu pre príslušný študijný odbor. Jazykové vzdelávanie by nemalo byť doménou vysokých škôl, malo by sa len udržiavať a rozširovať o odborné vyjadrovanie. Ako uvádza autorka Malechová (2005) jednou z priorít vysokých škôl by malo byť, že ponúknu študentom výučbu cudzích jazykov vo všetkých ročníkoch.

Záver

Ovládanie minimálne jedného svetového cudzieho jazyka a používanie odbornej medicínskej terminológie pre príslušný študijný odbor v cudzom jazyku by malo byť nevyhnutnosťou pre prácu zdravotníckych pracovníkov. Cudzojazyčné vzdelávanie a jeho praktické použitie prostredníctvom odbornej medicínskej terminológie je dôležitým nástrojom pri stimulovaní

zmien v ošetrovateľstve 21. storočia. Je dôležitým prvkom napredovania nielen jednotlivca, ale aj inštitúcie, v ktorej pracuje.

Na záver je potrebné zdôrazniť, že tak ako každé ľudské učenie aj učenie sa cudzích jazykov prebieha nielen v sociálnom čase, ale aj v sociálnom priestore. Ako uvádza autor Švec (2005, s.216) uplatňuje sa nielen v každom veku života – ako "lifelong " proces, ale aj ako " lifewide"- v každom životnom mieste, v priebehu každodenného vykonávania viacerých sociálnych rolí a životných aktivít.

Bibliografické odkazy

1. HORŇÁKOVÁ, A: Význam ovládania ošetrovateľskej terminológie v cudzom jazyku pre prácu zdravotníka v zahraničí. In. Zborník z 1. medzinárodnej vedeckej konferencie. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2005, s.109-114. ISBN 80-8050-886-0 2

2. HUSÁROVÁ,V. 2004. Nie som figúrkou na šachovnici. Sestra, roč.3, č.10, s. 4. ISSN 1335-9444

3.KECHLIBAR, M. Jazyková vybavenost českých študentů je mizerná [online].Dostupné z :http://www.blisty.cz/art26993.html.[cit.2006-10-2]

4.MALECHOVÁ, M. Jazyková vybavenosť je dnes prioritou [online]. Dostupné z:< http://www.vse.cz/zpravodaj/16.htm >. [cit.2005-16-1]

5.ŠVEC, Š. 2005. Organizačné štruktúry celoživotného učenia sa: formálne, semiformálne a informálne vzdelávanie, Pedagogická revue, roč.57, č. 3, s. 216. ISSN 1335-1982

RNDr. Anna Horňáková, CSc.
Ústav jazykových kompetencií FF PU
Partizánska 1
08001 Prešov
Slovenská republika
e- mail: ahornak@.unipo.sk

KLINICKÉ TÉMY JADRA ZNALOSTÍ ŠTUDIJNÉHO ODBORU URGENTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ PREŠOVSKEJ UNIVERZITY FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA

Alžbeta Jacová, Marián Šanta, Zdenka Uherová, *Terézia Fertaľová, **Viera Cmorejová

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti, Prešov, Slovenská republika
**Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Prešov, Slovenská republika*
***Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra klinickej a komunitnej praxe v ošetrovateľstve, Prešov, Slovenská republika*

Súhrn

Odbor urgentná medicína si v poslednom desaťročí pod vplyvom spoločenských požiadaviek a legislatívnych zmien vydobyl samostatné postavenie v hierarchii medicíny a zdravotníctva. Jeho bezprostrednou súčasťou je urgentná zdravotná starostlivosť, ktorá je od prijatia zákona č. 129/2002 Z. z. o Integrovanom záchrannom systéme zabezpečovaná hlavnými zložkami Integrovaného záchranného systému, ktorými sú stanice rýchlej zdravotníckej pomoci, hasičské zbory a polícia. Tento novo koncipovaný a v praxi overený systém vyžaduje novú generáciu vzdelaných zdravotníckych pracovníkov a skupinu záchranárov v celom Integrovanom záchrannom systéme.

Kľúčové slová: urgentná zdravotná starostlivosť – klinické cvičenia – anamnéza - fyzikálne vyšetrenie – potreby - spoločnosť

Úvod

„Záchrana ľudského života v rôznych situáciách a prostrediach je činnosť, ktorá vyžaduje ľudí telesne aj psychicky pripravených na vysokej odbornej úrovni.
Na aktuálnu požiadavku záchranných systémov v zdravotníctve pružne reagovala Prešovská univerzita PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva FZ akreditáciou a otvorením nového študijného odboru, urgentná zdravotná starostlivosť UZS. Úlohou novo koncipovaného odboru je pripraviť počas trojročného bakalárskeho štúdia v dennej aj externej forme odborníkov – zdravotníckych záchranárov s vysokými odbornými vedomosťami a dokonalými praktickými znalosťami, fyzicky zdatných a psychicky odolných na plnenie náročných pracovných úloh v rámci celého záchranného systému“ ako uvádza Šanta, (2006, s. 7).
Profil absolventa charakterizuje jednota mravnej, odborno-teoretickej a odborno-praktickej spôsobilosti.

„Profesionálny záchranár je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník, ktorý samostatne, pod dohľadom lekára a na jeho odporúčanie vykonáva činnosti v preventívnej, liečebnej a edukačnej starostlivosti. Profesionálny záchranár vykonáva vysoko odborné zdravotnícke a záchranárske činnosti v rámci urgentnej a intenzívnej medicíny, asistuje lekárovi pri výkonoch a postupoch v neodkladnej starostlivosti, vedie dispečing Stanice rýchlej zdravotníckej pomoci, spolupracuje pri likvidácii zdravotných následkov v mimoriadnych podmienkach, spolupracuje s ďalšími tiesňovými a pohotovostnými službami v rámci Integrovaného systému, tvorivo usmerňuje formovanie vlastnej osobnosti najmä v smere sebauvedomovania, zvláda metódy výchovy so zameraním na výchovu k zdraviu“ (www.unipo.sk).

Nosné témy jadra znalostí študijného odboru urgentná zdravotná starostlivosť PU FZ sú viazané predovšetkým na teóriu a prax v urgentnej zdravotnej starostlivosti.

Úlohou Klinických tém jadra znalostí študijného odboru urgentná zdravotná starostlivosť PU FZ je poskytnúť študentom teoretické poznatky, ktoré tvoria odborné profesionálne jadro študijného odboru. V týchto témach sú syntetizované poznatky z predklinických, klinických a spoločensko - behaviorálnych disciplín (ošetrovateľstvo, ošetrovateľské techniky, klinické cvičenia, súvislá odborná prax, prázdninová prax, urgentná medicína a medicína katastrof, vnútorné lekárstvo, všeobecná chirurgia, úrazová chirurgia, pediatria, ošetrovateľstvo v urgentnej starostlivosti, neurológia a psychiatria).

Spoločensko - behaviorálne témy jadra znalostí – ich úlohou je poskytnúť študentom také vedomosti a zručnosti, ktoré umožnia budovať odborný a prehlbovať ich osobnostný profil tak, aby reprezentovali najvyšší stupeň osobnej a profesionálnej kvality a humanizmu (právo a legislatíva v profesionálnej činnosti, informačné a komunikačné technológie, zdravotnícky manažment, bakalárska práca).

Klinické cvičenie – umožňuje komplexné využitie teoretických vedomostí a praktických zručností. Vytvára priestor a podmienky pre samostatnú prácu študentov v prevádzkových podmienkach zdravotníckych zariadení, predovšetkým na základných oddeleniach, vybraných JIS, na Stanici rýchlej zdravotníckej pomoci, na úseku Integrovaného záchranného systému, centrálneho príjmu (klinické cvičenia, súvislá odborná prax, prázdninová odborná prax).

PU FZ po zakreditovaní odboru–urgentná zdravotná starostlivosť v akademickom roku 2005/2006 zahájila štúdium v tomto odbore a poskytuje tak univerzitné vzdelávanie 23 poslucháčom v dennej forme štúdia a 30 poslucháčom v externej forme štúdia. Praktické zručnosti získava študent na klinických cvičeniach (192 h), súvislej odbornej praxi (75 h), prázdninovej praxi (75 h) počas letného/2. semestra, spolu je to 342 h v dennej forme štúdia V externej forme štúdia získava študent praktické zručnosti na klinických cvičeniach (40 h)., a individuálnej praxi (50 h). počas letného/2. semestra, spolu je to 90 h.

Študent odboru UZS poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť počas klinických cvičení v letnom/2.semestri na klinike/oddelení chirurgie, gynekologicko - pôrodníckej, vnútorného lekárstva, pediatrie, úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny, ortopédie, neurológie, geriatrie, psychiatrie, oftalmológie, otorinolaryngológie a dermatovenerológie.

Počas klinických cvičení študent preukazuje:

- schopnosť prakticky vykonávať výchovu k zdraviu u zdravých i chorých jedincov
- praktické zvládnutie ošetrovateľských techník na klinických cvičeniach vymedzených kliník/oddelení /klinika chirurgie, klinika vnútorného lekárstva, klinika gynekologicko – pôrodnícka, klinika pediatrie/
- praktické zvládnutie verbálnej i neverbálnej komunikácie
- praktické zvládnutie prvého kroku ošetrovateľského procesu – posúdenie /ošetrovateľská anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, hodnotenie bio – psycho - sociálneho stavu pacienta/ u konkrétneho pacienta na jednotlivých klinikách/oddeleniach
- schopnosť zvládnuť vlastné prežívanie a správanie v špecifických podmienkach komunikácie /zvlášť byť schopný empatie, asertívneho a etického správania a konania vo vzťahu k pacientom vo všetkých vekových obdobiach/
- schopnosť uplatňovať zásady organizácie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých jej zložkách a na jednotlivých pracoviskách
- schopnosť dodržiavať právne normy v profesionálnych činnostiach
- poznanie manažmentu práce sestry na jednotlivých klinikách/oddeleniach
- zvládanie a dodržiavanie pravidiel správania sa na klinických cvičeniach, Ochranno-bezpečnostné pravidlá, zachováva Lekárske tajomstvo

Poslucháč má počas klinických cvičení osvojené základné tematické okruhy:

- organizácia práce a dokumentácia na jednotlivých klinikách/oddeleniach
- starostlivosť o pomôcky, mechanická očista, dezinfekcia, sterilizácia
- vedenie dokumentácie

- vizita, formy vizít, asistencia pri vizite
- hygienická starostlivosť u pacienta
- podávanie jedla, diétny systém
- prevencia komplikácií vznikajúcich v dôsledku imobility
- vylučovanie moču a vyprázdňovanie hrubého čreva
- sledovanie, meranie a zaznamenávanie fyziologických funkcií
- príprava a podávanie liekov, podávanie liekov cez kožu a telové otvory
- príprava, asistencia a aplikácia injekcií
- príprava a asistencia pri podávaní infúznych roztokov a transfúznych prípravkov
- starostlivosť o parenterálnu výživu
- metodika a technika odberu biologického materiálu, odoslanie biologického materiálu na vyšetrenie
- príprava a starostlivosť pri punkciách
- príprava a starostlivosť pri endoskopických vyšetreniach

Počas priebehu klinických cvičení študent odboru UZS poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu a zameriava sa na prvý krk ošetrovateľského procesu – posudzovanie, pretože „systémový prístup k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti nie je len jednorázovou aktivitou, ale celý proces“ ako uvádza autorka (Musilová, 1993, s. 131). Proces je séria plánovaných činností, operácií namierených na určitý výsledok. Tento postup sa nazýva ošetrovateľským procesom, lebo predstavuje komplexnejší a kvalitnejší, vyšší stupeň ošetrovateľskej starostlivosti. „Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.“ (Kozierová, 1995, s. 166) Ide o cyklický postup, čiže zložky ošetrovateľského procesu nasledujú za sebou v logickom poradí, ale v tom istom čase môže byť v činnosti viac ako jedna zložka.

Cieľom ošetrovateľského procesu je:
- zhodnotiť pacientov zdravotný stav
- prihliadať na individuálne potreby pacienta
- riešiť problémy pacienta
- predchádzať pacientovým problémom
- zhodnotiť skutočné či potencionálne problémy starostlivosti

„Ošetrovateľský proces pozostáva zo série 4 či 5 zložiek alebo krokov (fáz)“ako uvádza Kozierová (1995, s. 167) Päťfázový ošetrovateľský proces má významnejšie miesto v diagnostike. Tvorí ho posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. Poskytuje organizačnú štruktúru na dosiahnutie cieľov procesu. Základom je interakcia medzi pacientom a sestrou.

„Súčasťou ošetrovateľského procesu je schopnosť kontinuálne zhromažďovať informácie, mať schopnosť komunikovať, získať dôveru, osvojiť si nielen vedomosti o chorobách a ich prejavoch, diagnostike a terapii, ale aj o tom, ako chorý prežíva svoje ochorenie, ako sa správa a aké má potreby.“ ako uvádza (Musilová, 1993, s. 131)

Po prvom oboznámení sa študentov odboru UZS s prácou na jednotlivých klinikách/oddeleniach, študenti pracovali bez ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ, ktorú sme však využívali a využívame ako Vysokoškolské učebné texty v študijnom odbore ošetrovateľstvo (OSE). Základné údaje a informácie od pacienta študenti získavali na základe vlastných komunikačných schopností a prvý krok ošetrovateľského procesu – posudzovanie (Ošetrovateľskú anamnézu, Hodnotenie bio – psycho – sociálneho stavu, Fyzikálne vyšetrenie) študenti prevádzali na základe doposiaľ získaných vedomostí a zručností.

Na základe výučbovej stratégie sme ponúkli študentom odboru UZS ošetrovateľskú dokumentáciu PU FZ, ktorú odporúčame využívať na klinických cvičeniach.
Po ukončení predmetu klinické cvičenia v letnom/2. semestri sme študentom dennej formy štúdia odboru UZS poskytli dotazník. Túto skupinu študentov tvorí 12 mužov a 11 žien. V tejto skupine študentov bolo 8 študentov, ktorí mali ukončenú Strednú zdravotnícku školu, odbor zdravotný asistent. 15 študenti mali ukončené stredoškolské vzdelanie rôznych zameraní. Vek týchto študentov je 19-23 rokov.

Cieľ

- zistiť význam využívania ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ na klinických cvičeniach študentmi dennej formy štúdia odboru UZS

Výsledky

1. Mali ste problém s komunikáciou bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri prvom kontakte s hospitalizovaným pacientom?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	16	69,57%
b)	7	30,43%
Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov 16 (69,57%) študentov malo problém s komunikáciou bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri prvom kontakte s hospitalizovaným pacientom. 7 (30,43%) študentov nemalo problém s komunikáciou bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri prvom kontakte s hospitalizovaným pacientom.

2. Vedeli ste správne komunikovať bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom plynulo, vecne a prispôsobiť komunikáciu jeho veku a zdravotnému stavu?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	5	21,74%
b)	18	78,26%
Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov, 5 (21,74%) študentov vedelo správne komunikovať bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom plynulo, vecne a prispôsobiť komunikáciu jeho veku a zdravotnému stavu a 18 (78,26%) študentov nevedelo správne komunikovať bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom.

3. Vedeli ste správne používať odbornú terminológiu pri komunikácii bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	3	13,04%
b)	20	86,96%

Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov, 3 (13,04%) študenti vedeli správne používať odbornú terminológiu pri komunikácii bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom a 20 (86,96%) študentov nevedelo správne používať odbornú terminológiu pri komunikácii bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom

4. Pomohla Vám ošetrovateľská dokumentácia PUFZ pri kladení otázok pacientovi ?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	23	100%
b)	0	
Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov, 23 (100%) študentom pomohla ošetrovateľská dokumentácia PUFZ pri kladení otázok pacientovi.

5. Využívali ste odborné termíny z ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri komunikácii s pacientom a získavaní anamnestických údajov?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	23	100%
b)	0	0%
Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov, 23 (100%) študenti využívali odborné termíny z ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri komunikácii s pacientom a získavaní anamnestických údajov.

6. Mali ste pocit väčšej sebaistoty, keď ste využívali ošetrovateľskú dokumentáciu PUFZ pri komunikácii s pacientom?

a) áno
b) nie

Odpovede	študenti	Študenti %
a)	23	100%
b)	0	0%
Spolu	23	100%

Z 23 (100%) študentov, 23 (100%) študentov malo pocit väčšej sebaistoty, keď využívalo ošetrovateľskú dokumentáciu PUFZ pri komunikácii s pacientom.

Diskusia

Kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti významne ovplyvňuje písomná a verbálna komunikácia medzi ošetrujúcim personálom. Zdravotnícky pracovníci komunikujú zvyčajne formou diskusií, správ, záznamov a v dnešnej dobe aj pomocou elektronickej pošty. I keď vieme, že ošetrovateľská dokumentácia je vždy písomný doklad – je to formálna, právna dokumentácia o vývoji a liečbe pacienta. V rôznych úpravách napomáha komunikovať študentom pri prvom kontakte s hospitalizovaným pacientom a taktiež pri komunikácii so zdravotníckym personálom.

Analýzou výsledkov dotazníka je zrejmé, že až 16 (69,57%) študentov malo problém s komunikáciou bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri prvom kontakte s hospitalizovaným pacientom a až 18 (78,26%) študentov nevedelo správne komunikovať bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom plynulo, vecne a prispôsobiť komunikáciu jeho veku a zdravotnému stavu. Používať správnu odbornú terminológiu pri komunikácii bez použitia ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ s pacientom, nevedelo až 20 (86,96%) študentov.

Študenti často využívajú pri výučbe ošetrovateľskú dokumentáciu pacientov. Tento záznam sa môže stať komunikačným prostriedkom. Toto nám potvrdzujú aj výsledky dotazníka. Až 23 (100%) študentom pomohla ošetrovateľská dokumentácia PUFZ pri kladení otázok pacientovi a až 23 (100%) študentov využívalo odborné termíny z ošetrovateľskej dokumentácie PUFZ pri komunikácii s pacientom a získavaní anamnestických údajov. Pocit väčšej sebaistoty, keď využívalo ošetrovateľskú dokumentáciu PUFZ pri komunikácii s pacientom malo až 23 (100%) študentov.

PREŠOVSKÁ UNIVERZITA FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA

Študijný odbor:
Forma štúdia:

O Š E T R O V A T E Ľ S K Á D O K U M E N T Á C I A

Meno študenta:
Ročník:
Oddelenie:

Kontroloval:
Hodnotenie:
Dátum:

Ošetrovateľská anamnéza
Základné údaje

Meno pacienta:	Oddelenie: Č. izby:
Rodné číslo: Národnosť:	Číslo poisťovne:
Vek:	Ošetrujúci lekár: Dátum prijatia:
Stav: Vyznanie:	Lekárska diagnóza:
Zamestnanie: Adresa a tel. Č.:	Hlavný dôvod prijatia:

Adresa najbližších príbuzných:

.....

*...**Stav pri prijatí***

Kontakt: dobrý □ čiastočný □ bezvedomie□	Mobilita: samostatný □ čiastočne mobilný □ imobilný □
Hmotnosť: Výška:	Oboznámený s dôvodom prijatia: áno □ nie □
TT: P: TK: D:	Lieky, ktoré užíva doma:
Alergia:	Čas:
Vyšetrenia:	Terapia:

SESTERSKÁ PRIJÍMACIA SPRÁVA / údaje dôležité pre ošetrovateľskú starostlivosť/

poznámky: **podpis sestry:** .....

HODNOTENIE BIO-PSYCHO-SOCIÁLNEHO STAVU PACIENTA

RA:

OA:

DÝCHANIE

Frekvencia: .....Rytmus: .....Ťažkosti s dýchaním: .....
Bolesť pri dýchaní: .....Dyspnoe: .....Ortopnoe: .....Využitie pomocných dýchacích svalov: .....
Kašeľ: áno □ nie □ ▼produktívny: áno □ nie □ ▼ charakter: .....
Spútum: farba: .....množstvo: .....konzistencia: .....
Fajčenie: .....

VÝŽIVA

Tekutiny
Príjem za 24 h.: .....Obľúbené tekutiny: .....
Stav kože: .....
Strava
Diéta: nie □ áno □ aká: .....
Porucha prehĺtania: nie □ áno □ aká: .....
Problémy pri prijímaní jedla: .....
Stav chrupu: sanovaný □ zlý □ protéza □.....
Spôsob prijímania potravy: per os □ sondou □ stómia □
Hmotnosť: primeraná □ vyššia □ nižšia □

VYPRÁZDŇOVANIE

Vyprázdňovanie čreva
Frekvencia: .....Farba: .....Konzistencia: .....Zápach: .....
Problémy s vylučovaním stolice: .....
Užívané metódy k vyprázdňovaniu .....
Vyprázdňovanie: sám □ s pomocou na WC □ na posteli □ stómia □
Vyprázdňovanie moču
Frekvencia: .....Farba: .....Zápach: .....Diuréza za 24 h.: .....
Problémy s vylučovaním moču: .....
Permanentný katéter: .....

BOLESŤ

Prítomná: nie □ áno □ Intenzita na stupnici: 0-10 .....Lokalizácia:.....
Charakter: .....Trvanie: .....Vyžarovanie: .....
Faktory zhoršujúce: .....Faktory zmierňujúce: .....
Stratégia proti bolesti: .....

ODPOČINOK A SPÁNOK

Kvalitný spánok celú noc □ Problémy s usínaním □ budí sa ako často: .....Spí cez deň: .....hod.
Po prebudení sa cíti: odpočinutý □ nevyspatý □ iné .....
Návyky pre dobrý spánok: .....
Hypnotiká: nie □ áno □ aké: .....
Odpočinok: aktívny □ .....pasívny □ .....

AKTIVITA/OSOBNÁ HYGIENA

Úroveň sebestačnosti: / 0-nezávislý, 1-vyžaduje pomocný prostriedok, 2-potrebuje minim. pomoc, dohľad inej osoby, 3-potrebuje pomoc, pomôcky, 4-potrebuje úplný dohľad, 5-potrebuje úplnú pomoc, sám nie je schopný/
.....najesť sa .....umyť sa .....vykúpať sa .....obliecť sa .....pohybovať sa

BEZPEČIE

Ťažkosti pri pohybe: nie □. áno □ aké: .....
Problémy so zrakom: nie □ áno □. aké: .....
Problémy so sluchom: nie □ áno □ aké: .....

CVIČENIE/ZÁĽUBY

Faktory brániace telesnej aktivite: dušnosť □ srdcové choroby □ pľúcne choroby □ choroby pohybového aparátu □ bolesť □ nezáujem o pohybovú aktivitu □ svalové kŕče □ parézy/plégie □ kde .....chýbanie častí tela .....
kompenzačné pomôcky: .....
obľúbené činnosti: .....

SEXUALITA

Problémy s prostatou: nie □. áno □ aké: .....
Menštruácia: pravidelná □ nie □ ťažkosti: .....
Vaginálny výtok: nie □ áno □ aký: .....
Antikoncepcia: nie □ áno □ ▼ Potraty: nie □ áno □ ▼ Počet detí: .....

PSYCHICKÝ STAV

Orientácia: úplne orientovaný □ čiastočne □ dezorientovaný □ ; osobou □ časom □ miestom □
Pacient: odpovedá ľahko □ odpovedá váhavo □ nepýta sa, mlčanlivý □ komunikatívny □ spolupracuje □ úzkostlivý □ vydesený □ neistý □ nedôverčivý □ nahnevaný □ smutný □ chápavý □ málo chápavý □ nechápavý □ aktívny □ prispôsobivý □ neprispôsobivý □

SOCIÁLNA SITUÁCIA

Pacient býva: sám □ s partnerom □ s deťmi □ dom dôchodcov □ opatrovateľská služba □ bezdomovec □
Kto sa postará o pacienta po prepustení: .....

podpis sestry: .....

Všeobecná prehliadka / vzhľad, správanie, výška, hmotnosť, vitálne funkcie/
Koža
Hlava /ostrosť zraku, prezrieť pery, DÚ, zuby, ďasná, jazyk, podnebie, uzdička, vyústenie slinných žliaz, hltan, mandle, vyvolanie hltacieho reflexu/
Krk /hrčky, zdureniny, palpovať lymf. uzliny, všímať sipohyby bránice počas prehĺtania, palpovať a askultovať karotické artérie/
Hrudník /dýchanie, tvar a symetria hrudníka, palpácia respiračných pohybov, auskultácia frekvencie a rytmu srdca/
Brucho /povrchová a hĺbková palpácia/
Končatiny /svalový tonus, zmeny na kĺboch, test opätovného naplnenia kapilár krvou/

SESTERSKÁ PRIJÍMACIA SPRÁVA /Údaje dôležité pre ošetrovateľskú starostlivosť/

dátum: .....**podpis sestry:** .....

Záver

Urgentná zdravotná starostlivosť bola prvým odborom, ktorý začal študovať príčiny a mechanizmy chýb a omylov v klinickej praxi a to už niekoľko rokov pred tým, než sa táto problematika stala stredobodom pozornosti. Preto je potrebné v dnešnej dobe predpisov a smerníc, v dobe medicíny založenej na dôkazoch neustále stúpať na nárokoch na kvalite a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti.

Každá ľudská spoločnosť má svoju minulosť, o ktorú sa opiera a ktorá je zdrojom jej súčasnej sily a inšpirácie. Vedecké a neskreslené spracovanie vlastnej minulosti je dôležitým predpokladom úspešného riešenia súčasných problémov rovnako ako hľadanie nových ciest do budúcnosti.

Poznanie minulosti nášho odboru nám však umožňuje lepšie sa orientovať v záplave nových informácií, kriticky posudzovať nové tendencie a brániť sa vedecky nepodloženým módnym vplyvom.

Učiť sa systematicky z minulosti, z minulých chýb a omylov, je zárukou trvalého zlepšovania kvality a bezpečnosti urgentnej zdravotnej starostlivosti.

Bibliografické odkazy

DRÁBKOVÁ, J. Polytrauma v intenzívní medicíne. Praha: Grada Publishing, 2002. 307s. ISBN 20 4205 -2

DVOŘÁČEK, I. Prvá pomoc. Martin: Osveta, 1987. 152s. ISSN 80-1334-02

ERTLOVÁ, F. Přednemocniční neodkladná péče. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotníckych oború, 2003. 368s.

FARKAŠOVÁ, D. Ošetrovateľstvo – teória. Martin: Osveta, 2001. 135s. ISBN 80-8063-086-0

FIRMENT, J. Anestéziológia a intenzívna medicína. Košice: UPJŠ LF, 2001. 245s. ISBN 80-5240-0

KOZIEROVÁ, B. Ošetrovateľstvo 1. Martin: Osveta, 1995. 838s. ISBN 80-217-0528-0

MUSILOVÁ, M. Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva. Martin: Osveta, 1993. 232s. ISBN 80-217-0573

ŠANTA, M. Urgentná zdravotná starostlivosť. Košice: Casp, 2006. 147s. ISBN 80-8068-459-6

ŠANTA, M. Základy poskytovania prvej pomoci. Prešov: Expres Print, 2004. 134s. ISBN 80-8068-265-8

ŠEVČÍK, P. Intenzívní medicína. Praha: Galén, 2003. 422s.
ŠKAVRAN, K. 2005.Chybovat je lidské – poučení z historie. Anesteziologie & inetnzivní medicína, roč. 16, č. 5, s. 223-224. ISSN 1214-2158
Zbierka zákonov č. 272/1994, Zákon o ochrane zdravia ľudí
Zbierka zákonov č. 129/2002, Zákon o integrovanom záchrannom systéme.
Zbierka zákonov č. 579/2004, Zákon o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
Zbierka zákonov č. 300/2005, Trestný zákon.
Zbierka zákonov č. 301/2005, Trestný poriadok.

Mgr. Alžbeta Jacová
Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníctva
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: betkaj@unipo.sk

MDS-HC (MINIMUM DATA SET FOR HOME CARE) - STANDARDIZOVANÝ NÁSTROJ PRO VALIDNÍ HODNOCENÍ KLIENTŮ V DOMÁCÍ PÉČI

Darja Jarošová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn

Příspěvek se zabývá standardizovanými nástroji pro validní hodnocení klientů v domácí péči. Seznamuje čtenáře s genezi mezinárodního konsorcia zabývajícím se vývojem, validizací a standardizací integrovaných nástrojů pro komplexní hodnocení klientů využívajících zdravotní služby v celém spektru. Popisuje strukturu, obsah a možnosti aplikace hodnotícího nástroje MDS-HC v domácí péči a jeho využití pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a ošetřovatelských plánů včetně evaluace výsledků poskytované péče.

Klíčová slova: domácí péče, hodnocení klientů, MDS-HC

Úvod

Neustále se zvyšující náklady na zajištění a organizaci zdravotní péče a současně snaha po zvyšování a udržení kvality života jednotlivců vedou odborníky mnoha zemí ke hledání a ověřování validních měřících nástrojů pro poskytování efektivní a kvalitní péče na základě komplexního zhodnocení jednotlivých klientů - příjemců zdravotních a dalších přidružených služeb. Jedním z takových hodnotících nástrojů je také MDS-HC, který patří mezi soubor tzv. interRAI instrumentů. Tyto nástroje jsou vyvíjeny, průběžně aktualizovány a doplňovány od počátku devadesátých minulého století.

Mezinárodní InterRAI konsorcium

InterRAI je nonprofitní konsorcium sdružující klinická pracoviště, výzkumná centra a instituce reprezentující vědce a klinické odborníky 25 zemí světa (koordinátorem za Českou republiku je E. Topinková). Hlavním cílem konsorcia je zlepšit zdravotní péči osob vyššího věku, osob se zdravotním rizikem a se zdravotním postižením, rozvíjet klinickou praxi a administrativní rozhodování podložené vědeckými důkazy (evidence based practice). Konsorcium vyvíjí a průběžně aktualizuje systém pro komplexní standardizované hodnocení na úrovni jednotlivce (person-specific). Vychází z komplexních údajů o stavu a výsledcích péče získaných pomocí individualizovaného klinického hodnocení osob čerpajících zdravotní péči v celém rozsahu služeb. Zpracovávaná data vykazují nejvyšší vědecký standard při zachování jejich administrativní použitelnosti. Při komplexním hodnocení se používají standardizované nástroje vyvinuté pro posuzování osob využívajících různé typy zdravotní péče (akutní, ADOS, ošetřovatelské ústavy, paliativní péče, duševní zdraví aj.). Všechny instrumenty tvoří integrovaný zdravotnický informační systém - vychází z jednotné terminologie a provází uživatele napříč jednotlivými instrumenty, což umožňuje zlepšit kontinuitu péče/podpory a poskytovat integrovanou péči každému jednotlivci. Jednotná terminologie umožňuje klientům, rodinám, plátcům a poskytovatelům služeb sledovat změny při přechodu mezi různými formami péče v průběhu času. Všechny získané informace jsou důležité pro rozhodování a volbu intervencí vedoucích ke zlepšování kvality života klienta.

Integrovaná sada interRAI instrumentů: (www.interrai.org)

- domácí péče – interRAI HC
- bydlení se službami - interRAI AL
- dlouhodobá péče - interRAI LTCF
- paliativní péče – interRAI PC
- post akutní péče - interRAI PAC
- psychiatrická péče - interRAI MH
- komunitní psychiatrická péče - interRAI CMH

Všechny interRAI dokumenty jsou postaveny na **jednotné struktuře** obsahující:

- Minimum Data Set (MDS) – formulář pro posuzování a skríning péče zahrnující položky minimálního souboru údajů
- Klinické hodnotící protokoly (CAPs, RAPs, MHAPs, PALs)
- Markerové položky (triggers) pro klasifikaci problémových okruhů
- Škály pro posuzování zdravotního stavu a výsledků péče
- Indikátory kvality
- Manuál pro uživatele

Minimální soubor údajů pro domácí péči (MDS-HC)

Vhodným nástrojem pro komplexní posuzování a hodnocení klientů v domácí péči je mezinárodní standardizovaný dotazník *Minimální soubor údajů pro domácí péči - MDS-HC, verze 2.0 (Minimum Data Set for Home Care*). Jeho součástí je *Hodnotící protokol klienta (CAP),* který na něj navazuje a je s ním propojen tak, že zjištěné potřeby a potíže klientů jsou do něj zaznamenávány jako ošetřovatelské, zdravotní a sociální problémy. Hodnotící nástroje byly sestaveny na základě empirických zkušeností a statistických měření odborníky z mezinárodního konsorcia InterRAI.

V MDS-HC formuláři jsou mimo jiné zakomponovány některé souhrnné škály pro hodnocení funkčního stavu seniora (základní sebeobslužné denní činnosti, instrumentální sebeobslužné činnosti, kognitivní funkce, depresivní symptomatologie), které byly testovány v několika zemích a korelovány se samostatnými standardně užívanými škálami. (Hirdes, Carpenter, 1997) Jsou zde standardně definovány okruhy a položky hodnocení a jednotná metodika sběru dat. Jednotlivé položky MDS-HC jsou přímo propojeny s hlavními okruhy problémů vyžadující plánování péče. Pomocí algoritmů jsou definovány problémy v rozsahu od funkčního omezení, kognitivního deficitu až po sociální izolaci a zneužívání seniorů a jsou podkladem pro plánování péče a pro další sledování a hodnocení seniorů. Pomocí Klinického hodnotícího protokolu klienta (CAP) vyhodnocuje sestra, na základě dat zjištěných při šetření, skutečné nebo potenciální ošetřovatelské potřeby a rizika klienta. Při vyhodnocování problémů klienta CAP protokolem lze přímo určovat ošetřovatelské diagnózy a stanovovat individuální ošetřovatelský plán. Po příslušných intervencích pak můžeme na základě opakovaného hodnocení klienta ověřovat, zda byly intervence úspěšné. (Morris et al, 2000) Přesné zhodnocení klientova stavu, identifikace jeho skutečných potřeb a problémů a reálně stanovený komplexní ošetřovatelský plán je nezbytným a důkazně podloženým východiskem pro indikaci a poskytování ošetřovatelské péče.

MDS-HC je určen jako nástroj pro komplexní hodnocení klienta, jeho zdravotního a sociálního stavu, domácího prostředí, rozsahu a úrovně formální a neformální péče poskytované příbuznými a blízkými klienta. Na základě zjištěných dat lze měřit zatížení laických pečovatelů a sledovat jejich možnosti pro potenciální zvýšení rozsahu péče a společně plánovat jiné způsoby zajištění péče klientovi, nestačí-li už rodina péči v požadovaném rozsahu zajistit. Komplexní hodnocení

seniorů v domácí péči podává celkový obraz a charakteristiku klientů, což je výhodné pro plánování služeb v agentuře domácí péče, pro koordinaci multidisciplinární spolupráce a pro zajištění služeb v předstihu.

Závěr

MDS-HC je připraven také v elektronické podobě spolu s počítačovým programem, který vyhodnocuje individuální potřeby klienta a současně statisticky zpracovává zaznamenaná data pro potřeby agentury, poskytovatelů péče, zřizovatelů, obcí, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení při případné hospitalizaci klienta. Přínosem je možnost využít získaná data pro vyhodnocení kvality poskytované péče. (Hirdes et al, 2001) Současný MDS-HC obsahuje také 30 indikátorů kvality péče, které lze průběžně vyhodnocovat, a to jak na úrovni jednotlivých klientů, tak i na úrovni práce celé agentury. Vyhodnocená data je možné využít také pro sledování ekonomické náročnosti klienta a pro kalkulaci celkových nákladů, pro konkrétní plánování služeb v komunitě a regionu, pro personální zajištění služeb podle definovaných problémů klienta a objektivní potřeby péče.

Bibliografické odkazy

HEANEY, C., LYDALL-SMITH, S., O´CONNEOR, C., TENNI, C.: *The utility of the resident assessment instrument for home care (RAI-HC).* [online] Dostupné na: http://www.interrai-au.org/downloads/2003RAI-HC.pdf [cit. 15.2.2005]

HIRDES, J.P., FRIES, B.E., MORRIS, J.N.: *InterRAI/Home care quality indicators (HCQIs) for MDS-HC Version 2,0.* InterRAI, 2001. [online] Dostupné na: http://www.interrai.org/applications/hcqi_table_final.pdf [cit. 15.2.2005]

HIRDES, J.P., CARPENTER, G.I.: (1997) Health outcomes among the frail elderly incommunities and institutions: Use of the minimum data set (MDS) to create effective linkages between research and policy. *Canadian Journal on Aging. Canadian Public Policy Supplement*, p. 53-69.

InterRAI [online] Dostupné na: http://www.interrai.org [cit. 15.2.2005]

MORRIS, J.N., CARPENTER, G.I., BERG, K., JONES, R.N. (2000). Outcome measures for use with home care clients. *Canadian Journal on Aging.* 19 (2), p. 87-105.

Doc. PhDr. Darja Jarošová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: Darja.Jarosova@osu.cz

ASSESSMENT AND ALLEVIATION OF CHILDREN'S POSTOPERATIVE PAIN

Päivi Kankkunen

University of Kuopio, Faculty of Social Sciences, Department of Nursing Science, Kuopio, Finland

SUMMARY

Assessment and alleviation of children's pain is challenging, because children cannot express their pain as accurately as adults might do. However, several tools exist to be used in children's pain assessment. These tools include verbal rating scales, observational scales, faces scales, VAS scales and Parent's Postoperative Pain Measure. In addition, children's pain can be alleviated by using pain medication, such as opioid analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol (NSAIDs), local anaesthetics, antidepressants, anticonvulsants and antiarrhythmics and other drugs. Also techniques of non-pharmacological methods can be used with children. The challenges in children's pain assessment and alleviation are related to children themselves, nursing staff and the parents.

Key words: child, pain, assessment, alleviation

INTRODUCTION

Children's pain assessment and alleviation is an ethical and clinical problem in several scientific fields. From the ethical point of view, children have a subjective right to pain relief. On the other hand, consequences of untreated pain can be identified, especially in small children. The less mature the organism, the more plastic the nervous system. Thus, children's nervous system is more susceptible to factors that modify pain perceptions and structures which may lead to short-time short-time pain experiences (Cohen 1993), behavioural problems (Kotiniemi et al. 1997), complications and, thus, to longer inpatient periods (Rawal 1998).

Despite our increased knowledge of the pharmacological and non-pharmacological management of pain (Vessey & Carlson 1996), several studies have shown that children's pain remains poorly managed (Hamers & Abu-Saad 2002, Kankkunen 2003). There is also evidence to show that children have severe pain postoperatively even after minor surgery (Nikanne et al. 1999, Kankkunen 2003).

Effective pain alleviation is based on adequate pain assessment (Gillies 1993). The assessment of children's pain may be difficult because of several reasons. Most pain assessment tools have been developed for health care or research professionals and children older than three years (Vehviläinen-Julkunen et al. 1999. Some children may use distraction techniques, such as sleeping or being quiet, that may be interpreted as indicators of being painless (Hodges 1998). The most important factor may be children's poor ability to verbally express the intensity, quality and location of their pain. Increased anxiety and fear may also lead to increased pain in children (Rawal 1998), and it may, therefore, be difficult to determine if the child has pain or some other emotional distress. Finally, parents have described that their involvement in their child's pain management is superficial and limited at hospital (Simons et al. 2001), and they do not receive the necessary information of children's pain alleviation from the hospital staff (Pölkki et al. 2002).

HOW TO ASSESS CHILDREN'S PAIN?

Pain assessment consists of two main purposes: how much pain the child has (quantity of pain) and, what is the pain experience like for the child (quality of pain). In acute pain, the quantity of pain is considered more important than its quality (Johnston 1993). Additionally, children's own descriptions should be the primary method in their pain assessment. However, the child's developmental stage influences the child's ability to express pain verbally, to locate the pain, to describe its quality, and to learn to use different methods to alleviate pain (McGrath 1993, Vessey & Carlson 1996). Additionally, children's pain responses and expressions are related to their gender, fears, learned reactions and earlier pain experiences (Bournaki 1997). Thus, assessment of developmental level (motor, language, personal, and social development) is essential to understanding children's pain responses in different age groups (Gedaly-Duff & Huff-Slankard 1998, Huth & Moore 1998).

Children's developmental stage should be known while assessing their pain. Their pain responses differ in different age groups. In the youngest children, facial changes (Engel 1996, Halimaa 2001), changes in sleep (Gedaly-Duff & Huff-Slankard 1998) or crying (Johnston 1993) may indicate pain. In addition, physiological changes, such as increased heart and respiratory rates (Engel 1996, Halimaa 2001), blood pressure (Engel 1996), skin sweating (Engel 1996), amount of oxygen or carbon dioxide (Engel 1996, Halimaa 2001), and cortisol changes (Engel 1996) usually indicate a stress response or pain.

Children's pain can be assessed by measuring it. Measurement of pain is defined as "looking at the commonalities of pain across groups" (Jorgensen 1995). Children's pain-measuring instruments are meant to be used by an observer or the children themselves. In very young children, the measurement of pain is based on observing pain indicators. Measurement of physiological parameters is also recommended among pre-verbal children (Desparmet 1993). Pain assessment tools based on children's self-report can be used with children who can quantify pain (Johnston 1993).

Several observational or self-rating measurement instruments, such as The Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale (Desparmet 1993), The D.E.G.R. Scale (Pichard-Leandri 1993, Gauvain-Piquard et al.1999) can be used with children. In addition, faces scales, such as the Oucher Scale (Desparmet 1993), can be used to measure pain in children three years and older. In clinical use, two types of scale are used: a scale with a neutral face as a "no pain" anchor and a scale with a smiling face as a "no pain" anchor. Self-rating scales for children include e.g.Visual Analogue Scale (Desparmet 1993). Typically, the VAS is a 10-cm line from "no pain" to "severe pain" or "pain as bad as I can imagine", on which the degree of pain is indicated (Engel 1996).

Parents' Postoperative Pain Measure (PPPM) is an instrument consisting of 15 items describing behavioural changes in children aged two to 12 years (Chambers et al. 1996). It provides information to parents about when they should medicate their child (pain rating six out of 15). The PPPM has been modified to measure pain in children aged 1-2 years and in children 3-6 years (Kankkunen et al.2005).

HOW TO ALLEVIATE CHILDREN'S PAIN?

The drugs used in pain management can also be classified as opioid analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol (NSAIDs), local anaesthetics, antidepressants, anticonvulsants and antiarrhythmics and other drugs (Atcheson & Rowbotham 1998) (Table 1.). Opioids, NSAIDs and local anaesthetics are most commonly used for postoperative pain, and NSAIDs are commonly used at home (Rawal 1998). Rapid and almost complete absorption and

low apparent volume of distribution are common pharmacokinetic characteristics of NSAIDs. NSAIDs, however, might have side effects, such as gastric mucosal damage, effects on decreased platelet aggregation and renal insufficiency. Thus, NSAIDs should not be given to patients who have peptic ulcer disease, athma, risk for bleeding or renal impairment. (Atcheson & Rowbotham 1998.) Therefore, careful selection of analgesic is essential because, for example, in the United Kingdom, paracetamol overdose is still the commonest cause of acute liver failure (Bridger et al. 1998).

The drugs used to alleviate pain and methods of administration are critical in children's pain management. The choice between drugs is based on the individual characteristics of the patient, but also on the type of surgical procedure. An analgesia ladder for postoperative pain was presented by Rawal (1998). The lowest step of the ladder is minor surgery (inguinal hernia, varicose veins, gynecological laparotomy). The second ladder consists of moderate surgical procedures, such as hip replacement, hysterectomy and maxillofacial procedures. Major surgery with a grater need for analgesia consists of thoracotomy, upper abdominal and knee surgery. Pain scores (0-100 mm) on the Visual Analogic Scale (VAS) should be less than 30 mm.

Table 1. Examples of analgesics in children's pain management.

Opioid analgesics	NSAIDs and paracetamol	Local anaesthetics	Anti-depressants	Anticonvulsants Antiarrythmics
Morphine	Salicylates	Lignocaine	Amitriptyline	Carbamazepine
Codeine	Proprionic acids	Prilocaine	Imipramine	Phenytoin
Hydromorphone	Indomethacin	Ropivacaine	Desipramine	Sodium valproate
Methadone	Sulindac	Bupivacaine	Nortriptyline	Mexiletine
Pethidine	Diclofenac		Doxepin	
Fentanyl	Nabumetone		SSRIs	
Buprenorphin	Piroxicam			
Tramadol	Coxibes			
Oxycodone	Paracetamol			

Children represent a special group of patients in regard to the administration of analgesics. The relative amount of water is higher in children than in adults. Fatty tissue and the amount of proteins in plasma increase with age, which affects the binding of several drugs. The metabolic process is relatively slow in newborns with marked individual variation. During the first year, the functioning of the kidneys is also quite slow. All these characteristics of children should be considered when deciding on pain medications. (Maunuksela & Hamunen 2002.)

Pharmacological pain alleviation can be strengthened by using non-pharmacological methods. The use of non-pharmacological methods in children's pain management has its basis in pain mechanisms. Most often pain is processed by the nociceptive system. The pathway from painful stimuli to the perception of pain is influenced by the central nervous system. The effectiveness of non-pharmacological interventions is based on their effects on the nociceptive system. (Vessey & Carlson 1996.)

The non-pharmacological methods used in children's pain management (see Table 2.) can be classified into sensory (Engel 1996, Vessey & Carlson 1996) or physical (Engel 1996, Vessey & Carlson 1996, Pölkki et al. 2001), cognitive (Engel 1996, Vessey & Carlson 1996) and cognitive-behavioral interventions (Engel 1996, Vessey & Carlson 1996, Pölkki et al. 2001), emotional support (Pölkki et al. 2002), helping in daily activities (Pölkki et al. 2002) and creating a comfortable environment (Pölkki et al. 2001). Sensory interventions alleviate pain by stimulating sites of the body (Vessey & Carlson 1996) or skin (Edgar & Smith-Hanrahan 1992). Cognitive

methods (Huth & Moore 1998) make the child focus on something else than the pain. Their use is limited to older children, because they require skills of symbolic thinking and verbal communication. Cognitive-behavioural interventions involving central pain control (Edgar & Smith-Hanrahan 1992) are a combination of cognitive and physical activities to alleviate pain. They work by increasing children's physical activity, decreasing anxiety and reducing maladaptive coping (Vessey & Carlson 1996).

Table 2. Examples of non-pharmacological methods in children's pain alleviation.

Sensory	Cognitive	Cognitive-behavioural
Thermal regulation	Distraction	Environmental stimuli
- heat	Play	Voice/music
- cold	Hypnosis	Play therapy
Massage	Imagery	Exercises
Acupuncture	Intellectualization	Psychological preparation
Positioning	Prayers	Relaxation techniques
Hugging	Thought-stopping	Presence of parent
Holding	Cognitive restructuring	
Swaddling	Humour	
Sucking	Teaching the child/parents	
Electrical currents		
Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)		
Cryotherapy		

CHALLENGES IN CHILDREN'S PAIN ASSESSMENT AND ALLEVIATION

The challenges in children's pain assessment and alleviation are related to the children, nursing staff and the parents. Limited use of pain measuring tools, incorrect prescription and administration of analgesics by physicians, route of administration of analgesics (especially rectal route), insufficient knowledge on children's pain and its alleviation, weaknesses in education, attitudes, unclear organization of multi-professional working, and issues related to insufficient discharge instructions may hinder children's pain alleviation. Parents' underestimation of children's pain, refusal to use analgesics, myths about children's pain and its alleviation and lack of knowledge are parental factors that may prevent children's pain relief. In addition, children's limited skills to express their pain, differences in pain threshold and children's sex (especially boys) may lead to inadequate pain relief.

CONCLUSION

Several tools exist to assess pain children. However, their use remains limited in children's nursing care. Additionally, despite the large amount of analgesics and non-pharmacological pain alleviation methods, children pain is under-treated while compared to adult patients. Factors hindering children's pain relief should be identified, and educational efforts are needed to raise nurses' awareness of these factors.

BIBLIOGRAPHY

Atcheson R & Rowbotham DJ 1998. Pharmacology of acute and chronic pain. In Rawal N, Jones RM, Aitkenhead AR & Foëx P. Management of acute and chronic pain. BMJ Books, London, 23-50.

Bonham A 1996. Managing procedural pain in children with burns. Part 1: Assessment of pain in children. International Journal of Trauma Nursing 2(3), 68-73.

Bournaki M-C 1997. Correlates of pain-related responses to venipunctures in school-age children. Nursing Research 46 (3), 147-154.

Bridger S, Henderson K, Glucksman E, Ellis AJ, Henry JA & Williams R 1998. Deaths from low dose paracetamol poisoning. British Medical Journal 316(7146), 1724-1725.

Chambers CT, Reid GJ, McGrath PJ & Finley GA 1996. Development and preliminary validation of a postoperative pain measure for parents. Pain 68(2-3), 307-313.

Cohen D 1993. Management of postoperative pain in children. In Schechter NL, Berde CB & Yaster M (eds.). Pain in infants, children, and adolescents. William & Wilkins, Baltimore, 357-383.

Desparmet JF 1993. Acute pain in children. In IASP Refresher Course Syllabus. IASP Publications, Seattle, 31-39.

Edgar L & Smith-Hanrahan CM 1992. Nonpharmacological pain management. In Watt-Watson H & Donovan M. Pain management - nursing perspective. Mosby Year Book, St. Louis, 163-191.

Engel JM 1996. Pediatric pain management. Rehabilitation and Management 9(1), 43-45.

Gauvain-Piquard A, Rodary C, Rezvani A & Serbouti S. 1999. The development of the DEGR(R): A scale to assess pain in young children with cancer. European Journal of Pain 3(2),165-176.

Gedaly-Duff V & Huff-Slankard J 1998. Sleep as an indicator for pain relief in an infant: a case study. Journal of Pediatric Nursing 13(1), 32-40.

Gillies LG 1993. Post-operative pain in children: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 2(1), 5-10.

Halimaa S-L, Vehviläinen-Julkunen K & Heinonen K 2001. Pain relieving measures for procedural pain in premature babies. An observational study. VΔrd i Norden 21, 9-13.

Hamers JP & Abu-Saad HH 2002. Children's pain at home following (adeno)tonsillectomy. European Journal of Pain 6(3), 213 -219.

Hodges C 1998. Easing children's pain. Nursing Times 94(10), 56-58.

Huth MM & Moore SM 1998. Prescriptive theory of acute pain management in infants and children. Journal of the Society of Pediatric Nurses 3(1), 23-32.

Johnston CC 1993. Pain in children. In IASP Refresher Course Syllabus. IASP Publications, Seattle, 185-190.

Jorgensen Dick M 1995. Assessment and measurement of acute pain. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 24(9), 843-848.

Kankkunen P 2003. Parents' perceptions and alleviation of children's postoperative pain at home after day surgery. Kuopio University publications E. Social Sciences 100. Doctoral dissertation.

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M 2005. Lasten leikkauskivun arviointi - vanhemmille kehitetty lasten kipumittari kotikäyttöä varten (Assessment of children's postoperative pain – children's pain assessment tool for parents to be used at home). Sairaanhoitaja (Nurse) 3, 24-27, in Finnish.

Kotiniemi LH, Ryhänen PT & Moilanen IK 1997. Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 551 children. Anaesthesia 52, 970-976.

Maunuksela E-L & Hamunen K 2002. Lasten kipu (Children's pain). In Kalso E & Vainio A. Kipu (Pain). Kustannus Oy Duodecim, Vammala, 312-327, in Finnish.

McGrath PA 1993. Psychological aspects of pain perception. In Schechter NL, Berde CB & Yaster M (eds.). Pain in infants, children, and adolescents. William & Wilkins, Baltimore, 39-63.

Nikanne E, Kokki H & Tuovinen K 1999. Postoperative pain after adenoidectomy in children: an investigation to provide better instructions for parents to improve postoperative analgesia at home. British Journal of Anaesthesia 82, 886-889.

Pichard-Leandri E 1993. Cancer pain measurement in children. In IASP Refresher Course Syllabus. IASP Publications, Seattle, 211-216.

Pölkki T, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M 2001. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. Journal of Advanced Nursing 34, 483-492.

Pölkki T, Vehviläinen-Julkunen K & Pietilä A-M 2002. Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. Journal of Clinical Nursing 11, 626-536.

Rawal N 1998. Postoperative pain and its management. In Rawal N, Jones RM, Aitkenhead AR & Foëx P. Management of acute and chronic pain. BMJ Books, London, 51-88.

Simons J, Franck L & Roberson E 2001. Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. Journal of Advenced Nursing 36(4), 591-599.

Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A-M & Kankkunen P 1999. Kansainvälisten kipumittareiden käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä (International instruments in the evaluation of children's pain). Hoitotiede (Nursing Science) 5(11), 263-271, in Finnish.

Vessey JA & Carlson KL 1996. Nonpharmagological interventions to use with children in pain. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 19, 169-182.

Päivi Kankkunen, PhD.
University of Kuopio
Department of Nursing Science
P.O. Box 1627 FIN-70211 Kuopio
Finland
e-mail: paivi.kankkunen@uku.fi

MIKRONAUCZANIE W KSZTAŁTOWANIU UMIEJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH W TOKU ZAJĘĆ Z PODSTAW PIELĘGNIARSTWA

***Wojciech Klapa **Alicja Kamińska **Maria Ogarek**

**Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Poland*
*** Zakład Teorii i Podstaw Pielęgnowania Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Poland*

Jedną z metod dydaktycznych coraz częściej stosowanych w kształceniu na poziomie wyższych studiów zawodowych jest mikronauczanie. Jest to spowodowane zarówno postępem dydaktyki jak i metod elektronicznego zapisu obrazu i dźwięku.[18] Przyjęliśmy, że ze względu na specyficzne cechy tej metody może ona znaleźć zastosowanie w kształceniu pielęgniarek, w toku studiów licencjackich, zwłaszcza w trakcie nauczania podstawowych umiejętności pielęgniarskich takich jak: ścielenie łóżka, zmiana bielizny pościelowej, toaleta chorego, wykonanie iniekcji, pobieranie krwi itp.. Postanowiliśmy więc dostosować ją do potrzeb wspomnianej grupy osób.

Opis metody

Istotą mikronauczania jest podział materiału dydaktycznego na niewielkie porcje, tak, aby osoba ucząca się mogła je, po uprzednim omówieniu i ewentualnym pokazie, opanować i samodzielnie zaprezentować w czasie kilkudziesięciu sekund lub kilku minut. W odniesieniu do kształcenia pielęgniarek zazwyczaj są to czynności pielęgnacyjne czy ich fragmenty, np. zmiana pozycji pacjenta w łóżku. Prezentacja ta jest utrwalana w formie zdjęcia lub serii zdjęć cyfrowych czy zapisu video, pokazywana następnie studentom oraz wspólnie z nimi omawiana i oceniana. Pozwala to zarówno studentowi biorącemu bezpośredni udział w mikronauczaniu, osobie nauczającej jak i pozostałym studentom na dostrzeżenie błędów i braków, jakie zostały popełnione przez studenta wykonującego ćwiczenie. Po dokonaniu oceny postępowania i omówieniu zmian i korekt, które należy wprowadzić, następuje powtórzenie całego cyklu, tak, aby student mógł doskonalić swe umiejętności.
Do stosowania tej metody potrzebny jest aparat cyfrowy oraz telewizor lub komputer (najlepiej laptop).

Założenia i przebieg quasi-eksperymentu

Nasz quasi-eksperyment prowadziliśmy w grupie studentek I roku pielęgniarstwa CM UJ w trakcie zajęć z podstaw pielęgniarstwa. Prowadziły go dwie osoby – prowadząca zajęcia – mgr pielęgniarstwa oraz osoba dokonująca rejestracji obrazu. W quasi-eksperymencie wzięła udział jedna grupa studentów licząca 10 osób. Grupa ta wcześniej miała zajęcia prowadzone w sposób tradycyjny, a poziom wiedzy studentów nie odbiegał od standardu pozostałych grup.
W początkowej fazie quasi-eksperymentu stosowaliśmy dwa aparaty cyfrowe Fuji S5000 – służący głównie do nagrywania clipów, oraz Pentax *istDS wyposażony w obiektyw 18 – 55 mm. W drugiej fazie zrezygnowaliśmy z nagrywania clipów, ponieważ zarówno studenci jak i my uznaliśmy, że stosowanie zdjęć przynosi lepsze rezultaty. Zdjęcia były prezentowane studentom na ekranach LCD aparatów oraz na ekranie telewizora stanowiącego wyposażenie pracowni. [19] Informacje o ocenie quasi-eksperymentu uzyskiwaliśmy od studentów zarówno w trakcie jego trwania jak i po jego zakończeniu, miały one formę swobodnych wypowiedzi.

[18] Zob. Gryglewski D., Prezentacja multimedialna w edukacji, w Media a Edukacja red.W.Strykowski. Poznań 2000 Wyd.eMPi2 s. 352 -355
[19] Zob. Oberlan Ł., Fotografia cyfrowa, Gliwice 2003 Wyd.Helion s.24

Z naszych wcześniejszych doświadczeń wynikało, że zastosowany w kształceniu umiejętności pielęgniarskich schemat postępowania w tej metodzie powinien być nieco inny niż stosowany powszechnie. Wpływa na to nie tylko specyfika nauczanych czynności lecz też liczne ograniczenia etyczne i deontologiczne. W nauczaniu umiejętności pielęgniarskich powinien on być następujący:

- opracowanie scenariusza wykonania nauczanej umiejętności, a następnie szczegółowy scenopis czynności, których ma się nauczyć studentka (zwłaszcza sekwencji wykonywanych ruchów);
- omówienie ze studentami celów, sposobów, zagrożeń związanych z wykonywaniem nauczanych czynności, a następnie (jeśli jest to możliwe) ich pokaz;
- pomoc studentowi w przygotowaniu się, pod kierunkiem nauczającego, do wykonania zaplanowanych uprzednio czynności, ewentualne przećwiczenie niektórych trudnych fragmentów;
- wykonanie przez studenta ustalonych wcześniej czynności, przy jednoczesnej rejestracji ich;
- odtworzenie studentom zapisu lub prezentacja sekwencja zdjęć;
- samoocena działań, przez studenta wykonującego ćwiczenie,
- ocena dokonana wspólnie z osobą uczącą i pozostałymi studentami;
- ustalenie, jakie zmiany należy wprowadzić w wykonywaniu nauczanych czynności;
- powtórne wykonanie czynności i ich zapis video lub w formie sekwencji zdjęć;
- prezentacja zapisu studentom;
- powtórna samoocena działań przez wykonującego je studenta (podobnie jak po prezentacji pierwszego zapisu);
- ocena przez nauczającego i pozostałych studentów;
- ewentualne kolejne powtórzenie opisanych działań do momentu uzyskania przez studenta zadowalających rezultatów.

Przykładowy scenopis przedstawia się następująco:

Pobieranie leku z ampułki

1. Przygotowanie zestawu.
2. Sprawdzenie leku (daty ważności, zgodności ze zleceniem).
3. Lekkie uderzenie o szczyt ampułki.
4. Nadpiłowanie ampułki na całym obwodzie.
5. Dezynfekcja ampułki.
6. Otwarcie (przełamanie) ampułki.
7. Pobranie leku z ampułki.
8. Usunięcie pęcherzyków powietrza ze strzykawki.
9. Zmiana igły

Uwagi o technice dokonywania zapisu i sposobie jego odtwarzania

Stosując do zapisu obrazu aparat cyfrowy musimy pamiętać o niewielkiej rozdzielczości uzyskanego zapisu, a także o będącej następstwem tego zjawiska słabej jakości uzyskanych zdjęć czy filmów". Ważne jest zatem takie kadrowanie, aby interesujące studenta szczegóły były widoczne, należy zatem używać dłuższej ogniskowej obiektywu i kontrolować "wypełnienie" kadru. Istotny jest też punkt widzenia obiektywu, aparat powinien być tak ustawiony, aby zdołał zanotować całą sekwencję ruchu. O ile to możliwe nie należy zmieniać w trakcie nagrania jego położenia, ani ogniskowej obiektywu.[20]

[20] Zob. Oberlan Ł., Fotografia cyfrowa, Gliwice 2003 Wyd.Helion s.28 - 33

Jeśli videoclip lub zdjęcia prezentujemy studentom na ekranie komputera można wykorzystać kursor do zwrócenia mu uwagi na istotne elementy obrazu, niekiedy celowe jest powtórzenie najistotniejszych fragmentów zapisu, lub pokazanie ich "klatka po klatce".

Obok ograniczeń „technicznych" stosując mikronauczanie należy zwrócić uwagę na ograniczenia etyczne nie wszyscy bowiem studenci chcą być „uwieczniani" w niekiedy intymnych sytuacjach. Przystępując do mikronauczania musimy mieć wyraźną zgodę studentów uzyskaną po wyjaśnieniu im istoty tej metody, jeśli studenci zechcą należy skasować zapis tuż po jego wykorzystaniu.

Ocena quasi-eksperymentu

Zebrany materiał pozwala na sformułowanie następujących uwag:

1. Mikronauczanie należy prowadzić w grupach liczących ok. 8 - 10 studentów.
2. Przed jego rozpoczęciem należy wyjaśnić studentom istotę tej metody oraz opisać jej przebieg, należy też zwrócić studentom uwagę na najważniejsze elementy tej metody oraz „przełamać bariery" związane z wykonywaniem zdjęć lub clipów – oswoić z obecnością aparatu.
3. Dobrze jest, aby zdjęcia wykonywała osoba, która nie prowadzi zajęć.
4. Wykonywanie zdjęć powinno jak najmniej zakłócać przebieg zajęć dlatego też należy wykonywać zdjęcia z możliwie dużej odległości od ćwiczących (ok. 1 – 1,5 m), stosować długą ogniskową obiektywu, nie należy (o ile to możliwe) stosować lampy błyskowej. Najlepiej jest używać ogniskowej będącej odpowiednikiem ogniskowej 80 – 200 mm dla małego obrazka. Należy stosować czułość matrycy w granicach 400 – 800 ASA i możliwie krótki czas naświetlania. Dobrze jest posługiwać się aparatem wyposażonym w możliwie cicho działającą migawkę.
5. Z naszych doświadczeń wynika, że najlepsze rezultaty przynosi wykonywanie serii 3 – 5 zdjęć nauczanej czynności i natychmiastowe prezentowanie ich studentom na ekranie LCD aparatu lub na ekranie telewizora oraz omówienie i ocenienie przez osobę wykonującą ćwiczenie, a następnie przez pozostałych studentów i prowadzącego zajęcia. Wykonywanie i odtwarzanie clipów powoduje, że studenci nie zawsze są wstanie zwrócić uwagę na najistotniejsze elementy nauczanych czynności, trudniej jest też im uchwycić błędy w trakcie oglądania filmów.
Specyfika niektórych, nauczanych czynności np. pobierania krwi uniemożliwia ich powtarzanie, dlatego też materiał ikonograficzny, w takich przypadkach musi stanowić punkt wyjścia dla kolejnego studenta, dobrze jest przed przystąpieniem do ćwiczenia bardzo szczegółowo omówić z nim uzyskane przez poprzednika rezultaty.
6. Dobrze jest udostępnić studentom zdjęcia, które niekiedy stają się nie tylko miłą pamiątką, lecz także podstawą dyskusji o utrwalonych na nich czynnościach.
7. Warto też gromadzić zdjęcia, po to, aby prezentować je później pozostałym grupom lub wykorzystać jako materiał ikonograficzny.
8. Studenci po pierwszych zajęciach, w trakcie których stosowano mikronauczanie i „oswojeniu się" z obecnością aparatu pozytywnie ocenili zarówno sam sposób nauczania jak i jego rezultaty. Ich wypowiedzi wskazywały, że dopiero w trakcie analizowania zdjęć zauważali swoje błędy i niedociągnięcia.
9. Do wad tej metody należy zaliczyć: konieczność posiadania sprzętu fotograficznego, co najmniej średniej klasy, umiejętność uchwycenia istotnych dla procesu kształcenia momentów, problemy z organizacją zajęć w początkowej fazie wprowadzania tej metody.

Nasze poczynania są jeszcze w fazie początkowej, postanowiliśmy jednak je opisać, licząc na wymianę doświadczeń.

Wojciech Klapa
Collegium Medicum
Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński
Kopernika 25
Krakow 31-501
Poland

VÝUKOVÉ METODY VYUŽITELNÉ V OŠETŘOVATELSKÝCH PŘEDMĚTECH

Anna Krátká

Univerzita Tomáše Bati, Univerzitní institut, Ústav zdravotnických studií, Zlín

Souhrn
Výuka klinických ošetřovatelských předmětů klade na učitele i studenty zvýšené nároky. Nese s sebou požadavky integrace teorie s praxí, aby studenti byli schopni využít teoretické poznatky a dokázali pak adekvátně reagovat v konkrétních situacích v interakci s pacientem/klientem. Od učitelů se právem očekává, že budou volit takové výukové metody, aby vyučování bylo zaměřeno na studenta. V příspěvku autorka předkládá přehled výukových metod a upozorňuje na využívání tzv. metakognitivních strategií.

Klíčová slova
Vzdělávání, metakognitivní strategie, autoregulace, odpovědnost, výukové metody

Úvod

Požadavky na vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek – bakalářek, s sebou nese kromě organizačních změn také změny metodické. Ošetřovatelství je dynamicky rozvíjející se obor a pro vyučující to znamená zvýšenou náročnost při přípravě a realizaci vzdělávacího procesu. Cílem výuky je seznámit studenta s metodami, které mu usnadní orientaci v dané problematice, naučit ho vyhledávat zdroje informací a naučit ho chápat důležitost využití mezipředmětových vztahů. Velký důraz je kladen na ty výukové metody, které u studentů rozvíjejí samostatnost, tvořivost, odpovědnost a schopnost využití teoretických poznatků v klinické praxi. Osvědčily se také metakognice, které pomáhají studentům reflektovat a řídit své učení.

Obsah

Při výuce bakalářů se setkávám s tím, že studenti nedokáží využít svůj potenciál, zaujímají spíš pasivní postoj, očekávají od vyučujících kompletní informace a nesnaží se využívat jiných zdrojů. Vyučování by mělo být zaměřeno na studenta, tzn., že je nutné používat takové metody, které učí studenty kriticky myslet a zdůvodňovat své činnosti. V neposlední řadě mají vést studenta k spoluzodpovědnosti za své jednání. K tomu je však nutné, aby student pochopil rozdíl mezi ***vzdělávat se*** a ***být vzděláván***.

Přehled výukových jak uvádí autoři (Maňák, Švec, 2003, str. 49)
1. Klasické
- slovní (přednáška, vyprávění, vysvětlování, rozhovor, práce s textem - konspekty)
- názorně demonstrační (předvádění a pozorování, práce s obrazy, modely, instruktáž)
- dovednostně-praktické (napodobování, vytváření dovedností, laboratorní)

2.Aktivizující
- diskusní
- řešení problémů
- situační – řeší vyhraněných problémů
- inscenační
- didaktické

3.Komplexní
- frontální
- skupinová, kooperativní

- partnerská
- samostatná práce žáků (individualizovaná)
- kritické myšlení
- brainstorming
- projektová výuka
- výuka dramatem
- učení v životních situacích – zážitková metoda
- televizní výuka – video
- podpora počítačem
- segestopedie, superlearning, hypnopedie

Pro výuku ošetřovatelských předmětů se mi jeví vhodné **kritické myšlení**. Vychází z konstruktivistické pedagogiky a psychologie a podstatou je to, že člověk nepřebírá hotové informace, ale konstruuje je na základě dřívějších poznatků a vlastních zkušeností. Subjekt využívá vlastní způsob (metakognitivní přístup). Efektivita je založena na těchto faktech:
a) to, co si objevíme sami, se stává našim trvalým duševním majetkem
b) reflektováním vlastních chyb a omylů se naučíme učit pro celý život
Klíčovým momentem kritického myšlení je **třífázový model učení** – který zahrnuje nejen vlastní myšlenkové procesy, ale i rozhodování, řešení problémů.
1. Fáze evokace – vyvolává zájem o problematiku, ale také vyučující zjišťuje úroveň znalostí o dané problematice, co si studenti o problému myslí – výsledkem by měl být zájem o téma. V této fázi se mi osvědčil Pětilístek.
2. Fáze uvědomění si významu – student v této fázi nachází nové informace, upřesňuje si své názory – cílem je, aby sledoval své myšlenkové pochody.
3. Fáze reflexe – vede k prohloubení pochopení a převádění znalostí do smysluplných souvislostí

Důležitou úlohu při rozvoji kritického myšlení mají otázky, které se kladou v několika úrovních. Uvádím některé typy otázek, které se mohou uplatnit při výuce:
- shrnující a definující – většinou vyžadují přesnou odpověď (Kdy …?, Co je …?, Kde …?)
- analytické (Jak …?, Proč …?, Jaký je vztah mezi … a … ?, Jaké jsou důsledky …?)
- hypotetické (Co se stane když …?, Jak se změní … když …?)
- hodnotící (Je to důležité nebo ne? Jaké jsou výhody, nevýhody? Je to etické nebo neetické?)

Otázky zpočátku může klást učitel, studenti mezi sebou, nakonec student sám sobě.

Využití metakognitivních strategií
Učební pojem metakognice byl poprvé popsán Johnem Flavellem v roce 1976, který jej označil termínem „thinking about thinking“ (poznáváme, jak poznáváme). Jádrem metakognitivních strategií subjektu je sebereflexe. Předpokladem je, aby si subjekt uvědomil své slabé a silné stránky a tyto pak využil (nebo je potlačil) v osvojování vědomostí, dovedností, postojů, prožitků.
V praxi to znamená, že jedinec přijde na to, že se mu lépe učí např. při hudbě, v klidu, při chůzi ...
Student by si měl zodpovědět na tyto otázky:
- co potřebuji k tomu, abych se to naučil?
- rozumím tomu co čtu, slyším, vidím a dělám?
- co mohu změnit, abych byl úspěšný?

Dalo by se říct, že jednání subjektu zahrnuje několik složek *motivační* („Proč to chci dělat? K čemu je to dobré“), *cílovou* („Čeho chci dosáhnout?“), *plánovací* („Jak to budu dělat“?), *prováděcí* a *výslednou* (Čeho jsem dosáhl? Jaký pokrok jsem udělal? …“), *hodnotící* („Jaký je výsledek? Jsem spokojený nebo jsem udělal chybu? Byl jsem si jistější než minule? …“). Pokud výsledek nesplní očekávání, celý proces se opakuje.

Příklad využití strategií na odborné praxi:
- řešení nových situací - zadávání případů, mikropříběhy
- analýza činností nebo problémových situací z praxe (pomocí deníku)
- zvažování myšlenek druhých a interpretace
- vedení studentů k domýšlení naznačených situací (nedokončené věty)
- dotazování
- diskuse

Ze své praxe uvádím dvě metody, které studenti hodnotí velmi kladně. Jedná se o vytváření tzv. konspektů a analýzu činností pomocí deníku.

Práce s textem

Z klasických metod bych chtěla upozornit na málo využívanou slovní metodu, práce s textem. Spousta informací, které získáváme studiem, čtením nebo poslechem zanikne a dále s nimi nepracujeme, protože na ně zapomeneme nebo je nedokážeme zpětně vyhledat. Studentům doporučuji vytvořit tzv. kartotéku prostudované literatury a textů z odborných časopisů (konspekty). Nejvhodnější jsou karty velikosti A_5, nejlépe z výkresu. V záhlaví je uveden bibliografický odkaz a stručný obsah. Pak následují odkazy na jednotlivé strany – může být použitá i citace, zajímavá myšlenka apod. Řazení jednotlivých karet může být buď abecedně podle autorů nebo podle tématických okruhů. Pro studenty mi připadá vhodnější druhý způsob. Kartotéka má sloužit k snadnějšímu vyhledávání informací, které student prostudoval dříve, nabízí možnost se k problematice vracet, eventuelně informace využívat při zpracování semestrálních prací apod. Kartotéka by se měla neustále rozšiřovat, bylo by vhodné, kdyby s ní autoři pokračovali i po ukončení studia. Pak by se téma mohlo zúžit na obor, kterému se budou věnovat v klinické praxi.

Analýza činností

K analýze činností nebo problémových situací v klinické praxi pomáhá studentům vedení deníku. Deník je osobní dokument studenta, který slouží k záznamům proběhlých a subjektivně prožitých událostí. Studenti si zaznamenají situace, které pro ně byly náročné nebo nějakým způsobem neobvyklé. Deník má tu výhodu, že umožňuje zaznamenat události dost podrobně, vlastními slovy, především ty, které se při rozhovoru obtížněji vybavují. Analýzu činností provádím se skupinou maximálně 6 studentů, většinou jedenkrát za 14 dnů. Tato aktivita neslouží k hodnocení studenta, ale pomáhá k hlubšímu pochopení motivů a k sebereflexi studenta. Student ve skupině seznámí se situací kterou řešil, zdůvodní svá rozhodnutí, eventuelně vyjadřuje spokojenost/nespokojenost se svým jednáním. Tato aktivita má velký význam v posilování odpovědnosti/spoluzodpovědnosti studenta při praxi.

Závěr

Moderní pedagogika prosazuje takový model výuky, kde je podporována aktivita, samostatnost a tvořivost žáků. Při dobrovolné, uvědomělé práci se stimulují všechny duševní schopnosti jedince, jako je myšlení, vynalézavost, fantazie, kreativita, úsilí, vytrvalost apod. Tento proces se ovšem neobejde bez porozumění a pomoci ze strany učitele. Uvedené výukové strategie, nabízejí možnosti nejen lépe a účelněji porozumět novým poznatkům a informacím, ale také možnosti smysluplného využití těchto poznatků v praxi.

Bibliografické odkazy

1. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody.* Brno : Paido, 2003. 49s. ISBN 80-7315-039-5.
2. MAŇÁK, J., ŠVEC, V., ŠVEC, Š. *Slovník pedagogické metodologie.* Brno : Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.
3. MAREŠ, J. *Styly učení žáků a studentů.* Praha: Portál, 1998. 169s. ISBN 80-7178-246-7.

4. NEMCOVÁ, J et all.: Rozvoj kritického myšlenka je zodpovednosťou učiteľa. *In. Alternativně metódy výučby odborných predmetov na SZŠ a VŠ.* Martin : Osveta, 2003., s. 20. ISBN 80-8063-154-9.
5. SKALKOVÁ, J. *Pedagogika a výzvy nové doby.* Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-060-3.
6. ŠVEC, V. *Klíčové dovednosti ve vyučování a výcviku.* Brno : MU, 1998. 48 s. ISBN 80-210-1937-9.
7. TUREK, I. *Inovácie v didaktice.* Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum, 2004. ISBN 80-8052-188-3.

Mgr. Anna Krátká
Univerzita Tomáše Bati Zlín
Ústav zdravotnických studií
Příluky 372
760 00 Zlín
e-mail: kratka.uzs@szsvzszlin.cz

VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PŘÍSTUPU K PACIENTŮM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Lenka Krhutová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce, Ostrava

Souhrn
Důvody pro přípravu a realizaci vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti přístupu k pacientům se zdravotním postižením jsou zejména: prevence ohrožení zdraví nebo bezpečnosti pacienta v důsledku nedorozumění v komunikaci či v důsledku nesprávného kontaktu; vytváření podmínek pro zachování důstojnosti pacienta; dodržování zákonné normy práva na informaci o zdravotním stavu; zvyšování odborné způsobilosti a profesionální kompetence zdravotnické profese včetně jejího etického profilu. Příspěvek obsahuje analýzy dvou konkrétních příkladů z praxe, pomocí nichž jsou nastíněny specifické komunikační potřeby pacientů s některými typy zdravotního postižení, a dále rovněž podmínky pro optimalizaci přístupů. V závěru příspěvku jsou uvedeny možné cílené systémové kroky pro oblast vzdělávání zdravotníků, jimiž lze v konečném důsledku účinně a komplexněji zkvalitňovat poskytování zdravotní péče o tento okruh pacientů.

Klíčová slova
pacienti se zdravotním postižením, vzdělávání zdravotníků, komunikace, etika profese, prevence diskriminace

Úvod

Pravděpodobně většina zdravotnických pracovníků se někdy setkala v rámci svého profesního zařazení s pacientem, který měl některý ze závažnějších typů zdravotního postižení. Hned v úvodu je třeba poznamenat, že neexistuje jednoznačná a jednotná definice, vymezení - kdo je člověk se zdravotním postižením. Vymezení pojmu a jeho obsahu se liší v různých systémech – např. v rámci legislativy týkající se důchodového pojištění, jiné vymezení existuje pro oblast sociálního zabezpečení, jiné v rámci zákona o zaměstnanosti, další odlišné vymezení existuje v systému školské legislativy apod. (Krhutová, 2005a) Pro zdravotní péči je relevantní tzv. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností (International Classification of Functionig Disability and Health, zkratka ICF – česká zkratka MKN), která je Českou republikou sice již přijata, avšak dosud není v české verzi publikována, a tím méně uvedena do praxe. V současné době je k dispozici její slovenský překlad. (Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, 2001) Každé z těchto a dalších vymezení zahrnuje jiný – nepřekrývající se okruh lidí. Není tomu tak pouze v České republice, jedná se o celosvětový terminologický problém.

Pro účely tohoto příspěvku, zaměřeného na zdravotnické profese, budeme uvažovat o zdravotním postižení jako fenoménu, jenž svým praktickým dopadem zásadním způsobem a dlouhodobě ovlivňuje kvalitu života lidí v oblasti smyslového, tělesného nebo mentálního funkčního deficitu. Jmenovitě půjde v příspěvku zejména o pacienty s postižením sluchu (nedoslýchaví, neslyšící), s postižením zraku (slabozrací, nevidomí), dále s postižením pohybového aparátu, s mentálním postižením a o pacienty s duševními poruchami a nemocemi. Existuje celá řada dalších typů zdravotního postižení, např. šelestáři (tinnitus, ušní šelesty), lidé s poruchou barvocitu nebo s poruchou binokulárního vidění, lidé chronicky nemocní a zdravotně oslabení, s nimiž se zdravotníci setkávají nejčastěji, lidé se specifickými vzdělávacími potřebami (dyslexie, dysgrafie ad.) a v neposlední řadě lidé s narušením řečových funkcí aj.

Hlavním důvodem, vedoucím k realizaci konkrétních opatření v oblasti vzdělávaní zdravotnických pracovníků v přístupu k pacientům se zdravotním postižením, je zajištění a zvyšování kvality poskytování zdravotní péče. Konkrétními důvody pak jsou zejména:

1. Potřeba pragmatického řešení situací, při nichž dochází k nedorozumění v komunikaci, jehož důsledkem může být v krajním případě ohrožení zdraví nebo bezpečnosti pacienta (viz Příklad 1 a Příklad 2 dále v textu)
2. Princip etického přístupu k pacientům se zdravotním postižením založený na zásadách vytváření a zachování důstojnosti pacientů, s odklonem od paternalistickéhopostoje, případně nemístného emocionálního patosu na straně jedné nebo dehonestujícícího přehlíživého přístupu na straně druhé.
3. Prevence diskriminace pacientů se zdravotním postižením s ohledem na zajištění práva na informace o zdravotním stavu.
4. Zvyšování odborné kompetence zdravotnických profesí a etiky profese.

Charakteristika vybraných problémů v oblasti vzájemného kontaktu a komunikace

„Pacienti se všemi typy zdravotního postižení uvádějí, že jsou často vystaveni ponižování a snižování lidské důstojnosti v případech, kdy jsou v důsledku stigmatizace postižení považováni za slaboduché a podle tohoto zvykově deklasujícího přístupu se s nimi jedná. Dokladem je realita všedního dne, kdy lékař nebo sestra hovoří s průvodcem pacienta, nikoliv s pacientem samotným. Otázky typu ´a co je pánovi?´ nebo ´má pán s sebou průkaz pojišťovny?´ popřípadě ´ať se pán posadí´, patří do osobních zkušeností téměř každého člověka s postižením. Stejně závažná situace nastává z hlediska pragmatického sdělování informací, kdy – v případě nesprávného komunikačního prostředí - dostává pacient informace limitované, popřípadě mu nejsou poskytovány pro něj sdělným způsobem. Zde může být dotčeno zákonné právo pacienta na informace o zdravotním stavu.

Řada zdravotnických pracovníků problémy v komunikaci s pacienty se zdravotním postižením příliš nevnímá, neboť se domnívá, že se např. s neslyšícím vždy dá domluvit písemně nebo gestikulací (viz dále Příklad 1), že nevidomého pacienta vždy bez problémů zavedou, posadí, kde je potřeba – přičemž ono „bez problémů“, může být bezproblémovým pouze pro zdravotníka, ale již nikoliv pro nevidomého pacienta. Důvody, proč zdravotníci nemusí vnímat tyto problémy jako zásadní, mohou pramenit mimo jiné z nedostatku potřebných informací – z nedostatku odborné osvěty, a také z toho, že pacienti s postižením sami obvykle neříkají, že nějaké problémy v tomto směru jsou. Proč tomu tak je, se lze jen dohadovat a u každého pacienta to bude zřejmě jinak.

Důvodem může být například:
1. že se pacient svým způsobem cítí být v kontaktu s lékařem nebo sestrou v podřízené roli a nechce na sebe zbytečně upoutávat pozornost, popřípadě přivolat nervozitu či dokonce hněv druhé strany (viz dále Příklad 2),
2. že rezignoval na snahu neustále a bez výsledku dávat najevo, že by komunikaci a kontakt potřeboval z důvodu objektivního limitu svého zdravotního postižení odlišným způsobem než se mu dostává,
3. prostý fakt, že se jen obyčejně bojí v prostředí, v němž se nachází, a které je pro něj na rozdíl od zdravotníků nepřirozeným prostředím, říci, že něco potřebuje.“ (Krhutová, 2005b),
4. významnou roli zde mohou sehrávat také historicky formované postoje společnosti vůči lidem s postižením (včetně odborné veřejnosti), založené na předsudcích, stigmatizaci a vyhraněně

toliko medicínském přístupu ke zdravotnímu postižení. Tato skutečnost tisíciletí formovala sebeutváření osobnosti a schopnosti sebeprosazování samotných lidí s postižením.
V praxi reálně existuje rozpor mezi vnímáním problému komunikace na straně zdravotnických pracovníků a lidí s postižením. Dosud nebyly publikovány výzkumné studie, které by blíže mapovaly tuto oblast, přesto uvedu alespoň dva příklady z praxe, ilustrující závažnost problémů a konkrétní možnosti jejich řešení, se záměrem podtrhnout zásadní význam vzdělávání zdravotníků v této oblasti.

Příklad 1 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

„Lékař/ka vyšetřuje neslyšícího pacienta. V dobrém mínění se snaží využít pomocnou metodu gestikulace a při sdělení, že má pacient užívat předepsaný lék třikrát denně, vztyčí před jeho obličej tři prsty a důrazně artikuluje. V závěru instrukce pokládá otázku ´rozuměl jste mi ?´ Pacient kýve hlavou, že rozumí a vezme si … tři tablety najednou…“ (Honzák, 1999, upraveno autorkou příspěvku)
Tato situace pramení z existence řady zkreslených představ v oblasti komunikace s neslyšícími, které – s o hledem na jejich pravdivostní hodnotu – je možné nazvat mýty. Patří mezi ně zejména (Krhutová, 2006)

Mýtus 1 Každý neslyšící umí odezírat
Mýtus 2 Každý neslyšící rozumí psaným informacím
Mýtus 3 S každým neslyšícím se víceméně domluvím gestikulací
Mýtus 4 Na každého nedoslýchavého musím mluvit se zvýšenou hlasitostí

Proč neplatí mýtus 1
Klíčové je zde – jako i v dalších mýtech - slůvko „každý“, a tomu odpovídající přístup k neslyšícím lidem, pacientům, obecně. K odezírání mají lidé vlohy (nebo je nemají) podobně jako máme (nebo nemáme) hudební sluch. Magická moc odezírání se obvykle přeceňuje – i ten, kdo velmi dobře odezírá, je schopen odezírat maximálně 30% řečeného, zbytek si domýšlí. Odezírání má velmi významný vliv nejen u neslyšících, ale i u řady nedoslýchavých lidí, jimž pomáhá dotvořit si celostní obsahový rámec přijímaných informací.

Proč neplatí mýtus 2
U mnoha neslyšících lidí, zejména pokud ztratili sluch v raném věku nebo nikdy neslyšeli, se slovní zásoba vyvíjí odlišným způsobem než u slyšících, z objektivních příčin je limitována, velmi často bývají problémy s běžnou pojmovou abstrakcí. Znakový jazyk, pokud se pomocí něj neslyšící dorozumívají, je postaven na jiném gramatickém základě než jazyk slyšících. Neslyšící zdaleka nemusí rozumět všem výrazům, které jsou pro slyšícího zcela běžné. Ne každý neslyšící tedy zajásá, vezme-li sestra či lékař do ruky tužku a papír. Velmi záleží na volbě slov a stylu písemného projevu.

Proč neplatí mýtus 3
Viz příklad o třech tabletách uvedený výše.
Proč neplatí mýtus 4
U některých typů nedoslýchavosti (převodní typ) skutečně má smysl hlasitost mluveného projevu zvýšit, neboť takový člověk potřebuje pomocí sluchadel zesílit zvuk. (Ne vždy je u sebe má a používá). U jiných typů nedoslýchavosti (percepční typ) je „hulákání“ zbytečné, neboť tento člověk slyší, ale řečenému dobře nerozumí, popřípadě nerozumí vůbec.

Prevence nedorozumění

Umět vytvořit podmínky pro to, abyste mohli s neslyšícím/nedoslýchavým pacientem - a on s vámi - lépe komunikovat, předpokládá, že pacient bude mít možnost vnímat, „vidět vaši řeč“. Odezírání jako pomocná metoda má smysl téměř vždy. Proto :

1. Artikulujte zřetelně, nikoliv však přehnaně. Přehnaná artikulace odezírání znesnadňuje.
2. Mluvte pomaleji, nikoliv však zcela pomalu. Příliš pomalá mluva není srozumitelná.
3. Nezakrývejte si při hovoru ústa, nejezte, nepijte, nekuřte a nežvýkejte.
4. Zařiďte, aby na vás při hovoru dopadalo denní nebo umělé osvětlení, aby bylo dobře vidět na váš obličej a ústa. Je zcela nevhodné, stojíte-li zády k oknu, čelem k neslyšícímu – kontrast proti světlu ubírá potřebné mluvící detaily.
5. Používejte jednoduché nekomplikované věty.
6. Sledujte neverbální komunikaci, reakce neslyšícího/nedoslýchavého pacienta. Udržujte oční kontakt.
7. Dávejte čas k reakci a odpovědím, neslyšící lidé zpracovávají přijímané informace jiným způsobem než lidé slyšící, ne lepším, ne horším, zkrátka jiným.
8. Nepoužívejte ironii a humor, který je založen na intonaci mluveného projevu – pro neslyšícího „zní“ řečené právě a pouze tak, jak jste jej obrazem rtů vyslovili.
9. Při kontaktu s neslyšícím pacientem nepoužívejte větu „ROZUMÍTE mi?“ Pacient většinou odpoví ano, i když tomu tak reálně nemusí být – buďto se domnívá, že rozumí (viz příklad o třech tabletách) nebo jde o společenské hraniční téma (odpovídá kladně,aby nebyl považován za hloupého) Nahraďte ji větou CO mi rozumíte? Jen tak získáte – a pacient spolu s vámi - šanci na porozumění sděleného.
10. Toto vše vyžaduje jisté nároky na čas. Počítejte s tím.

To nejdůležitější nakonec

Má-li s sebou neslyšící/nedoslýchavý člověk průvodce/tlumočníka, hovořte přímo s pacientem, nikoliv primárně jen s průvodcem. Průvodce pacienta pouze doprovází, nejedná za něj. Neprofesionální a zejména ponižující pro pacienta jsou věty typu „jaké má pán potíže?“, „vyndejte pánovi občanku“, „ať si pán zajde na odběry“ apod. Zeptejte se „pána“ přímo, ostatní zařídí tlumočník.

Příklad 2 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

„Nevidomá pacientka má na stolku vedle lůžka sklenici s nápojem. Sestra připravuje k aplikaci infuzi, odkládá na chvíli na stolek nádobku s infuzním roztokem, přičemž odsune překážející sklenici. Po úkonu ji však zapomene vrátit na původní místo, aniž by pacientku o změně umístění sklenice informovala. Když se pacientka později potřebuje napít, sáhne do „známého prostoru“ a místo toho sklenice padá na zem a roztříští se pacientce pod nohama. V případě úleku může navíc dojít k pádu nebo úrazu pořezáním. Otázka zní – kdo je v tomto případě tím nešikovným, tím, kdo je případným zdrojem hněvu personálu? Sestra, která celou situaci způsobila?“ (Krhutová, 2006)
Také tato a podobné situace pramení z existence zkreslených představ - mýtů, mezi něž patří :

Mýtus 1 Nevidomí mají vrozenou geniální paměť, sluch, hmat a šestý smysl
Mýtus 2 Slepota je jen tma
Mýtus 3 Lidé se zrakovým postižením jsou absolutně závislí na druhých
Mýtus 4 Jsou vždy vděční za pomoc
Proč neplatí mýtus 1

Jednak proto, že ne každý nevidomý se narodil jako nevidomý a jednak proto, že často výborná paměť, sluch i hmat (ale také čich či chuť) jsou jako přirozené kompenzační mechanismy denním používáním vycvičeny, vypěstovány. Každodenním používáním se kompenzační funkce zlepšují a zjemňují. Zdaleka to však neznamená, že oslovíte-li nevidomého pacienta/pacientku, že si automaticky zapamatuje (nebo šestým smyslem pozná), o koho jde, přesto, že jste jej/ji už jednou, dvakrát, včera, před měsícem nebo před rokem zdravili. „Hlasová databanka" je jen jedním z pomyslných oddělení obrovského počítače v mozku nevidomého člověka, který musí přijímat, zpracovávat, analyzovat a vyhodnocovat tisíce zvukových informací za den, jimž vidící člověk ani nevěnuje pozornost. Patří zde např. obrovské množství neznámých zvuků typických pro nemocnice, či jiná zdravotnická zařízení.

Proč neplatí mýtus 2
Některý pacient říká – já nic nevidím, a myslí tím – nevidím nic, co bych chtěl a jak bych chtěl. Zejména lidé se závažným oslabením zraku v dospělém věku zcela přirozeně srovnávají své nyní limitované vidění s luxusem dobrého vidění „před tím". Pokud se jedná o skutečnou slepotu, ani zde se ve většině případů nejedná o naprostou absolutní tmu. U velmi těžkého postižení zraku dochází v různé míře k postižení centrálního nebo/a periferního vidění až na úroveň zachování/absence světlocitu. A tak se v praxi setkáme s pacientem, který může číst časopis, a přitom málem spadne ze schodů a naopak s pacientem, který může číst pouze Braillovo písmo a přitom k samostatnému pohybu nepoužívá bílou hůl.

Proč neplatí mýtus 3
Tento mýtus je opravdu velmi oblíbený. Možná vyhovuje obecně vžité představě, založené na pocitu vlastní bezmoci - když zavřeme oči a máme vykonat nějakou běžnou činnost. Je nezbytné se v přístupu k nevidomým a slabozrakým lidem zamyslet nad skutečností, že sice jsou v řadě situací objektivně závislí - nikoliv však na druhých jako na spasitelích, ale na jejich VĚCNÉ POMOCI. Je-li jim poskytnuta bez předsudků a bez přehnaného milosrdenství, jsou obvykle velmi dobře schopni většinu činností zvládat samostatně, i když často jiným způsobem než vidící.Klíčem je zde slovo „JINAK". Nevidomí lidé jsou schopni - nepodceňujme tuto schopnost - dojít ke stejnému cíli jako vidící, jen k němu jdou jinými cestami. Zde hraje významnou roli, do jaké míry a zda vůbec máme schopnost respektu k odlišnosti…

Proč neplatí mýtus 4
Je-li pomoc vnucená, je-li nabídnuta s přehnaným soucitem, je-li nevyžádaná, je-li nepotřebná.

Prevence nedorozumění

Optimální způsob kontaktu a komunikace s pacientem (v tomto případě ze zrakovým postižením) je ten, který umožňuje a zachovává (1) důstojnost pacienta, (2) je bezpečný, (3) je funkční. Toho je možné dosáhnout, budeme-li se věcně držet následujících zkušeností dobré praxe těch, jimž se úspěšná komunikace daří.

1.Při pozdravu pacienta přidejte k oslovení jeho jméno, aby věděl, že hovoříte s ním. Je-li v místnosti více lidí, nemusí být pro nevidomého zřejmé, že pozdrav či sdělení patří jemu.
2. Představte se včetně funkčního zařazení (vrchní sestra, ošetřující lékař interního oddělení, apod.). Pacient si vytváří „databanku hlasových kontaktů", k přiřazení hlasu potřebuje znát vaše jméno a pracovní zařazení. Není důvod myslet si, že když vy jeho jméno znáte, on vaše jméno znát nemusí. Vidící pacient si vaše iniciály může přečíst na visačce, nevidomý pacient tuto možnost nemá. Zprostředkujte mu ji. Pozice„ k čemu by mu/jí bylo znát mé jméno" je navýsost mocenská a jednostranně anonymizující.

3. Nedotýkejte se nevidomého pacienta, aniž byste jej na dotek předem upozornili. Vzpomeňte si na vlastní pocit a stav, když se vás někdo neočekávaně dotkne, zejména zezadu.
4. Při vyšetření je nezbytné vždy vysvětlit, co se bude dít – při instrumentálním vyšetření je třeba popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Je-li pro vidícího pacienta informace typu „teď to píchne, teď to bude trochu pálit, teď to bude tlačit“, užitečná, pro nevidomého je zcela nezbytná.
5. Při popisu prostorové situace v komunikaci s nevidomým pacientem nepoužívejte slova „tady“, „támhle“ apod. Nemají pro něj obsah. (Slovo „tady“ má význam pouze ve spojení se zvukem, poklepem, apod.)
6. Nevidomého pacienta nikdy neveďte PŘED sebou. Hrozí tím zvýšené riziko úrazu jeho, vás nebo obou. Pro průvodcovskou pozici platí – vedete-li nevidomého na jiné oddělení, do ošetřovny, na toalety apod., jděte vždy první. Nevidomý pacient se drží vaší paže a jde přibližně půl kroku ZA vámi.
7.Přicházíte-li spolu ke schodišti, je klíčovou informací, zda schody vedou nahoru nebo dolů.
Vidící člověk má přirozeně rychlou koordinaci oko-noha, nevidomý pacient tuto možnost nemá a může dojít ke zbytečnému úrazu.
8. Nemanipulujte s věcmi nevidomého pacienta bez jeho vědomí. Je-li manipulace nezbytná, vždy jej o změně co nejdříve informujte.
9. Stupujete-li do místnosti, kde je nevidomý pacient, dejte se poznat. Tichý pohyb neznámé osoby v jeho blízkosti může pro něj znamenat zbytečné obavy nebo úzkost.Odcházíte-li, informujte jej o tom, předejdete „monologům nevidomého do zdi“.
10.Nevidomí lidé mají obvykle dobrou paměť, nicméně zejména počáteční nápor informací při přijetí do nemocnice a nutnost zorientovat se v neznámém nebo málo známém prostředí, klade vysoké nároky na kapacitu jeho paměti. Nebuďte netrpěliví, bude-li se vás ptát na věci, které jste mu už jednou řekli.

To nejdůležitější nakonec

Má-li s sebou nevidomý člověk průvodce, hovořte přímo s pacientem (slyší a vnímá), nikoliv primárně s průvodcem. Průvodce pacienta pouze doprovází, nejedná za něj. Neprofesionální a pro pacienta ponižující jsou věty typu „můžete pánovi říct, že…“, „ať si pán odloží“, „může se pán podepsat?“ apod. Zeptejte se „pána“ přímo, jeho průvodce pouze poskytuje službu – vidící doprovod.

OSTATNÍ TYPY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Závažná je také situace v oblasti přístupu k pacientům s postižením pohybového aparátu, kde významným způsobem a mimo jiné zasahuje existence architektonických bariér prostředí zdravotnických zařízení. Neméně důležitou je specifická oblast přístupů k pacientům s postižením mentálních funkcí. Tato problematika však zasluhuje další, samostatné zpracování příspěvku.

Možná systémová opatření v oblasti vzdělávání

Uvedené příklady jen nastiňují paletu „problémů“ a jejich řešení. Zamyslíme-li se hlouběji nad tématem komunikace lidí s postižením, můžeme zjistit, že nazývat tyto záležitosti „problémem“ je prvoplánové a může být zavádějící. Problém obvykle nebývá v lidech s postižením samotných – limity zdravotního postižení jsou objektivními a legitimními důvody pro specifický přístup. Problém bývá obvykle v tom, že ostatní, kteří s nimi přicházejí do kontaktu z hlediska své profese nebo v civilním prostředí, neznají tyto objektivní limity a neznají tyto specifické – a přitom zcela přirozené – komunikační potřeby a možnosti kontaktu a komunikace. Společným

rysem této oblasti bývají bariéry v myšlení lidí. Významná je míra tolerance či respektu k odlišnosti, schopnost uznat, že „jiné“ neznamená „špatné“ nebo „méně hodnotné“. K tomu je obvykle zapotřebí nejen jisté zralosti osobnosti, ale také „mít informace“, vědět, jak se dají různé situace řešit. Cestou k porozumění odlišnosti je, či může být, právě vzdělávání.

Závažná nedorozumění ve vzájemné komunikaci mezi pacienty se zdravotním postižením a zdravotnickým personálem nesporně existují. Situace je o to závažnější, že demografický vývoj vede k nárůstu počtu starých a velmi starých lidí, seniorů, z nichž část trpí významným, často kombinovaným zdravotním postižením. Řešení tohoto stavu by mělo vést přes cílená a systémová opatření, která lze rozdělit do několika kroků. Představitelé Národní rady zdravotně postižených ČR, zastřešujícího politického orgánu lidí se zdravotním postižením v České republice (NRZP ČR, 2006) uvádějí :

1.Vykonávat osvětovou a propagační aktivitu zaměřenou na zdravotnické pracovníky ve všech zdravotnických zařízeních formou tiskoviny objasňující základní zásady komunikace s jednotlivými skupinami pacientů se zdravotním postižením se zapojením médií.
Připraví: NRZP ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví.
T.č. (únor 2006) je problematika medializována mj. na internetových stránkách NRZP ČR, kde lze nalézt základní desatera pro optimální kontakt a komunikaci a pacienty se sluchovým, zrakovým a pohybovým postižením a dále se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením a pacienty se syndromem demence. Další informace je možné nalézt také na internetových odkazech (Dobromysl, 2006), (Helpnet, 2006) aj.
2. Připravit odborné vzdělávání zdravotnických pracovníků v této oblasti, a to na úrovni středního, vysokoškolského i specializačního vzdělávání.
Připraví: Rehabilitační klinika 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze ve spolupráci s Národní radou zdravotně postižených ČR, Ministerstvem zdravotnictví a Českou gerontologickou a geriatrickou společností České lékařské společnosti J. E. P.
3. Cíleně působit na pacienty se zdravotním postižením (například v rámci celoživotního vzdělávání) v tom smyslu, že by se měli učit prosazovat svá práva na informace, jejichž součástí a předpokladem je schopnost komunikovat a o správnou komunikaci a kontakt si umět říct.
Zajistí: NRZP ČR ve spolupráci s organizacemi zdravotně postižených, Rehabilitační klinikou 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Ministerstvem školství.
4. Vydat metodický pokyn na úrovni Ministerstva zdravotnictví, určený zdravotnickým zařízením, který stanoví zásady komunikace zdravotnického personálu s pacienty s různými druhy zdravotního postižení.
Připraví: Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s organizacemi lidí se zdravotním postižením.
5. Upravit zákony a dalších legislativní opatření – o zdravotní péči, o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví ad., v nichž se promítne povinnost přístupu k pacientům se zdravotním postižením s ohledem na specifika kontaktu a komunikace.

Závěr

Cesty k řešení společenských problémů vedou nejméně dvěma směry. První by mohl být charakterizován pojmem „hard way“ – tvrdá cesta. Představuje ji donucovací mocenský systém v podobě legislativy včetně systému sankcí. Lidem lze zákonem nařídit, co mají konat, či co naopak konat nesmí. Nelze však zákonem nařídit, co si mají myslet a cítit. Zákonem lze ovšem do jisté míry zajistit a chránit práva a zejména jejich vymahatelnost, a v tom je tvrdá cesta nezastupitelná zvláště tam, kde hrozí zneužití moci nebo odpírání práv. „Soft way“, měkká cesta řešení problémů, se obvykle vyznačuje dlouhodobějším průběhem, ale také dlouhodobějším účinkem v podobě změny myšlení. Na celospolečenské úrovni představuje vzdělávání, výchovu k lidským právům, osvětu, působení médií, příklady dobré praxe atd.

Bibliografické odkazy

HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-85824-60-4.
KRHUTOVÁ, L. 2005a. Diskriminace lidí se zdravotním postižením, od pojmu k realitě. In Sborník příspěvků z I. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením. Praha : NRZP ČR, 2005. s. 49-57. ISBN 80-903640-0-4.
KRHUTOVÁ, L. 2005 b. Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty se smyslovým postižením. Příspěvek na konferenci Je zdravotní péče i pro zdravotně postižené? Praha, Národní rada zdravotně postižených ČR, 13. 9. 2005.
KRHUTOVÁ, L. Jak komunikovat s pacienty se smyslovým postižením. Nepublikovaná přednáška pro Nemocnici Znojmo, 26. 1. 2006.
Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia - MKF. - 1.
Bratislava : EKOVYS, 2001. ISBN 80-968689-1-8.
NRZP ČR - Národní rada zdravotně postižených ČR, Desatero [online]. Dostupné z:
http://www.nrzp.cz/index.php?Menu_path=page.php&id=20x_all.txt&hlavicka=0&pata=0 [cit. 2006-02-18]
Dobromysl – informační internetový portál. [online] Dostupný z: http://www.dobromysl.cz/ [cit. 2006-02-18]
Helpnet – informační internetový portál proosoby se specifickými potřebami [online] Dostupný z: http://www.helpnet.cz/ [cit. 2006-02-18]

Mgr. Lenka Krhutová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava- Mariánské Hory
e-mail: lenka.krhutova@osu.cz

INTERAKCIA MENTOR – ŠTUDENT

AnnaLengyelová, Karolína Sovová, Valéria Horanská

Katolícka univerzita v Ružomberoku, Fakulta zdravotníctva, Detašované pracovisko Košice, Slovenská republika

Súhrn

Počas obdobia reformy zdravotníctva, došlo k mnohým zmenám aj v oblasti zdravotníckeho školstva. Okrem zmien v štúdijných odboroch, pre potreby praktických cvičení sa vyprofilovala nová rola zdravotnej sestry – sestra – mentor. Nakoľko ide o nový, neznámy status je potrebné oboznámiť sa s právami a povinnosťami mentora a študentov navzájom.

Kľúčové slová: mentor, študent, praktické cvičenia, vzájomná spolupráca, prospešnosť

Od dávnych čias, výučba študentov pozostáva z teoretickej prípravy. Pre študentov zdravotníckych odborov je však dôležitá aj odborná príprava na praktických cvičeniach, z dôvodu napĺňania potreby súčastného získavania vedomostí, ale aj zručností. Odborné vedenie bolo a je aj v súčastnosti zabezpečované internými pedagogickými zamestnancami danej výučbovej inštitúcie – školy, univerzity. V túžbe ponúkať študentom vždy vyššiu odbornosť a „špecializáciu“ na danom oddelení, je možné výučbu na praktických cvičeniach zabezpečiť mentorom, ktorý je interným zamestnancom oddelenia, na ktorom praktické cvičenia prebiehajú. Študenti vo vyšších ročníkoch, ktorí sú zaraďovaný aj do nočných služieb sú pridelený do smeny k sestre – mentorke.

Je samozrejmé že mentor, tak ako aj vysokoškolský učiteľ musí mať dostatočné vedomosti z odborných – klinických a ošetrovateľských predmetov, no je nemožné, aby výučba bola poskytovaná bez poznania vedy pedagogickej, psychologickej či sociologickej. Je potrebné, aby mentor, tak ako aj učiteľ využíval poznatky z didaktiky, či komunikácie a mal dostatočné organizačné a riadiace schopnosti. Má byť tiež empatický, kreatívny s kladnými osobnými vlastnosťami, ktorými bude môcť ovplyvňovať aj profesionálne správanie jemu zverených študentov. Tieto znalosti sú u študentov vysoko cenené a zvyšujú autoritu vyučujúceho. Toto tvrdenie potvrdzuje aj Wilson - Barnet (1995), keď tvrdí, že „atmosfera a organizácia sesterského tímu a radosť s vykonávanej činnosti sú veľmi dôležité faktory výučby.

Pedagogika pozná mnoho spôsobov výučby, ktorú možno aplikovať počas praktických cvičení. Výhody pre študenta prinášajú alternatívne metódy výučby, ktoré študenta motivujú k aktivite, originalite, samostatnosti i kooperácii, tiež ku kritickému mysleniu, seberealizácii, vnútornej motivácii i kreativite. Ako uvádza Sovariová (2004), „vyučujúci môže práve na praktických cvičeniach využiť metódy ako sú: pravda a klamstvo, diskusia, debata, problémové vyučovanie, či seminár“. Vhodnými sú však aj „klasické“ metódy, ako vysvetľovanie, rozhovor, opis, opakovanie, demonštrácia skupinová alebo individuálna ako popisuje v svojej práci autorka Schlosserová (2004). Aj za pomoci týchto metód dochádza k interakcii mentor – študent a vytvára sa priestor na budovanie vzťahu dôvery, porozumenia, partnerstva. Mentor nemá byť iba osoba odovzdávajúca informácie, znalosti, ale pedagóg podporujúci rast lásky k sesterskému povolaniu.

Podľa vysvetlenia slova „mentor“ v anglickom slovníku, je možné definovať vlastnosti mentora. Pre študenta má byť: radca, priateľ, tréner, inštruktor, učiteľ, múdry radca neskúsenej osoby. Učiteľ – podľa pedagogického slovníka je každá osoba, ktorá sústavne (nie epizodicky), cieľavedome (t.j. s vopred jasným zámerom), prakticky, iného učí a vzdeláva v osobitných podmienkach (t.j. v zariadeniach určených na vyučovanie, vzdelávanie). Učiteľ riadi vyučovací, resp. vzdelávací proces, pričom na jeho označenie sa používajú najrozmanitejšie pomenovania:

učiteľ, profesor, majster, inštruktor, tréner, univerzitný profesor, apod. V našom prípade k vymenovanému zoznamu môžeme priradiť aj pomenovanie mentor. Krištofová (2004) uvádza, že "mentorom môže byť diplomovaná sestra, sestra bakalárka alebo magisterka s dostatočnými skúsenosťami, získanými praxou". Je tu vyšší predpoklad, že od takto vzdelanej sestry budeme môcť očakávať pedagogické znalosti a pedagogický prístup k študentom. Tento je dôležitý pri budovaní vzťahu medzi mentorom a študentom. Vzťah, ako uvádza Orton (1983), vplýva na tímovú spoluprácu, efektívnu komunikáciu, fyzické a emočné potreby a tak vytvára vhodné výchovné prostredie. Na základe týchto poznatkov by bolo možné definovať základné požiadavky a kompetencie mentora.

Kompetencie mentora

- Mentor je v oblasti praktických cvičení metodicky riadený vedúcim katedry ošetrovateľstva.
- Spolupracuje s pedagogickými zamestnancami katedry.
- Pri vedení praktických cvičení je nadriadený prideleným študentom.
- Aktívne vedie praktické cvičenia v súlade s učebnými osnovami.
- Pri vedení praktických cvičení dodržiava didaktické zásady.
- Odovzdáva vedomosti a skúsenosti v súlade s najnovšími poznatkami ošetrovateľstva a klinického odboru v ktorom pôsobí.
- Uvádza študenta na pracovisku, oboznámi ho s prevádzkou, personálom a vybavením pracoviska.
- Rozdeľuje s vedúcou sestrou študentov do smien a kontroluje dochádzku s jej evidenciou.
- Prideľuje študentom pacientov v súlade s ich kompetenciami, vedomosťami, zručnosťami a overuje si ich zdatnosť v teoretických vedomostiach a praktických zručnostiach, aby nedošlo k ohrozeniu zdravotného stavu pacienta.
- Hodnotí študentov podľa kritérií stanovených fakultou.
- Dohliada na študenta pri spracovaní ošetrovateľskej dokumentácie.
- Vyučuje špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť vo svojom odbore.
- Motivuje študentov k čo najlepšiemu výkonu na pracovisku.
- Odborne vedie študenta pri jednotlivých ošetrovateľských a administratívnych činnostiach, plánuje činnosť.
- Uskutočňuje úvodný, priebežný a záverečný pohovor so študentom.
- Vypracuje záverečné hodnotenie študenta, štruktúrou podľa požiadaviek danej fakulty.
- Sústavne sa vzdeláva v teoretických poznatkoch v odbore ošetrovateľstva, resp. pôrodná asistencia v klinickom odbore, v pedagogike, didaktike a zúčasňuje sa na vzdelávacích seminároch a kurzoch.
- Nepovoľuje vykonávanie praktických cvičení študentom, ktorí nespĺňajú vymedzené požiadavky (vplyv alkoholu a omamných látok, zreteľná únava a nedostatok spánku, zdravotný problém brániaci vykonávať praktické cvičenia, absencia predpísanej uniformy a obuvi a pod.) a absenciu eviduje s dodatočným oznámením na danú fakultu.

Tieto body sú súčasťou návrhu „Kompetencií mentora", ako internej smernice pre Fakultu zdravotníctva na Katolíckej Univerzite v Ružomberku.

Napriek uvedeným kompetenciám a stratégiám vyučovania mnohí vyučujúci majú problémy s ich aplikáciou v praxi. Hovoríme o tzv. bariérach tvorivosti charakteru osobnostných (vnútorných) prekážok, medzi ktoré patria: nedostatočné sebavzdelávanie, zúžené vnímanie vecí a javov, pohodlnosť, lenivosť, rezignácia, nízke sebavedomie, únava a pod. Vždy platí, ako uvádza Ďurič (1969), že „procesuálne prekážky sa týkajú samotného priebehu práce, ide o prácu stereotypnú, pasívny prístup k práci, vyhýbanie sa konfliktom, atď. Vonkajšie prekážky spočívajú v nevhodných materiálnych, fyzikálnych, technických a spoločenských podmienkach práce".

(Možné) Zneužívanie kompetencií mentora

- Praktické cvičenia nevedie v súlade s učebnými osnovami.
- Nedodržiava didaktické zásady.
- Nesnaží sa odovzdávať najnovšie poznatky z daného odboru.
- Študenta na pracovisku necháva bez odborného vedenia a dozoru.
- Nehodnotí študenta podľa kritérii stanovených fakultou.
- Pri spracovaní ošetrovateľskej dokumentácie nie je študentovi nápomocný.
- Špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť vo svojom odbore nevyučuje.
- Študentov nemotivuje k dobrým výsledkom na pracovisku.
- So študentom neuskutočňuje pohovor alebo je uskutočňovaný nevhodným spôsobom.
- Nejaví záujem o svoje ďalšie vzdelávanie v odbore.
- Povoľuje účasť na praktických cvičeniach študentovi, aj po porušení vymedzených požiadaviek.

Mohlo by sa zdať, že pri toľkých možnostiach zneužívania svojích kompetencií, sestra – mentor je, nevyhovujúca pomoc fakulte. Uvedené možnosti sú však hypotetické.

Metodika

Pri spoznávaní objektívneho obrazu o práci mentora sme spolupracovali s našími študentmi, KU v Ružomberku. Prieskumnou vzorkou bolo 63 študentov druhého ročníka dennej formy odboru Ošetrovateľstvo. Vo vytvorenom dotazníku mali možnosť odpovedať na 20 zatvorených položiek, pri možnostiach odpovedí súhlasím (s hodnotou odpovede 2 body), čiastočne súhlasím (s hodnotou odpovede 1 bod) a nesúhlasím (bez bodového hodnotenia). V poslednej 21. položke, sa mohli respondenti voľne vyjadriť na kladenú otázku: Ako by ste ohodnotili celkový prínos mentora na klinických cvičeniach?
Pri vyhodnocovaní dotazníkov sme postupovali nasledovne.

Výsledky

Po súčte bodov, získaných za odpovede sme stanovili, že maximálny počet je 40 bodov (ak respondent súhlasil so všetkými výrokmi o mentorovi, ktoré boli formulované pozitívnym smerom). Ak by respondent pri odpovediach využíval iba možnosť – čiastočne súhlasím, hodnotený mentor by získal 20 bodov (50%), ktoré by ešte postačovali k dosiahnutiu priemernej spokojnosti s jeho prácou mentora. Ak mentor, hodnotený respondentom, získal menej ako 20 bodov, bolo by potrebné vážne prehodnotiť prínos daného mentora pre študentov. Súčtom vyšším ako 30 bodov, čo je 75%, za kvalitného mentora označilo 15 respondentov čo je 23,8%. 26 respondentov (43,3%), pridelilo danému mentorovi od 20 – 29 bodov (74% - 50%). Menej ako 19 bodov (49%), pridelilo mentorom 22 (36,6%) respondentov.
Z toho vyplýva, že 41 respondentov (68,3%) má o práci mentora pozitívnu mienku a myslí si, že spĺňa kompetencie mentora.
22 respondentov (36,6%), ktorí pridelili mentorom 19 a menej bodov, ich prácu hodnotia skôr negatívne a ich pôsobenie v roly mentora nepovažujú za prínos.

Zhrnutie:		
100% - 75%	74% - 50%	49% - 0%
40 – 30 bodov	29 – 20 bodov	19 a menej bodov
15 respondentov (25%)	26 respondentov (43,3%)	22 respondentov
Mentor spĺňa		**Mentor má v svojej**

kompetencie	**funkcii značné rezervy**
41 respondentov (68,3%)	22 respondentov (36,6%)

Dôležité je však pripomenúť, že hodnotenie bolo subjektíne a orientačné.

Pri vyhodnocovaní dotazníka sme posudovali aj odpovede na jednotlivé položky (viď nasledovné). Čísla uvádzané v zátvorke za položkou su súčtom odpovedí 63 respondentov, vo význame súhlasím, čiastočne súhlasím, nesúhlasím.

1. Mentor ma uviedol na oddelenie a predstavil ma zdravotníckemu tímu (24,22,17)
2. Oboznámil ma s oddelením (38,22,3)
3. Uskutočnil so mnou úvodný pohovor (28,16,19)
4. Uskutočňoval so mnou priebežný rozhovor (22,29,12)
5. Uskutočnil so mnou záverečný rozhovor (13,30,20)
6. Prideľuje mi pacientov v súlade s mojími kompetenciami(vedomosti, zručnosti) (21,16,26)
7. Overuje si moje vedomosti a zručnosti (29,23,11)
8. Prezentuje mi s úctou konkrétne nedostatky (30,19,12)
9. Odborne ma vedie pri ošetrovateľských činnostiach (26,32,4)
10. Odborne ma vedie pri administratívnych činnostiach (14,31,18)
11. Vyučuje ma ošetrovateľskej starostlivosti vo svojom odbore (25,24,14)
12. Vedie ma pri spracovaní ošetrovateľskej dokumentácie (15,25,23)
13. Motivuje ma k lepšiemu výkonu (24,26,13)
14. Som na oddelení členom zdravotníckeho tímu (15,2,21)
15. Som na oddelení len pomocnou silou (36,19,8)
16. Nedovoľuje mi vykonávať prax, ak nespĺňam požiadavky (19,29,15)
17. Mentorovo správanie ku mne je vľúdne a ľudské (36,24,3)
18. Je ku mne dostatočne empatický (24,31,8)
19. Prejavuje mi úctu, rešpektuje moju dôstojnosť (34,28,1)
20. Jeho prístup je nedirektívny, moje činnosti, s ním môžem konzultovať (23,35,5)

Pri 21. položke (Ako by ste ohodnotili celkový prínos mentora na klinických cvičeniach?) s možnosťou otvorenej odpovede sa 23 respondenov pozitívne vyjadrovalo takto:
Mentor má praktické, nie encyklopedické znalosti (4),
Odborne ma vedie,
Osobne mi asistuje pri daných výkonoch (3),
Uvádza osobné a názorné príklady – zážitky z praxe (5),
Lepšie pozná chod oddelenia, pacientov a prístup k nim – ich sesterské diagnózy, potreby (3),
Ponúka partnerstvo, spoluprácu, verí mi, motivuje ma vykonávať prácu s radosťou (4),
Lepšie chápe naše študentské problémy (2),
Toleruje, že študent je len študent.

Pri danej 21. položke boli aj negatívne odpovede, zaznamenané u 15 respondentov a to takéto:
Mentor zastáva súčastne viac postov (mentor, sestra, vedúca sestra...) (4),
Má aj iné povinnosti a preto venuje menej času študentom (2),
Nemá záujem o študenta,
Prejavuje svoju nadradenosť,
Má menšiu úcta k študentovi,
Študent pre neho iba pomocná sila (2),
O študentovi podáva neobjektívne hodnotenie,
Je náladový (3).

Diskusia

Pri spracúvaní výsledkov prieskumu sme dospeli k záverom, že 41 respondentov (68,3%) považuje svojho mentora za prínos vo svojom štúdiu. 22 respondentov (36,6%) s prácou mentora nebolo dostatočne spokojných.

Po dôslednom spracovaní jednotlivých položiek možeme tvrdiť, že mentori so študentmi majú záujem komunikovať (63 respondentov v položkách 3., 4., 5.), uvádzať ich na oddelenie (62 respondentov, v položkách 1., 2.), prideľovať im pacientov podľa ich zručností a vedomostí (21 respondentov, položka č. 6), poskytujú im pomoc pri odborných výkonoch (51respondentov, v položkách 9., 11.), ale aj konzultujú prípadné nedostatky (30 respondentov v položke č. 8). Je dobré, že mentori si overujú vedomosti a zručnosti im zverených študentov (29 respondentov v položke č.7), poskytujú im vedomosti zo svojho odboru (25 respondentov v položke č.11), motivujú študentov k lepším výkonom (24, 26 respondentov v položke č. 13) a aj napriek tomu, že mnoho respondentov (36, 19 respondentov v položke č. 16) uvádza, že na oddelení sa cítia pomocnou silou, pozitívne oceňujú mentorovo vľúdne a ľudské správanie (36, 24 respondentov v položke č. 17), empatiu mentora (24, 31 respondentov v položke č. 18), či rešpektovanie jeho ľudskej dôstojnosti, ako študenta (34, 28 respondentov v položke č. 19). Väčší dôraz by bolo potrebné klásť na spracúvanie ošetrovateľskej dokumentácie (15 respondentov v položke č. 12) a administratívnych prác (14 respondentov v položke č. 10). Prínosom pre študentov by mohol byť aj záverečný rozhovor (13, 30, 20 respondentov v položke č. 5) s vyjasnením niektorých nedostatkov, či vyslovením pochvaly.

Pozitíva uvádzané študentmi v položke č. 21 sú prínosom a je potrebné podporovať ich rozvoj. Avšak nad príčinou negatív je potrebné sa zamýšľať, hľadať možné príčiny a snažiť sa ich odstraňovať. Je možné že príčiny nedostatkov sú nasledovné:

Mentor nepozná svoje kompetencie.
Je pracovne vyťažený.
Má osobné problémy.
Na pracovisku panuje nepriaznivá klíma
Nepriaznivé finančné ohodnotenie mentora.
Mentor je nekontrolovaný.
Mentor pociťuje neadekvátny prístup študenta k práci.
Chyba je v interpersonálnej percepcii - prvý dojem, favoritizmus...

Záver

Pri dosahovaní efektívnej práce mentorov je potrebná úzka spolupráca mentora s garantom fakulty a podľa možností je vhodné pristúpiť na selektívny výber mentorov. Po výbere vhodného mentora, fakulta a cez ňu študenti získavajú nezaplatiteľné dobrá.

- Mentor pomôže študentom adaptovať sa na cudzie prostredie, tvorené oddelením.
- Sprevádza a je nápomocný v praxi.
- Zaúča a odovzdáva svoje vedomosti.
- Vytvára pre študentov príjemné pracovné prostredie, tým znižuje ich psychickú záťaž, ktorá napomáha pri podávaní lepšieho výkonu.
- Študenta vzájomnou spoluprácou vedie k schopnosti určiť si vlastné štúdijné potreby a vhodne posúdiť svoj pokrok.

Okrem týchto spomenutých výhod autori (Loftus 1998, Turunen, 2002) uvádzajú aj dôležitý fakt, „že stretávanie sa s konkrétnymi ľuďmi, trpiacimi rôznymi ochoreniami, prinášajú významné štúdijné vedomosti, no môžu vyvolať aj silné emócie, ktoré je potrebné pomôcť zvládnuť, aby konkrétny študent mohol na daných poznatkoch a zážitkoch budovať svoj ďalší profesionálny rast“.

Už z vyššie uvedených faktov vyplýva, že každá vec sa dá využiť buď v prospech ľudí alebo na ich škodu. Vždy sa všetko odvíja od ľudí, od ich ochoty, nadšenia, čestnosti, túžby vytvárať hodnoty. Ak môžme buďme nápomocný.

Bibliografické odkazy

ĎURIČ, L. a kol.: Pedagogická psychológia. Terminologický a výkladový slovník. Bratislava: Media Trade s.r.o - SPN, 1997. 463 s. ISBN 80-08-02498-4

GAVORA, P., MAREŠ, J.: Anglicko – pedagogický slovník. Bratislava: IRIS, 1998. 240 s. ISBN 80-88778-74-3

LOFTUS, L. A.: Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing 27* ; 1998, 942-949.

ORTON, H. D.: Ward learning climate and student nurse response. *In: Davis B.D. (Ed.) Research into* 1983, Nurse Education, Croom Helm, London, pp. 90-105

PETLÁK, E.: Pedagogicko – didaktická práca učiteľa. Bratislava: IRIS, 2000. 118 s. ISBN 80-89018-05-X

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: Pedagogický slovník. Praha: PORTÁL s.r.o, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2

SCHLOSSEROVÁ, A., GALDUNOVÁ, H.: Špecifiká prístupu pôrodnej asistentkym k výberu metód pri príprave dieťaťa na gynekologické vyšetrenie. In *Quo vadis zdravotníci?* [CD-ROM]. Ed. A. Eliášová, M. Šanta, Ľ. Derňárová, J. Cinová. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove; FZ, 2005. ISBN 80-8068-392-1

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., SUCHANOVÁ, R., TIRPÁKOVÁ, L.: Alternatívne vyučovacie metódy a ich využitie vo výučbe predmetu interná medicína a ošetrovateľstvo. In *Quo vadis zdravotníci?* [CD-ROM]. Ed. A. Eliášová, M. Šanta, Ľ. Derňárová, J. Cinová. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove; FZ, 2005. ISBN 80-8068-392-1

TURUNEN, H.: Critical learning incidents and use as a learning method *A comparison of Finnish and British nurse student teachers.* 2002 Doctoral dissertation. Kuopio University Publications E. Social Sciences 93.

WILSON – BARNETT, J., BUTTERWORTH, T., WHITE, E., TWINN, S., DAVIES, S., RILEY, L.: Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing 21,* 1995; 1152-1158

PhDr. Anna Lengyelová
Katolícka univerzita v Ružomberoku
Fakulta zdravotníctva
Detašované pracovisko Košice
Hlavná 89
042 03 Košice
Slovenská republika
e-mail: lengyelova@ktfke.sk

MENTORI A ODBORNÁ PRAX ŠTUDENTOV FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU

Mariana Magerčiaková, Helena Kadučáková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Ružomberok, Slovenská republika

Súhrn

V príspevku prinášame pohľad na funkciu mentora pri vedení študentov bakalárskeho študijného programu v odbore Ošetrovateľstvo na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity počas odbornej praxe. Mentor ako sestra z klinickej praxe má nezastupiteľné miesto pri klinickom dohľade nad študentmi a ich hodnotení. Na výučbových základniach Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku pôsobí v úlohe mentora celkom 22 sestier z jednotlivých klinických pracovísk. Práve mentor môže výraznou mierou prispieť k rozvoju vedomostí a praktických zručností študentov pri ošetrovateľských činnostiach na danom klinickom pracovisku. Všetci mentori absolvovali mentorský kurz na Fakulte zdravotníctva, ktorého cieľom bolo získanie vedomostí a zručností potrebných pre vykonávanie funkcie mentora. . Okrem absolvovania mentorského kurzu musí mentor spĺňať aj ďalšie kvalifikačné predpoklady, a to minimálne 5- ročná prax v odbore a vyššie odborné, resp. vysokoškolské vzdelanie v odbore Ošetrovateľstvo. Príspevok je doplnený výsledkami prieskumu zameraného na skúsenosti mentorov s vykonávaním funkcie mentora a na spokojnosť s úrovňou absolvovaného mentorského kurzu. V závere príspevku sú na základe výsledkov prieskumu uvedené návrhy na opatrenia pre zlepšenie výkonu funkcie mentora a tiež pre efektívnejšiu spoluprácu medzi mentormi a pedagógmi.

Kľúčové slová: mentor, študent, pedagóg, odborná prax, výučbová základňa/klinické pracovisko, mentorský kurz

Úvod

„Mentori spoločne so sestrami- učiteľkami, či pôrodnými asistentkami- učiteľkami v príslušnej odbornej oblasti, zodpovedajú za klinický dohľad nad študentmi. Mentori tiež významnou mierou prispievajú k ohodnoteniu spôsobilosti študenta.“ (Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky 2, 2003, s. 334)

Na zabezpečovaní odbornej praxe študentov bakalárskeho študijného programu v odbore Ošetrovateľstvo na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku sa podieľa celkovo 22 mentorov, ktorí pôsobia na týchto klinických pracoviskách Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku:

Interná klinika- 4 mentori
Chirurgická klinika- 3 mentori
Neurologická klinika- 3 mentori
Psychiatrické oddelenie- 3 mentori
Gynekologicko- pôrodnícke oddelenie- 3 mentori
Detské oddelenie- 3 mentori
Doliečovacie oddelenie- 3 mentori.

Všetci mentori absolvovali mentorský kurz, ktorého cieľom bolo získanie vedomostí a zručností potrebných pre vykonávanie funkcie mentora. V rámci mentorského kurzu boli prezentované

prednášky z vyučovacích predmetov: Ošetrovateľstvo teória, Ošetrovateľský proces, Manažment v ošetrovateľstve, Komunikácia, Mentorstvo v ošetrovateľstve, Základy pedagogiky, Didaktika, Pedagogická psychológia. Mentorský kurz trval jeden rok a bol ukončený záverečným testom, ktorý obsahoval po 5 otázok z každého vyučovacieho predmetu.
Okrem absolvovania mentorského kurzu musí mentor spĺňať aj ďalšie kvalifikačné predpoklady, a to minimálne 5- ročná prax v odbore a vyššie odborné, resp. vysokoškolské vzdelanie v odbore Ošetrovateľstvo.

Ciele
V našom príspevku chceme prezentovať výsledky prieskumu zameraného na skúsenosti mentorov s vykonávaním funkcie mentora a na spokojnosť s úrovňou absolvovaného mentorského kurzu.

Súbor
Súbor tvorilo 22 respondentov- žien, ktoré pôsobia ako mentori na klinických pracoviskách-výučbových základniach v Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku. Počet respondentov pre spracovanie výsledkov bol 20.

Metodika
Pri skúmaní uvedeného problému sme použili metódu dotazníka, ktorý obsahoval celkom 10 otázok, z toho 5 zatvorených a 5 polootvorených otázok. Rozdaných bolo 22 dotazníkov, vrátených 20 (návratnosť 91 %). Prieskum bol realizovaný v januári 2006. Získané výsledky uvádzame prehľadne v tabuľkách.

Výsledky
Tab. 1 Prínos funkcie mentora pre rozvoj praktických zručností študentov

Prínos mentora pre rozvoj zručností študentov	Počet respondentov (n = 20)
Áno	20
Nie	0

Tab. 2 Motivácia k vykonávaniu funkcie mentora

Motivačné faktory pre výkon funkcie mentora	Počet respondentov (n = 20)
Možnosť odovzdať skúsenosti študentom	19
Zvýšené sebavedomie	0
Možnosť sebarealizácie	0
Finančné ohodnotenie	3
Iné	2

Tab. 3 Problémy mentora pri odbornom vedení študentov počas odbornej praxe

Problémy pri odbornom vedení študentov	Počet respondentov (n = 20)
Nedisciplinovanosť študentov	4
Veľký počet študentov na klinickom pracovisku	14
Nedostatočné vedomosti a zručnosti študentov	5
Iné	6

Tab. 4 Podmienky pre zlepšenie výkonu funkcie mentora

Podmienky pre zlepšenie výkonu funkcie mentora	Počet respondentov (n = 20)
Vyšší počet mentorov na klinickom pracovisku	6
Nižší počet študentov	12
Iné	3

Tab. 5 Návrhy na zlepšenie spolupráce medzi mentormi a pedagógmi Katolíckej univerzity

Návrhy na zlepšenie spolupráce	Počet respondentov (n = 20)
Častejšie pracovné porady	1
Častejšie konzultácie medzi pedagógom a mentorom	14
Iné	5

Tab. 6 Problémy pri vypracovaní hodnotenia študenta

Problémy pri vypracovaní hodnotenia študenta	Počet respondentov (n = 20)
Áno	3
Nie	8
Niekedy	9

Tab. 7 Návrh pre iný spôsob hodnotenia študentov

Návrh pre iný spôsob hodnotenia študentov	Počet respondentov (n = 20)
Áno	5
Nie	15

Tab. 8 Prínos absolvovania mentorského kurzu pre mentora

Prínos absolvovania mentorského kurzu	Počet respondentov (n = 20)
Áno	19
Nie	1

Tab. 9 Najprínosnejšie prednášky v rámci mentorského kurzu

Najprínosnejšie prednášky	Počet respondentov (n = 20)
Všetky vyučovacie predmety	3
Pedagogika	6
Manažment v ošetrovateľstve	6
Didaktika	5
Pedagogická psychológia	4
Ošetrovateľstvo	4
Komunikácia	3
Mentorstvo	2

Tab. 10 Rozsah predmetov v rámci mentorského kurzu

Postačujúci rozsah predmetov mentorského kurzu	Počet respondentov (n = 20)
Áno	20
Nie	0

Diskusia

Cieľom nášho prieskumu bolo skúmať funkciu mentora z pohľadu tých, ktorí ju vykonávajú na výučbových základniach- klinických pracoviskách Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že všetci mentori uznávajú prínos funkcie mentora pre rozvoj praktických zručností študentov. Ako uvádza Kyasová (2004), študenti sú počas odbornej praxe vedení k samostatnosti, zodpovednosti a k produktívnej spolupráci so zdravotníckymi pracovníkmi bez priameho vedenia odbornou učiteľkou, ako tomu bolo na strednej zdravotníckej škole.

K vykonávaniu funkcie mentora ich najviac motivuje možnosť odovzdať svoje praktické skúsenosti študentom. Motivačným faktorom môže byť aj finančná odmena a poďakovanie (Škrlovi, 2003). Poďakovanie je možné uskutočniť prostredníctvom ďakovného listu dekana Fakulty zdravotníctva za mimoriadne dobrú spoluprácu.
Najväčším problémom či prekážkou pri vedení študentov počas odbornej praxe je pre mentorov veľký počet študentov na danom klinickom pracovisku, a teda najmä skupiny s nižším počtom študentov by mohli prispieť aj ku zlepšeniu výkonu funkcie mentora.
Najčastejšie uvádzaným návrhom na zlepšenie spolupráce medzi mentormi a pedagógmi Katedry ošetrovateľstva na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku sú častejšie konzultácie medzi pedagógom a mentorom.
Dôležitou súčasťou práce mentora je vypracovanie hodnotenia študenta, pričom väčšina mentorov má problémy s vypracovaním hodnotenia, najmä z dôvodu vysokého počtu študentov. Mentori hodnotia u študenta: odborné vedomosti, praktické zručnosti, komunikačné zručnosti, prístup k pacientovi, prístup ku zdravotníckym pracovníkom. Zároveň stručne popíšu problémové oblasti a nedostatky študenta. Každá z uvedených zložiek hodnotenia študenta sa hodnotí prostredníctvom stupnice A, B, C, D, E.
Takmer všetci mentori uviedli absolvovanie mentorského kurzu ako pre nich prínosné a rozsah predmetov v rámci mentorského kurzu hodnotia ako postačujúci.

Záver

Na základe uvedených výsledkov navrhujeme pre zlepšenie výkonu funkcie mentora a tiež pre efektívnejšiu spoluprácu medzi mentormi a pedagógmi nasledovné opatrenia:

- Do harmonogramu odbornej praxe zaradiť skupiny s nižším počtom študentov, prípadne študentov rozdeliť do zmien (dopoludňajšia a odpoludňajšia zmena),
- Viesť aj naďalej študentov k zvyšovaniu disciplinovanosti pri realizácii odbornej praxe,
- Apelovať na študentov ohľadom prehlbovania vedomostí a zručností aj v rámci samoštúdia, predovšetkým v ich problémových oblastiach,
- Uskutočňovať častejšie konzultácie medzi mentormi a pedagógom zodpovedným za odbornú prax na danom klinickom pracovisku na základe ich vzájomnej dohody,
- Organizovať pravidelné pracovné porady mentorov a pedagógov Fakulty zdravotníctva (pred začiatkom a po ukončení semestra); na porady prizvať aj vedúcich výučbových základní,
- V rámci konzultácií a pracovných porád venovať priestor aj zásadám hodnotenia študentov a kritériám pre jeho vypracovanie.

Pozícia mentora je veľmi náročná z hľadiska zosúladenia pracovných povinností vyplývajúcich z pracovného zaradenia na danom klinickom pracovisku (sestra, staničná sestra, vedúca sestra oddelenia alebo kliniky) a požiadaviek kladených na vykonávanie funkcie mentora. Mentor však zastáva nenahraditeľné miesto v odovzdávaní cenných pracovných skúseností zo svojho dôverne známeho pracoviska, ktoré študentom nedokáže odovzdať ani ten najskúsenejší pedagóg.

Bibliografické odkazy

Kyasová, M.: Hodnocení bakalářek ošetřovatelství při ošetřovatelské praxi. In: *Trendy v ošetřovatelství III.*, Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004, s. 113- 115. ISBN 80-7042-351-X
Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky 2. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2003, 456 s. ISBN 80-967818-5-5
Škrla, P., Škrlová, M.: *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent- Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1

PhDr. Mariana Magerčiaková
PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
ul. gen. M. Vesela 21
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: magerciakova@fedu.ku.sk
e-mail: kaducakova@fedu.ku.sk

PERSPEKTÍVA A VÍZIA VEDECKO-VÝSKUMNEJ ČINNOSTI FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA Z POHĽADU OŠETROVATEĽSTVA

Katarína Malíková, Eva Moraučíková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Ružomberok, Slovenská republika

Súhrn

Vedecko- výskumná činnosť má podstatný význam pre rozvoj ošetrovateľstva a je jeho neoddeliteľnou súčasťou. Na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku sa vedecko- výskumná činnosť zameriava na rozvoj ošetrovateľstva ako vednej disciplíny, rozšírenie poznatkov v klinickej praxi, odhalenie aktuálnych problémov, zlepšenie kvality pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti formou ošetrovateľského procesu a skvalitnenie výučby študentov ošetrovateľstva. Pre úspešnú realizáciu vedecko-výskumnej činnosti je nevyhnutná spolupráca vysokoškolských pedagógov a študentov dennej i externej formy v odbore ošetrovateľstvo. Základy vedecko-výskumnej práce získavajú študenti v predmetoch: Ročníková práca, Výskum v ošetrovateľstve- teória, cvičenia a Propedeutika vedeckej práce. Zároveň sa podieľajú na vedecko-výskumných projektoch realizovaných na Fakulte zdravotníctva a v Ústrednej vojenském nemocnici v Ružomberku. Pedagogickí zamestnanci v rámci vedecko-výskumnej činnosti sa venujú vlastnej výskumnej práci- publikačná činnosť, písanie vedeckých prác, účasť a organizácia odborných konferencii a seminárov. Hlavným cieľom Fakulty zdravotníctva je pripraviť absolventov ošetrovateľstva na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, naučiť implementovať výskumné metódy do prax a podieľať sa na realizácii klinického výskumu.

Kľúčové slová

Výskum v ošetrovateľstve, zmena postavenia sestry, vedecko-výskumná činnosť, zmena, výskum zameraný na ošetrovateľskú prax.

Úvod

Súčasný moderný trend v rozvoji ošetrovateľstva navodzuje zmeny v oblasti vzdelávania, postavenia sestry a ošetrovateľského výskumu. Nové ošetrovateľstvo kladie dôraz na holistický prístup k osobe a využíva vzájomnú interakciu medzi účastníkmi starostlivosti.

Mení sa profesionálna rola sestry, ktorá okrem role ošetrovateľky, edukátorky, manažérky vystupuje aj v pozícií nositeľky zmien a výskumníčky.

Táto rola si vyžaduje hľadať vedecky zdôvodnené východiská a postupy ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľstvo založené na výskume vedie k zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej a zdravotníckej praxe.

Ošetrovateľstvo a ošetrovateľský výskum

Ošetrovateľstvo je humanitná vedná disciplína, ktorá integruje poznatky z vedeckých disciplín zaoberajúcich sa človekom, prírodou a spoločenstvom.

Ošetrovateľstvo má veľký význam nielen pre napredovanie a úspešnosť jednotlivých medicínskych odborov, ale má nesmiernu morálno-etickú hodnotu pre človeka.

V súčasnosti sa ošetrovateľstvo začína utvárať ako veda a nemá zatiaľ vlastnú metodológiu špecifickú pre svoj odbor, preto ošetrovateľstvo pre svoju vedeckú činnosť využíva terminológiu a metódy iných, príbuzných odborov.

Napriek týmto charakteristikám má jasný cieľ a úlohy- preklenúť priepasť medzi výskumom a praxou, realizovať výskum v klinickej praxi, čo je kľúčová stratégia pri zjednocovaní vzdelávacích, vedeckých a humánnych hľadísk ošetrovateľstva budúcnosti.
Ošetrovateľský výskum podnecuje sestry skúmať a je výzvou kreovať prax a objasniť efektívnosť a hodnoty novej alebo navrhovanej praxe.
„Ošetrovateľský výskum sa zameriava na rozšírenie poznatkov o starostlivosti o ľudí v zdraví a chorobe. Je nasmerovaný k pochopeniu základných genetických, fyziologických, sociálnych, behaviorálnych a enviromentálnych mechanizmov, ktoré umožňujú podporovať schopnosti jednotlivcov a rodín, alebo rešpektovať optimum funkcií a minimalizovať tie, ktoré sú príčinou ochorení.“ (WHO, 2003, s.353)

Priority ošetrovateľského výskumu

- zdravotná starostlivosť a prevencia ochorení,
- vytvorenie ekonomicky výhodných systémov poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,
- vytvorenie stratégií zabezpečujúcich efektívnu ošetrovateľskú starostlivosť vysoko rizikových skupín,
- zníženie negatívneho vplyvu zdravotných problémov na schopnosti vyrovnať sa s chorobou, produktivitu a uspokojenia pacientov.

Kategórie a úrovne ošetrovateľského výskumu

Výskum sa rozdeľuje na základný a aplikovaný. V zdravotníctve a v ošetrovateľstve aplikovaný výskum zahrňuje, klinický ošetrovateľský výskum, výskum organizácie a riadenia ošetrovateľstva, výskum ošetrovateľskej techniky, výskum ošetrovateľskej profesie a prípravy na ňu.
Cieľom základného výskumu je rozšíriť teoretickú bázu ošetrovateľskej vedy, klinický výskum je zameraný na zlepšenie ošetrovateľskej a zdravotníckej praxe.

Zmena postavenia sestry

Všade vôkol nás panuje zmena. *Zmena je integrálnou súčasťou ošetrovateľstva. Mení sa zdravotnícky systém, čím sa menia aj požiadavky sestier na vzdelávanie. Zmena v sesterskom vzdelávaní na vzdelanie vysokoškolské- prvého alebo druhého stupňa, kladie na sestry ťažšie a zodpovednejšie úlohy.*(Poledníková, Ľ., Mesárošová, J., 2004, s.103)
Zdravotnícky systém a verejnosť očakáva, že sestry zohrávajú aktívnejšiu úlohu pri zlepšovaní ošetrovateľskej praxe. Postavenie sestry sa mení, získavajú nezávislú, autonómnu rolu. Aby sestry mohli v súčasnom svete účinne pracovať a vplývať naň, musia poznať teóriu zmeny a musia chcieť zmenu na svojom pracovisku aplikovať.
Transformácia vzdelávania sestier spôsobuje to, že do praxe sa dostávajú sestry s rôznou vzdelanostnou úrovňou, čím sa vytvára báza pre základný a aplikovaný výskum.
Každá sestra by mala mať informácie o výskume. Len menšina môže výskumný projekt uskutočniť, ale je nevyhnutné, aby všetky sestry vedeli ako hľadať informácie, dôležité dokumenty a chápali ich kriticky, takže môžu objasniť dôvody, prečo sa starostlivosť takto poskytuje. Výskumné úlohy, ktoré by mali byť sestry schopné riešiť podľa stupňa dosiahnutého vzdělania charakterizuje Bartlová (2005, s. 140) následovne:

Bakalárka ošetrovateľstva:

- študuje interpretuje a vyhodnocuje výsledky výskumu z hľadiska uplatnenia v praxi,
- identifikuje ošetrovateľské problémy, ktoré je treba podrobiť výskumu a podieľa sa na realizovaní výskumných štúdií,

- využíva ošetrovateľskej praxi ako prostriedku na zhromažďovanie údajov k ďalšiemu zlepšeniu a rozšíreniu praxe,
- aplikuje zistenia z ošetrovateľstva a výskumu v iných zdravotníckych oblastiach na ošetrovateľskú prax,
- o výskumných zisteniach informuje ostatných spolupracovníkov.

Magistra ošetrovateľstva:
- analyzuje problémy ošetrovateľskej praxe tak, aby sa vedecké poznatky a metódy dali použiť pri hľadaní riešenia,
- zvyšuje kvalitu a klinickú spoľahlivosť výskumu a poskytuje expertízy v klinických problémoch a poznatky o spôsoboch, ktorými sa klinické služby poskytujú,
- vykonáva výskumy pre potreby monitorovania kvality práce v ošetrovateľstve a klinickom prostredí,
- pomáhajú iným aplikovať vedecké poznatky z ošetrovateľskej praxe.

Doktorka ošetrovateľstva
- zabezpečuje vedenie v integrácii vedeckých poznatkov v ošetrovateľstve s inými prameňmi poznatkov pre pokroky v praxi,
- vykonáva výskumy na vyhodnotenie prínosu ošetrovateľskej činnosti pre blaho pacienta,
- rozvíja metódy a sleduje kvalitu ošetrovateľskej práce v klinickom prostredí a vyhodnocuje prínos ošetrovateľských činností pre blaho pacientov.

Doktorandka
- rozvíja teoretické vysvetlenia fenoménov vo vzťahu k ošetrovateľstvu prostredníctvom empirického výskumu a analytických procesov,
- používa analytické a empirické metódy na odkrytie spôsobov modifikácie alebo rozšírenie existujúcich vedeckých poznatkov tak, aby sa dali aplikovať v ošetrovateľstve,
- rozvíja metódy vedeckého výskumu u fenoménov, významných z hľadiska ošetrovateľstva.

Výskum zameraný na ošetrovateľskú prax

Ošetrovateľská prax má byť postavená na výskumnej báze poznatkov a tí, ktorí vykonávajú prax v povolaní, majú podporovať výskumníkov a využívať relevantné poznatky.
Nepretržitý a rýchly vedecký rozvoj v meniacom sa svete zdôrazňuje potrebu výskumu ako podmienku zisťovania nových poznatkov, zdokonaľovania profesijného vzdelávania a praxe a efektívneho využívania zdrojov.
Všetky sestry majú prispieť k výskumnej agende a využívať výskumné výsledky v praxi.
Sestry majú byť poverené k tomu, aby identifikovali príslušné témy, aby podporovali výskumné projekty a aby výsledky boli uplatňované v praxi. Viac sestier by malo realizovať výskum. Niekoľko sestier by malo byť zamestnaných výskumom na plný úväzok, ako výskumní pracovníci.

Sestry si musia vytvoriť výskumné vedomie
- výskumné vedomie je zamerané na poznatky sestier tak, aby pochopili potrebu výskumu,
- získali kompetencie vykonávať výskum,
- využili kritický prístup k práci, túžbu a schopnosť zhodnotiť prácu voči situácií a aplikovať ju ako je potrebné,
- pochopili dôležitosť výskumu pre profesiu a starostlivosť o pacientov a vôľu podporovať ošetrovateľských výskumníkov v práci.

Vedecko- výskumná činnosť Fakulty zdravotníctva

Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku je zameraná na výchovu a vzdelávanie absolventov bakalárskeho štúdia v odbore Ošetrovateľstvo a Pôrodná asistencia a magisterského štúdia v odbore Ošetrovateľstvo. Úlohou fakulty je nielen edukácia študentov, ale aj vedecko-výskumná činnosť, najmä účasť pedagógov a študentov na vedecko-výskumných projektoch. Fakulta sa podieľa na riešení viacerých regionálnych, celoštátnych, medzinárodných grantových projektoch a popri súčasnom vstupe Slovenskej republiky do Európskej Únie nadväzuje kontakty s inštitúciami podobného zamerania štátov EU a inými neeurópskymi štátmi. Fakulta Zdravotníctva úzko spolupracuje s Ústrednou vojenskou nemocnicou SNP v Ružomberku, s Pedagogickou fakultou KU, regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek a Strednou zdravotníckou školou v Ružomberku.

Pracovníci Fakulty zdravotníctva spolu s internými a externými študentmi sú zapojení do schválených projektov spolupráce s UVN v Ružomberku, Ústavom sociálnej práce a Pedagogickou fakultou KU v Ružomberku. Zároveň sa podieľajú na príprave a riešení grantových projektov (Leonardo da Vinci, Socrates. VEGA, rozvojové projekty- e-learning).

Medzi najvýznamnejšie projekty patrí:

- Wspólny Fundusz Małych Projektów Polska-Słowacja- projekt spolupráce s Poľskom,
- Využitie ošetrovateľskej dokumentácie pri implementácii ošetrovateľského procesu do praxe.
- Vytvorenie a prevádzkovanie internetového portálu Ústavu zdravotníctva a sociálnej práce v Ružomberku.
- Polyfunkčná odborná učebňa ošetrovateľstva- ošetrovateľských techník.
- Podiel ošetrovateľstva v komplexnom prístupe ku klientom so špecifickým zameraním na antidekubitový režim.
- Negatívne účinky stresu a možnosti ošetrovateľstva pri objektivizácii vývoja stresovej situácie.
- Zistenie miery náročnosti bakalárskeho štúdia ošetrovateľstva s ohľadom na stav výživy, tlaku, psychogénych vplyvov a navrhnutie preventívnych opatrení na elimináciu potencionálnych rizikových faktorov.
- Skúmanie komplexu pedagogického procesu pri výučbe odboru Ošetrovateľstvo na Katolíckej univerzite v Ružomberku z hľadiska pozitívnych a negatívnych dopadov na zdravie študentov a pedagógov.

Fakulta Zdravotníctva pripravila projekt v rámci Európskych sociálnych fondov:

- ESF č. 2005/2.2./01/055 Vzdelávanie a rekvalifikácia nezamestnaných žien s prednostným zameraním na ženy z rómskeho etnika na získavanie vedomostí a zručností v oblasti ošetrovateľstva, zdravotnej starostlivosti, starostlivosti o novorodencov, hygieny a životného štýlu pre výkon práce opatrovateliek a asistentiek zdravotnej starostlivosti v prostredí rómskej komunity a sociálne odkázaných občanov v okrese Ružomberok a obci Rudňany.

Vedecko-výskumná činnosť pedagógov

Fakulta Zdravotníctva v odbore Ošetrovateľstvo zamestnáva osem interných vysokoškolských pedagógov, ktorých úlohou je výchova a vzdelávanie študentov a vlastný vedecký, graduačný rast.

Pedagogickí zamestnanci sa venujú samostatným vedecko-výskumným aktivitám, spolupracujú na riešení partnerských projektov, vedú vedecko-výskumnú činnosť študentov (záverečné práce, ŠVOČ) a zároveň sa venujú publikačnej činnosti- príspevky do odborných časopisov, písanie monografii a vysokoškolských skrípt.

Výsledky vedecko-výskumnej činnosti prezentujú pri aktívnej účasti na odborných konferenciách a seminároch v SR a v zahraničí.

Vedecko-výskumná činnosť študentov ošetrovateľstva

Účasť študentov na vedecko-výskumnej činnosti nie je možná bez teoretických vedomostí o ošetrovateľskom výskume a výskumných metódach. V bakalárskom štúdiu v odbore Ošetrovateľstvo získavajú vedomosti prostredníctvom vyučovacieho predmetov Ročníková práca a Výskum v ošetrovateľstve I,II,III.

V magisterskom štúdiu v odbore Ošetrovateľstvo v predmetoch Propedeutika vedeckej práce a Výskum v ošetrovateľstve.

Praktické uplatnenie výskumných metód je možné aj v rámci klinických cvičení. Študenti počas cvičení v prirodzených podmienkach uplatňujú predovšetkým pozorovanie a rozhovor, ale zároveň vypracúvajú aj kazuistiku ošetrovateľského procesu u konkrétneho pacienta v rámci každého oddelenia/klinického pracoviska. Pri realizácii ošetrovateľského procesu pracujú s ošetrovateľskou dokumentáciou vypracovanou odbornými asistentkami, podľa modelu V.Hendersonovej, D. Oremovej, M. Gordonovej, ktorá je súčasťou vyššie spomínaného projektu. Zručnosti v spracovaní teoretických a praktických informácii si môžu študenti precvičiť pri spracovaní seminárnych a záverečných prác.

U študentov bakalárskeho štúdia sa kladie dôraz najmä na to, aby boli pripravení na spoluprácu pri výskume v ošetrovateľstve a dokázali vypracovať klinické štúdie, ako sú pozorovanie a kazuistika.

Študenti magisterského štúdia musia byť schopní aplikovať kvalitatívne a kvantitatívne metódy výskumu v praxi a podieľať sa na realizácii základného a klinického výskumu, samostatne vypracovať záverečnú prácu.

Na zvýšenie motivácie študentov pre vedecko-výskumnú činnosť bude v akademickom roku 2006/2007 realizovaná Študentská vedecká odborná činnosť (ŠVOČ) a odborná konferencia so študentskou sekciou, v ktorej budú študenti prezentovať výsledky praktických a teoretických výskumných prác.

Záver

Fakulta Zdravotníctva pri KU v Ružomberku má krátku tradíciu. Akademický rok 2005/2006 je prvým rokom v jej existencii a 4 rokom od vzniku katedry Ošetrovateľstva na Katolíckej univerzite v Ružomberku. Práve preto je vedecko-výskumná činnosť dôležitou súčasťou práce pedagógov a študentov. Odborný rast pedagógov, kvalitná príprava študentov umožní položiť základy pre vedeckú prácu v oblasti ošetrovateľstva. Hlavným cieľom vedecko-výskumnej činnosti je pripraviť budúcich absolventov ošetrovateľstva na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, naučiť implementovať výskumné metódy do praxe, vedieť plno využiť role sestry, vytvoriť vlastné, alternatívne metódy, rozvíjať kvalitatívny výskum v ošetrovateľstve, ktorý má širšie uplatnenie v humanitných vedách.

Bibliografické odkazy

ADAMICOVÁ, K., FETISOVOVÁ, Ž., MELLOVÁ, Y. 2003 Ošetrovateľstvo ako odbor univerzitného štúdia. *Sestra*, október 2003, s. 10-11. ISSN 1335-9444

BARTLOVA, S., SADÍLEK, P., TOTHOVÁ, V. 2005. Výskum a ošetřovatelství. Brno: NCO NZO, 2005, 146 s. ISBN 80-70-13-416-X

FARKAŠOVÁ, D. et. al. 2002. *Výskum v ošetrovateľstve*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2002. 88 s. ISBN 80 – 8063 – 111 – 5

POLEDNÍKOVÁ, ź., MESÁROŠOVÁ, J. 2003. Pozícia sestry v ošetrovateľskom výskume. *Ošetřovatelství- teorie a praxe moderního ošetřovatelství.* č. 3-4, 103-104. ISSN 1212-723X

Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky. (2). 2003. 1. vyd. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2003. 456 s. ISBN 80-967818-5-5.
ŽIAKOVÁ, K. et. al. 2003. *Ošetrovateľská teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

PhDr. Katarína Malíková
PhDr. Eva Moraucikóvá
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotnictva
ul. gen. M. Vesela 21
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: malikova@fedu.ku.sk
e-mail: moraucikova@fedu.ku.sk

POJETÍ ALIANCE 3 N

Jana Marečková

Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, Olomouc
Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn
Perspektivní platformou dalšího rozvoje ošetřovatelské terminologie je Aliance NNN, zahrnující oblasti tří aktivit. Propojuje projekty 1/ NANDA – International, jež vyvíjí materiál pro přesnou ošetřovatelskou diagnostiku, 2/ NIC (Nursing Interventions Classification) - rozsáhlý soubor ošetřovatelských intervencí (vždy se souborem činností) a NOC (Nursing Outcomes Classification), zabývající se vývojem výsledků a hodnotících kritérií ošetřovatelské péče.

Klíčová slova
NANDA – International, NIC, NOC, Aliance NNN

Úvod
Název Aliance NNN je odvozen od prvních písmen projektů **N**ANDA - International, **N**IC a **N**OC. Jejich propojením vzniká produkt se standardními názvy ošetřovatelských diagnóz, ke kterým jsou stanoveny vhodné intervence a výsledky péče. Odborná literatura hovoří o vzniku unifikovaného ošetřovatelského jazyka (Closkey Dochterman, Jones, D. 2003).

Obsah
Mezi komponenty Aliance NNN patří:
NANDA – International (NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR NURSING DIAGNOSIS [online], cit. 12.4.2006)
Jedná se o asociaci, která produkuje **zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém**, z něhož mohou čerpat představitelé všech ošetřovatelských specializací. Je použitelný v neonatologické péči, v péči o děti, dospělé, o seniory, v hospicích, v domácím či komunitním ošetřovatelství, v prenatální poradně i na porodním sále, v péči školních i rodinných sester, v rámci péče specialistek stoma praxe a v dalších ošetřovatelských oblastech. Aplikaci ošetřovatelských diagnóz v edukační činnosti všeobecných sester se věnuje například Dušová (Dušová, 2005.) a zapracováním ošetřovatelských diagnóz do péče porodní asistence se věnuje Vrublová (Vrublová, 2005.). V roce 2002 byla NANDA asociace, přesně po dvaceti letech od svého vzniku, přejmenována na NANDA - International. Tento počin reflektuje její mezinárodní odraz ve světě. Protože systém specifikuje diagnózy určujícími znaky, souvisejícími nebo rizikovými faktory a označuje je číselnými kódy, máme se podle čeho při jejich rozpoznávání orientovat. Vedou nás k nalezení dysfunkčních potřeb člověka, rodiny nebo komunity. Obdobně je tomu v medicíně, kdy jsou určité symptomy klienta vodítkem ke stanovení medicínské diagnózy. Názvy ošetřovatelských diagnóz s číselným kódem jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských diagnóz NANDA - I. Názvy medicínských diagnóz s číselnými kódy jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci onemocnění MKO.
NIC – Nursing Interventions Classification (Closkey, Dochterman, Bulechek at al. 2004)
Klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC patří mezi projekty vedené Centrem pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness)(CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS UNIVERSITY IOWA [online], cit. 14.4.2006) Univerzity Iowa ve Spojených státech Amerických. Bylo založeno v roce 1995 v návaznosti na předchozí výzkumné aktivity.

Jednotlivé ošetřovatelské intervence v klasifikaci navazují na diagnostický závěr. Nalezené ošetřovatelské diagnózy (dysfunkční problémy) řešíme jejich zařazením do plánu a realizací. Testováním aplikace NIC a NOC v praxi se na Slovensku zabývají autorky Boledovičová (Boledovičová, Krištofová, 2004) a Vörösová (Vörösová, Mesárošová, 2004).
Intervence jsou řazeny z pohledu abstrakce ve tří úrovňové taxonomické struktuře (McCloskey, Buchelek, 2002. Nursing Interventions Classification (NIC) - Overview and Current). Nejvyšší abstraktní úroveň představují domény a úroveň, z pohledu abstrakce nejnižší, patří vysoce konkrétním ošetřovatelským intervencím se sumou aktivit. K sedmi doménám patří: 1/ doména fyziologická základní, 2/ fyziologická komplexní, 3/ behaviorální, 4/ bezpečí, 5/ rodiny, 6/ zdravotního systému a 7/ doména komunity. Uvnitř domén je strukturováno 30 tříd a v nich pak jednotlivé ošetřovatelské intervence. Domény, třídy i intervence jsou opatřeny definicemi a každá intervence má specifický čtyř číselný kód.
Je třeba zmínit, že pojem **ošetřovatelská intervence** má podle autorů klasifikace **širší význam.** Jedná se o název okruhu péče, pod který spadá soubor ošetřovatelských činností, potřebných k řešení dysfunkční lidské potřeby (nebo-li ošetřovatelského problému pojmenovaného názvoslovím NANDA – I). Každá z intervencí má svoji definici a je z důvodu přesnosti zpracování dokumentovaných dat o ošetřovatelské praxi označena kódem.

Příklad:
Diagnostickým postupem jsme u klienta stanovili ošetřovatelský problém, který je standardně pojmenován jako riziko infekce - 00004. Kompetencí ošetřovatelských profesionálů je rozhodnout, jakou ošetřovatelskou péči je třeba poskytnout. S tím souvisí tvorba plánu ošetřovatelské péče, ve kterém je doloženo (dokumentováno), jakým způsobem bude ošetřovatelský problém (riziko infekce) řešen. V publikaci NIC z roku 2004 je pro riziko infekce předložena tabulka s nabídkou doporučených intervencí. Patří mezi ně také intervence, která je pojmenována jako ochrana před infekcí - 6550. Tato intervence je definována jako „soubor ošetřovatelských aktivit, které vedou k prevenci a včasné detekci infekce u infekcí ohroženého pacienta“. V rámci této intervence je NIC klasifikací předloženo dvacet osm ošetřovatelských činností. Například: - sledovat systémové a lokální známky a příznaky infekce, - sledovat citlivost vůči infekci, - sledovat hodnoty granulocytů, - omezit počet návštěv, je- li to vhodné, - dodržovat aseptické postupy v péči o pacienta, - kontrolovat zarudnutí, lokální zvýšení teploty nebo prosakování na kůži a sliznicích, - podpořit příjem tekutin, je-li to vhodné, - podpořit nutriční příjem, je - li to vhodné, - naučit pacienta a jeho rodinu předcházet infekci, - zabezpečit samostatný pokoj, je - li to třeba, - hlásit podezření z infekce odpovědné osobě, atd.
Z nabídnutých ošetřovatelských intervencí a činností pak odborník (nejlépe primární sestra nebo primární porodní asistentka) do individuální ošetřovatelské péče zařadí pouze ty, které jsou pro daného klienta vhodné a potřebné.
Tým NIC definuje intervenci jako: „… ošetření, které je založeno na diagnostickém závěru sester (ošetřovatelských profesionálů s vysokoškolským vzděláním, tedy i porodních asistentek) a je poskytováno ve prospěch dosažení očekávaných výsledků klienta“ U každé intervence jsou odkazy na odborné publikace, ve kterých je možné dohledat informace o provádění ošetřovatelských činností. NIC klasifikace zahrnuje veškerá možná ošetření poskytovaná sestrami. Jedná se o intervence spadající do oblasti **základní péče**, například intervence č. 0140 - *Mechanická podpora těla* až po intervence péče **vysoce komplexní** a **specializované**. Příkladem může být intervence č. 2840 - *Podávání anestézie* nebo intervence č. 6771 - *Elektronické monitorování plodu* či intervence č. 4140 – *Monitorování tekutin*. Soubor intervencí je orientován na jedince, rodinu nebo komunitu. Příkladem intervence pro jednotlivce je č. 3900 - *Regulace tělesné teploty*, intervence pro rodinu č. 7100 - *Podpora soudržnosti rodiny* a příkladem intervence pro komunitu je č. 8500 - *Rozvoj zdraví komunity* nebo č. 6484 - *Management prostředí komunity*. Systém nabízí dvě **kategorie intervencí – přímé a nepřímé**. Mezi intervence přímé ošetřovatelské péče jsou zařazeny:

a/ intervence fyziologické (pří. intervence č. 1910 - *Management acidobazické rovnováhy*)
b/ psychosociální (př. intervence č. 5820 - *Redukce úzkosti*)
c/ léčebné (př. intervence č. 2130 - *Management hypoglykémie*)
d/ preventivní (6490 – *Prevence pádu* nebo č. 6487- *Management prostředí – prevence násilí*)
e/ a intervence na podporu zdraví (č. 0200 - *Podporování cvičení*)
Mezi intervence nepřímé ošetřovatelské péče, které vycházející převážně z ordinace lékařů, je možné zařadit například intervenci č. 7660 – *Vedení akutní karty*. Obsahuje aktivity konané za účelem monitorování a zaznamenávání parametrů intenzivního sledování stavu klienta ve stanovených časových intervalech. Dalším příkladem může být třeba intervence č. 2304 – *Podávání léčiv per os*.

NOC - Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas, 2003).

Klasifikace očekávaných výsledků ošetřovatelské péče je dalším z kontinuálních projektů Centra pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) Univerzity Iowa. Je zevrubnou standardizovanou klasifikací výsledků ošetřovatelské péče, která je vyvíjena pro evaluaci - vyhodnocování efektu ošetřovatelských výsledků (cílů ošetřovatelské péče). Standardizované výsledky jsou aplikovatelné v elektronické ošetřovatelské dokumentaci, jež má být součástí klinických informačních systémů. V nich je pak možné dohledávat a vyhodnocovat efektivitu konaných intervencí, jež ke splnění cíle konáme.
Výsledek ošetřovatelské péče je definován jako „měřitelný stav, měřitelné chování nebo vnímání jednotlivce, rodiny nebo komunity, který je dlouhodobě a kontinuálně měřením sledován a který citlivě reaguje na intervence“. Standardizované výsledky jsou klasifikací NIC vyvíjeny pro všechna zdravotnická pracoviště s rozmanitou populací klientů, včetně klientů péče terciální, komunitní, domácí a klientů ošetřovatelských domů. Jestliže výsledky popisují klientův stav, je třeba, aby byly současně vyvíjeny intervence, jimiž lze očekávaného stavu - výsledku dosáhnout. Proto se odborníci Iowa Centra ve dvou kooperujících týmech paralelně věnují NIC i NOC klasifikacím.
V posledním vydání NOC klasifikace je uvedeno 330 standardizovaných výsledků péče. Tři sta jedenáct z nich je orientováno na **jedince**, deset na **rodinu** a devět na **komunitu.** Jednotlivé výsledky jsou strukturovány v sedmi doménách - 1/ fyzické zdraví, 2/ fyziologické zdraví, 3/ psychosociální zdraví, 4/ znalosti o zdraví, 5/ chování, 6/ pochopení zdraví a 7/ komunitní zdraví. Domény obsahují 31 tříd a jednotlivé, v nich zařazené výsledky, jsou přesně definovány, abecedně seřazeny, označeny číselným kódem. Zahrnují **soubor indikátorů** (hodnotitelných fenoménů) a hodnotící škálu pro erudované vyhodnocení dosaženého stavu klienta. Každý standardizovaný výsledek je označen čtyř číselným kódem. Ten tvoří základ číselné identifikace pod něj spadajících indikátorů, jejichž kód se pak stává šesti číselný.
Příklad struktury standardizovaného výsledku péče:
NOC výsledek: Mobilita - 0208/.., *doména*: Funkční zdraví (I), *třída*: Mobilita (c), *definice*: Schopnost se záměrně pohybovat, *indikátory a jejich kódy:*

udržení rovnováhy - 0208/01
udržení pozice těla - 0208/02
pohyb svalů - 0208/03
spojený pohyb - 0208/04
přemístění se - 0208/05
chůze - 0208/06
užití pojízdného vozíku - 0208/07
jiné…….. (specifikovat) - 0208/08

NOC hodnotící škála:

1 - závislý jedinec, nepodílí se
2 - požaduje asistenční službu a pomoc se zařízením
3 - požaduje asistenční službu

4 - samostatný jedinec s podpůrným zařízením
5 - kompletně samostatný

Závěr

Rozvoj vědní oblasti oboru ošetřovatelství vykazuje ve světovém kontextu validní výsledky od druhé poloviny dvacátého století. V České republice k analogickým aktivitám dochází až na přelomu století. Ve shodě s doporučeními Evropské Unie o regulovaných zdravotnických profesích a v kontextu rozvoje vědního pojetí ošetřovatelství v zahraničí, dochází k postupné transformaci oboru. Poznatková základna ošetřovatelství se rozšiřuje o teoretické přístupy k diagnostice ošetřovatelských problémů v potřebách jedince, rodiny či komunity, o teoretické rozpracování systémů a modelů ošetřovatelské péče a začíná se uplatňovat výzkum ošetřovatelských témat. Výzkumným aktivitám v oblasti dokumentování dat praxe domácí péče s využitím Minimum Data SET – Home Care (MDS- HC) české verze 2.0 se věnuje například Jarošová (Jarošová, 2006) a Topinková (Topinková, 2002). Ošetřovatelství směřuje k profilovanému postavení v systému zdravotních a biomedicínských věd. Cílem vývoje oboru ošetřovatelství je vytvořit teoretické, výzkumné, praktické a manažerské zázemí pro efektivnější ošetřovatelskou péči, doloženou důkazy, kvantifikovatelnou, přizpůsobenou konkrétním situacím a kvantifikovatelným potřebám.

Bibliografické odkazy

BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E. 2004. *Skúsenosti z aplikácie klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC v dojčení.* In: Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění. Praha: Grada, 2004. S. 20- 27. ISBN 80-247-1156 -7.

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS UNIVERSITY IOWA [online]. [cit. 2006-01-28]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.nursing.uiowa.edu>

CLOSKEY DOCHTERMAN, J., JONES, D. 2003. *Unifying Nursing Language*. The Harmonization of NANDA, NIC and NOC. Washington, D.C.: NursesBooks.org., 2003. 132 s. ISBN 1-55810-208-6.

CLOSKEY DOCHTERMAN, J., BULECHEK, G. at al. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC).* Fouth edition. Iowa: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02392-4.

DUŠOVÁ. B. *Edukace v ošetřovatelství.* Ostrava: Ostravská Univerzita, 2005. 67 s. Distanční texty.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory.* Ostrava: Ostravská Univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

MAREČKOVÁ, J. 2006. *NANDA - International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace.* Ostrava: Ostravská Univerzita, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.

MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M. 2003. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* St.Louis: Mosby, 2003. s 855. ISBN: 0323023916.

NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR NURSING DIAGNOSIS [online]. 2006 [cit. 2006-01-21]. Dostupné na: <http://www.nanda. org/html>

RALPH, S., S. et al. 2005. *Nursing Diagnoses:Definitions & Classification 2005 – 2006.* Philadelphia: NANDA, 2005. s. 291. ISBN 0.9637042-4-9.

TOPINKOVÁ, E. ČR se zapojila do projektu zkoumajícího klienty domácí péče. *ZDN (Lékařské listy).* 2002, roč.51, č. 13, s. XIV.

VÖRÖSOVÁ, G., MESÁROŠOVÁ, J. 2004. *Overovanie vybraných súborov z klasifikačných systémov ošetrovatel´stva „NNN" v ošetrovatel´skej pra*xi. In: Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění. Praha : Grada, 2004. S. 350 - 356. ISBN 80-247-1156 -7.

VRUBLOVÁ. Y. *Gynekologické ošetřovatelství.* Ostrava: Ostravská Univerzita, 2005. 74 s. Distanční text.

PhDr. Jana Marečková, PhD.
Univerzita Palackého
Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství
Hněvotínská 3
779 00 Olomouc
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: mareckova@tunw.upol.cz

UMIERANIE Z POHĽADU PSYCHIATRA - KAUZISTICKÝ NÁČRT

Alena Mažgútová, *Igor Ondrejka, Róbert Olos

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Martinská fakultná nemocnica, Psychiatrická klinika, Martin, Slovenská republika
**Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Martin, Slovenská republika*

Súhrn
Práca je zameraná na problematiku umierania a smrti z pohľadu psychiatra. Tanatopsychiatrické aspekty a aspekty kvality života sú demonštrované na kazuistickom príklade.

Kľúčové slová: umieranie, tanatopsychiatria, sprevádzanie

„Bol som chorý a navštívili ste ma..."

Úvod

Všetci vieme, že umrieme, a napriek tomu nepodriaďujeme tomuto vedomiu takmer nijaké snaženie bežného dňa. Smrteľnosť častejšie vytesňujeme. V určitej dobo bolo dokonca neslušné hovoriť o smrti a pohrebné vozy nesmeli premávať počas dňa (1). Zvyčajne nevieme prijať smrť, smrteľnosť, umieranie nás robí bezradnými. A to napriek tomu, že umieranie malo v našich zemiach po stáročia zaužívaný scenár, najpravdepodobnejšie v súvislosti so životným štýlom vychádzajúcim z kresťanskej koncepcie života, smrti a večného života, ako aj s absenciou inštitucionálnych zariadení na liečenie a umieranie. Každý člen rodiny vedel, aká je jeho úloha. Z generácie na generáciu sa odovzdávala skúsenosť, ako sa starať o umierajúceho, ako vyzerá smrť z blízka, nevynímajúc zážitok, ako umieranie a smrť dolieha na všetkých spoluzúčastňujúcich sa. Rodinní príslušníci a blízki mali možnosť relatívne často zažiť úlohu sprevádzajúceho skôr, ako sa sami stali sprevádzanými.

S umieraním a so smrťou človeka sa profesionálne stále najčastejšie stretávajú lekári a ostatní zdravotníci. Ich pohľad na smrť je však zvyčajne ovplyvnený tým, že medicína je vo svojej podstate víťazná. Zvláda ochorenia, prípadne udržiava aktuálny stav, event. spomaľuje progresiu choroby. A smrť prichádza akoby náhle, akoby akási komplikácia liečby. Napriek tomu sú odbory a oddelenia, kde sú zdravotníci viac či menej účastní aj pri umieraní, napr. pľúcne, onkológia, hematológia a pod, často v spolupráci so psychiatrom.

Umieranie je špecifické, ťažké obdobie ľudského života, a to nielen pre pacienta, ale pre všetkých okolo neho, či je to rodina, blízki, zdravotnícky personál a ostatní zúčastnení. Ako umierajúci, terminálny pacient sa označuje taký človek, u ktorého už nie je možné kuratívou ovplyvniť či zvrátiť priebeh ochorenia, najčastejšie nádorového, a predpokladaná dĺžka jeho života je asi šesť mesiacov (3).

Elisabeth Kűbler-Rossová vypozorovala a opísala štádiá psychickej odozvy na príchod a rozvoj nevyliečiteľného ochorenia. Túto psychickú krivku videla v 5 štádiách:

1. **šok** na príchod ochorenia (prečo sa to stalo, prečo práve mne...) s popretím a stiahnutím sa do izolácie (to nemôže byť pravda, nejaký omyl, vysvetlí sa to),
2. obdobie **zloby** a **hnevu**, náročné pre pacienta i okolie, s invektívami, zlobou voči lekárom, zdravotníkom, príp. zdravým,
3. obdobie **vyjednávania** s pestrou paletou najrozličnejších želaní (dožiť sa maturity, promócie dieťaťa), ktoré závisí aj od celkovej hodnotovej orientácie, aj od favorizovaných hodnôt (čo by ešte bolo treba urobiť v živote, pre zdravie...),
4. fáza **depresie** s najrozličnejšími prejavmi smútku,
5. **akceptácia**, prijatie pravdy o chorobe, ktorá má vážny a nevyliečiteľný charakter.

Keďže len menšia časť nevyliečiteľných ochorení sa vyvíja náhle, dramaticky, naopak, zvyčajne sa v relatívne dlhšom čase nejako „ohlasuje“ (napr. človek sa „necíti byť vo svojej koži“, chvíle zdravia sú striedané únavou, nevoľnosťou, slabosťou a pod.), autorka predraďuje pred spomínané fázy prežívania tzv. **nulovú**, alebo **nulitnú** fázu s celou škálou citov, ako tušenie, neistota, pochybnosti, zas nádej, obavy, upokojenie sa a pod. Človek teda o svojej chorobe *nejakým spôsobom vie*, a to bez ohľadu na mieru oficiálnych, teda lekárových informácií (5). Aj na túto „predfázu“ treba pamätať pri rozhovoroch s pacientom s nevyliečiteľným ochorením, lebo mu v období už rozvinutého ochorenia často poskytuje dôvod na mnohé, aj konfrontačné otázky pri spätnom hodnotení a prehodnocovaní vyšetrení, záverov a odporúčaní lekárov a zdravotníkov.

Umieranie – špecifické obdobie života

Umieranie je v lekárskom zmysle slova synonymom terminálneho stavu, v širokom zmysle slova je to predovšetkým proces, kedy človek v relatívne dlhom čase žije pod znamením hroziacej a napokon sa realizujúcej smrti. Preto je opodstatnený iný spôsob psychiatrovej intervencie ako pri zvyčajnej zdravotníckej starostlivosti.

Michael Wrigth z Inštitútu zdravotníckeho výskumu (Lancaster University, Pracovisko medzinárodného pozorovania, Veľká Británia) hovorí, že starostlivosť o umierajúcich ľudí je globálnym problémom. Napríklad za týždeň umrie vo svete asi milión ľudí (nešpecifikuje), asi 42 miliónov ľudí trpí na AIDS, každý rok je diagnostikovaných vyše 15 miliónov rakovinových ochorení. Tiež upozorňuje na to, že kedysi ľudia s nevyliečiteľným ochorením umierali veľmi rýchlo, no od 19. storočia sa v krajinách Európy, Severnej Ameriky a Austrálie predĺžila cesta vedúca k smrti. Vytvorila sa aj nová sociálna skupina – umierajúci – a začali vznikať špeciálne inštitúcie a skupiny ľudí, ktorí sa venujú výlučne starostlivosti o nich. Sú to najmä hospice a inštitúcie paliatívnej starostlivosti, v ktorých možno zabezpečiť primeranú, často komplexnú starostlivosť o umierajúcich s dosiahnutím aktuálne a individuálne možnej kvality ich života multidisciplinárnym prístupom aj štruktúrou tejto starostlivosti (11).

V Súčasnosti sa na Slovensku venuje otázkam umierania a smrti nedostatočná pozornosť, čo sa týka aj legislatívy. Čiastkovým úspechom bol už fakt prvého platného Zákona NR SR 138/2003 o zdravotnej starostlivosti(12), kde v § 24 o sústave zdravotníckych zariadení boli zaradené v písmene (n) aj zariadenia poskytujúce paliatívnu starostlivosť, hospice (t. č. najnovší Zákon NR SR o zdravotnej starostlivosti 576/2004 v znení zákona 82/2005 Zb. z. je z tohto hľadiska prakticky bez zmien).

S umierajúcim človekom však psychiater môže prísť do styku aj mimo tejto špecializovanej inštitucionálnej starostlivosti, teda v bežnom zdravotníckom zariadení. Najčastejšie je k pacientovi volaný ako konziliár pre poruchy nálady – najmä depresivitu, anxietu, afektívnu labilitu, lakrimozitu, ďalej pre insomniu a delirantné stavy somatogénne, príp. intoxikačné pri analgézii), pričom hlavnými metódami intervencie bývajú citlivo dávkované psychofarmaká (antidepresíva, anxiolytiká, hypnotiká, neuroleptiká) a psychoterapia. Navyše treba myslieť na to, že v tomto dôležitom období života terminálneho pacienta, keď akčnosť liečby za každú cenu nie je vhodná (dystanázia) a zároveň nie je prípustná pasivita zdravotníckej starostlivosti v zmysle „už sa nedá nič robiť“(pasívna eutanázia), sa mení aj podriaďuje psychiatrova intervencia podľa imperatívu **sprevádzania** (9). V termíne sprevádzanie, ktorý postulovala Marie Svatošová, je možnosť podieľať sa na najintenzívnejších atakoch duševna i duchovna v strádajúcom tele a pri redukujúcom sa sociálnom rozmere bytosti.

Pri sprevádzaní akoby každá intervencia bola aktuálna a zároveň transcendentálna. Ak v bežnom živote ľudí je mnohé odložiteľné, v živote umierajúceho nie je odložiteľné nič. Neráta s dlhodobými plánmi a predsa sa dotýka rozmeru absolútna. Edith Steinová hovorila o schopnosti/možnosti ľudskej duše prijímať všetky veci v súlade s ich pravou hodnotou a tak na ne i reagovať, primeraným spôsobom a v zodpovedajúcej hĺbke, čo nazývala **vecnosťou** (8). V styku s umierajúcim sa učíme reagovať, počúvať, hovoriť inak, ako s chorými, ktorých bežne liečime. Veď každý psychiater pozná, že pri mnohých ochoreniach, ktoré sa praxou častejšie

opakujú, je možné používať pri verbálnej intervencii viac-menej podobné vety, formulácie, obrazy – pochopiteľne čiastočne individualizované. Pri umieraní je psychiatrova verbálna i neverbálna intervencia stále **de novo**. Často nepomáha ani 5-štádiové rozdelenie psychickej adaptačnej krivky s diagnostikovaním, v ktorej fáze sa umierajúci nachádza, lebo fázy sa buď prekrývajú, alebo sa vracia do predchádzajúcej, či prežíva viaceré naraz. Napokon nie všetky fázy vyrovnávania sa s umieraním prežije každý a nie od každého možno očakávať akceptáciu, ani jednu fázu nemožno urýchliť, ani vynútiť. Preto sa umeniu, schopnosti, zručnosti v kontakte s umierajúcim stále učíme. Snáď nijaká iná požiadavka ako Svatošovej sprevádzanie a Steinovej vecnosť tak nezdôrazňujú nároky na psychiatrovu realitu, autentickosť, pravdivosť.

Kazuistický náčrt

Pacientka A. K., 51-ročná, 30-ročné manželstvo, účtovníčka, býva na dedine. Hospitalizovaná opakovane na KTaRCH MFN v Martine, bronchogénny karcinóm pľúc diagnostikovaný v novembri, prvé psychiatrické vyšetrenie vo februári pre sklesłosť, úzkosť, plačlivosť, nespavosť (Depresívno-anxiózny protrahovaný reaktívny stav).

Z anamnézy: matka zomrela v pacientkiných 4,5 rokoch, otec sa druhý raz oženil, 50-ročný suicidoval (alkoholik, obesil sa), najstaršia z 5 detí, dvaja vlastní, dvaja nevlastní súrodenci. Pacientka žije s manželom, 30-r. dcérou, 8-r. vnučkou, 28-r. synom, najbližšiu societu tvorí 8 ľudí. V predchorobí bežné ochorenia. T. č. fyzicky slabá, znížená výkonnosť, potrebuje častejší oddych.

V kontakte je pacientka neistá, nedokončuje vety, ak má pomenovať chorobu a strach zo smrti (keď mi zistili..., bojím sa že...), postupne počas stretnutí je schopná používať slová ako rakovina, bolesť, smrť. Zdeľuje opakovane, že je stále myšlienkami pri chorobe, bojí sa smrti, umierania, bolestí. Strašne by ešte chcela žiť. Nevie sa sústrediť, alebo len na krátko, cíti sa zúfalá sama, trpí najmä osamotenosťou, v rodine jej hovoria „musíš“ a „nesmieš“, o chorobe a svojom strachu prakticky s nikým nehovorí, ak sa pokúšala v rodine, boli z toho podráždení, „majú toho dosť“, občas hovorí so sestrou, ktorá povie „nejako bolo, nejako bude“, cíti sa byť na ťarchu, je nervóznejšia (do ochorenia bývala pacientka nenáročná v požiadavkách voči okoliu, sama sa hodnotí ako len na úžitok, byť vždy k dispozícii, o každého sa postarať), potrebovala by pochopenie, aj hovoriť, aj plakať, len sa premáha, lebo „všetci majú svoje starosti“, ako jej povedala dcéra, unavuje ich.

Celkovo hodnotí svoj život – nič v živote nedosiahla, nič jej nevyšlo, manželstvo hodnotí ako „bežné, zvykla si“ – ale strádala, nepamätá si, že by ju niekedy niekto objal, manžel ju nikdy neoslovil menom, akoby ju nepotreboval ako partnerku, len biologicky.

Naďalej sa snažila byť užitočná, aby ju ocenili, napriek únave sa starala o vnučku, keď bola hospitalizovaná, pýtala sa na víkendy domov, aby aspoň navarila, oprala. Pacientka veriaca, ale do kostola nechodievala, „aby v nedeľu stihla navariť obed“, neskôr priznáva, že manžel by s tým nesúhlasil, neveriaci.

Liečba depresívno-anxióznej symptomatiky a nespavosti psychofarmakami (antidepresíva, anxiolytiká, hypnotiká) prebieha doma relatívne v tajnosti, neskôr úplne, odkedy povedala, že sa lieči psychiatricky, manžel jej kázal lieky zahodiť, načo to užívať a načo má chodiť na kontroly, nie je blázon – odvtedy prichádzala do ambulancie len počas hospitalizácií v nemocnici na pľúcnej klinike, event. rádioterapie a chemoterapie. Zneisťovaná aj pre opakované odloženie rádioterapie z technických príčin.

Na opakované hospitalizácie chodievala sama, nesprevádzal ju nik z rodiny. Na vyšetrenia počas hospitalizácií prišla vždy v kompletnom civile, nevedela prijať proti vôli rodiny signum psychiatrickej pacientky - len akoby návštevníčky.

Pacientka psychiatricky liečená 4 mesiace – zmiernená úzkosť, depresivita, pantomimika živšia, aj úsmevy, v komunikácii bohatšia, dôraznejšia verbalizácia, spontánnejšia, pestrejší emočný prejav, občasný humor, depresívne obsahy myslenia trochu zriedkavejšie, nie permanentné, vydrží sa sústrediť na niektoré bežné veci, spánok nestabilný.

Postupne si vedela doma zabezpečiť oddych podľa jej potreby, nesnažila sa automaticky starať o vnučku po príchode zo školy, nepísať s ňou úlohy, ak bola unavená, alebo učenie prerušila, domáce práce začala presúvať na nespokojnú dcéru. S hrdosťou oznámila pri treťom stretnutí, že bola po dlhých rokoch v kostole, čo sa jej žiadalo - ale v inom meste, doma, na dedine si netrúfla. Raz hnevlivo vyčítala lekárke, že nie je k nej ako iná, oveľa mladšia kolegyňa, ktorá jej je „ako mama". Raz naliehavo požiadala lekárku o objatie. Bola ochotná písať, ak nemohla prísť. Počas psychiatrickej intervencie sa pohybovala striedavo od prvej fázy po štvrtú (podľa Kübler-Rossovej), neskôr nestabilne akceptovala svoj stav (v období užívania kortikoidov).

Po 4 mesiacoch od nášho prvého stretnutia umrela (7 mesiacov od určenia diagnózy), 3 týždne predtým zistené metastázy do mozgu a pečene s prerastaním do brušnej steny.

V kontakte so psychiatrom, aj v zmysle bio-psycho-sociálnej a spirituálnej celistvosti človeka, bolo možné dotknúť sa týchto **oblastí**:

emočne – podpora, umožniť uvoľnenie, plač, obavy, strach, beznádej..., zvládať a prijať jej hnev, nespokojnosť, vyjadrené i nevyjadrené výčitky, nesmelá spokojnosť so zmenami, hrdosť na seba pri ich uskutočnení,

verbálne – pokusy o realitu, verbálne či správaním a konaním skúšať dať najavo svoje potreby, pokusy o plánovanie dňa/týždňa,

sociálne – aká je miera vzťahov, očakávaní a možností,

spirituálne – povzbudenie k realizácii túžby po duchovnom znovunaplnení v konkrétnej podobe, nádej.

Kontakt sa vyvíjal približne v **okruhoch**:

1. nadviazanie kontaktu, zameranie sa na symptomatiku (konkrétnosť),
2. pacientkine otázky – o čomkoľvek, opakovane najmä choroba a strach a bolesť a smrť, slabosť, únava, nepotrebnosť, blízki, nepochopenie, túžby, nudná práca, zmysel života, bilancovanie rozličných období a oblastí dovtedajšieho života,
3. sociálne vzťahy, kontakty, aktivita – v rodine už nevedela a nevládala zmeniť či napraviť vzťahy (bez citového vydierania, čo skúsila, po dvoch pokusoch rezignovala), potešenie z návštev nemocničného bufetu so spolupacientkami, neskôr aj ňou iniciované, prežívala ako slávnosť, dôležito a hrdo oznamovala,
4. duchovné sebapotvrdenie – ktoré ju uvoľnilo a uspokojovalo (počas hospitalizácií začala po čase sama chodiť do nemocničnej kaplnky), ľútosť nad doterajším zanedbaním, symbolické citáty.

U každého umierajúceho človeka, s ktorým sa psychiater profesionálne stretne, sa môže pokúšať ovplyvniť kvalitu jeho života, a to na úrovni relatívnej pohody, spokojnosti, možného fungovania v aktuálnych sociálnych rolách, nevynímajúc prijímanie nových (napr. aktivity so spolupacientkami v kazuistike), či zamerania na zmysel života (7).

U umierajúceho pacienta pre prikrátky čas a priveľké utrpenie býva hľadanie spôsobov, ako mu možno pomôcť dosiahnuť aktuálne možnú kvalitu života, v istom zmysle slova skúšobným kameňom zdravotníkovej profesionality i zrelosti.

Žijeme v značne sekularizovanom svete, v ktorom je smrť vnímaná ako nutný, ale nepatričný fenomén, akosi sa nehodiaci do sveta ovládaného vedou, technikou, médiami, posadnutého mladosťou, sexom, úspechom a hromadením hmotných statkov (3). Aj to je jeden z dôvodov, prečo sa vo vysoko emotívnych situáciách, ku ktorým patrí aj vážna choroba, zármutok nad hroziacou stratou, umieranie, smrť a rozlúčenie sa so zomretým, stávame bezradnými. Je až prekvapujúce, ako súčasný človek nie je vyzbrojený na stretnutie sa so smrťou a ako často naň reaguje úzkostným zlyhaním (10). A aj z hľadiska (napĺňania) tradičných hodnôt pri styku života so smrťou si môže súčasný zdravotník predstaviť či uvedomiť mieru dlhu voči sebe, svojmu pacientovi, role verejného činiteľa, ktorý ľahko môže vyústiť do existenčného vákua.

Záver

Smrťou, umieraním a všetkými fenoménmi, ktoré s ňou súvisia, sa zaoberá tanatológia. Zväčša býva definovaná ako interdisciplinárny vedecký odbor, ktorý je obsahovo „rozptýlený" do viacerých klasických odborov, ako filozofia, medicína, teológia, sociológia atď., pričom sa každý z odborov vyjadruje k rovnakému problému z iného zorného uhla (10). Z hľadiska zdravotníctva sa napr. študentky na Ústave ošetrovateľstva JLF UK v Martine venujú posledné dva roky štúdia problematike paliatívnej starostlivosti. Počas nich si osvojujú celostné, holistické ponímanie pacienta a z tohto hľadiska aj uspokojovanie jeho potrieb, za jeho aktívnej účasti a spolupráce vždy, keď je to možné, hoci len ich vyjadrením. Kvalita života nevyliečiteľne chorého a umierajúceho je v modernom ošetrovateľstve vizitkou úrovne poskytnutej starostlivosti (2). Aj to svedčí o tom, akú dôležitosť ošetrovateľstvo pripisuje ošetrovaniu pacienta umierajúceho na nevyliečiteľné ochorenie, a to nielen štruktúrou štúdia, ale aj usporadúvaním seminárov, témami záverečných prác, vydávaním zborníkov – aby sa v kontexte západnej civilizácie posledné veci človeka, ktoré sú zavŕšením jeho ľudského bytia v čase, nestali poslednými hodnotovo (6). Pritom študent lekárskej fakulty sa s tuto problematikou stretáva skôr okrajovo a rozptýlene. Komplexom kvality života umierajúcich sa zaoberá aj nová disciplína, pastorálna medicína, kde teológia poskytuje službu medicíne a medicína teológii, lebo bez duchovnej dimenzie by starostlivosť o umierajúceho človeka postrádala zmysel a stala by sa len akýmsi „lepším nadštandardom" bežnej medicínskej a sociálnej pomoci (4).

Záverom možno poznamenať – voľakedy naši predkovia presedeli pri posteli umierajúceho dlhé hodiny. Rodina sa s umierajúcim dlho lúčila a ľudia sa vedeli správať v hodine smrti. Deti videli umierať starých rodičov. Život a smrť patrili k sebe.

Bibliografické odkazy

1. ADAMICOVÁ, K. 2002. Pomáhať a slúžiť. *Sestra,* roč. 1, č. 22, s. 40.
2. FETISOVOVÁ, Ž., JANKECHOVÁ, M.: Ošetrovateľské aspekty v paliatívnej starostlivosti. In. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005, s. 164 – 184.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o smrti a umíraní*. Praha: Galén 2000. 191 s.
4. KAŠPARŮ, J. M: Lékař a duchovní prolínání rolí. In. *Zborník 2. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti.* Trnava, 2004, s. 4 – 5.
5. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Reflex, 1995. 289 s.
6. NEMČEKOVÁ, M. et al. *Človek medzi životom a smrťou.* Vrútky: NADAS-AFGH s. r. o., 1996. 342 s.
7. ONDREJKA, I. 2003. Vzťahy psychofarmakoterapie a kvality života. *Praktický lékař,* roč. 83, č. 4, s. 237 – 239.
8. STEINOVÁ, E. *Věda kříže*. Brno: Cesta, 2000. 254 s.
9. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s.
10. ŠIMEK, J: Thanatologie. In. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. TIGIS, spol. s r. o., 2002, s. 451-452.
11. WRIGHT, M: Paliatívna starostlivosť v medzinárodnom kontexte. In. *Zborník 2. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti.* Trnava, 2004, s. 6.
12. ZÁKON NR SR č. 277/94 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

MUDr. Alena Mažgútová
Psychiatrická klinika JLF UK a MFN
Kollárova 2
036 59 Martin
Slovenská republika

EDUKACJA W CUKRZYCY – ISTOTNY WYMIAR JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Helena Motyka

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Instytut Pielęgniarstwa, Zakład Pedagogiki Medycznej, Kraków, Poland

Edukacja w cukrzycy – istotny wymiar jakości opieki pielęgniarskiej

(Streszczenie)

Edukacja pielęgniarska jest bardzo ważnym elementem opieki nad chorym z cukrzycą w dużym stopniu wpływająca na jakość tej opieki. Referat poświęcony jest efektom edukacji w cukrzycy. Omówiono w nim wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w grupie 300 chorych z rozpoznaniem cukrzycy, pozostających pod opieką pielęgniarek rodzinnych, na terenie miasta i gminy Krakowa.

Z uzyskanego materiału wynika, że aż 2/3 badanej populacji chorych nie pamięta swego udziału w żadnej zorganizowanej formie edukacji z zakresu cukrzycy i zasad postępowania w tej chorobie. Statystyczna analiza zależności pomiędzy uczestnictwem w kursach edukacyjnych a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi, wykazała pozytywny związek pomiędzy przebytym szkoleniem a zachowaniami prozdrowotnymi.

Uzyskane w badaniu wyniki potwierdziły trwały, pozytywny wpływ edukacji cukrzycowej na późniejsze zachowania prozdrowotne pacjentów, wskazując jednocześnie na potrzebę intensywnego rozwijania tej formy podnoszenia jakości opieki pielęgniarskiej. Wiąże się to z koniecznością odpowiedniego przygotowania pielęgniarek rodzinnych do prowadzenia zorganizowanej edukacji pacjentów jako procesu. W tym celu zaproponowano wykorzystanie modelu Greena i Reutera, PRECEDE-PROCEDE.

Słowa kluczowe: cukrzyca, edukacja, jakość opieki pielęgniarskiej

Diabetes Education – A Significant Dimension of Quality Nursing Care

(Summary)

Nursing education is a very important element of diabetes patient care, largely influencing the quality of this care. This paper is devoted to the effect of education on diabetes. It discusses the results of surveys performed among 300 patients with diagnosed diabetes who remain under the care of family nurses, in the area of the city and commune of Krakow.

The collected material shows that as much as 2/3 of the patient population studied can not remember taking part in any organised form of education concerning diabetes and the fundamentals of this disease. Statistical analysis of the dependence between participation in education courses and selected health-related behaviours showed a positive relationship between the training and pro-health behaviour.

The results obtained confirmed that diabetes education has a stable, positive influence on the later pro-health behaviour of patients, simultaneously demonstrating the necessity for the intensive development of this form of increased quality nursing care. This is connected with the necessity of preparing family nurses to lead organised patient education as a process. Utilisation of Green and Kreuter's Precede-Proceed model was suggested to achieve this.

Key words: diabetes, education, quality of nursing care

Wprowadzenie

Jakość opieki pielęgniarskiej wyraża się w różnych jej aspektach, do których można zaliczyć między innymi techniczną sprawność wykonywanych zabiegów, zapewnienie pacjentowi odpowiedniego komfortu psychicznego związanego z pomocą w zaspokojeniu jego

podstawowych potrzeb psychospołecznych oraz kształtowanie umiejętności pacjenta w zakresie samoopieki.

Czynnikiem niezwykle ważnym w pielęgnacji, a w niektórych chorobach takich jak np. cukrzyca, mającym wręcz podstawowe znaczenie, jest edukacja pacjenta (Page, 1995; Tatoń, 1995; Tatoń, Czech, 2000; Tracz, 1994). Ma ona za zadanie przygotować go do dojrzałej współpracy w leczeniu oraz umożliwić wysoki poziom samoopieki. Skuteczne pielęgnowanie w cukrzycy wymaga bowiem podejmowania intensywnych działań edukacyjnych ukierunkowanych na zapoznanie pacjenta z istotą i przyczynami choroby, zasadami postępowania w chorobie, pożądanymi zachowaniami prozdrowotnymi, a zwłaszcza na rozwijanie koniecznych umiejętności samoobserwacji i samoopieki. Wysoka jakość pielęgnacji pacjenta cukrzycowego łączy się z równoczesną edukacją, pozwalającą na kompetentne przejęcie przez niego obowiązku dbania o swój stan zdrowia, a więc monitorowania i korygowania poziomu cukru we krwi, przestrzegania diety oraz prowadzenia zdrowego stylu życia.

Biorąc pod uwagę, że edukacja pacjentów z cukrzycą to integralny aspekt pielęgnacji w tej chorobie, w dużym stopniu wpływający na jej jakość (Drożdż, Pawlaczyk, Grolewska, 2000), podjęto badania, których celem była ocena efektów edukacji prowadzonej wśród chorych pozostających pod opieką pielęgniarek rodzinnych.

Metodyka

Przystępując do badań sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jak duża grupa osób leczonych z powodu cukrzycy bierze udział w kursach edukacyjnych dotyczących tej choroby?
- Jaką wiedzę i jakie umiejętności pacjenci nabyli dzięki przeprowadzonej u nich edukacji?
- Czy udział w kursach edukacyjnych dotyczących cukrzycy wywarł znaczący wpływ na zachowania związane ze zdrowiem u chorych z tą jednostką chorobową?

Badaniem ankietowym objęto grupę 300 chorych z rozpoznaniem cukrzycy, pozostających pod opieką pielęgniarek rodzinnych na terenie miasta i gminy Krakowa. Badana populacja składała się ze 190 kobiet (63%) i 110 mężczyzn (37%). Wśród ankietowanych przeważało wykształcenie średnie (59%), wykształcenie zawodowe posiadało 15%, podobny odsetek miał wykształcenie podstawowe, a 11 % ankietowanych miało wykształcenie wyższe. I typ cukrzycy występował u 117 osób (39% ankietowanych), II typ u 183 osób (61% badanej populacji). Średnia wieku wynosiła 51 lat. 54% ankietowanych przebywało na emeryturze lub na rencie, a tylko 29% pracowało zawodowo. 7% ankietowanych studiowało, a pozostałe 10% były to osoby bezrobotne. 59% badanej populacji to osoby pozostające w związkach małżeńskich, a 41% to osoby samotne, w tym 19 % osoby owdowiałe.

Wyniki

1. Udział w kursach edukacyjnych

Jedynie 105 osób, co stanowi zaledwie 35% badanej populacji, potwierdziło swój udział w kursach edukacyjnych dotyczących cukrzycy. Kurs zwykle organizowany i prowadzony był przez poradnię cukrzycową lub szpital, znacznie rzadziej przez lekarza rodzinnego / pielęgniarkę rodzinną (17%), lub dietetyczkę (10%). 15% badanych przeszła szkolenie jednokrotne, a pozostałe 20% deklarujących udział w kursach, brało udział w dwóch, trzech, lub większej liczbie szkoleń, w podobnej proporcji. Zaskakujące jest to, iż prawie 2/3 badanej populacji chorych na cukrzycę (tj. 195 osób) podało, że nie uczestniczyło w żadnej zorganizowanej formie szkolenia, choć jak wiadomo edukacja w cukrzycy uznawana jest za podstawowy czynnik wpływający na skuteczność leczenia tej choroby. Aż 132 osoby ankietowane czyli 44% badanej populacji, stwierdziły, że nie zostały poinformowane o możliwości wzięcia udziału w kursie edukacyjnym.

2. Zachowania zdrowotne

Za interesujące uznano zbadanie wpływu przebytej edukacji na wybrane zachowania związane ze zdrowiem takie jak spożywanie alkoholu, kontrola wagi ciała, aktywność fizyczna, i opieka lekarska.

Zachowania związane ze spożywaniem alkoholu

(tab.nr 1)

Jak wykazują dane zawarte w tab. Nr 1, osoby chore na cukrzycę i uczestniczące w kursach edukacyjnych mają większą świadomość zagrożeń związanych z używaniem alkoholu, co powoduje, że znacznie częściej w porównaniu z osobami, które nie brały udziału w tego typu kursach, ograniczają jego spożycie ($p<0,05$). Teza ta zyskała dodatkowe potwierdzenie w analizie odpowiedzi na pytanie ankiety dotyczące pełnej abstynencji. Z otrzymanego materiału wynika bowiem, że w grupie chorych uczestniczących w kursie, aż 70% całkowicie powstrzymywało się od spożywania alkoholu, podczas gdy w grupie nie uczestniczących w kursie, abstynentów było tylko 55%.

Kontrola wagi ciała

Kontrolowanie wagi ciała przez chorych w obu grupach przedstawia tabela nr 2.

(Tab. Nr 2.)

Według danych zawartych w tabeli, udział w kursach edukacyjnych okazał się bardzo istotny, jeśli chodzi o systematyczną kontrolę wagi ciała. Chociaż badani w obu grupach stosunkowo często podawali, że systematycznie kontrolują swoją wagę ciała, to jednak w grupie osób, które uczestniczyły w szkoleniu proporcja ta była zdecydowanie wyższa, a różnica okazała się wysoce istotna statystycznie.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczną oceniano analizując odpowiedzi na pytanie dotyczące uprawiania gimnastyki. Wyniki zawiera tabela nr 3.

(Tab. Nr 3)

Jak widać osoby, które przeszły szkolenie, w porównaniu z osobami, które takiego szkolenia nie przebyły, proporcjonalnie częściej gimnastykują się, a nawet, choć w rzadkich przypadkach, uczestniczą w zajęciach sportowych o bardziej zaawansowanym charakterze. Różnica między porównywanymi grupami okazała się statystycznie wysoce istotna, $p<0,005$.

Przestrzeganie zaleceń lekarskich

Dane na temat zależności pomiędzy udziałem w kursie edukacyjnym a przestrzeganiem zaleceń lekarskich zawiera tab. Nr 4.

(Tab. Nr 4)

Osoby, które brały wcześniej udział w kursie dotyczącym cukrzycy, proporcjonalnie znacznie częściej deklarowały ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich w porównaniu z osobami, które takiego kursu nie odbyły ($p<0,002$).

Ostatnia z analizowanych zależności dotyczyła związku pomiędzy udziałem w kursie edukacyjnym dotyczącym cukrzycy, a systematyczną kontrolą w poradni diabetologicznej. Dane na ten temat zawiera tab. Nr 5.

(Tab. Nr 5)

Z danych zawartych w tabeli wynika jednoznacznie, że pacjenci uczestniczący w kursach diabetologicznych zdecydowanie bardziej troszczą się o zapewnienie sobie stałej, specjalistycznej opieki lekarskiej. Różnica jest uderzająca i wysoce istotna statystycznie.

Dyskusja

Z uzyskanych badań ankietowych przeprowadzonych wśród chorych z rozpoznaniem cukrzycy wynika że, aż 2/3 badanej populacji chorych nie pamięta swego udziału w żadnej zorganizowanej formie edukacji z zakresu cukrzycy i zasad postępowania w tej chorobie. Analiza statystyczna zależności występujących pomiędzy edukacją w cukrzycy, a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi, do których zaliczono spożywanie alkoholu, systematyczną kontrolę wagi ciała, aktywność fizyczną oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich, wykazała wyraźny, pozytywny związek pomiędzy przebytym szkoleniem a zachowaniami prozdrowotnymi. Należy podkreślić, że wyniki dotyczyły stosunkowo trwałych skutków edukacji przebytej przez chorych w przeszłości, a nie jej skutków bezpośrednich.

Łącznie, uzyskane w badaniu dane potwierdziły względnie trwały i pozytywny wpływ edukacji cukrzycowej na późniejsze zachowania prozdrowotne pacjentów z tą jednostką chorobową. Należy więc rozwijać i doskonalić ten aspekt opieki pielęgniarskiej celem podniesienia jej jakości i końcowych efektów.

Wnioski

Zebrane spostrzeżenia, jak się wydaje, powinny być wykorzystane w planowaniu i doskonaleniu edukacji pielęgniarskiej pacjentów z tą chorobą celem podniesienia jakości sprawowanej nad nimi opieki. Wiąże się to z przygotowaniem pielęgniarek rodzinnych do prowadzenia zorganizowanej edukacji pacjentów jako procesu. W tym przypadku można założyć, że najwłaściwszym narzędziem pracy będzie edukacja zdrowotna prowadzona wg. modelu PRECEDE-PROCEDE. Jest to model skutkowy, w którym ważne znaczenie mają czynniki środowiskowe i czynniki kształtujące zachowania. Stanowi kombinację działań edukacji zdrowotnej, właściwej polityki, odpowiednich przepisów i organizacji. Głównym założeniem jest planowanie interwencji dopiero po dokonaniu dokładnej diagnozy pozwalającej na prowadzenie aktywnej i skutecznej edukacji. Obok etapu planowania, zawiera etap wdrożenia procesu oraz ocenę skuteczności podjętych oddziaływań.

Jedynie wielokierunkowe i przemyślane podejście, zawierające ocenę problemów zdrowotnych pacjenta, poznanie wartości cenionych przez niego i jego środowisko oraz sposóbu jego funkcjonowania w życiu społecznym, gwarantuje dużą efektywność programu edukacyjnego, a tym samym i wysoką jakość opieki pielęgniarskiej.

Bibliografia:

1. Drożdż Z., Pawlaczyk B., Grolewska D.: Jakość życia pacjentów chorujących na cukrzycę. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo a Jakość Życia." Kraków, 7-8 wrzesień, 2000.
2. Page B.: Aspekty metodologiczne szkolenia pacjentów z cukrzycą prowadzonego przez pracowników służby zdrowia nie będących lekarzami. Edukator, 1995., nr. 1. Lilly.
3. Tatoń J.: Cukrzyca; nauczanie samoopieki. W-wa, 1995. PWN.
4. Tatoń J., Czech A.: Podręcznik edukacji diabetologicznej. W-wa, 2000. PWN.
5. Tracz M.: Znaczenie edukacji zdrowotnej w terapii cukrzycy. 1994. Lilly.

Tab. Nr 1. Kursy edukacyjne a spożywanie alkoholu

Udział w kursach edukacyjnych	Kontrola spożycia alkoholu Liczba osób (%)		Razem	Istotność różnic Chi 2
	Ogranicza picie alkoholu	Nie ogranicza picia alkoholu		
Brali udział	41 (39%)	63 (61%)	104 (100%)	Chi2 = 3,95 df = 1 p < 0,05
Nie brali udziału	54 (28%)	138 (72%)	192 (100%)	
Razem	95 (32%)	201 (68%)	296 * (100%)	

*Ponieważ nie wszyscy badani udzielili pełnych odpowiedzi na pytania ankiety, co w danym przypadku traktowano jako brak danych, więc liczba analizowanych ankiet w odniesieniu do różnych pytań ujętych w kolejnych, tabelarycznych zestawieniach różni się nieco i zwykle nie sumuje się do 300.

Tab. Nr 2. Kursy edukacyjne a kontrola wagi ciała

Udział w kursach edukacyjnych	Kontrola wagi ciała Liczba osób (%)		Razem	Istotność różnic
	Kontroluje wagę Ciała	Nie kontroluje wagi ciała		
Brali udział	85 (81%)	20 (19%)	105 (100%)	Chi2=12,09 df=1 p<0,0005
Nie brali udziału	119 (61%)	75 (39%)	194 (100%)	
Razem	204 (68%)	95 (32%)	299(100%)	

Tab. Nr 3. Udział w kursach edukacyjnych a uprawianie gimnastyki lub sportu

Udział w kursach edukacyjnych	Gimnastyka lub sport Liczba osób (%)				Razem	Istotność różnic
	Codzienna Gimnastyka	Gimnas-tyka 1 raz na tydz.	Sport	Nie		

Brali udział	25 (24%)	19 (18%)	16 (15%)	44 (43%)	104 (100%)	Chi2=12,67 df=3 p<0,005
Nie brali udziału	24 (12%)	37 (19%)	16 (8%)	116 (61%)	193 (100%)	
Razem	49 (16%)	56 (19%)	32 (11%)	160 (54%)	297 (100%)	

Tab. Nr 4. Kursy edukacyjne a przestrzeganie zaleceń

Udział w kursach edukacyjnych	Ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich Liczba osób (%)		Razem	Istotność różnic
	Ściśle przestrzega zalecenia lek.	Nie przestrzega ściśle zaleceń		
Brali udział	90 (91%)	9 (9%)	99 (100%)	Chi2=8,82 df = 1 p<0,002
Nie brali udziału	144 (76%)	44 (24%)	188 (100%)	
Razem	234 (82%)	53 (18%)	287(100%)	

Tab. Nr 5. Udział w kursach edukacyjnych a pozostawanie pod kontrolą poradni diabetologicznej

Udział w kursach edukacyjnych	Stała kontrola w poradni diabetologicznej Liczba osób (%)		Razem	Istotność różnic
	Tak	Nie		
Brali udział	84 (80%)	21 (20%)	105 (100%)	Chi2=17,54 df = 1 p<0,00003
Nie brali udziału	108 (56%)	86 (44%)	194 (100%)	
Razem	192 (64%)	107 (36%)	299 (100%)	

Helena Motyka, MA
Uniwersytet Jagielloński

Collegium Medicum
Instytut Pielęgniarstwa
Zakład Pedagogiki Medycznej
Kopernika 25
Kraków
31-501 Poland
e-mail: mxmotyka@cyf-kr.edu.pl

SPOLUPRÁCA RODIČOV V STAROSTLIVOSTI O DIEŤA S PSYCHICKOU PORUCHOU

Martin Naď, *Igor Ondrejka, **Monika Naďová

Psychiatrické oddelenie UVN Ružomberok, Slovenská republika
** Psychiatrická klinika JLF UK a MFN Martin, Slovenská republika*
***Stredná zdravotnícka škola M. T. Schererovej Ružomberok, Slovenská republika*

Súhrn

Práca je zameraná na problematiku spolupráce rodičov v pedopsychiatrickej starostlivosti o ich deti, ktorá je ovplyvnená postojmi, ašpiráciami, a dôverou. Tejto téme nebola dosiaľ u nás venovaná náležitá pozornosť. Adekvátna spolupráca rodiča v liečbe dieťaťa ovplyvňuje priebeh a v mnohých prípadoch aj prognózu psychickej poruchy dieťaťa. Vypracovali sme 12-položkový dotazník pre rodičov, ktorý môžno uplatniť v mapujúcom prieskume aj individuálnej analýze prípadov. Otázky sú rozdelené do štyroch okruhov: postoje, očakávania, spolupráca, dôvera. Od mája 2005 do januára 2006 sme náhodným výberom vybrali a požiadali o vyplnenie dotazníka 50 rodičov detí, ktoré sú v detskej psychiatrickej starostlivosti. Pacientov bolo možné podľa prítomnosti hyperkinetickej symptomatiky rozdeliť do dvoch skupín: Prvá skupina sú pacienti s prítomnou chronickou hyperkinetickou symptomatikou, druhá skupina sú pacienti bez hyperkinetickej symptomatiky. Zistili sme že rodičia detí s psychickou poruchou majú väčšinou labilné až ambivalentné postoje ku pedopsychiatrickej starostlivosti o ich deti, majú nereálne očakávania v oblasti dĺžky starostlivosti – preferujú kratšie trvanie liečby, než je potrebné, horšie spolupracujú v oblasti režimových a výchovných opatrení, dodržiavaní rád, než pri podávaní psychofarmák. Medzi oboma skupinami pacientov sa našli zaujímavé rozdiely: Rodičia detí, u ktorých je prítomná hyperkinetická symptomatika majú menej pozitívny postoj ku psychiatrickej starostlivosti, očakávajú horšiu prognózu psychickej poruchy, horšie spolupracujú pri psychiatrickej starostlivosti a menej dôverujú psychiatrickej starostlivosti než rodičia detí s psychickou poruchou bez prítomnej hyperkinetickej symptomatiky.

Kľúčové slová: spolupráca, postoje, očakávania, dôvera rodičov, pedopsychiatrická starostlivosť, ošetrovateľská intervencia, edukácia.

Úvod

Z dostupnej literatúry ako i dennej praxe je zrejmé, že psychická porucha ako i psychiatrická liečba sú i naďalej zdrojom stigmatizácie, obáv, strachu, hanby, negatívnych pocitov a citov, ktoré vychádzajú z rodiny aj z užšieho, či širšieho sociálneho prostredia.

Problematika postojov ku psychiatrickej liečbe sa nám javí byť kľúčová pre ďalšiu spoluprácu ako i dôveru rodiča pri pedopsychiatrickej liečbe. Podľa Šútovca (1994, s.53) postoj definujeme ako predispozíciu poznávať, cítiť a konať voči nejakému objektu konzistentným spôsobom. **Postoj má zložku poznávaciu, citovú a snahovú**. Všetky tieto tri zložky sa uplatňujú i v postojoch rodiča k pedopsychiatrickej liečbe dieťaťa. Ak úplne pravláda citová zložka postoja ide o predsudok. Postoje nie sú vrodené, utvárajú sa **skúsenosťou** (napr.: rodič vidí, že vplyvom detskej psychiatrickej liečby sa zlepšuje správanie dieťaťa a rodinné spolužitie sa stáva znesiteľnejším), a **imitáciou** (napr. svojpomocné skupiny rodičov). Zmeny postojov môžu byť **kongruentné** (len v oblasti intenzity) a **inkongruentné** (mení sa i valencia). Zmena postoja, o ktorú sa pri psychiatrickej starostlivosti často usilujeme sa dosahuje **persuázou** (vysvetľovaním), **identifikáciou** (stotožnením sa s názormi, hodnotami, správaním alebo spôsobom života inej osoby či skupiny osôb) alebo **aktívnou účasťou** klienta.

Očakávania výsledku starostlivosti (ambície na úspech liečby) súvisia s nárokmi na úspech (definícia úspechu a neúspechu je sujektívna). Samozrejme úspech v liečbe dieťaťa nie je len výsledkom spolupráce (výkonu) rodičov, ale pristupujú tu i ďalšie faktory – druh poruchy, jej liečiteľnosť, osobnosť pacienta, širšia societa. Rodič pociťuje **úspech**, či **neúspech** v situáciách, ktoré sú v **pásme** jeho **osobnej angažovanosti.**

Postoje k psychiatrickej starostlivosti (ktoré si rodič prináša z minulosti – kedy si ich utváral a v súčasnosti ich môže meniť) sa stretajú v súčasnej chvíli s očakávaniami od liečby, ktoré má do budúcnosti a sú jedným z faktorov ich formovania.

Postoje rodičov k pedopsychiatrickej starostlivosti, ako aj očakávania výsledku starostivosti o dieťa s psychickou poruchou, ktoré súvisia s **dôverou k liečbe**, majú vplyv na **spoluprácu** rodiča v liečbe dieťaťa.

Cieľ

V praktickej časti práce sa zameriavame na zisťovanie postojov, očakávaní, spolupráce a dôvery rodičov k pedopsychiatrickej starostlivosti o ich deti a porovnávame rozdiely v týchto štyroch premenných medzi skupinou rodičov detí, u ktorých je prítomná chronická hyperkinetická symptomatika a skupinou rodičov detí s psychickou poruchou bez prítomnej hyperkinetickej symptomatiky.

Súbor

Do súboru bolo zaradených 50 rodičov detí, ktoré sú v detskej psychiatrickej starostlivosti detského oddelenia Psychiatrickej kliniky MFN a JLF UK v Martine. Rodičia boli vo veku od 27 – 48 rokov, priemerný vek bol 35,4 roka. Rodičov sme vybrali do súboru náhodným výberom. Kritériami pre zaradenie rodičov do súboru boli: informovaný súhlas, ochota k spolupráci, schopnosť pochopiť inštrukcie pri vypĺňaní dotazníka.

Metodika

Použili sme dotazníkovú metódu. Vypracovali sme dotazník ktorý sme použili v prieskume za účelom širšieho mapovania situácie a tiež analýzy jednotlivých prípadov, kde sme predpokladali možný profit v psychoterapii a edukácii.

Dotazník obsahuje 12 otázok, rozdelených do štyroch okruhov: postoje, očakávania, spolupráca, dôvera. Dotazník obsahuje otázky otvorené, polouzavreté i zatvorené, v každej otázke mal rodič možnosť zdôvodniť svoju odpoveď, v otázkach, kde sme sa pýtali na mieru premennej sme dali respondentom možnosť slovného i percentuálneho vyjadrenia odpovedí, pozornosť sme tiež venovali aspektom ako sú zrozumiteľnosť, nízka časová náročnosť, ochota spolupráce pri vypĺňaní, spôsoby bodovania, informovaný súhlas rodičov (tabuľka 1). Dotazník bol odsúhlasený etickou komisiou MFN v Martine. V priebehu časového obdobia od mája 2005 do januára 2006 sme dotazník administrovali rodičom, ktorí dotazník vypĺňali počas ambulantného vyšetrenia alebo hospitalizácie dieťaťa za asistencie zdravotníckeho pracovníka.

Po vyplnení sme dotazníky rozdelili do dvoch skupín: Prvá skupina sú dotazníky, ktoré vypĺňali rodičia detí, u ktorých je prítomná hyperkinetická symptomatika (HS), ktorá spĺňa diagnostické kritériá hyperkinetickej poruchy (HP) podľa ICD 10. HP je u týchto pacientov buď hlavná diagnóza alebo ako komorbídna diagnóza pri inej psychickej poruche. Druhú skupinu tvoria odpovede rodičov detí s psychickou poruchou bez hyperkinetickej symptomatiky alebo sú symptómy zo symptómových trsov hyperaktivity, impulzivity a porúch pozornosti prítomné v miere, ktorá nespĺňa diagnostické kritériá HP.

Tabuľka 1. Dotazník

Okruh POSTOJE

- Kto Vám odporučil detské psychiatrické vyšetrenie Vášho dieťaťa?
- Kto sa najviac podieľal na formovaní Vášho postoja ku detskej psychiatrickej liečbe Vášho dieťaťa?
- Čo - ktorá situácia, okolnosť sa najviac podieľala na formovaní Vášho postoja ku detskej psychiatrickej liečbe Vášho dieťaťa?
- Predpokladáte, že kto alebo čo by sa mohlo v budúcnosti najviac podieľať na zmene Vášho postoja ku liečbe Vášho dieťaťa ?
- Aký je Váš postoj k detskej psychiatrickej starostlivosti o Vaše dieťa?
  (100 % = úplne súhlasný postoj = 4 body, ... 0 % = úplne nesúhlasný postoj = 0 bodov)

Okruh *OČAKÁVANIA (ašpirácie)*

- Pokiaľ ide o dĺžku detskej psychiatrickej liečby môjho dieťaťa, očakávam, že ešte bude potrebná dĺžka liečby:
- Pokiaľ ide spôsob detskej psychiatrickej liečby môjho dieťaťa, očakávam, že bude potrebný spôsob liečby:
- Pokiaľ ide o formu detskej psychiatrickej liečby môjho dieťaťa, očakávam, že bude potrebná forma liečby:
- Pokiaľ ide o prognózu (predpoklad vývinu) psychických problémov môjho dieťaťa, očakávam: (úplné vyliečenie = ústup 100 % ťažkostí = 4 body, ...
  ... stav bude bez zmeny = ústup 0 % ťažkostí = 0 bodov, ...
  ... maximálne zhoršenie stavu = nárast ťažkostí o 100 % = - 4 body)

Okruh *SPOLUPRÁCA*

- Lieky, ktoré predpísal môjmu dieťaťu detský psychiater podávam:
  (100 % = 4 body, ... 0 % = 0 bodov)
- Rady (režimové a výchovné opatrenia), ktoré mi odporučil dodržiavať detský psychiater dodržiavam: (100 % = 4 body, ... 0 % = 0 bodov)

Okruh *DÔVERA*

- Detskej psychiatrickej starostlivosti o moje dieťa dôverujem:
  (100 % = 4 body, ... 0 % = 0 bodov)

Výsledky

Všetci 50 rodičia ktorých sme požiadali o vyplnenie dotazníka, dotazník vyplnili a odovzdali, rovnako všetci podpísali informovaný súhlas na anonymné spracovanie údajov z dotazníka. V súbore bolo 28 (56 %) rodičov hyperkinetických detí a 22 (44 %) rodičov detí s inými, signifikantne kratšie trvajúcimi psychickými poruchami.

Otázka 1: Na otázku, kto doporučil rodičom detskú psychiatrickú starostlivosť o ich dieťa odpovedalo 47 rodičov (94 %), z toho 25 rodičov detí s HS (89 %) a 22 rodičov detí bez HS (100 %). V skupine s HS uviedlo 8 rodičov pediatra (32 %), 5 uviedli učiteľa, resp. školu (20 % odpovedí), 4 sa pre psychiatrickú liečbu rozhodli sami (16 %), 3 uviedli psychológa (12 %), rovnako 3 rodičia uviedli neurológa (12 % odpovedí), 1 respondent uviedol známeho lekára (4

%), 1 lekárnika (4 %), a 1 sociálnu kurátorku (4 % odpovedí). V skupine bez HS uviedlo 9 rodičov pediatra (41 %), 3 sa rozhodli sami (14 %), 3 uviedli psychológa (14 %), 2 uviedli neurológa (9 %), rovnako 2 psychiatra (9 %), 2 iného lekára (9 %), 1 respondent uviedol učiteľa (5 %).

Otázka 2: Väčšina rodičov (68 %) neudáva, kto v najväčšej miere formoval ich postoj ku detskej psychiatrickej starostlivosti o ich dieťa. Z tých, ktorí uviedli odpovede sa bez výrazných odlišností u rodičov z oboch skupín vyskytli odpovede: psychológ (4x), sám (3x), príbuzní (3x), psychiater (3x), pediater (2x), učiteľ (2x).

Otázka 3: Rovnako ako na predchádzajúcu, i na otázku, ktorá okolnosť, či situácia najviac formovala postoj rodičov ku detskej psychiatrickej starostlivosti, odpovedá len menšina respondentov (32 %), z toho 5 rodičov detí s HS (18 %) a 11 rodičov detí bez HS (50 %). V skupine s HS sa 3x vyskytla odpoveď školské problémy (60 % odpovedí) a 2x odpoveď zdravotný stav dieťaťa (40 % odpovedí). V skupine bez HS rodičia 6x uvádzajú zdravotný stav dieťaťa (55 % odpovedí), 3x školské problémy (27 % odpovedí), po 1 respondentovi uvádza agresivitu dieťaťa (9 %) a jeho prežívanie (9 %).

Otázka 4: Na 4 otázku odpovedalo 24 % respondentov, z uvedených odpovedí plynie, že rodičia predpokladajú, že na možnej zmene ich postoja ku psychiatrickej starostlivosti by sa v budúcnosti mohol podieľať najmä psychiater a zmena zdravotného stavu ich dieťaťa.

Otázka 5: Na otázku, aký majú postoj k pedopsychiatrickej starostlivosti o svoje deti odpovedali všetci respondenti z oboch skupín. Priemerný postoj v celom súbore bol 3,20 bodu (4 - úplne súhlasný postoj, 0 - úplne nesúhlasný postoj), rodičia uvádzali hodnoty 1 - 4 body. V skupine s HS bol priemerný postoj 2,96 bodu, uvádzané hodnoty 1 - 4. V skupine bez HS bol priemerný postoj 3,50 bodu, uvádzané hodnoty 2 – 4 (tabuľka 2).

Otázka 6: Na otázku, ktorou sme skúmali akú dĺžku detskej psychiatrickej starostlivosti ešte rodičia do budúcnosti očakávajú sme získali odpovede: Z celého súboru odpovedá, že bude potrebná krátkodobá starostlivosť 11 respondentov (22 %), potrebu dlhodobej starostlivosti predpokladá 31 respondentov (62 %), nevie 8 respondentov (16 %). Krátkodobú starostlivosť očakávajú v rozpätí 2 týždňov až 6 mesiacov, v priemere 3,1 mesiaca, dlhodobú starostlivosť očakávajú v rozpätí 2 mesiace až 6 rokov, v priemere 35,7 mesiaca. V skupine s HS predpokladá potrebu krátkodobej starostlivosti 5 respondentov (17,86 %), v priemernej dĺžke 6 mesiacov, potrebu dlhodobej starostlivosti predpokladá 19 respondentov (67,86 %), v priemernej dĺžke 38,4 mesiaca, nevedia 4 respondenti (14,29 %). V skupine bez HS predpokladá potrebu krátkodobej starostlivosti 6 respondentov (27,27 %), v priemernej dĺžke 1,17 mesiaca, potrebu dlhodobej starostlivosti predpokladá 12 respondentov (54,55 %), v priemernej dĺžke 21 mesiacov, nevedia 4 respondenti (18,18 %) (tabuľka 3).

Otázka 7: Na otázku, aký spôsob psychiatrickej liečby očakávajú rodičia udáva liečbu tabletkami (medikamentóznu liečbu) 22 z nich (44 %), liečbu rozhovormi (psychoterapiu) 12 rodičov (24 %), kombináciu medikamentov a psychoterapie uvádza 9 rodičov (18 %), liečbu použitím režimových a výchovných opatrení, úpravou prostredia 2 respondenti (4 %), kombináciu psychoterapie a režimových opatrení 1 rodič (2 %), kombináciu psychoterapie s iným spôsobom starostlivosti taktiež 1 rodič (2 %), sám chce liečiť svoje dieťa jeden (2 %) a nevedia odpovedať 2 rodičia (4 %). V skupine s HS očakáva medikamentóznu liečbu 13 rodičov (46,43 %), psychoterapiu 6 rodičov (21,43 %), kombináciu medikamentov a psychoterapie 6 rodičov (21,43 %), kombináciu psychoterapie a režimových opatrení očakáva 1 rodič (3,57 %), kombináciu psychoterapie s iným spôsobom starostlivosti 1 rodič (3,57 %) a sám chce liečiť svoje dieťa tiež jeden rodič (3,57 %). V skupine bez HS očakáva medikamentóznu liečbu 9 rodičov (40,91 %), psychoterapiu 6 rodičov (27,27 %), kombináciu medikamentov a psychoterapie 3 rodičia (13,64 %), liečbu použitím režimových a výchovných opatrení, úpravou prostredia 2 respondenti (9,09 %) a nevedia odpovedať 2 rodičia (9,09 %). V skupine s HS spolu 19 rodičov (67,86 %) očakáva, že jeho dieťaťu budú podávané psychofarmaká, kým v skupine bez HS je to spolu 12 rodičov (54,55 %) (tabuľka 4).

Otázka 8: Na otázku, akú formu psychiatrickej liečby očakávajú rodičia udáva liečbu **počas hospitalizácie** 22 respondentov (44 %), kombináciu ambulantnej a ústavnej liečby 17 respondentov (34 %), ambulantnú liečbu 8 respondentov (16 %), nevedia 3 respondenti (6 %). V skupine s HS očakáva liečbu počas hospitalizácie 15 respondentov (53,57 %), kombináciu ambulantnej a ústavnej liečby 7 respondentov (25 %), ambulantnú liečbu 4 respondenti (14,29 %), nevedia 2 respondenti (7,14 %). V skupine bez HS očakáva liečbu počas hospitalizácie 7 rodičov (31,82 %), kombináciu ambulantnej a ústavnej liečby 10 rodičov (45,45 %), ambulantnú liečbu 4 respondenti (18,18 %), nevie 1 respondent (4,55 %). V skupine s HS spolu 22 rodičov (78,57 %) očakáva, že jeho dieťa bude v budúcnosti psychiatricky hospitalizované, kým v skupine bez HS je to spolu 17 rodičov (77,27 %) (tabuľka 5).

Otázka 9: Pokiaľ ide o predpoklad vývinu psychických problémov dieťaťa rodičia očakávajú väčšinou zlepšenie stavu – rozpätie uvádzaných bodov je 4 až -1, priemerná hodnota 2,46 bodu (kde úplné vyliečenie = ústup 100 % ťažkostí = 4 body, ... stav bude bez zmeny = ústup 0 % ťažkostí = 0 bodov, ... maximálne zhoršenie stavu = nárast ťažkostí o 100 % = - 4 body). V skupine s HS je spektrum odpovedí 4 až -1 bodov, priemerná hodnota 2,18 bodu. V skupine bez HS je spektrum odpovedí 4 až 0 bodov, priemerná hodnota 2,85 bodu (tabuľka 6).

Otázka 10: Na otázku o spolupráci rodičov pri podávaní liekov rodičia udávajú hodnoty bodov v rozmedzí 4 až 0, priemerná hodnota 3,27 bodu (kde podávanie 100 % liekov = 4 body, ... podávanie 0 % liekov = 0 bodov). V skupine s HS je spektrum odpovedí 4 až 0 bodov, priemerná hodnota 3 body. V skupine bez HS je spektrum odpovedí 4 až 2 body, priemerná hodnota 3,65 bodu (tabuľka 7).

Otázka 11: Pokiaľ ide o spoluprácu rodičov pri dodržiavaní rád, uplatňovaní režimových a výchovných opatrení, rodičia udávajú celé spektrum odpovedí (4 – 0 bodov), priemerná hodnota je 2,44 bodu (100 % dodržiavanie = 4 body, ... 0 % dodržiavanie = 0 bodov). V skupine s HS je spektrum odpovedí 4 až 0 bodov, priemerná hodnota 2,41 bodu. V skupine bez HS je taktiež prítomné celé spektrum odpovedí, priemerná hodnota 2,48 bodu (tabuľka 8).

Otázka 12: Na otázku o dôvere rodičov k detskej psychiatrickej starostlivosti rodičia udávajú hodnoty bodov v rozmedzí 4 až 1, priemerná hodnota 3,38 bodu (100 % dôvera = 4 body, ... 0 % dôvera = 0 bodov). V skupine s HS je spektrum odpovedí 4 až 1 bod, priemerná hodnota 3,29 bodu. V skupine bez HS je spektrum odpovedí 4 až 2 body, priemerná hodnota 3,5 bodu (tabuľka 9).

Tabuľka 2. Postoj rodičov k detskej psychiatrickej starostlivosti.

	Všetci rodičia	**Rodičia detí s HS**	**Rodičia detí bez HS**
Priemerný postoj (bodov)	**3,20**	**2,96**	**3,50**
Uvádzané hodnoty (bodov)	4 - 1	4 - 1	4 - 2

(škála: 4 body = úplne súhlasný postoj, ... 0 bodov = úplne nesúhlasný postoj)

Tabuľka 3. Očakávanie dĺžky psychiatrickej starostlivosti rodičmi.

	Všetci rodičia			**Rodičia detí s HS**			**Rodičia detí bez HS**		
	Počet rodičov	Uvádzané hodnoty dĺžky (mes.)		Počet rodičov	Uvádzané hodnoty dĺžky (mes.)		Počet rodičov	Uvádzané hodnoty dĺžky (mes.)	
		Priemer	Rozptyl		Priemer	Rozptyl		Priemer	Rozptyl
Krátkodobá liečba	**11**	3,1	0,5-6	**5**	6,0	6	**6**	1,17	0,5-2
Dlhodobá liečba	**31**	35,7	2-72	**19**	38,4	2-72	**12**	21,0	12-30

Tabuľka 4. Očakávanie spôsobu psychiatrickej starostlivosti rodičmi.

	Všetci rodičia		**Rodičia detí s HS**		**Rodičia detí bez HS**	
	Počet	Percento	Počet	Percento	Počet	Percento
Medikamentózna liečba	22	**44 %**	13	**46,43 %**	9	**40,91 %**
Psychoterapia	12	**24 %**	6	**21,43 %**	6	**27,27 %**
Medikácia+psychoterapia	9	**18 %**	6	**21,43 %**	3	**13,64 %**

Tabuľka 5. Očakávanie formy psychiatrickej starostlivosti rodičmi.

	Všetci rodičia		Rodičia detí s HS		Rodičia detí bez HS	
	Počet	Percento	Počet	Percento	Počet	Percento
Liečba počas hospitalizácie	22	**44 %**	15	**53,57 %**	7	**31,82 %**
Kombinácia ambulantnej a ústavnej liečby	17	**34 %**	7	**25,00 %**	10	**45,45 %**
Ambulantná liečba	8	**16%**	4	**14,29 %**	4	**18,18 %**

Tabuľka 6. Očakávanie prognózy psychickej poruchy rodičmi.

	Všetci rodičia	Rodičia detí s HS	Rodičia detí bez HS
Priemerná prognóza (bodov)	**2,46**	**2,18**	**2,85**
Uvádzané hodnoty (bodov)	4 - -1	4 - -1	4 - 0

(škála: 4 body = úplné vyliečenie súhlasný postoj, ... 0 bodov = stav bez zmeny, ... -4 body = nárast ťažkostí na dvojnásobok)

Tabuľka 7. Spolupráca rodičov pri podávaní liekov.

	Všetci rodičia	Rodičia detí s HS	Rodičia detí bez HS
Priemerná spolupráca (bodov)	**3,27**	**3,00**	**3,65**
Uvádzané hodnoty (bodov)	4 - 0	4 - 0	4 - 2

(škála: 4 body = podávanie 100 % liekov, ... 0 bodov = nepodávanie liekov)

Tabuľka 8. Spolupráca rodičov v non-farmakologickej liečbe.

	Všetci rodičia	Rodičia detí s HS	Rodičia detí bez HS
Priemerná spolupráca (bodov)	**2,44**	**2,41**	**2,48**
Uvádzané hodnoty (bodov)	4 - 0	4 - 0	4 - 0

(škála: 4 body = 100 % dodržiavanie rád, režimových opatrení, ... 0 bodov = nedodržiavanie rád, režimových opatrení)

Tabuľka 9. Dôvera rodičov k detskej psychiatrickej starostlivosti.

	Všetci rodičia	Rodičia detí s HS	Rodičia detí bez HS
Priemerná dôvera (bodov)	**3,38**	**3,29**	**3,50**
Uvádzané hodnoty (bodov)	4 - 1	4 - 1	4 - 2

(škála: 4 body = úplná dôvera, ... 0 bodov = žiadna dôvera)

Diskusia

Dotazník sa ukázal byť zrozumiteľný, jeho vyplňovanie časovo akceptovateľné, rodičia mali ochotu spolupracovať.

Výrazný sa nám javí byť rozdiel medzi vyššou mierou odporúčaní psychiatrickej starostlivosti zo strany učiteľov u detí s HS a naopak nižším percentom odporúčaní učiteľov detí bez HS. Predpokladáme, že je to spôsobené tým, že práve deti s HS pôsobia na hodinách rušivo. V našom súbore žiaden z rodičov neuviedol odporúčanie pedopsychiatrickej starostlivosti sestrou.

Rodičia detí s psychickými poruchami majú nestabilné, málo formované postoje v súvislosti s psychiatrickou starostlivosťou o ich deti. Väčšinou nevedia uviesť kto a ktorá okolnosť sa podieľali na formovaní ich postojov k pedopsychiatrickej starostlivosti. Sú pasívni pri formovaní postoja, predpokladajú možnú zmenu postoja len vplyvom psychiatra a zmeny zdravotného stavu dieťaťa a nie vlastnej aktivity. Prevažuje u nich tu citová zložka postoja nad poznávacou a snahovou.

Väčšina rodičov uvádzala súhlasný postoj k psychiatrickej starostlivosti o dieťa, pričom pozitívnejší postoj mali rodičia detí bez hyperkinetickej symptomatiky. Rodičia očakávajú

potrebu dlhodobej psychiatrickej starostlivosti o ich deti, pričom je to výraznejšie u rodičov detí s HS, než u rodičov detí bez HS. Tieto zistenia interpretujeme tým, že rodičia detí s prítomnou HS využívajú psychiatrickú starostlivosť dlhodobejšie, nástup príznakov je v skoršom veku, než u väčšiny iných psychických porúch, HP má chronický priebeh, často bez výrazného zlepšenia, čo znižuje súhlasnosť postoja rodičov k liečbe a súčasne vedie k výraznejšiemu uvedomeniu potreby dlhodobej psychiatrickej starostlivosti.

Väčšina rodičov očakáva, že ich dieťaťu bude potrebné podávať psychofarmaká, pričom výraznejšie je toto očakávanie v skupine rodičov detí s HS. Výrazná väčšina rodičov oboch skupín očakáva, že ich dieťa bude v budúcnosti pedopsychiatricky hospitalizované, kým väčšina rodičov detí s HS očakáva, že bude potrebná hospitalizácia dieťaťa, najviac rodičov detí bez HS očakáva, že bude potrebná kombinácia ambulantnej starostlivosti a hospitalizácie pri zhoršení príznakov. Väčšina rodičov očakáva zmiernenie psychických problémov svojich detí, pričom lepšiu prognózu predpokladajú rodičia detí bez HS. V skupine rodičov detí bez HS všetci očakávajú ústup psychických ťažkostí, alebo že tieto zostanú bezo zmeny. Jedine v skupine rodičov detí s HS traja rodičia uvádzajú, že predpokladajú zhoršenie príznakov poruchy (o 25 %).

Rodičia detí s HS horšie spolupracujú pri psychiatrickej starostlivosti než rodičia detí bez HS či už pri medikamentóznej liečbe ale i pri dodržiavaní rád, režimových a výchovných opatrení. Spolupráca pri farmakologickej liečbe sa javí byť kvalitnejšia než spolupráca pri non-farmakologickej liečbe v oboch skupinách respondentov. Spolupráca v liečbe dieťaťa súvisí najmä s postojom a spoluprácou rodiča. Spolupráca rodiča je determinovaná jeho kvalitou života ako bio-psycho-sociálno-spirituálnym stavom (Farský, Žiaková, 2004).

Rodičia proklamujú väčšinou vysokú mieru dôvery ku detskej psychiatrickej starostlivosti o ich deti, pričom starostlivosti viac dôverujú rodičia detí bez HS než rodičia detí s HS.

Záver

Hyperkinetickú poruchu možno považovať za prototyp chronickej psychickej poruchy začínajúcej v skorom, najčastejšie ranom veku dieťaťa, často bez výrazného zlepšenia príznakov napriek psychiatrickej starostlivosti (Ondrejka, Mažgútová, 2003, s.109), k čomu spoluprispieva aj z časti abstentujúca špecifická medikácia v SR. Napriek vysokej prevalencii poruchy neexistujú špeciálne triedy, či špecializované integrované triedy pre deti s HS. Rodičia detí s HS majú menej pozitívny postoj k psychiatrickej starostlivosti, očakávajú dlhšiu liečbu, potrebu medikácie, viac hospitalizácií a horšiu prognózu psychickej poruchy, horšie spolupracujú pri psychiatrickej starostlivosti, ktorej i menej dôverujú, než rodičia detí s psychickou poruchou bez prítomnej hyperkinetickej symptomatiky. Je to alarmujúce i so zreteľom na fakt, že detská psychiatrická ambulancia je často „posledným útočiskom rodiča“, keďže v sociálnom prostredí dieťaťa sú jeho symptómy skôr interpretované ako „nevychovanosť, rozmaznanosť...“, keď sú interpretované ako psychická porucha sú zdrojom stigmatizácie pre dieťa i rodiča (Chromý, 2004, s.226).

Preto je potrebné analyzovať postoje, očakávania, spoluprácu a dôveru rodičov pacienta ku psychiatrickej liečbe a využiť psychoterapeutické prístupy a edukačné postupy s cieľom zlepšiť spoluprácu. Edukácia v tomto prípade predstavuje dôležitý aspekt ošetrovateľskej praxe v podmienkach detskej psychiatickej ambulancie a detského psychiatrického oddelenia. Sestra sa môže podieľať na realizácii edukačných programov vypracovaním edukačných listov a plánov, ktoré sú určené deťom s psychickou poruchou a ich rodičom. Cieľom edukačného ovplyvňovania je rozšíriť vedomosti rodičov, ktoré im môžu uľahčiť každodennú starostlivosť o ich deťa, ale najmä zmena postojov, presvedčení, prežívania, správania a konania rodičov.

Bibliografické odkazy

1. CHROMÝ, K. Sociologie v psychiatrii. In: Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie.* Praha : Tigis, 2004, s.223-232. ISBN 80-900130-7-4

2. FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2004. Specific features of the care of elderly. Acta Med. Mart., roč. 4, č. 3, s. 20-24. ISSN 1335-8421
3. ONDREJKA, I., MAŽGÚTOVÁ, A. 2003. Chronická psychická porucha dieťaťa v kontexte rodiny. *Psychiatria*, roč. 10, č.3, s.109-113.
4. ŠÚTOVEC, J. a kol. *Psychológia a pedagogika*. Martin : Osveta, 1994, s. 53-57. ISBN 80-217-0575-2
5. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľstvo - teória a vedecký výskum*. Martin : Osveta, 2003, s.104-312. ISBN 80-8063-131-X

MUDr. Martin Naď
Psychiatrické oddelenie UVN
ulica Generála Vesela 1
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
e-mail: nadm@uvn.sk

PRIMARY HEALTH CARE PRACTITIONERS' VIEWS OF THEIR OWN PROFESSIONAL SKILLS IN MENTAL HEALTH CARE

***Merja Nikkonen, ** Senja Hyvönen**

**University of Kuopio, Faculty of Social Sciences, Department of Nursing Science, Kuopio, Finland*
***Nationwide Brief intervention Project, Department of Social Services and Health Care, Tampere, Finland*

SUMMARY

The purpose of this study is to describe and analyse the primary health care practitioners' views of their professional skills in primary mental health care. The study is part of a larger project on the changes in mental health care work of the primary health care system in Finland at the tern of the century (2000). The data were derived from interviews with nurses and doctors working in six primary health care centres of one region in Central Finland. The data were analysed by methods of qualitative content analysis. The basis of professional skills consists of six factors: interest in human work, professional collaboration, life experiences, work experience, education and hobbies. The strengths of primary mental health care practitioner are: attitudes, skills for professional self-knowledge, interactive skills, civic skills and relationship skills. Primary health care practitioners have several strengths and a wide range of professional skills, and they can hence be regarded as experts of mental health care in the primary health care service.

Key words: health care practitioner, mental health care, primary health care, professional skills

INTRODUCTION

Mental health care includes efforts to promote an individual's psychological well-being, abilities and personality. It also includes efforts to prevent, cure and alleviate mental illnesses and other mental disorders and to care persons with mental health disorders in both primary and specialised health care as well as everything that is done to improve people's mental living conditions. (Mielenterveyslaki 1116/1990). Mental health care is not restricted to the social and health care system. It is also carried out in the other sectors, such as parishes and voluntary organisations. The concept of health promotion is close to mental health care (Lahtinen et al. 1999, Lehtinen 2001).

The *primary health care* system in Finland has to provide people with primary health care services, such as the prevention of illnesses, to promote health, to address general health problems and to provide first aid in more serious diseases. In this paper, we will use the concept 'primary health care' about the health centre activities organised by the municipality, which include health care, rehabilitation and the prevention of illnesses. At the end of 1990s, there were 265 health centres in Finland. The inhabitants of Finland have the right to use publicly funded primary health care services, which are either free or inexpensive to the user.

Until the 1990's, mental health care was a domain of special health care and mostly hospital-oriented, although the reform of its contents and structures had begun in the 1970's and

1980's. The aim of the reform was to reduce the number of beds in psychiatric institutions, to avoid institutional care, to develop outpatient care and decentralised service system. In 1980 the number of psychiatric beds in Finland was 20 036 (3.6/1000 inhabitants) and in 1995 only about 6700 (1.3/1000 inhabitants). Today the number of beds is about 1.1./1000 inhabitants. The reform of the mental health care system was about to be launched, when the early 1990's recession set in. Due to the financial cuts, the development of both primary health care and mental health care was interrupted. The resources in outpatient care have been slightly increased, but not sufficiently in proportion to the reduction of beds (Korkeila 1998, Hautala-Jylhä et al. 2006)

Prior to 1993, the financing of primary health care was controlled by the state. From 1993 onwards each municipality receives an unallocated sum from the state**.** The municipalities have to organise their inhabitants' health care. From the point of view of primary health care and mental health care, this means that services are organised at different quality levels by different municipalities. (Tuori et al. 2000). The role of the primary health care system is crucial in mental health care, as the health centre staff is often the first professionals to see the patient. Most mental health care services are provided by the primary health care system, and approximately 30% of the visits in general health care concern mental disorders.

Professional skills have been defined as the qualifications, especially competence, required by the work, or as the formal or informal qualifications required by the employer. Professional skills/Professionalism can also be defined as the ability to meet the changing demands of the profession. (Lohiniva 1999.) In this paper, we will use the concept of professional skills to describe the ability to care, including the knowledge, skills and personal qualities needed by a primary health care practitioner to do his/her work.

MATERIAL AND METHODS

The purpose of the study is to describe and analyse the views of primary health care practitioners concerning their own professional skills in primary health care. The study is part of a larger project on the changes in mental health care work of the primary health care system in Finland at the tern of the century (2000), the development of primary mental health care and professionalism and its promotion among the mental health care practitioners of the primary health care system.

The data were derived from interviews with doctors (n=7), primary health care nurses (n=4), nurses (n=7) and public health nurses (n= 11) working in six primary health care centres of one region in Central Finland. The interviewees for the study were chosen with the snowball technique (Polit & Hungler 1997). The interviewees were required to be doctors or trained nurses doing client or patient work in the PHCS and willing and able to report their views. The data were collected with thematic interviews in 1999-2000. All except one of the interviewees were female. They were aged 36-58 and had been working in the primary health care system for at least five years, most of them (n=19) for 16 years or even longer. The interviews were conducted at their workplaces, took 1½-2 hours and were recorded. The main themes of the interviews were "Primary health care practitioner as mental health care practitioner" and "Your own professional skills in primary mental health care work". The researcher transcribed the interviews from the tape. The data amounted to a total of approximately 900 pages with 1.5 line spacing. The data of the interviews were analysed with methods of qualitative content analysis (Burns & Grove 1997).

RESULTS

Basis of professional skills

Primary health care practitioners' professional mental health skills turned out to consist of the basis of professional skills and the practitioner's strengths in mental health care. The basis of professional skills consists of six factors. They are: interest in working with people, professional collaboration, life-experiences, work experiences, education and hobbies.

The practitioner's interest in *working with people* turned out to be the core aspect of professional skills. It means that the practitioners like their work, are motivated to work and want to develop in their work. The interviewees reported similar experiences in their choice of career, and some called it "devotion".

Professional collaboration was realised both in the practitioners' own teams and work communities and in larger networks. It was manifested as mentoring, consultations and different kinds of immediate peer support. Nearly all interviewees mentioned mentoring and the support of their team as the key aspects of the basis of professional skills. Consultation with a more educated colleague or with a practitioner who had specialised in mental health issues was very important whenever they needed help. Consultation on individual patients is practical work, which is valued by practitioners.

The interviewees regarded their own *life experiences* as being of great importance for their professional skills in mental health care work. Life experience had given them an ability to recognise their knowledge and to acknowledge the fact that their skills are restricted. It had also given them empathy and self-confidence to work in their own personal ways. Survival of their own crises and those of people close to them had become an element of the basis of professional skills in the interviewees' mental health work.

Work experience of any health care-related work or any other work was considered valuable for professional skills in mental health care work. Work experience may change practitioners' views of their own tasks and possibly the way they work. Young practitioners tend to give a lot of attention to the patient's physical well-being. Interest in supporting clients' mental health had often been wakened by experience.

Education is another factor underlying the basis of professional skills. Education leads either to a degree or to other studies. Health care training that leads to a degree was considered a source of only the basic skills to practice health care. Some of the interviewees had, in addition to the basic training, specialised education in mental health care. According to the interviewees, these studies had given them remarkably better abilities to practice mental health care. Other studies included various courses, further training and self-study – these forms of study were considered necessary as an addition to their professional skills. This was explained by the nature of mental health care work, a sense of the need of constant development is always present.

The interviewees mentioned *hobbies* as an important addition to their professional skills. They mentioned relationships and reading books as hobbies.

Strengths of a primary health care practitioner in mental health care work

A primary health care practitioner's strengths in mental health care include attitudes, professional self-knowledge skills, interactive skills in nursing, general relationship and civic skills as well as personal skills.

Attitude as a strength means positive attitudes and interest in mental health patients and issues. Interest in mental health care work determines the practitioner's priorities and the development of professional skills through, for example, further training.

Professional self-knowledge skills include awareness of one's own skills, strengths and restrictions and they improve the well-being of both the patient and the practitioner.

Interactive skills in nursing consist of an ability to establish a trustful and secure client relationship, an ability to feel empathy, discussion skills, listening skills, confrontation skills, an ability to endure anxiety, sensitiveness and intuition.

General relationship and civic skills were considered part of the strengths of primary health care practitioners. Relationship skills imply, among other things, an ability to engage in a person-to-person relationship. The concept of civic skills includes the dimension of *common sense*. It means that the practitioners have a sense of the everyday life of their patients.

In addition, the interviewees had *special skills,* which were their personal strengths in mental health care work. These skills enhanced the other strengths of mental health care work and were connected with, for example, the work done in a group of special-needs people.

DISCUSSION

Validity of data. The interviewees were chosen by the expediency method and the snowball technique for the study (Hyvönen & Nikkonen 2004, see Polit & Hungler 1997*).* Thus, they were people with experience of mental health care work in the primary health care system and they were able and willing to talk about their views. The data were rich and variable. Variability was guaranteed as the interviewees were chosen from different health centres and staff categories. The aim of qualitative research is to find out the interviewees' point of view. We tried to achieve this by leaving the themes of the interviews as open as possible and by not letting the researcher's own knowledge or views on the topic influence the interview too much.

Validity of data analysis. Analysis of qualitative data requires the researcher to have an ability for abstract reasoning. The researcher needs to be creative and to see things from different angles. (Cohen & Knafl 1993.) To estimate the validity of the analysis, the researcher wrote down and explained her own criteria of categorisation. In addition, to enable the reader to estimate the reliability of the researcher's conclusions, extracts from the thematic interviews are presented in the research report.

Credibility means that the researcher needs to check whether her abstractions and interpretations match the participants' ideas. To enhance the credibility of this study, the interviews were processed as entities. The interviewees' utterances and their meanings were interpreted in the context in which they had been uttered, taking into account the interviewee and the interview situation. To guarantee the validity of her interpretations, the researcher went through the 900 pages of data several times during the process of analysis.

Transferability of the findings is based on concepts that are more abstract than the data and illustrate the data (Estabrooks 1994). The same concepts should thus be recognised in the interviews of other participants chosen in a similar way as the participants of this study. Generalisation of the findings of this study is possible at an abstract level.

RESULTS OF THE STUDY AND IMPLICATIONS FOR FUTURE

Finnish mental health care system changed rapidly in the 1990's. Consequently, there has been a shift in psychiatric nursing from specialized to primary health care (Tuori et al. 2000). At the same time, the role of the primary health care staff has become more central in mental health care. Development of the content of primary mental health care has been emphasised from the 1990's onwards by, for example, the National Depression Project and the Prevention of Suicides Project. The development of professional skills of the primary health care staff has been highlighted in the Mental Health from the Basic Services Project (Kiikkala & Immonen 2003).

Previous studies have concentrated mainly on the doctors' *abilities* or *sensitiveness* to recognise psychiatric disorders, particularly depression. General practitioners recognised 2/5 of the primary health care patients' mental disorders (Joukamaa et al. 1995), although according to some estimates (Higgins 1994), as much as half of the mental disorders go unrecognised. Kokko (1999) studied nurses' abilities to recognise depression. According to her, nurses recognise depression well, despite the fact that they felt they had not been trained to recognise psychiatric disorders. In addition, research has been done on the relationship of education and other factors with the sensitiveness to recognise mental illnesses (Thompson et al 2000) and on the sustainability of the effects of education (Tiemens et al. 1999).

The research on nurses' professional skills has concentrated on their general professional *qualifications* and *qualification requirements*, in other words, on the abilities produced by training and the environment's expectations (Lohiniva 1999). Von Essen and Sjöden (1991) studied nursing behaviour from the point of view of staff and hospitalised patients. For cancer patients, listening, discussion and nurses' psychosocial skills were secondary to basic need satisfaction. Hospitalised patients appreciated nursing behaviour that showed professional skills. There has been very little research on primary health care practitioners' *professional skills and its basis in mental health care work from an experiential point of view*. Comparison with international research is difficult, as there are differences in health care systems and education between different countries.

The main result of this study was the multi-dimensional picture of the factors underlying primary health care practitioners' professional skills in mental health care. At the same time, it partly explained why previous studies have given contradictory information about the influence of education/training and the sustainability of its influence (Tiemens et al. 1999 and Thompson et al. 2000). According to this study, education is *one* aspect of the basis of professional skills. In mental health care work, the basis of professional skills needs to be more comprehensive, and as the interviewees pointed out, *mental health care work is not learned from books or lectures.* Mental health care work requires the practitioner's knowledge and skills as well as maturity to use these skills in unique ways to help each patient. The practitioner is able to benefit from the knowledge and skills of education only when he/she has enough experience of work and life. Similar results have been reported by, for example, Wittchen et al. (2001, 2002). They observed that the recognition of depression was connected to the doctor's work experience of more than five years (other factors were connected to the patient).

The interviewees of this study did not consider themselves as mental health care work professionals. The problems related to the legitimisation of primary mental health care have also been mentioned in international studies (Mead et al. 1997). The reasons for underestimation might lie in the outdated values, beliefs and ways of action dating back to the time when mental health care work consisted of specialized psychiatric nursing by experts with psychiatric training mainly in closed psychiatric hospitals. According to this study, as the practitioners have several strengths and a wide basis of professionalism, there should be no reason to underestimate the significance of the mental health care work they do in the primary health care system. Primary health care practitioners should be regarded, first and foremost, as *experts with a versatile basis of professional skills for carrying out mental health care work in the primary health care system*.

The practitioners of primary mental health care work have a central role in promoting the mental health of the population. Their work should also be recognised by funding and providing opportunities for training and mentoring. More research on mental health care work as a multi-professional effort is needed. The results can be utilised in planning and implementing the education of health care staff. They can also open up new perspectives into primary mental health work.

BIBLIOGRAPHY

Burns & Grove SK 1997. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

Cohen MZ & Knafl KA 1993. Evaluating qualitative research. In: Nursing Research. A qualitative perspective (eds. Munhall PI & Oiler Boyd C), pp. 476-492. National League for Nursing Press, New York.

Estabrooks CA, Field PA & Morse JM 1994. Aggregating qualitative findings: an approach to theory development. Qualitative Health Research 4, 503-511.

Hautala-Jylhä P-L, Nikkonen M & Jylhä J 2006. Conceptions of patients and personnel concerning the substance of post-ward outpatient visits in psychiatric care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 13, 61-69.

Higgins ES 1994. A review of unrecognized mental illness in primary care. Archives of Family Medicine 3:908-917.

Hyvönen S & Nikkonen M 2004. Primary health care practitioners' tools for mental health care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 514-524.

Joukamaa M , Lehtinen V & Karlsson H 1995. The ability of general practioners to detect mental disorders in primary health care. Acta Psychiatrica Scandinavica 89: 320-323.

Kiikkala I & Immonen T 2003. Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin. Mielenterveyttä peruspalveluissa - Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset (From structures to contents, from words to acts. Mental health in primary health services. Final report of Pääsky-project). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kokko M 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 511, Oulu.

Korkeila J 1998. Perspectives on the public psychiatric services in Finland. Evaluating deinstitutionalisation process. Stakes, Research report 93. Gummerus, Jyväskylä.

Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E & Ahonen J (eds.) 1999. Framework for Promoting Mental Health in Europe. Stakes, Helsinki.

Law on Mental Health Care (Mielenterveyslaki) 1116/1990.

Lehtinen V 2001 Mielenterveyttä ikä kaikki (Mental health in all ages) In: Suomalainen elämänkulku (Finnish Life Course) (eds. Heikkinen E & Tuomi J), pp. 235-253. Tammi, Helsinki
Lohiniva V 1999. Terveydenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä (The work and qualifications of public health nurse in the northern working environment). (Abstaract in English) Acta Universitatis Ouluensis. Medica D 509, Oulu.

Mead N, Bower P & Gask I 1997. Emotional problems in primary health care: what is the potential for increasing the role of nurses? Journal of Advanced Nursing 26, 879-890.
Polit DF & Hungler BP 1997. Nursing Research. Principles and Methods. JB Lippincott Co, Philadelpia, PA.
Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D & Campbell MJ. 2000. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. The Lancet 355:195-191.
Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, Van der Meer K, Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Smit A & Van den Brink W 1999. Training primary care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? Psychological Medicine 29: 833-845.
Tuori T, Kiikkala I & Lehtinen V 2000. Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. (Organization and resources of psychiatric care in the 1990s). Suomen lääkärilehti 44, 4533-4538.
Wittchen HU, Hoffler M & Meister W 2001. Pvalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? International Clinical Psychopharmacology 16(3):121-35.
Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoffler M & Hoyer J 2002. Generalised anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. Journal of Clinical Psychiatry. 63 Suppl. 8:24-34.

Merja Nikkonen, PhD.
University of Kuopio
Department of Nursing Science
P.O. Box 1627 FIN-70211 Kuopio
Finland
e-mail: merja.nikkonen@uku.fi

Senja Hyvönen, PhD
Nationwide Brief Intervention Project
Department of Social Services and Health Care in Tampere.
PL/Box 98, 33201 Tampere
Finland
e-mail: senja.hyvonen@tampere.fi

WARTOŚĆ IDEALIZACJI DLA FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA W ZAWODACH O CHARAKTERZE SŁUŻB SPOŁECZNYCH

Beata Ogórek – Tęcza

Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Kraków, Poland

Summary

THE VALUE OF IDEALIZATION FOR MAN'S FUNCTIONING IN THE SOCIAL SERVICES PROFESSIONS.

While thinking about the particularly important aspects of human existence, including man's functioning in an organization, the concepts of sense and value of social relations get in the forefront. No matter if they are perceived narrowly and refer merely to one aspect of human functioning, for example to the participation in organizational life, or if they refer widely to man's place in society – all of them are determining factors in man's development, shaping his sensitivity and they make it possible to understand people and their activities better.

The empirical examination shows the value and importance of ideals for man's functioning in various areas of organizational activities including health care. They indicate the possibility of understanding human actions better by getting to know the specific social-moral content of professions with a clearly defined mission. Simultaneously, they point out the crucial differences in the understanding of the professional life ideals referring to the professional role and years of work.

Key words: idealization, value, mission, social professions, organization.

Wstęp

Zrozumienie centralnego sensu ideałów życia zawodowego jest możliwe dzięki procesowi idealizacji. Pozwala on w sposób pełniejszy dostrzec człowieka w organizacji i motywację jego działalności, wskazując także na nowe możliwości motywowania ludzi i tworzenia nowej wiedzy organizacyjnej (Morgan, 2002, p 53-56). Idealizacja obecna jest we wszystkich sferach ludzkiej aktywności, gdyż stanowi część aktualnego procesu myślowego.(Macnamara, 1990, p. 14-25). Ideały są tworzone i odtwarzane w ciągu całego życia człowieka, istnieją w umysłach i zawsze stają się punktem odniesienia dla naszego postępowania, chociaż nie ma możliwości ich bezpośredniego wyobrażenia sobie, są możliwe do zrozumienia i identyfikacji dzięki konceptualizacji popartej doświadczeniem i intuicją (Brentano,1999,p.32, Niemczyński, 2000, p.11-25). Na zawody o szczególnej doniosłości społecznej można popatrzeć pod kątem swoistej relacji interpersonalnej, w jaką wchodzą przedstawiciele tego zawodu z odbiorcami swych usług. O istocie poszczególnych profesjonalnych relacji społecznych decyduje rodzaj dobra, które wchodzi w grę w danym zawodzie, na przykład zdrowie w zawodach medycznych, wykształcenie młodego człowieka w zawodzie nauczyciela, efektywność ludzkiego działania w zawodzie menedżera (Hofstede ,2000, p.74). O to dobro troszczyć się umie profesjonalista dzięki swojej wiedzy fachowej i zdolności do utrzymania swojego nastawienia na tym dobru. Człowiek zdrowy, człowiek wykształcony, człowiek efektywny – to są idealizacje, które podobnie jak człowiek sprawiedliwy, czy uczciwy – podlegają interpretacji, a ona zmienia się w zależności od wielu czynników (Nonaka, 1994, p. 14-37). Jednym z istotnych kierunków tej zmiany są zmiany rozwojowe, które mogą zachodzić z wiekiem i z doświadczeniem zawodowym.

Celem badań było poznanie odpowiedzi na pytania: czy i jakie idealizacje ludzkiego życia w kontekście pracy w związkach interpersonalnych można wyodrębnić w myśleniu ludzkim? Czy

i jak zmieniają się interpretacje ideałów w zależności od wykonywanego zawodu? Czy istnieje związek między wiekiem badanych, a ich zdolnością do rozumienia ideałów życia zawodowego?

Metoda

W badaniach posłużono się autorską ankietą o Dylematach Życia Zawodowego. Badanie polegało na zapoznaniu osoby badanej z dylematami zawodowymi, zawartymi w trzech opowiadaniach. Zawierały one opis sytuacji konfliktowej związanej z wykonywaniem zawodu o wyraźnie zaznaczonej misji społecznej, wymagającej rozwiązania, jakie osoba badana dawała odpowiadając na zestaw pytań. Osoba badana proszona była również o podanie argumentów przemawiających za wyborem takiego właśnie postępowania. W ten sposób ujawnione zostały wartości osoby badanej, zgodnie z którymi dokonywała ona wyborów.

Badania zostały opracowane według następującego schematu: w etapie pierwszym wyodrębniono preskrypcję, wartość bezpośrednią, wartość finalną oraz sformułowano sąd wyrażony. W drugim etapie w celu identyfikacji ideału zinterpretowano troskę centralną, składniki obiektu troski centralnej, wyłoniono strukturę życia ludzkiego jako obiektu troski. W ostatnim etapie dokonano porównań rozumienia ideałów pomiędzy przedstawicielami badanych grup zawodowych.

Całość zebranego materiału badawczego - 90 osób (270 jednostek analizy) została poddana analizie zgodnie z procedurą przedstawioną powyżej, ze względu na ograniczone możliwości prezentacji materiału skoncentrowano się w niniejszym artykule na analizie ilościowej.

Wyniki

Badaniami objęto 150 osób z trzech grup zawodowych, menedżerów, nauczycieli i pielęgniarki. Uzyskano zwrotnie 103 ankiety, 13 odrzucono ze względu na znaczne braki w odpowiedziach. Do analizy materiału wykorzystano ankiety zebrane od 90 osób, przedstawicieli trzech grup zawodowych: menedżerów, nauczycieli i pielęgniarek, po 30 osób z każdej z nich. W sumie cały materiał badawczy obejmował 270 jednostek analizy, ponieważ każda osoba badana rozwiązywała trzy dylematy. W grupie osób badanych znalazło się 68 kobiet i 22 mężczyzn. Uczestników badania podzielono ze względu na wiek wyodrębniając trzy grupy: 31 osób znalazło się w przedziale 23 – 33 lat, 31 osób w przedziale 34 – 45 lat, a 28 osób w 46 – 60 lat. Staż pracy osób badanych przedstawiał się następująco: 30 osób posiadało staż do 10 lat pracy, 29 osób pracowało w zawodzie od 11 do 23 lat, pozostali badani (31) pracowali zawodowo od 24 do 40 lat.

W przypadku całego zebranego materiału udało się w pierwszym etapie wyodrębnić preskrypcję, a następnie sąd wyrażony, w drugim zaś wyłonić idealizacje życia zawodowego. Następnie dokonano porównań między badanymi grupami zawodowymi: menedżerami, nauczycielami i pielęgniarkami pod kątem pełni rozumienia ideałów przedstawianych w kontekście wszystkich wymienionych zawodów. Następny krok umożliwił dokonanie porównania pomiędzy grupami wiekowymi w odniesieniu do pełni rozumienia ideałów.

Przeprowadzone badania potwierdziły różnorodność idealizacji życia ludzkiego będąca wyrazem różnego ujmowania ideałów życia zawodowego w kontekście pracy zawodowej przez osoby wykonujące różne zawody w odniesieniu do tych samych dylematów, a także przez osoby tego samego zawodu rozwiązujące różne dylematy.

Tabela 1. Kategorie idealizacji ze względu na wykonywany zawód

	Nauczyciele	Pielęgniarki	Menedżerowie
Jakość relacji zawodowych	23 (25,6%)	35 (38,9%)	16 (17,9%)
Realizacja zasad i wartości moralnych	36 (40,0%)	31 (34,4%)	38 (42,2%)
Dobro instytucji oparte na zasadach moralnych i jakościowo dobrych relacjach	11 (12,2%)	5 (5,6%)	18 (20,0%)

Bycie wzorem postępowania dla innych	11 (12,2%)	11 (12,2%)	12 (13,3%)
Dojrzałość, niezależność podmiotu w relacjach	7 (7,8%)	5 (5,6%)	2 (2,2%)
Kształtowanie osobowości, rozwój jednostki	2 (2,2%)	3 (3,3%)	4 (4,4%)
Razem	90 (100,0%)	90 (100,0%)	90 (100,0%)

Chi2=19,1397, l.s.s.=10, p=0,039

W idealizacjach używanych przez przedstawicieli trzech grup zawodowych można zauważyć istniejące różnice w pojmowaniu ideałów życia zawodowego, pomimo takiego samego kontekstu opowiadań. Dla grupy nauczycieli najistotniejsze znaczenie mają zasady i wartości moralne (40,0%), wazna jest także jakość relacji zawodowych (25,6%). Objęte badaniami pielęgniarki wskazują na wagę relacji interpersonalnych (38,9%), podobnie wysoko oceniają kierowanie się zasadami i wartościami w pracy zawodowej (34,4%). Dla menedżerów najważniejsze są zasady i wartości (42,2%), ale też najwyraźniej ze wszystkich grup dostrzegają oni znaczenie dobra samej instytucji, której działanie oparte jest na zasadach i jakościowo dobrych relacjach (20,0%).

W badaniach znalazła potwierdzenie przesłanka mówiąca o tym, że osoby wykonujące poszczególne zawody w sposób pełniejszy winny ujmować ideały swojej profesji, aniżeli ideały pozostałych dwóch zawodów. Na przykład ideał życia zawodowego odnoszący się do sfery zarządczej powinien być szerzej ujmowany przez badanych menedżerów, aniżeli ideał zawodu pielęgniarki, czy ideał zawodu nauczyciela. We wszystkich analizowanych przypadkach znajduje potwierdzenie fakt mówiący o pełniejszym ujmowaniu ideałów przez osoby wykonujące zawód nauczyciela, pielęgniarki, menedżera w kontekście swojej profesji, niż w kontekście pozostałych. Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy adekwatnością rozumienia ideałów, a wykonywanym zawodem.

Tabela 2. Interpretacja ideałów zawodowych. Większa adekwatność w porównaniu do innych zawodów w zależności od treści dylematu moralnego.

	Nauczyciele	Pielęgniarki	Menedżerowie	Razem
Dylemat 1 (menedżerski)	13 (28,9%)	14 (31,1%)	18 (40,0%)	45 (100,0%)
Dylemat 2 (nauczycielski)	23 (51,1%)	13 (28,9%)	9 (20,0%)	45 (100,0%)
Dylemat 3 (pielęgniarski)	11 (24,4%)	26 (57,8%)	8 (17,8%)	45 (100,0%)
Razem	47 (34,8%)	53 (39,3%)	35 (25,9%)	135 (100,0%)

Chi^2=12,4011, l.s.s.=4, p = 0,003

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono także, że wraz z wiekiem charakterystyczne jest bardziej adekwatne rozumienie ideałów, co jest równoznaczne z tym, że mają one charakter rozwojowy. W wyodrębnionych dwóch grupach wiekowych dokonano porównań, poszukując odniesienia do adekwatności wypowiadanych idealizacji z uwzględnieniem wieku. Porównania dotyczyły osób z jednej grupy zawodowej i odnosiły się do opowiadania przedstawionego w kontekście zawodu osoby badanej.

Tabela 3. Zmiany adekwatność rozumienia ideału własnego zawodu w zależności od wieku w grupie menedżerów.

	Bardziej adekwatne rozumienie ideałów	Plateau	Mniej adekwatne rozumienie ideałów	Razem
26 – 47 lat	5 (16,7%)	6 (20,0%)	4 (13,3%)	15 (50,0%)
48 – 60 lat	4 (13,3%)	6 (20,0%)	5 (16,7%)	15 (50,0%)
Razem	9 (30,0%)	12 (40,0%)	9 (30,0%)	30 (100,0%)

Chi^2=0,2222, l.s.s.=2, p=0,895

Tabela 4. Zmiany adekwatności rozumienia ideału własnego zawodu w zależności od wieku w grupie nauczycieli.

	Bardziej adekwatne rozumienie ideałów	Plateau	Mniej adekwatne rozumienie ideałów	Razem
23 – 35 lat	2 (6,7%)	4 (13,3%)	9 (30,0%)	15 (50,0%)
36 – 57 lat	9 (30,0%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	15 (50,0%)
Razem	11 (36,7%)	8 (26,6%)	11 (36,7%)	30 (100,0%)

Chi^2=8,9091, l.s.s.=2, p=0,012

Tabela 5. Zmiany adekwatności rozumienia ideału własnego zawodu w zależności od wieku w grupie pielęgniarek.

	Bardziej adekwatne rozumienie ideałów	Plateau	Mniej adekwatne rozumienie ideałów	Razem
23 –33 lat	3 (10,0%)	2 (6,7%)	10 (33,3%)	15 (50,0%)
34 – 60 lat	10 (33,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	15 (50,0%)
Razem	13 (43,3%)	4 (13,4%)	13 (43,3%)	30 (100,0%)

Chi^2=7,5385, l.s.s.=2, p=0,023

Badani nauczyciele i pielęgniarki ze starszej grupy wiekowej pełniej rozumieją ideały życia zawodowego, niż osoby młodsze w tej grupie zawodowej, co przemawia za tym, że zmiany rozumienia ideałów życia zawodowego mają charakter rozwojowy. Zależności te są istotne statystycznie. Jedynie w grupie menedżerów nie znajdujemy potwierdzenia faktu pełniejszego rozumienia ideałów zawodowych w starszej grupie wiekowej, być może jest to związane ze specyfiką badanej podgrupy oraz tradycyjnym rozumieniem przez menedżerów ze starszego pokolenia swojej roli zawodowej.

Dyskusja

Zagadnienie idealizacji dla funkcjonowania człowieka w organizacji stwarza nowe możliwości spojrzenia na organizację, w której na pierwszym planie znajduje się człowiek. Poszukiwania odpowiedzi na pytania dotyczące natury człowieka, jego rozwoju w aspekcie indywidualnym i społecznym oraz wartości relacji społecznych jest równocześnie poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie dotyczące funkcjonowania organizacji, której przecież podstawą jest potencjał ludzki.

Przeprowadzone badania pozwalają na zwrócenie uwagi na indywidualnego człowieka, jego podmiotowość oraz zrozumienie jego zachowania w kontekście organizacji. Ideały życia zawodowego przedstawione przez osoby badane odnoszą się do najważniejszych ich zdaniem aspektów funkcjonowania człowieka w organizacji. Zwracają oni szczególną uwagę na jakość relacji zawodowych podkreślając, że stanowią one podstawę porozumienia między ludźmi, wyznaczania celów organizacyjnych, ustanawiania zasad. W relacjach organizacyjnych ze szczególną troską podkreślają znaczenie zaufania, zrozumienia, pomocy, współpracy. Zwracają uwagę na fakt, że wszelkie bezosobowe rozwiązania są krótkoterminowe i bez uwzględniania oczekiwań i twórczych możliwości człowieka rozwój organizacji nie jest możliwy.

Wnioski

1.Odniesienie do procesu idealizacji w zarządzaniu, edukacji, ochronie zdrowia pozwala na zrozumienie sposobu ludzkiego myślenia w organizacji i może przynieść nowe możliwości motywowania dbającego zarówno o dobro człowieka, jak i samej instytucji. Poznanie stopnia rozumienia ideałów życia zawodowego jest jednoznaczne ze zrozumieniem istoty samego rozwoju zawodowego.

2.Sposób rozumienia troski o zdrowie, edukację, czy efektywność ludzkiego działania jest wewnętrzną normą każdego człowieka regulującą przekonania i działania realizowane w określonych zawodach. Poznanie idealizacji przyczynia się do wzbogacenia wiedzy o człowieku, zarówno na poziomie jednostkowym, jak i organizacyjnym.

3. Lepsze poznanie człowieka i jego sposobu myślenia o świecie, zwłaszcza w aspekcie zawodowym wskazuje na nowe możliwości budowania relacji w organizacji oraz motywowania ludzi, które uwzględniałoby jego indywidualność i niepowtarzalny charakter.
4. U podstaw zainteresowań zarówno zarządzających w służbie zdrowia, szkolnictwie, czy działalności rynkowej powinien znaleźć się człowiek, który realizując się zawodowo ukierunkowany jest na dobro innych. Dbanie o każde dobro, a w szczególności dobro typu zdrowie, edukacja, czy efektywność wytwarzania dóbr i usług staje się dla człowieka źródłem satysfakcji wynikającej z wnoszenia swojego wkładu w życie społeczne i poprzez to poczucia budowania czegoś bardziej trwałego, aniżeli indywidualne życie.

Bibliography

1. Blum L. (1994) *Moral perception and particularity*, New York University Press, New York
2. Brentano F.C. (1999) *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, PWN, Warszawa
3. Hofstede G.H. (2000) *Kultury i organizacje: zaprogramowanie umysłu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa
4. Macnamara J. (1990) Ideals and psychology, *Canadian Psychology, 31*
5. Morgan G. (2002) *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa
6. Nonaka I. (1994), A dynamic theory of organizational knowledge creation, *Organization Science, vol. 5, no. 1*
7. Niemczyński A. (2000) Szansa na powrót ideałów do rozwoju poznawczego, *Psychologia Rozwojowa, tom 5, nr 1-2*

Dr. Beata Ogórek – Tęcza
Jagiellonian Uniwersity
Collegium Medicum
Nursing institute
Kopernika 25
Kraków 31-501
Poland
e-mail: mhtecza@cyf-kr.edu.pl

POSÚDENIE SEBESTAČNOSTI U PACIENTOV NA GERIATRICKOM ODDELENÍ

Zdeňka Olejárová, Paulína Hudáková, Anna Legyelová

Katolícká univerzita, Fakulta zdravotníctva v Ružomberoku, Detašované pracovisko Košice, Slovenská republika

Súhrn
Hodnotenie funkčného potenciálu u starého človeka umožňujú rôzne meracie techniky. Tieto testy sú nápomocné pre stanovenie adekvátnej individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Testovanie denných činnosti podľa Barthela umožňuje posúdiť pacientovu sebestačnosť alebo jej poruchu a určiť stupeň vznikajúcej závislosti. Získané informácie je potrebné vyhodnotiť a naplánovať ošetrovateľské zásahy, ktoré zvyšujú sebestačnosť alebo zabezpečia kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Kľúčové slová: posúdenie sebestačnosti, testovanie denných činnosti podľa Barthela.

Úvod

Miera sebestačnosti p/k je parameter, ktorý ovplyvňuje náročnú ošetrovateľskú starostlivosť. Jeho kontinuálne vyhodnocovanie patrí medzi dôležité činnosti podporujúce objektivizáciu záznamov v ošetrovateľskej dokumentácii. V súčasnosti sa najčastejšie používa testovanie denných činností podľa Barthela. Na hodnotenie sa využíva bodový systém. Najlepšie skóre je 100 a predstavuje úplnú sebestačnosť, najhoršie je 0, čo je úplná závislosť od pomoci inej osoby. Barthelov index je štandardný test, ktorý však nebol vypracovaný osobitne pre geriatriu, no napriek tomu ho možno použiť na objektívne hodnotenie stupňa závislosti u staršieho pacienta. (Kociová, Peregrinová, 2003 s.32)

Z hľadiska sebestačnosti v denných činnostiach môžeme chorých ľudí rozdeliť približne do štyroch skupín:

1. celkom sebestační p/k – nezávislí od pomoci sestry, relatívne psychicky kompenzovaní, ktorí potrebujú pomoc len pri akútnych stavoch.

2. čiastočne sebestační p/k – sú schopní sebaobsluhy i mimo lôžka, ale potrebujú výdatnú pomoc svojho okolia.

3. p/k celkom alebo čiastočne sebestační – ale pripútaní na lôžko, prípadne psychicky dekompenzovaní, ktorí vyžadujú väčšiu či menšiu pomoc sestry a okolia.

4. nesebestační p/k – pripútaní na lôžko, psychicky dekompenzovaní, prípadne v bezvedomí, ktorí sú celkom závislí na práci ošetrovateľského personálu kvôli celkovému ťažkému zdravotnému stavu. (Staňková, 2001, s. 32)

Metodika

Cieľom prieskumu, ktorý bol realizovaný v januára 2006, bolo posúdiť sebestačnosť pacientov/klientov geriatrického oddelenia vo Vysokošpecializovanom odbornom ústave

geriatrickom sv. Lukáša v Košiciach a zistiť mieru záťaže zdravotníckeho personálu. Na posúdenie sebestačnosti sme použili Barthelov test základných bežných činnosti ADL.

Charakteristika súboru podľa veku a pohlavia

Vek (roky)	MUŽI		ŽENY		SPOLU	
59	1	2,94%	-	-	1	2,94%
60-74	6	17,64%	5	14,70%	11	32,35%
75-89	-	-	20	56,82%	20	58,82%
90	-	-	2	5,88%	2	5,88%
Do 74	7	20,58%	5	14,70%	12	35,29%
75 a viac	-	-	22	64,70%	22	64,70%
SPOLU	7	20,58%	27	79,41%	34	100,00%

Súbor tvorilo 34 (100%) pacientov, z toho 7 (20,58%) mužov a 27 žien (79,41%).Vo vekovej skupine do 59 rokov bol 1 muž (2,94%), v skupine dlhovekých 2 ženy (5,88%).Ženy boli v súbore staršie ako muži.

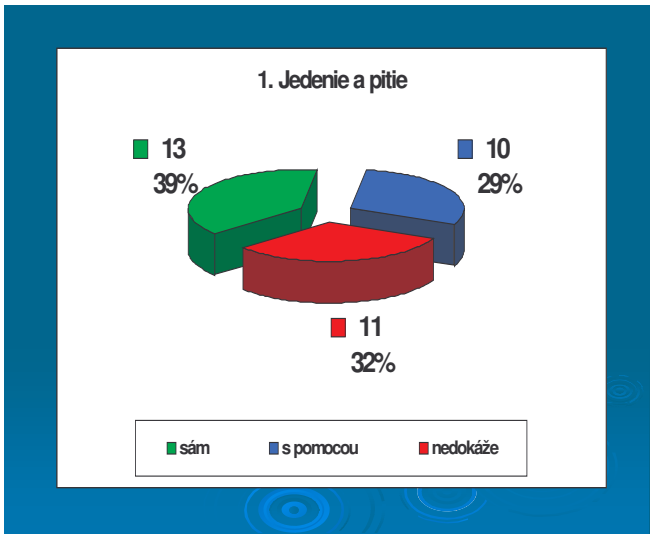
Súbor podľa stupňa závislosti a pohlavia/veku

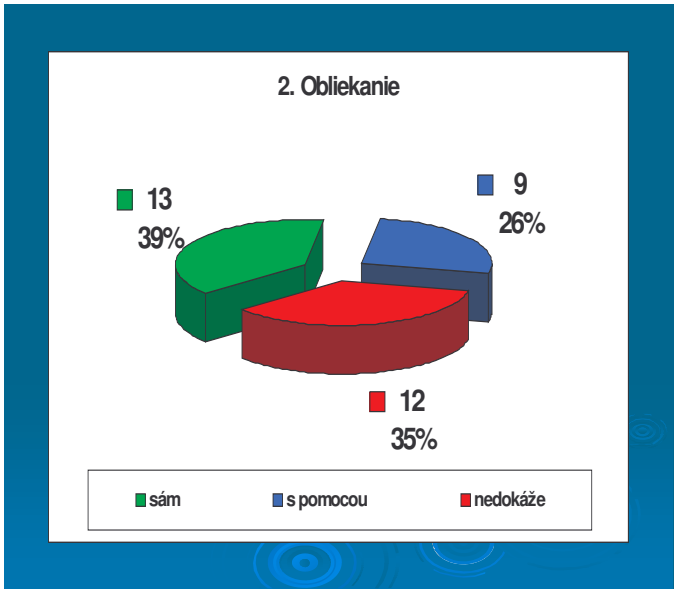
Stupeň závislosti	muži	%	ženy	%	do 74 rokov	%	nad 75	%	spolu	%
100 b N	3	8,82	6	17,64	6	17,64	3	8,82	9	26,47
65–95 Ľ	1	2,90	3	8,82	1	2,90	3	8,82	4	11,76
45-60 S	-	-	2	5,58	-	-	2	5,88	2	5,89
0 – 40 Ť	3	8,82	16	47,05	5	14,70	14	41,1	19	55,88
Spolu	7	20,58	27	79,41	12	35,29	22	64,70	34	100,00

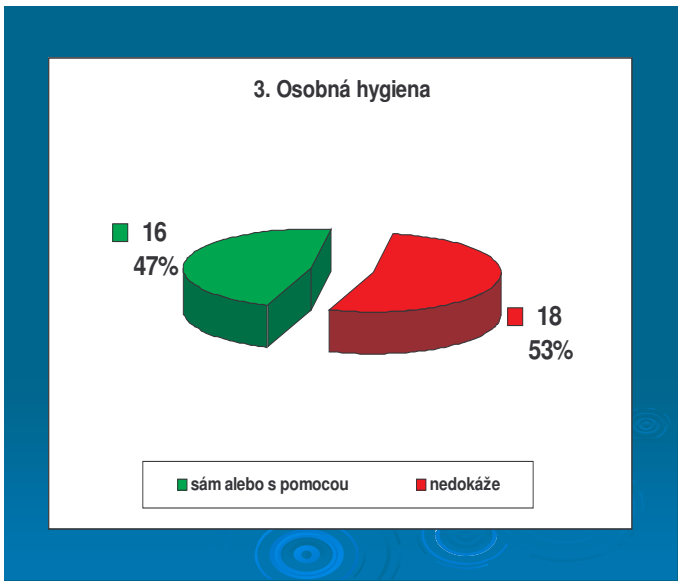
Výsledky

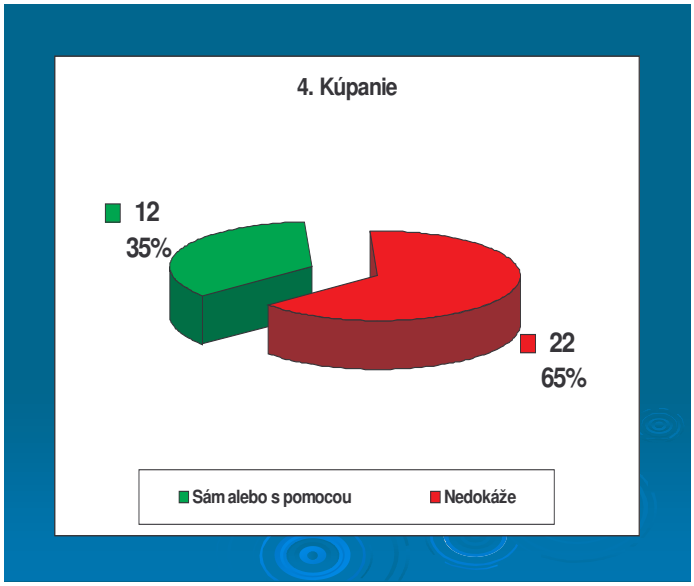
Podľa bodového vyhodnotenia je **úplne nezávislých na cudzej pomoci** 26,47% (3 muži a 6 žien) pacientov, **ľahká závislosť** (65-95 bodov) je u 11,76% pacientov (1 muž a 3 ženy), **závislosť stredného stupňa** u 5, 89% (2 ženy) pacientov, **závislosť ťažkého stupňa** je až u 55,88% (3 muži a 16 žien) pacientov.

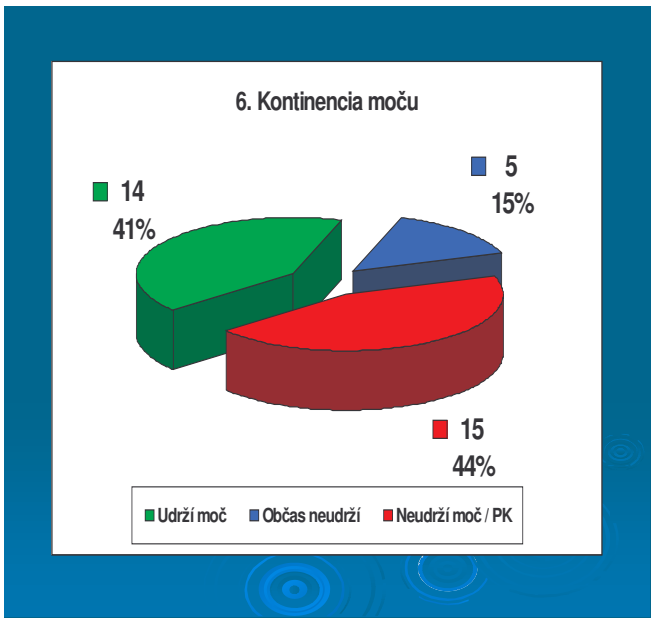
Nasledujúce grafy (1. – 10.) znázorňujú výsledky Barthelovho testu základných bežných činnosti u hospitalizovaných pacientov:

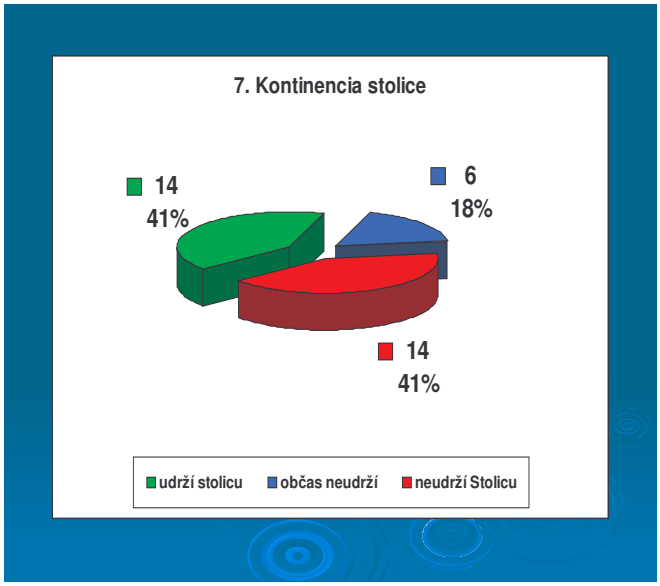


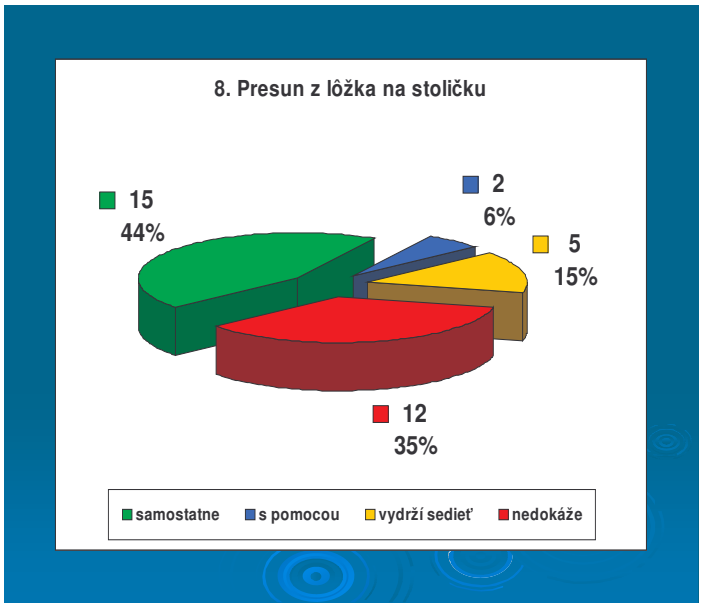


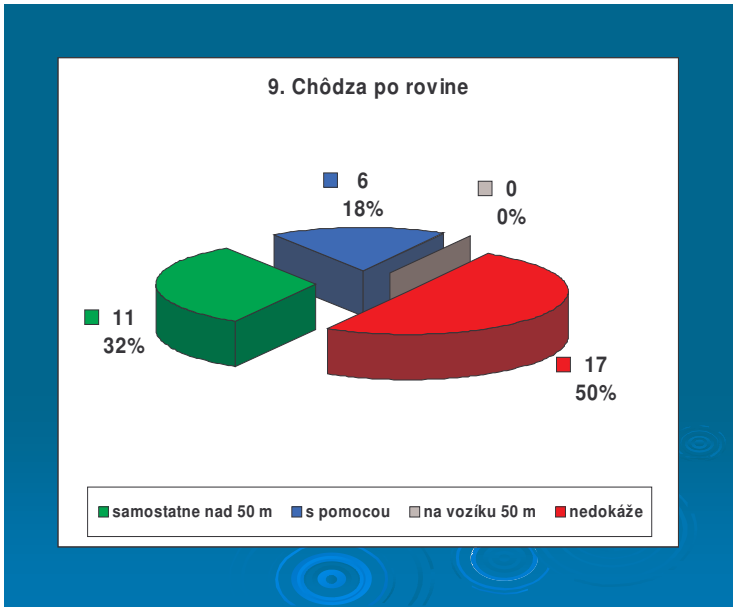

3. Osobná hygiena
16
47%
18
53%
sám alebo s pomocou
nedokáže

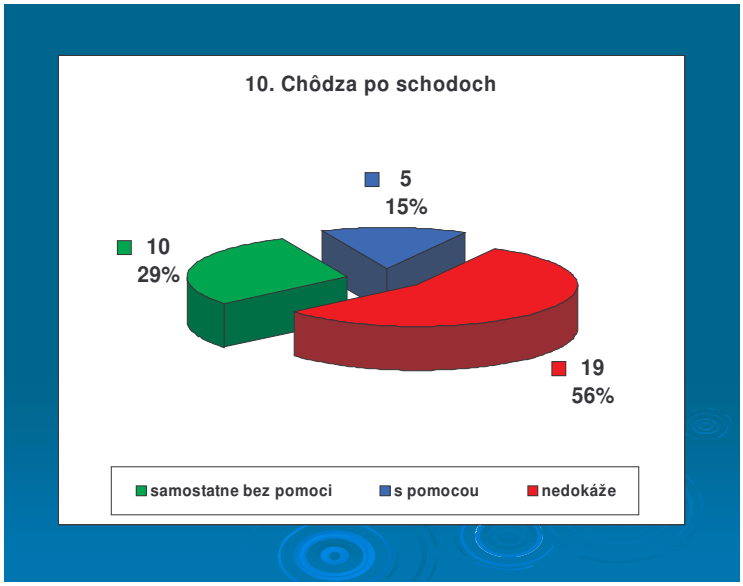

4. Kúpanie
12
35%
22
65%
Sám alebo s pomocou
Nedokáže


6. Kontinencia moču
14
41%
5
15%
15
44%
Udrží moč
Občas neudrží
Neudrží moč / PK


7. Kontinencia stolice
14
41%
6
18%
14
41%
udrží stolicu
občas neudrží
neudrží Stolicu


8. Presun z lôžka na stoličku
15
44%
2
6%
5
15%
12
35%
samostatne
s pomocou
vydrží sedieť
nedokáže





Záver

Výsledky posúdenia sebestačnosti pomocou Barthelovho testu poukazujú na stupeň závislosti jednotlivých hospitalizovaných pacientov, ako aj na mieru fyzickej a psychickej záťaže ošetrujúceho personálu pri poskytovaní predovšetkým základnej ošetrovateľskej starostlivosti na danom geriatrickom oddelení. Umožňujú naplánovať individuálnu starostlivosť, ošetrovateľské zásahy na zvyšovanie sebestačnosti pacientov. Odhadnúť záťaž a kvantitatívnu potrebu ošetrujúceho personálu na oddeleniach tohto typu. Uvedomujeme si, že naše výsledky nemožno zovšeobecňovať. Popisujú status quo na tomto geriatrickom oddelení, kde v popoludňajšej službe zabezpečuje komplexnú starostlivosť o pacientov 1 sestra s ošetrovateľom.

Bibliografické odkazy

KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. : Fyzioterapia v geriatrii. Vydavateľstvo Osveta Martin,2003.64s.ISBN80-8063-123-8

STAŇKOVÁ, M.: Hodnocení a měřicí techniky.Vydání: první. Institut pro další vzdělávaní pracovníku ve zdravotnictví, Brno:2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6

PhDr. Zdeňka Olejárová
Katolická univerzita v Ružomberoku
Fakulta zdravotníctva
Detašované pracovisko Košice
Hlavná 89
040 01 Košice
Slovenská republika
e-mail: elejarova@ktfke.sk

ZAPOTRZEBOWANIE STUDENTÓW STUDIÓW STACJONARNYCH I NIESTACJONARNYCH I i II STOPNIA NA KSZTAŁCENIE W SYSTEMIE DISTANCE LEARNING

Iwona Oskędra, *Beata Zych, **Maria Kózka

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Poland
** Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Zakład Pedagogiki Medycznej, Poland*
*** Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Poland*

Streszczenie (Summary):

Kształcenie na odległość (distance learning) funkcjonuje około 100 lat, ale prawdziwy przełom nastąpił w latach 90-tych XX wieku wraz z upowszechnieniem się internetu. Forma ta umożliwia kształcenie i dokształcanie dużej grupy studentów i osób dorosłych uzupełniających lub poszerzających swoje wykształcenie. Kontakt uczących się z nauczycielem może mieć charakter synchroniczny lub asynchroniczny, a podstawą zaliczenia określonego modułu/kursu jest program wraz z pakietem edukacyjnym opracowany przez nauczyciela.

Celem badań było określenie stopnia zapotrzebowania studentów kierunku pielęgniarstwo na kształcenie w systemie distance learning. Badania przeprowadzono w wśród studentów studiujących w Instytucie Pielęgniarstwa WOZ CM UJ na I i II roku studiów stacjonarnych i I roku niestacjonarnych studiów II stopnia. Materiał badawczy został zebrany przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Dane te zostały uzupełnione sondażem na temat wyposażenia bibliotek i czytelni dostępnych studentom na terenie Krakowa w komputery z dostępem do sieci internetowej.

Wyniki badań mają posłużyć do zaplanowania działań szkoleniowych i organizacyjnych dotyczących przygotowania programów kształcenia w systemie distance learning na poziomie studiów I i II stopnia w związku z planowanym uruchomieniem tego typu studiów w Instytucie Pielęgniarstwa w Krakowie.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 46,5% studentów wykazało zainteresowanie kształceniem w tego typu systemie, natomiast negatywną opinię wyraziło 53,5%.

Słowa kluczowe (Key words): distance learning, kształcenie pielęgniarek, stacjonarne, niestacjonarne.

Wprowadzenie (Introduction):

W światowym i polskim szkolnictwie wyższym obserwuje się wzrost zainteresowania i wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT). Technologia ta jest wykorzystywana w różnych dziedzinach kształcenia akademickiego, w tym również w pielęgniarstwie. Jest to zgodne z przygotowanym przez Ministerstwo Gospodarki programem ePolska. Wśród zaplanowanych działań dotyczących rozwoju społeczeństwa informacyjnego istotnym zadaniem jest opracowanie koncepcji wdrażania, rozwoju i koordynacji systemu edukacji na odległość oraz systemu certyfikacji (1) i (2). W Polsce na kierunku pielęgniarstwo kształcenie na odległość z wykorzystaniem internetu prowadzi Polski Uniwersytet Wirtualny.

Metoda (Methodics):

Celem badań było określenie zapotrzebowania studentów kierunku pielęgniarstwo na kształcenie w systemie distance learning. Badania przeprowadzono w Instytucie Pielęgniarstwa WOZ CM UJ w styczniu i lutym 2006 wśród studentów I roku (23 osoby) i II roku (32 osoby) studiów stacjonarnych II stopnia i I roku (46 osób) niestacjonarnych studiów II stopnia

studiujących Materiał badawczy został zebrany przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się 18 pytań, w tym 9 zamkniętych, 3 otwartych i 6 półotwartych. Dane te zostały uzupełnione sondażem nt. wyposażenia bibliotek i czytelni dostępnych studentom na terenie Krakowa w komputery z dostępem do sieci internetowej.

Wyniki (results):

W badaniach uczestniczyło 99 studentów (2 ankiety anulowano), w tym 96 kobiet i 3 mężczyzn. Wiek badanych ze studiów stacjonarnych mieścił się w przedziale od 21 do 28 lat, a studentów niestacjonarnych od 22 do 47 lat. Średni wiek w badanej populacji wynosił 26,5 roku. Szczegółowe dane na temat wieku badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wiek badanej populacji.

Przedział wieku	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 – 40	> 40	Suma
N	62	10	10	9	2	93
%	66,7	10,8	10,8	9,6	2,1	100

Najliczniejsza była najmłodsza grupa studentów w przedziale 21 – 25 lat, najmniej liczną stanowiła grupa powyżej 40 lat. W badanej grupie 6 osób nie podało swojego wieku.
Staż pracy studentów stacjonarnych mieścił się w przedziale od 1 miesiąca do 2 lat, natomiast studentów niestacjonarnych od 2 miesięcy do 30 lat.

Odległość miejsca pracy od uczelni została pogrupowana w 4 przedziały. Dane szczegółowe obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Odległość miejsca pracy od uczelni.

Odległość	Kraków	do 50 km	51 – 100 km	> 100 km	Suma
N	23	6	20	14	63
%	36,6	9,5	31,7	22,2	100

Najwięcej osób pracuje w Krakowie - 23 osoby (36,6%), natomiast 14 osób (22,2%) pracuje w odległości powyżej 100 km od uczelni. Dane dotyczące odległości uczelni od miejsca zamieszkania podało 97 badanych, obrazuje je tabela 3.

Tabela 3. Odległości uczelni od miejsca zamieszkania.

Odległość	Kraków	do 50 km	51 – 100 km	> 100 km	Suma
N	26	13	30	28	97
%	26,8	13,4	30,9	28,9	100

Najwięcej badanych - 30 osób (30,9%) mieszka w odległości od 51 – 100 km od Krakowa, natomiast mieszkańcy Krakowa (26 osób) stanowią 26,8%.

Opinie badanych dotyczące możliwości studiowania na kierunku pielęgniarstwo w systemie distance learning różniły się w obu podgrupach. Wyniki prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Opinie badanych dotyczące możliwości studiowania w systemie distance learning.

Typ studiów	Studenci Stacjonarni (S)		Studenci Niestacjonarni (NS)		Suma (S + NS)	
	N	%	N	%	N	%
Licencjat stacjonarne (I stopień)	4	7,3	8	11,9	12	9,8
Magisterskie stacjonarne (II stopień)	18	32,7	16	23,9	34	27,9

Licencjat niestacjonarne (I stopień)	5	9,0	10	14,9	15	12,2
Magisterskie niestacjonarne II stopień)	28	51,0	33	49,3	61	50

Na pytanie dotyczące możliwości uruchomienia kształcenia w systemie distance learning respondenci z obu grup najczęściej wybierali odpowiedź „studia magisterskie niestacjonarne" czyli II stopnia. Tę odpowiedź podało 28 studentów stacjonarnych (51%) i 33 studentów niestacjonarnych (49,3%). Najrzadziej wybierana była odpowiedź „licencjat stacjonarne", czyli I stopnia. Tak odpowiedziały 4 osoby (7,3%) ze studiów stacjonarnych i 8 osób (11,9%) z niestacjonarnych.

Studenci studiów niestacjonarnych – 25 osób, byli bardziej zainteresowanych kształceniem w systemie distance learning, a 21 osób udzieliło negatywnej odpowiedzi.

Natomiast studenci stacjonarni – 32 osoby nie byli zainteresowani tą formą kształcenia, a 21 osób udzieliło twierdzącej odpowiedzi.

Mając do wyboru możliwość realizacji całego programu w systemie distance learning, wybranych modułów przez siebie lub zaproponowanych przez uczelnię, studenci w obu badanych grupach byli najbardziej zainteresowani samodzielnym doborem modułów (S - 21 osób, NS – 14 osób). Najmniejsze zainteresowanie dotyczyło realizacji całego programu w tym systemie studiów, po 5 osób z każdej grupy. Największa różnica w wypowiedziach obu grup dotyczyła możliwości studiowania w systemie distance learning w oparciu o moduły zaproponowane przez uczelnię; S – 2 osoby, NS – 13 osób.

Kształcenie w systemie distance learning wymaga określonych umiejętności umożliwiających efektywne realizowanie programów dydaktycznych. Opinie studentów na ten temat prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Umiejętności przydatne studentowi w kształceniu w systemie distance learning.

Rodzaj umiejętności	Stacjonarne (S)		Niestacjonarne (NS)		Suma S+NS	
	N	%	N	%	N	%
Precyzowanie celów kształcenia	2	1,1	20	10,0	22	5,7
Korzystanie ze źródeł drukowanych	20	10,7	23	11,5	43	11,1
Korzystanie z komputera	41	21,9	35	17,5	76	19,6
Planowanie nauki własnej	39	20,9	35	17,5	74	19,1
Konsekwentne realizowanie działań	38	20,3	40	20,0	78	20,2
Samoocena efektów	26	13,9	26	13,0	52	13,4
Radzenie sobie z niepowodzeniami w kształceniu	21	11,2	21	10,5	42	10,9
Razem	187	100	200	100	387	100

Wśród umiejętności, które powinien posiadać student decydujący się na naukę w systemie distance learning badani wymieniali najczęściej: konsekwentne realizowanie działań – 20,2%, korzystanie z komputera – 19,6% oraz planowanie nauki własnej – 19,1%. Według respondentów mniejsze znaczenie mają takie umiejętności, jak samoocena efektów – 13,4%, korzystanie ze źródeł drukowanych - 11,1%, radzenie sobie z niepowodzeniami w kształceniu – 10,9%, a także precyzowanie celów kształcenia – 5,7%.

Integralną częścią programu kształcenia na odległość jest pakiet edukacyjny przygotowywany przez autora lub koordynatora programu. Zapotrzebowanie studentów na materiały samokształceniowe w pakiecie przedstawia tabela 5.

Wśród materiałów samokształceniowych, które powinny być zawarte w pakiecie edukacyjnym badani najczęściej wybierali: spis literatury obowiązkowej, testy do samodzielnego sprawdzania wiedzy, materiały opracowane przez nauczyciela.

Tabela 5. Materiały samokształceniowe zawarte w pakiecie edukacyjnym.

Rodzaj materiału samokształceniowego	N	%
Spis literatury obowiązkowej	79	18,8
Testy do samodzielnego sprawdzania wiedzy	79	18,8
Materiały z poszczególnych tematów opracowane przez nauczyciela	76	18,1
Materiały na CD	65	15,5
Skrypty	61	14,5
Pytania opisowe sprawdzające	60	14,3
Razem	420	100

W grupie preferowanych przez studentów materiałów samokształceniowych najczęściej podawane były: testy do samodzielnego sprawdzania wiedzy, skrypty, literatura obowiązkowa oraz materiały z poszczególnych tematów opracowane przez nauczyciela. Dane szczegółowe zawiera tabela 6.

Tabela 6. Preferowane przez studentów materiały samokształceniowe.

Materiały samokształceniowe preferowane przez studentów	N	%
Testy do samodzielnego sprawdzania wiedzy	67	19,4
Skrypty	63	18,2
Literatura obowiązkowa	62	17,9
Materiały z poszczególnych tematów opracowane przez nauczyciela	58	16,8
Materiały na CD	51	14,7
Pytania opisowe sprawdzające	45	13,0
Razem	346	100

Najrzadziej badani preferowali slajdy, kasety audio oraz filmy VHS i SVHS.

Podstawą kształcenia na odległość jest dostęp nauczycieli i studentów do różnego rodzaju środków komunikacji oraz sprzętu odtwarzającego określone nośniki informacji. W związku z tym, w badanej populacji dokonano analizy dostępności tych środków i urządzeń. Dane szczegółowe prezentuje tabela 7.

Tabela 7. Urządzenia umożliwiające komunikację i odtwarzające informacje.

Rodzaj dostępu	N	%
Telefon komórkowy	96	24,2
Magnetofon	84	21,2
Telefon stacjonarny	71	17,9
Internet	66	16,7
Video	47	11,9
Odtwarzacz DVD lub CD	32	8,1
Razem	396	100

Wśród urządzeń umożliwiających całodobowy kontakt studenta z uczelnią badani w obu grupach najczęściej wymieniali telefon komórkowy – 96 osób (24,2%), telefon stacjonarny – 71 osób (17,9%) oraz internet – 66 osób (16,7%). Możliwość odtwarzania materiałów dydaktycznych z kaset magnetofonowych podały 84 osoby (21,2%), z kaset video 47 osób (11,9%), a z płyt CD i DVD 32 osoby (8,1%).

Wśród urządzeń umożliwiających odtwarzanie materiałów dydaktycznych, do których badane osoby nie mają w ogóle dostępu najczęściej wymieniane były: rzutnik slajdów – 62 osoby (48,1%), odtwarzacz video – 35 osób (27,1%), odtwarzacz DVD lub CD – 12 osób (9,3%). Dostępu do internetu nie posiada aż 20 osób (15,5%).

W procesie samokształcenia istotne znaczenie ma umiejętność korzystania z różnych źródeł informacji. Preferencje studentów w tym zakresie przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Źródła informacji wykorzystywane w samokształceniu.

Źródła informacji w samokształceniu	N	%
Książki	97	33,0
Czasopisma	79	26,9
Konferencje naukowe	32	10,9
Konsultacje z specjalistami	31	10,5
Dyskusje w grupie pielęgniarek	31	10,5
Filmy edukacyjne	24	8,2
Razem	294	100

Spośród źródeł, z których studenci obu grup zdecydowanie najczęściej korzystają w samokształceniu wymieniane były książki i czasopisma. Studenci studiów niestacjonarnych częściej niż studenci stacjonarni korzystają z konsultacji ze specjalistami, telewizyjnych filmów edukacyjnych i konferencji naukowych.

Źródłem pozyskiwania materiałów samokształceniowych są m.in. biblioteki. Badana grupa określiła dostępność do różnych typów bibliotek. Dane prezentuje tabela 9.

Tabela 9. Dostęp do bibliotek.

	dostęp		brak dostępu		częściowy dostęp	
Typ biblioteki	N	%	N	%	N	%
Instytutowa	64	28,5	8	5,1	20	15,0
Miejska	57	25,3	8	5,1	23	17,3
Własna	54	24,0	7	4,4	25	18,8
Poza miejscem pracy i zamieszkania	21	9,3	31	19,8	30	22,6
Szpitalna	15	6,7	49	31,2	21	15,8
Oddziałowa	14	6,2	54	34,4	14	10,5
Razem	225	100	157	100	133	100

Najbardziej swobodny dostęp do zasobów bibliotecznych respondenci z obu grup mają do biblioteki Instytutu Pielęgniarstwa, miejskiej i własnej. Najczęściej badane osoby nie mają dostępu do biblioteki oddziałowej, szpitalnej i poza miejscem pracy i zamieszkania.
Od 14 do 30 osób podało, że ma ograniczony dostęp do każdego typu biblioteki.

W opinii badanej populacji koszty studiów powinny zawierać koszt przygotowania i wysłania pakietów edukacyjnych dla studentów – tę opinię wyraziło 71 osób, w tym 41 ze studiów niestacjonarnych i 30 ze studiów stacjonarnych. Odmiennego zdania było 27 osób, wśród których przeważali studenci studiów stacjonarnych - 22 badanych. W badanej populacji zdecydowana większość studentów nie chce pokrywać kosztów przygotowania i wysłania

pakietów edukacyjnych; 44 osoby ze studiów stacjonarnych i 38 badanych ze studiów niestacjonarnych.

W kształceniu na odległość student nie ma obowiązku bezpośredniego kontaktu z nauczycielem, ale czasami zachodzi konieczność konsultowania się z prowadzącym zajęcia, dlatego duże znaczenie mają inne formy kontaktu synchronicznego i asynchronicznego.
Zapotrzebowanie studentów na kontakt z nauczycielami 4 x w semestrze lub częściej prezentuje tabela 10.

Tabela 10. Zapotrzebowanie na kontakt z nauczycielem 4x lub częściej w semestrze.

Rodzaj kontaktu	N	%
Poczta e-mailowa	80	25,0
Rozmowa telefoniczna	57	17,8
Gadu-gadu	53	16,6
Skype	42	13,1
Bezpośrednia kontakt z nauczycielem	36	11,3
Wideo łącze (internet +kamera)	24	7,5

Studenci mając do wyboru 4 różne częstotliwości kontaktu z nauczycielem (1, 2, 3, 4 lub więcej razy w semestrze) zdecydowanie najczęściej wybierali czterokrotny lub częstszy kontakt. Największe uznanie miały formy komunikacji oparte na łączach internetowych (poczta e-mailowa, gadu-gadu, skype, wideo łącze). Dużo mniejszym zainteresowaniem cieszyły się: rozmowa telefoniczna i bezpośredni kontakt z nauczycielem.

Najmniej popularnym rodzajem kontaktu były: poczta i fax, co mogło być związane z dłuższym czasem oczekiwania na materiały i wyższymi kosztami w przypadku poczty oraz małą dostępnością faxu. Jednorazowy kontakt z nauczycielem w semestrze najczęściej dotyczył faxu - 25 osób, po 20 osób podało korzystanie z tradycyjnej poczty i wideo łącza oraz skype – 14 osób.

Wśród przyczyn, które skłoniłyby studentów do podjęcia kształcenia w systemie distance learning wskazywane było 5 możliwości.

Tabela 11. Przyczyny podjęcia kształcenia na odległość.

Rodzaj przyczyny	N	%
Liczne obowiązki zawodowe	63	26,0
Liczne obowiązki rodzinne	57	23,5
Utrudniony dojazd do uczelni	49	22,2
Kłopoty zdrowotne	35	14,4
Trudna sytuacja finansowa	28	11,5
Inne	6	2,4

Najczęstszymi przyczynami, które skłoniłyby badane osoby do podjęcia kształcenia w systemie distance learning byłyby liczne obowiązki zawodowe i rodzinne oraz utrudniony dojazd do uczelni. W kategorii „inne przyczyny" wymieniono: trudności z uzyskaniem urlopu – 2 osoby i pobyt za granicą – 1 osoba, natomiast dla 3 studentek nie ma żadnych przyczyn, które skłoniłyby je do tej formy kształcenia.

W badanej populacji przeważająca większość osób 95 (95,9%) nie uczestniczyła nigdy w tym typie kształcenia, jedynie 3 osoby (3%) miały wcześniej takie doświadczenia. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi.

Studentki dokonały oceny swoich predyspozycji do uczestnictwa w tym typie kształcenia. Uzyskane dane prezentuje tabela 12.

Jedynie 6 osób uznało swoje predyspozycje do uczestnictwa w kształceniu w systemie distance learning za bardzo dobre. Zdecydowana większość badanych oceniła je na dobrze (40

osób) i średnio (30 osób). Swoje predyspozycje, jako niewystarczające oceniło 17 osób, a 5 osób określiło je jako wystarczające. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi.

Tabela 12. Ocena predyspozycji do kształcenia w systemie distance learning.

Ocena predyspozycji	N	%
Bardzo dobrze	6	6,1
Dobrze	40	40,8
Średnio	30	30,6
Wystarczająco	5	5,1
Niewystarczająco	17	17,4

W badanej grupie 81 osób (81,8%) dostrzegło korzyści związane z uczeniem w tym systemie. Wśród wypowiedzi studentek dominowały: samodzielne planowanie nauki 22 osoby (22,2%), oszczędność czasu na dojazdy na uczelnię 21osób (21,2%), oszczędność kosztów 16 osób (16,2%), więcej czasu na naukę 9 osób (9,1%), większa ilość czasu dla rodziny 7 osób (7,1%). Po 5 osób (5%) wymieniło: więcej czasu wolnego, brak konfliktu studiów z pracą, samodyscyplinę, pogodzenie nauki z problemami zdrowotnymi.

Trudności w omawianym kształceniu dostrzegło 87 osób (87,9%), w tym 25 (25,2%) podało brak samodyscypliny, po 14 osób (14,1%) wymieniło brak systematyczności i brak kontaktu z nauczycielem, po 8 osób (8,1%) podało trudności w opanowaniu umiejętności praktycznych i brak kontaktu ze studentami. Obawy wzbudzał również utrudniony dostęp do źródeł i gorszy poziom wiedzy po tym typie kształcenia - po 5 osób (5,1%).

Analiza bazy komputerowej w zakresie dostępu do sieci internetowej przeprowadzona wśród bibliotek najczęściej użytkowanych przez studentów wykazała, że studenci nie mają swobodnego dostępu do sieci z możliwością odbierania i wysyłania plików tekstowych. Taka możliwość istnieje jedynie w bibliotece medycznej CM UJ, gdzie do dyspozycji studentów pozostają dwa stanowiska komputerowe z dostępem do internetu w godzinach pracy biblioteki , najczęściej od 9.00 – 19.00.

Wnioski (Conclusion):

1. W obu badanych grupach najczęściej wybierane były studia niestacjonarne II stopnia (magisterskie), jako te, na których powinna być możliwość kształcenia na odległość.
2. Więcej studentów ze studiów niestacjonarnych (54,3%) byłaby zainteresowana podjęciem takiego kształcenia, a tylko 39,6% osób studiujących stacjonarnie. Może to być związane z odległością miejsca zamieszkania od uczelni. Wśród badanych studentów niestacjonarnych tylko 6 osób mieszka w Krakowie, 22 osoby w odległości od 50 – 100 km od uczelni, a 15 osób zamieszkuje w odległości powyżej 100 km.
3. Wśród urządzeń dostępnych studentom służących do komunikacji z uczelnią najczęściej wymieniane były telefon komórkowy i stacjonarny oraz internet. Jednak 20 osób wśród badanych podało, że nie posiada dostępu do internetu.
4. W badanej populacji wystąpiły różnice w opiniach na temat zawartości pakietów edukacyjnych a preferowanymi materiałami do samokształcenia. W pakiecie edukacyjnym studenci oczekują głównie spisu literatury obowiązkowej, testów do samodzielnego sprawdzania wiedzy i materiałów opracowanych przez nauczyciela, natomiast jako materiały samokształceniowe preferowali do tej pory testy, skrypty i wykaz literatury.
5. Swoje predyspozycje do kształcenia na odległość 40 osób oceniło dobrze, 30 osób na średnio, 6 badanych na bardzo dobrze, a 17 określiło je jako niewystarczające.
6. Kształcenie w systemie distance learning wymaga pewnych umiejętności, do których badani zaliczyli przede wszystkim konsekwentne realizowanie działań, korzystanie z komputera oraz planowanie nauki własnej. Według respondentów mniejsze znaczenie mają takie

umiejętności, jak samoocena efektów, korzystanie ze źródeł drukowanych, radzenie sobie z niepowodzeniami w kształceniu, a także precyzowanie celów kształcenia.

7. Korzyści związane z kształceniem na odległość, które dostrzegli badani to: możliwość samodzielnego planowania nauki, oszczędność czasu na dojazdy i oszczędność kosztów studiowania oraz możliwość pogodzenia obowiązków rodzinnych i zawodowych ze studiami. Wśród obaw dominowały brak samodyscypliny, niesystematyczność i brak kontaktu z nauczycielem.
8. Wyniki uzyskanych badań korespondują w dużej mierze z uzyskanymi w roku 2002 w oparciu o badania studentów niestacjonarnych (Zych, Oskędra, Klapa, 2002 p. 86-90).

Bibliography:

1. M. Dąbrowski: Technologie e-dydaktyczne. Forum Akademickie 10/2004 oraz http://akson.sgh.waw.pl/gazeta/artykul.php?id=608
2. M. Dąbrowski: Technologie e-dydaktyczne. http://e-sgh.pl/artykul.php?id=21
3. B. Zych, I. Oskędra, W. Klapa: Kształcenie pielęgniarek w systemie distance learning - oczekiwania, możliwości i propozycje rozwiązań. Materiały konferencyjne z IV Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Media a edukacja", Poznań 20-23.IV. 2002.
4. B. Zych, I. Oskędra, W. Klapa: Możliwości kształcenia, dokształcania i doskonalenia pielęgniarek w systemie distance learning w Instytucie Pielęgniarstwa CM UJ. Materiały z VI Kongresu Pielęgniarek Polskich „Pielęgniarstwo w nowej erze", Busko-Zdrój 6-7.V. 2002

Mgr. Beata Zych
Zaklad Pedagogiki Medycznej IPiP WOZ CM UJ
Kopernika 25
31-501 Kraków
Poland
e-mail: bezych@interia.pl
e-mail: ivonos@poczta.onet.pl

ZÁJEM O SESTRY S VYSOKOŠKOLSKÝM VZDĚLÁNÍM V PRAXI – UMĚLE VYTVOŘENÝ PROBLÉM ČI SKUTEČNÁ POTŘEBA

Andrea Pokorná, Natália Beharková

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství, Brno

Souhrn
Zdravotnické školství v České republice prochází mnoha transformačními změnami. V souladu s doporučeními Evropské unie dochází ke změně požadavků na úroveň a stupeň vzdělání sester v návaznosti na jejich budoucí uplatnění v praxi a jejich kompetence.Pro zjištění stavu skutečné poptávky po vysokoškolském studiu, kombinované formy studia, v klinické praxi, bylo provedeno šetření ve zdravotnických zařízeních v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina. Dotazovány byly náměstkyně ošetřovatelské péče a hlavní sestry jednotlivých zařízení.

Klíčová slova
Vzdělávání sester, profesní kvalifikace, transformace zdravotnictví, akademické vzdělání, kombinovaná forma studia.

Úvod

Významnou roli v procesu změn ve zdravotnickém vzdělávání hraje současný demografický trend (návrat některých nemocí příznačných pro 19. století – TBC, lues aj., prodloužení střední délky života, nárůst počtu seniorů v populaci, spolu s přibývajícím počtem nemocí souvisejících se způsobem života). Nedílnou součástí tohoto procesu jsou pak stále se zvyšující nároky na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, jak ze strany příjemců ošetřovatelské péče, tak ze strany poskytovatelů péče.

Demografický vývoj v regionu dokládá tabulka č. 1 a graf č. 1.

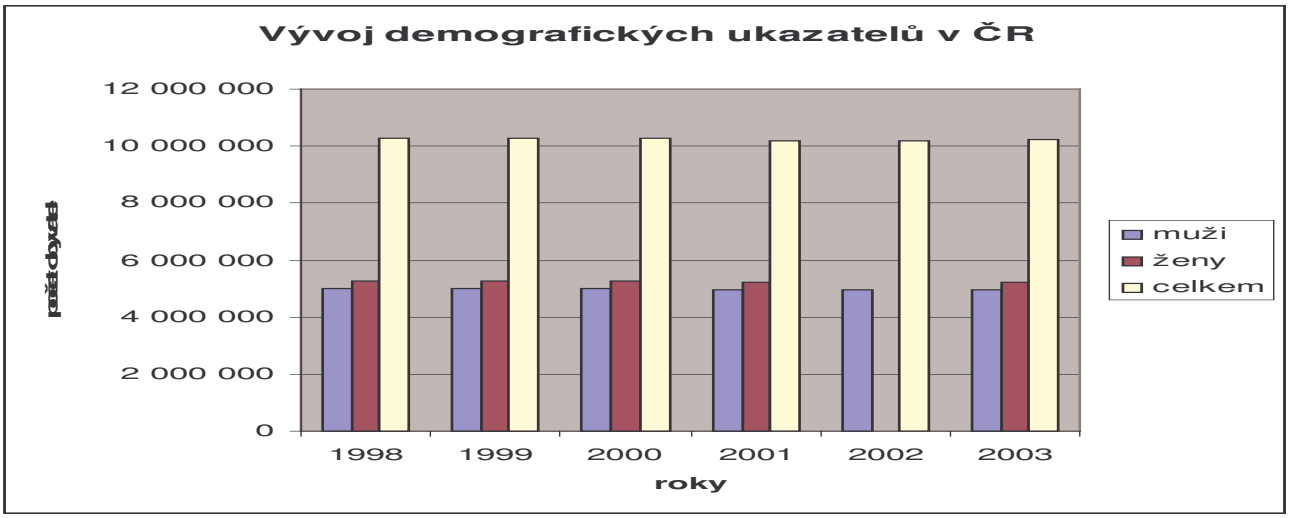
Tabulka č. 1: Vývoj demografických ukazatelů v ČR (3)

Rok	Počet obyvatel k 31.12.		
	muži	ženy	celkem
1998	5 005435	5 284186	10 289621
1999	5 001062	5 277033	10 278098
2000	4 996731	5 269815	10 266546
2001	4 967986	5 238450	10 206436
2002	4 966706	5 236563	10 203269
2003	4 974740	5 236715	10 211455
2004	Údaje nejsou k dispozici		

(zdroj ÚZIS ČR Praha 2004, ISBN 80-7280-385-9)

Počet obyvatel v celé České republice má stoupající tendenci. Předběžné statistické údaje ÚZIS k datu 4.1.2005 uvádějí, že k 30.9.2004 žilo v Jihomoravském kraji 1 122 915 obyvatel a v kraji Vysočina 517 317 obyvatel.

Graf č. 1: Vývoj demografických ukazatelů v ČR (3)



Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, udává potřebu vzdělání a získání profesní kvalifikace jako předpoklad pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Zvyšuje se tak, zcela reálně, potřeba saturace nároků na vysokoškolsky vzdělané sestry, která je avizována z klinických pracovišť, za předpokladu nepřerušení kontinuity pracovního procesu, tedy v rámci kombinované formy studia. V regionu jižní Moravy je v akademickém roce 2004/2005 jedinou možností studia oboru všeobecná sestra studium na Vyšších zdravotnických školách, konkrétně na SZŠ a VZŠ Jihlava, SZŠ a VZŠ Třebíč, SZŠ a VZŠ Zlín a SZŠ a VZŠ Žďár nad Sázavou viz tabulka č. 2 (zdroj odborný časopis Sestra, 2/2005, ročník XV, ISNN 1210-0404) a na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, která jako jediná garantuje vzdělávání v uvedeném regionu na akademické úrovni.

Tabulka č. 2:
Současná situace vzdělávání v oboru Všeobecná sestra v kombinované formě studia v regionu*

Název školy	Studijní obor	Forma	Studium/Charakter	Délka studia
SZŠ a VZŠ Jihlava	Diplomovaná všeobecná sestra	dálkové	VOŠ/dobíhající	3
SZŠ a VZŠ Třebíč	Diplomovaná všeobecná sestra	dálkové	VOŠ/dobíhající	3
SZŠ a VZŠ Zlín	Diplomovaná všeobecná sestra	dálkové	VOŠ/dobíhající	3
SZŠ a VZŠ Žďár nad Sázavou	Diplomovaná všeobecná sestra	dálkové	VOŠ/dobíhající	3

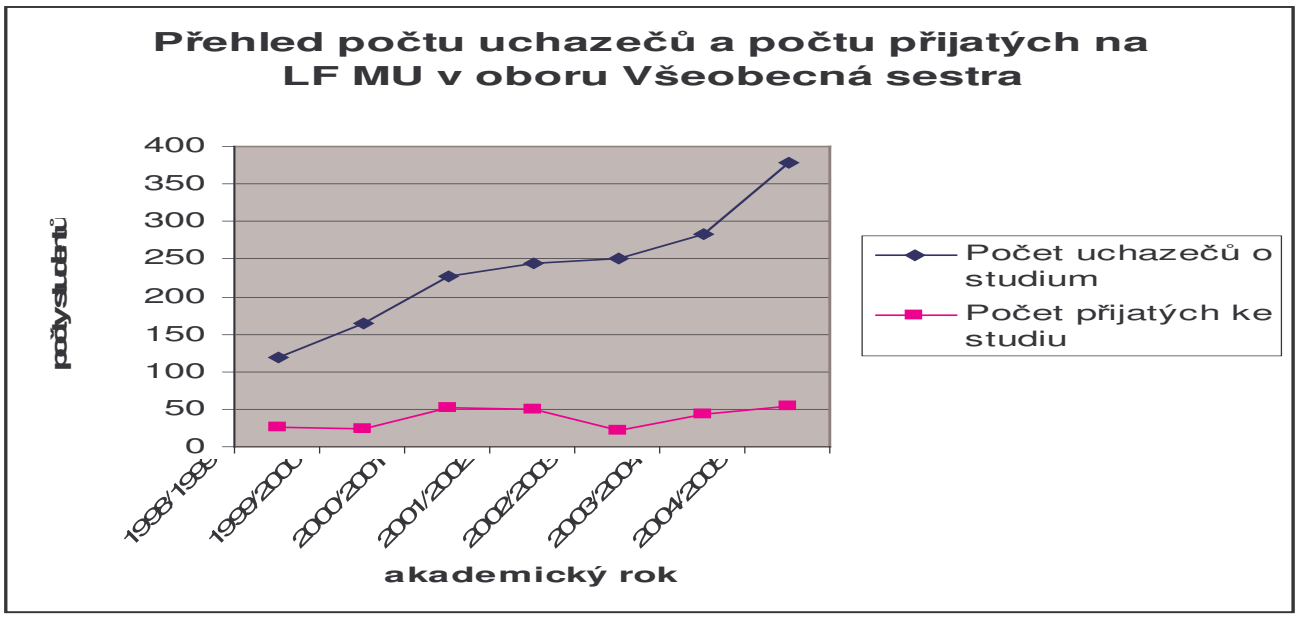
* (Jihomoravský kraj a kraj Vysočina)

Výše uvedená fakta doplňují tabulka č. 3 a graf č. 2, které dokumentují rozvoj poptávky po akademickém vzdělání pro všeobecné sestry v kombinované formě studia na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity (dále jen LF MU). V posledních 7 letech je výrazný převis poptávky nad nabídkou, počty uchazečů o studium se kontinuálně zvyšují, a šanci studovat tento obor dostane pouze každý sedmý uchazeč.

Tabulka č. 3:
Přehled počtu uchazečů (pracujících sester) o kombinovanou formu studia (v oboru ošetřovatelství a všeobecná sestra) a počtu přijatých studentů na tyto obory na LF MU

Akademický rok	Počet uchazečů o studium	Počet přijatých ke studiu
1998/1999	120	25
1999/2000	164	24
2000/2001	227	51
2001/2002	244	49
2002/2003	250	21
2003/2004	284	43
2004/2005	378	54

Graf č.2: Přehled počtu uchazečů (pracujících sester) o kombinovanou formu studia (v oboru ošetřovatelství a všeobecná sestra) a počtu přijatých studentů na tyto obory na LF MU.



V akademickém roce 2004/2005 byl počet uchazečů o studium na LF MU v Brně v oboru všeobecná sestra 378 a ke studu bylo přijato pouze 54 uchazečů. To znamená, že šance na přijetí na tento obor je mnohem menší, než na přijetí do oboru všeobecné lékařství.

Metodika

Ke zjištění aktuálních požadavků a skutečné poptávce po akademickém studiu sester v kombinované formě studia, bylo provedeno dotazníkové šetření, mezi náměstkyněmi ošetřovatelské péče a hlavními sestrami, zdravotnických zařízení spadajících do regionu. Osloveny byly náměstkyně ošetřovatelské péče ze 30 zdravotnických zařízení v regionu a to nejen velkých nemocnic, ale také menších zdravotnických zařízení lůžkového typu. Zjišťovaly jsme následující informace: celkový počet sester pracujících v daném zdravotnickém zařízení, počet vysokoškolsky vzdělaných sester, počet uchazečů (sester) o akademické studium a potřeby a požadavky na akademicky vzdělané sestry. V tabulce č. 4 je přehled počtu zdravotnických zařízení v uvedeném regionu (v Jihomoravském kraji a v kraji Vysočina) a počet sester.

Tabulka č. 4:
Počet zdravotnických zařízení a počet sester v uvedeném regionu* (3)

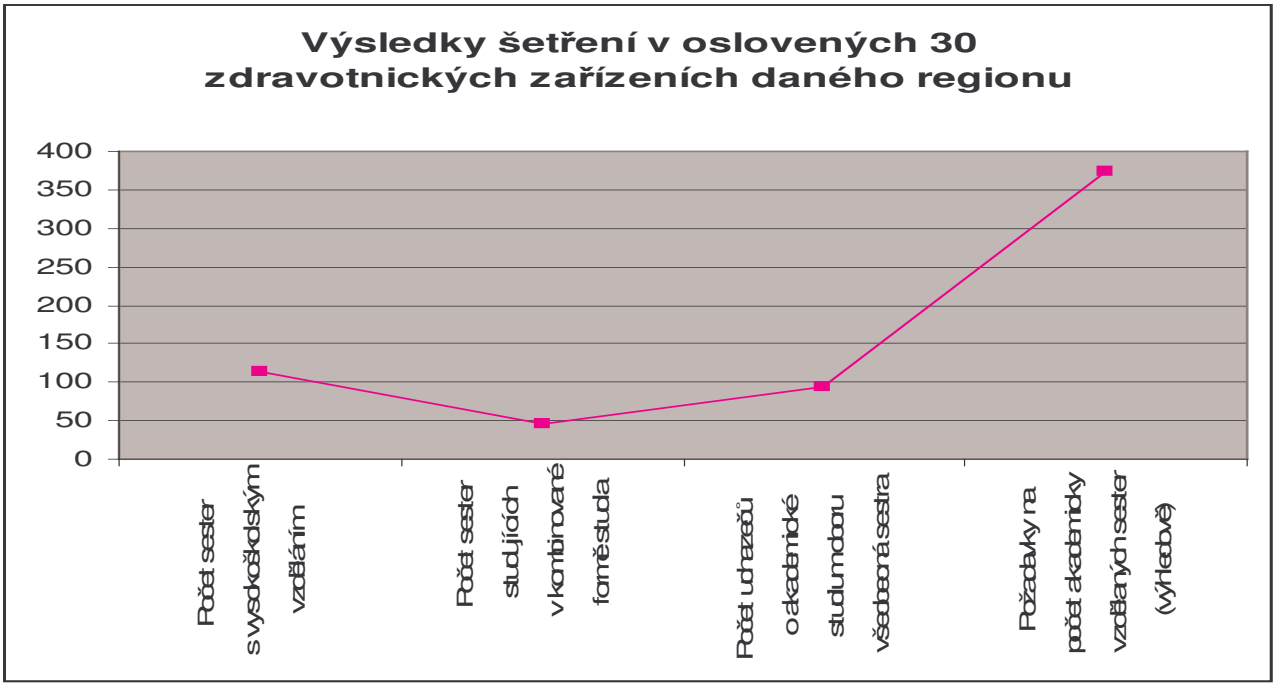
Počet zdravotnických zařízení (nemocnice – lůžková a ambulantní část)	29
Počet odborných léčebných ústavů	22
Samostatná ambulantní zařízení	3590
Zvláštní zdravotnická zařízení	88
Zdravotnická zařízení celkem	4128
Celkový počet sester v regionu	13 738,29

* (Jihomoravský kraj a kraj Vysočina)

Výsledky

Provedené šetření prokázalo reálnou poptávku po akademicky vzdělaných sestrách na klinických pracovištích. V současné době pracuje v oslovených zdravotnických zařízeních 113 sester s vysokoškolským vzděláním a dalších 46 studuje při zaměstnání. K datu 21.2.2005 registrovaly náměstkyně ošetřovatelské péče celkem 94 přihlášek ke studiu na vysoké škole v oboru všeobecná sestra, jak dokumentuje graf č. 3, tyto závěry byly zjištěny na základě výše uvedeného šetření.

Graf č. 3: Výsledky šetření v oslovených 30 zdravotnických zařízeních daného regionu



Diskuse

Potřeby a požadavky na počet akademicky vzdělaných sester se liší náhledem managementu a finančních prostředků jednotlivých zařízení. Pro ilustraci si dovolíme citovat některé názory náměstkyň ošetřovatelské péče:

„…pracovně starší sestry byly zděšené, že se v Brně distanční studium (rozuměj – kombinované studium) neotevíralo, protože potřebu studia vidí…šance vysokoškolského studia je pro ně tím pádem téměř nulová…“

„Doufám, že i nadále bude možno, aby si pracující sestry mohly doplnit vysokoškolské vzdělání buď v kombinované formě studia, nebo v individuální formě. Pokud se uvažuje o prezenční formě

studia jako jediné, uzavře se možnost VŠ vzdělání pro erudované sestry, které již pracují a znají problematiku svých pracovišť a právě ty potřebujeme ve svých zdravotnických zařízeních."
„potřeby a požadavky na akademicky vzdělané sestry: Tímto se intenzivně zabývám. Nedokážu s určitostí říci počet, protože se bude muset v budoucnu změnit struktura celé nemocnice, nejenom, abychom byli ekonomicky efektivní, ale aby byly splněny další požadavky. Tím je hlavně naplnění koncepce ošetřovatelství a zákon 96/2004, které je nutno navázat na lékařskou péči (akreditace, TQM aj….)"
„ Chtělo by to širokou odbornou diskusi všech zainteresovaných, tzn. Poskytovatelů (zařízení), škol – institucí, plátců (pojišťovny), profesních organizací, nejlépe zaštítěnou MZČR."
Při snaze o zjištění požadavků na vysokoškolsky vzdělané sestry zahraničí a umožnění kombinované formy jejich studia, bylo zjištěno, že nejsou prováděna srovnatelná šetření v této oblasti. Nicméně z rozhovorů se zahraničními kolegy (z Belgie a Portugalska) vyplývá, že aktuální potřeba se liší dle jednotlivých regionů a systémů vzdělávání v nich.

Požadavky na akademicky vzdělané sestry jistě také velmi úzce souvisí s jejich společenskou potřebou, počtem nezaměstnaných v této pracovní oblasti (viz tabulka č. 5 a graf č.4), příčinami nezaměstnanosti sester a možností uplatnění absolventů vysokoškolského studia.

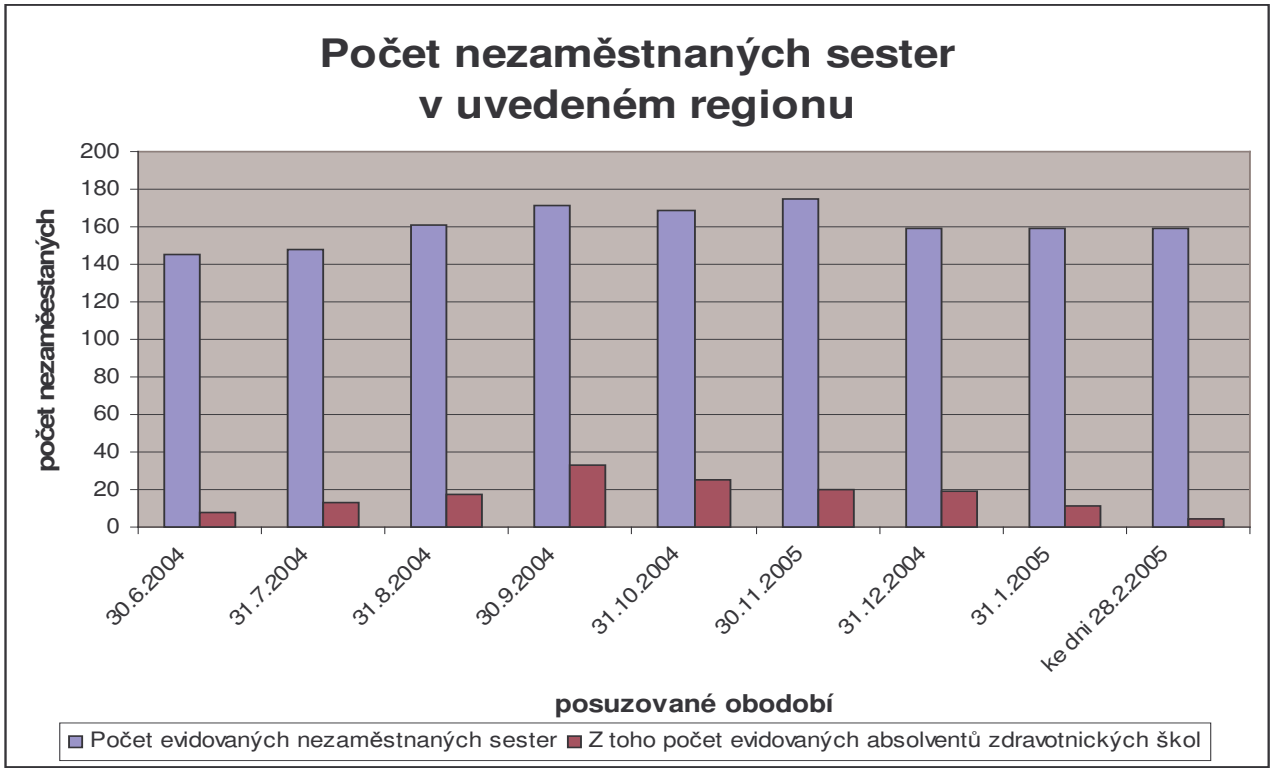
Tabulka č. 5: Počet nezaměstnaných sester v uvedeném regionu

Období	Počet evidovaných nezaměstnaných sester	Z toho počet evidovaných absolventů* zdravotnických škol
30.6.2004	145	8
31.7.2004	148	13
31.8.2004	161	17
30.9.2004	171	33
31.10.2004	169	25
30.11.2005	175	20
31.12.2004	159	19
31.1.2005	159	11
ke dni 28.2.2005	159	4

(zdroj Úřad práce Brno město)

Výše uvedená data zahrnují zejména ženy, které se po návratu z mateřské dovolené nemohou vrátit do třísměnného provozu a ženy, které díky svému věku již nezvládají náročné požadavky třísměnného provozu. *Třetí nejčastěji se vyskytující skupinou jsou absolventi, kam jsou zařazováni všichni absolventi zdravotnických škol do dvou let od absolutoria nebo složení maturitní zkoušky.

Graf č. 4: Počet nezaměstnaných sester v uvedeném regionu



(zdroj Úřad práce Brno město)

Závěr

Poptávka po vysokoškolsky vzdělaných sestrách je reálný problém ovlivněný multifaktoriálně (ekonomicky, legislativně aj.). Je však zcela jisté, že budeme-li chtít akceptovat doporučení Evropské unie, Evropské strategie Světové zdravotnické organizace (WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education) spolu s Mnichovskou deklarací, které podporují jednotnou akademickou úroveň vzdělávání v oborech ošetřovatelství a porodní asistence, pak je nezbytné zajistit dostatečný přístup k této formě vzdělávání nejen v denní, ale i kombinované formě studia. Nezbytností se pak jeví toto vzdělávání v případě, že chceme zajistit a důsledně akceptovat požadavky moderní ošetřovatelské péče s aspekty multidisciplinární a týmové spolupráce.

Bibliografické odkazy

Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: MZČR, 2000.
Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
Zdravotnictví České republiky 2003 ve statistických údajích. Praha: ÚZIS ČR, 2002.

Mgr. Andrea Pokorná
PhDr. Natália Beharková
Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetřovatelství

Kamenice 3
625 00 Brno
e-mail: apokorna@men.muni.cz
e-mail: nbeharkova@med.muni.cz

BUDÚCNOSŤ BÁNK MATERSKÉHO MLIEKA

Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Detašované pracovisko Košice, Slovenská republika

Súhrn
Príspevok sa zaoberá budúcnosťou bánk materského mlieka. V prieskume je poukázané na nedostatočnú informovanosť žien o spracovaní ženského mlieka.

Kľúčové slová
Materské mlieko. Banky materského mlieka. Spracovanie materského mlieka.

Úvod
Najvhodnejšou výživou dieťaťa v prvých mesiacoch po narodení je výživa materským mliekom. Materské mlieko, ktoré je ideálne pre zdravý rast a vývoj a má jedinečný vplyv na biologické a psychické zdravie dieťaťa a matky, je nenahraditeľné.
Banka materského mlieka je miesto, kde sa zbiera a spracúva získané materské mlieko z intramurálneho (od hospitalizovaných matiek) a extramurálneho (od matiek z domáceho prostredia) zberu (Veleminský, 2002).
Využitie materského mlieka z banky je najčastejšie v uvedených prípadoch:

- pri oneskorenom nástupe laktácie u biologickej matky (napr. po cisárskom reze)
- pri začatí výživy u detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou
- u novorodencov prevezených na jednotku intenzívnej starostlivosti bez matky
- u detí, ktoré nemôžu byť dojčené z dôvodu infekčného ochorenia matky (napr. tuberkulóza, hepatitída B, C, HIV pozitivita)
- u detí matiek, ktoré užívajú prechodne po pôrode lieky, ktoré by mohli dieťaťu škodiť
- pri drogovej závislosti matky
- u detí matiek s popôrodnou psychózou
- u novorodencov rómskeho etnika, ktorých matky zvyknú prechodne opustiť v čase povinnej hospitalizácie dieťaťa po pôrode.

Postup pri spracovaní prebytočného materského mlieka
Každá dojčiaca matka by sa mala naučiť a uplatňovať techniku odstriekavania materského mlieka čo najskôr po pôrode, nakoľko si tým udržuje a zvyšuje sekréciu svojho materského mlieka. Pred každým odstriekavaním by mala matka dodržať základné postupy:

- umyť si dôkladne ruky mydlom a teplou vodou
- umyť prsníky iba vodou a nechať voľne usušiť
- zaujať pohodlnú polohu
- vhodné je použiť jednorazovú tvárovú masku
- pri odstriekavaní či už ručnom alebo pomocou odsávača postupovať podľa štandardu č. 76 (Vestník, 2004b). Pre riziko kontaminácie odsávačov sa uprednostňuje odstriekavanie mlieka ručne.

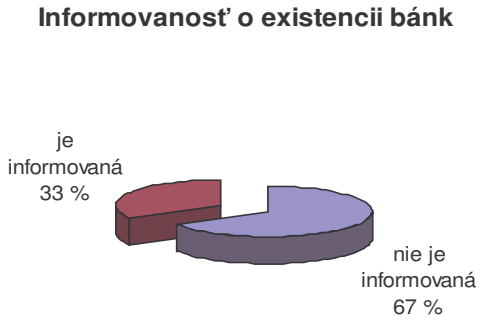
Matka na začiatku odstriekavania odstrieka asi 5 ml mlieka mimo zbernú nádobu, pretože prvé mlieko je viac kontaminované. Ďalšie odstriekané mlieko zachytáva do pripravenej sterilnej nádoby (v domácom prostredí do vyvarenej nádoby) do ¾ jej obsahu. Nádoba nesmie byť plná, nakoľko sa mlieko zmrazením rozpína. Fľaša sa označí menom matky, dátumom a hodinou odberu. Označená fľaša s mliekom sa uskladňuje pred jeho spracovaním v mrazničke. Mlieko

nesmie stáť pri izbovej teplote. Pri extramurálnom zbere materského mlieka sa mlieko pred spracovaním uchováva v mrazničke maximálne 1 týždeň. Pri prevoze sa transportuje v prenosnej mrazničke, aby zostalo zmrazené.
Na spracovanie nie je vhodné mlieko so stopami krvi, tiež keď matka užíva lieky (napr. antibiotiká), ktorých prítomnosť sa predpokladá v mlieku.
Každé odstriekané mlieko, ktoré sa odovzdá do banky, sa zaeviduje a uskladní sa v mrazničke. Pokiaľ ide o prvý zber, robí sa mikrobiologické vyšetrenie (na stanovenie denzity mikroorganizmov) a biochemické vyšetrenie (stanovuje sa ním obsah bielkovín, tukov, sacharidov). Tieto vyšetrenia stačí robiť podľa vestníka Ministerstva zdravotníctva (Vestník, 2004a) jedenkrát mesačne.
Pri nazhromaždení určitého množstva odstriekaného materského mlieka sa mlieko vyberie z mrazničky a nechá sa rozmraziť vo vodnom kúpeli pri teplote 37 °C. Potom sa pripraví na pasterizáciu. Pasterizácia je zohrievanie mlieka na 62,5 °C – 63 °C po dobu 30 minút v pasterizéri. Uvedená teplota inaktivuje vírusy, ničí baktérie, ale zachováva imunoglobulíny, laktoferin a lyzozym v materskom mlieku. Po ukončení pasterizácie sa mlieko schladí pod studenou tečúcou vodou do dvadsiatich minút na teplotu + 4 °C.
Spracované materské mlieko sa môže uskladniť v mrazničke pri teplote – 22 °C po dobu maximálne 1 mesiaca (ide o tzv. kryotermickú konzerváciu), resp. pri hypotermickom uskladnení v chladničke pri teplote + 4 °C sa musí spotrebovať do 24 hodín.
Pred podaním sa zmrazené mlieko rozmrazí vo vodnom kúpeli pri teplote 37 °C. Pokiaľ sa nespotrebuje celá rozmrazená dávka, uskladňuje sa v chladničke pri teplote + 4 °C maximálne po dobu 24 hodín.

Prieskum

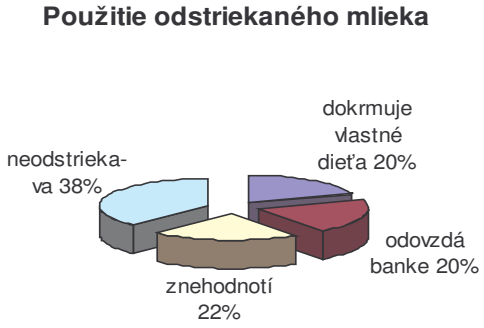
Prieskum bol zameraný na informovanosť matiek o možnosti spracovania odstriekaného materského mlieka. Súbor tvorilo 45 dojčiacich matiek z Košíc a okolia (Miklósová, 2004). Bola použitá metóda neštandardizovaného dotazníka. Do výberového súboru boli zaradené respondetntky, ktoré navštevovali v čase realizácie výskumu pediatra. Niektoré závažné zistenia uvádzame pomocou grafov.

O existencii bánk materského mlieka (graf 1) vie tretina respondentiek



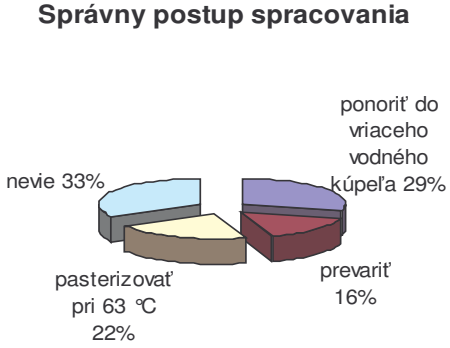
Graf 1 Informovanosť dojčiacich žien o existencii bánk materského mlieka

V grafe 2 vidieť, že 22 % respondentiek uvádza, že prebytočné materské mlieko znehodnotí.



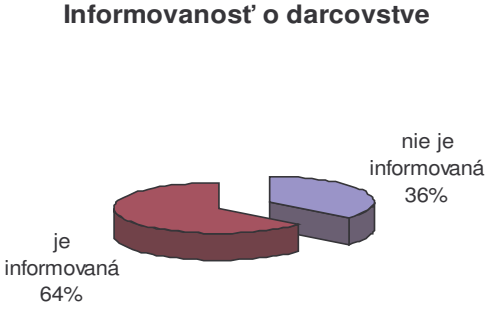
Graf 2 Použitie odstriekaného mlieka

Správny postup spracovania odstriekaného materského mlieka pozná iba pätina (22%) dojčiacich matiek (graf 3).



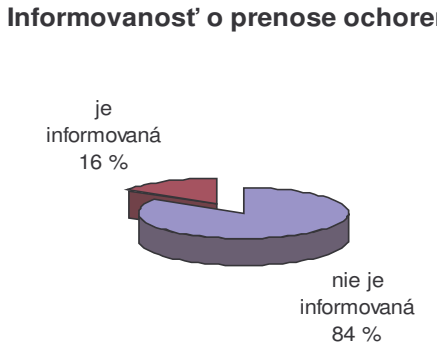
Graf 3 Správny postup spracovania odstriekaného materského mlieka

Graf 4 nám ukazuje, že viac ako jedna tretina (36 %) dojčiacich matiek si myslí, že darkyňou materského mlieka môže byť každá žena, ktorá je ochotná mlieko darovať.



Graf 4 Informovanosť matiek o darcovstve odstriekaného materského mlieka

Kým informácie dojčiacich matiek o tom, že darkyňou môže byť iba zdravá vyšetrená žena, malo 64 % opýtaných, informácie o prenose niektorých ochorení materským mliekom malo už iba 16 % opýtaných (graf 5), čo svedčí o veľmi slabej až nedostatočnej informovanosti dojčiacich matiek o tomto probléme.



Graf 5 Informovanosť matiek o prenose ochorení materským mliekom

Diskusia

V diskusii chceme poukázať na veľmi nízku informovanosť (33 %) dojčiacich matiek o existencii bánk materského mlieka. Iba 1/5 matiek odovzdáva materské mlieko. Podobne iba 22 % respondentiek pozná postup, akým sa spracúva ženské mlieko.

Záver

Samotné získavanie a spracovanie materského mlieka je finančne aj fyzicky veľmi náročné. Poisťovne odmietajú materské mlieko ako dietetickú potravinu osobitne uhrádzať, preto banky materského mlieka na Slovensku zanikajú. Kým pred pár rokmi boli v šestnástich zdravotníckych zariadeniach, v súčasnosti sa ich certifikovalo už iba osem (Žiaková, 2005).

Žiadne umelo pripravené mlieko sa nevyrovná výživovej hodnote materského mlieka. Používanie materského mlieka z bánk zohráva dôležitú úlohu pri zachraňovaní života mnohých nedonosených a kriticky chorých detí. Je preto potrebné využívať všetky dostupné metódy, pomocou ktorých je možné zvýšiť informovanosť, ale hlavne darcovstvo materského mlieka. Darovanie materského mlieka je vysoko humánny čin, ktorý sa dá ťažko vyčísliť v korunách. Mala by ho podporovať celá spoločnosť a dnešná mladá generácia by mala byť v rámci výchovy k rodičovstvu vychovávaná aj v tomto smere.

Bibliografické odkazy

MIKLÓSOVÁ, M. *Význam prirodzenej výživy a banky materského mlieka.* Diplomová práca. Trnava : Trnavská univerzita, FZSP, 2004.

VELEMINSKÝ, M. *3 x 333 otázek pro dětského lékaře.* Praha : Triton, 2002. ISBN 80-725-4290-7.

Vestník Ministerstva zdravotníctva SR – čiastky 21-27/2004. Bratislava : MZ SR, 01. 05. 2004a.

Vestník Ministerstva zdravotníctva SR – Osobitné vydanie/2004. Bratislava : MZ SR, 15. 11. 2004b.

ŽIAKOVÁ, M. Zanikajú banky materského mlieka. In *Zdravotnícke noviny.* ISSN 1335-725-4477, 2005, roč. X/LIV, č. 38, s. 6.

PhDr. PaedDr. Viera Simočková
Katolícká univerzita v Ružomberoku
Fakulta zdravotníctva
Detašované pracovisko Košice
Hlavná 89
040 01 Košice
Slovenská republika
e-mail: simocko@internetkosice.sk

VÝVOJ ÚROVNĚ ZNALOSTÍ STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ V OBORU INFORMAČNÍCH TECHNOLOGIÍ PŘI ZAHÁJENÍ STUDIA V PRŮBĚHU 4 LET

***Hana Sochorová, **Hana Materová**

**Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra vyšetřovacích metod a lékařské biologie, Ostrava*
***Fakultní nemocnice, Klinika nukleární medicíny, Ostrava*

Souhrn
Příspěvek se zabývá hodnocením vstupních znalostí v oboru informačních technologií u studentů ošetřovatelství při zahájení vysokoškolského studia a srovnává rozdíly znalostí v průběhu čtyř let. Z práce vyplývá, že znalosti studentů nastupujících k vysokoškolskému studiu ošetřovatelství se sice v průběhu let postupně zlepšují (zejména v otázkách týkajících se praktické práce s internetem a multimédii), bohužel však zůstávají či dokonce se zvyšují nedostatky v teoretických znalostech.

Klíčová slova
Informační technologie, ošetřovatelství, vzdělávání, test znalostí, studium.

Úvod

Předmět Informační technologie je zařazen v zimním semestru prvního ročníku studia ošetřovatelství v bloku povinných předmětů, zakončen zápočtem a hodnocen jedním kreditem. Výuka probíhá v rozsahu dvou hodin cvičení týdně po dobu 14 týdnů. Úspěšné absolvování je podmíněno udělením zápočtu.
V akademickém roce 2002/2003 jsme připravili studentům poprvé vstupní test znalostí z oboru informačních technologií s cílem správného stanovení počáteční úrovně výuky a rozdělení studentů do pracovních skupin podle vstupních znalostí. Výsledky tohoto testování byly prezentovány na III. Ostravském sympoziu ošetřovatelství s mezinárodní účastí v dubnu 2003 (Sochorová, Materová, 2003, s. 95), v roce 2004 jsme porovnávali rozdíl dvou let (Sochorová, Materová, 2004, s. 168).
V následujících letech jsme opět pro nastupující studenty připravili obdobné testy a sledovali jsme vývoj úspěšnosti odpovědí.

Metodika

V každém roce jsme připravili 30 testových otázek zahrnujících problematiku obecné orientace v oboru, základní pojmy, pojmy z oblasti elektronické komunikace, využívání Internetu, ochrany a bezpečnosti dat. Při přípravě otázek jsme čerpali ze středoškolských učebnic (Roubal, 2000; Kmoch, 1997). Z těchto otázek bylo po celé čtyři roky 17 otázek shodných, některé otázky jsme inovovali nebo upravili v souvislosti s novinkami v oboru, vyloučeny byly postupně otázky, na které studenti v předchozích letech vůbec neodpověděli. V příspěvku hodnotíme pouze otázky shodné ve všech letech.

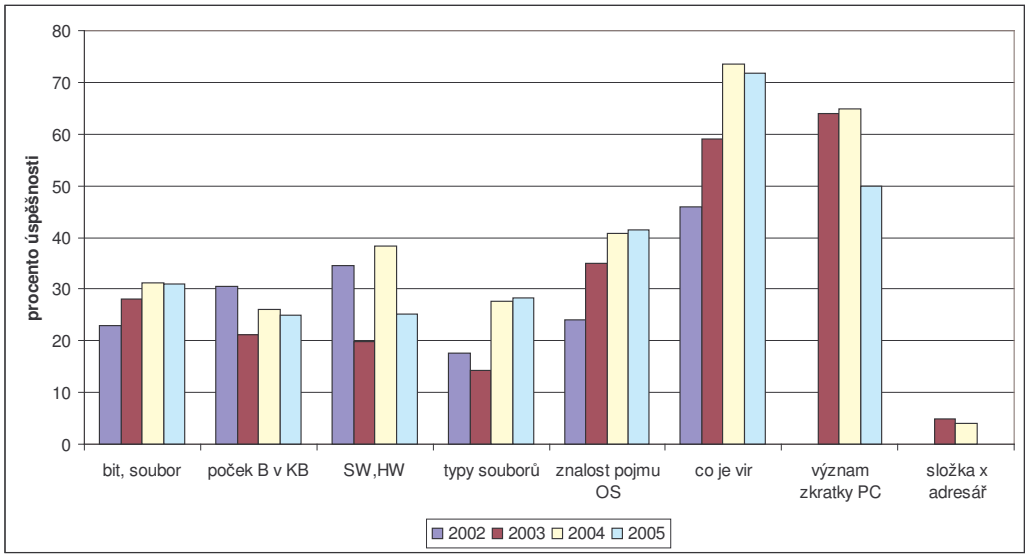
V tabulce 1 je uveden počet respondentů testu v jednotlivých letech a jejich složení z hlediska pohlaví a absolvované střední školy.

	2002	2003	2004	2005
celkem	48	72	49	54
ženy	47	70	46	52
muži	1	2	3	2
gymnázium	13	20	13	16
SZŠ	32	47	30	34
jiná SŠ	3	5	6	4

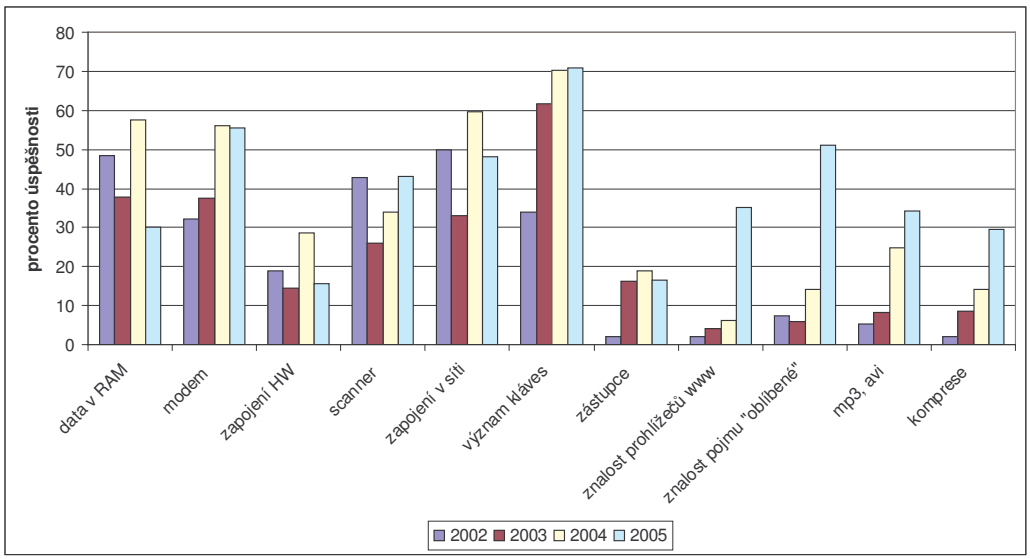
Tab.1: Počet a složení respondentů testů.

Otázky testu byly hodnoceny bodově se započítáním poloviční hodnoty bodu v případě neúplné odpovědi. Vzhledem k různému počtu respondentů v jednotlivých letech, byla správnost odpovědí s ohledem na možnost porovnání přepočtena na procento úspěšnosti.
Otázky jsme pro vyhodnocení rozdělili na dvě skupiny – otázky spíše teoretické a otázky spíše praktické.

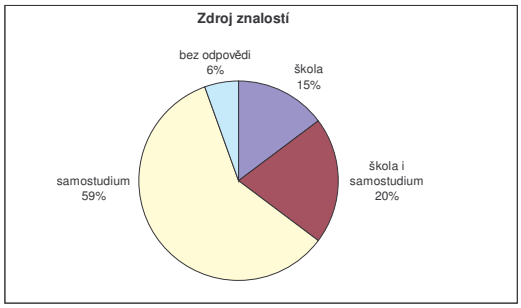
Výsledky
V grafu č. 1 je znázorněn vývoj správných odpovědí v průběhu čtyř let v otázkách, které jsme zařadili do skupiny otázek teoretických.

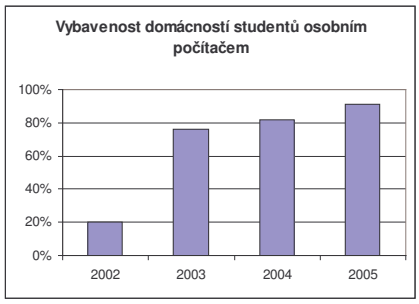


V grafu č. 2 je znázorněn vývoj správných odpovědí v průběhu čtyř let v otázkách, které jsme zařadili do skupiny otázek spíše praktických.



Na závěr jsme studentům položili 4 doplňkové otázky týkající se výuky informačních technologií na střední škole, možnosti používání počítače pro studium v domácnosti a zdroje získaných znalostí. Téměř 60 % studentů uvádí, že znalosti, které mají, získali samostudiem a sami své znalosti hodnotí jako velmi nízké.





Celkově se procento správných odpovědí v průběhu čtyř let zvýšilo od 24,7 % v roce 2002, přes 25,3 % a 33,9 % v letech 2003 a 2004 až na 38,4 % v roce 2005, nárůst je však způsoben otázkami týkajícími se zejména práce s Internetem.

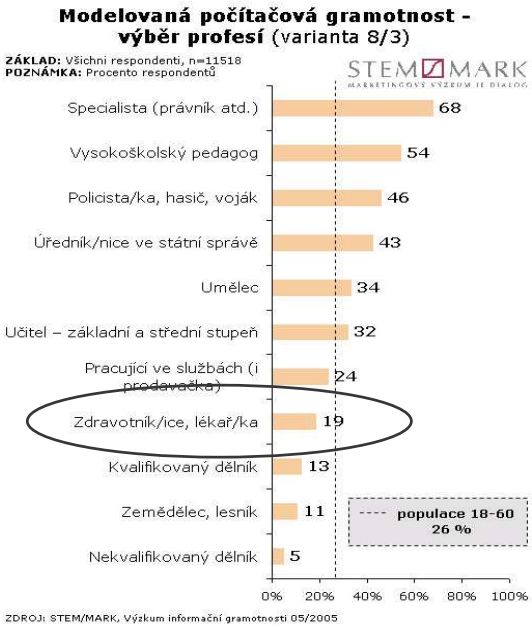
Diskuse

Z grafů vyplývá, že znalosti studentů nastupujících k vysokoškolskému studiu ošetřovatelství se v průběhu let zlepšují, a to zejména v otázkách týkajících se praktické práce s internetem a multimédii, jsou zde ale výrazné nedostatky v teoretických znalostech – studenti vědí „jak“, ale nevědí „proč“.

Největší zlepšení ve správnosti odpovědí se projevilo u otázky týkající se znalosti prohlížečů www stránek a s tím souvisejícího pojmu „oblíbené položky“. Stejné nebo nižší znalosti měli studenti v otázkách týkajících se uchování dat (funkce paměti RAM) a k základním pojmům jako je bit, hardware, software. Mezi otázky, které jsme z testů v průběhu vyřadili, patří například otázka „Jaký je rozdíl mezi složkou a adresářem?“, na kterou jsme nedostali téměř nikdy odpověď. Naopak nově jsme zařadili dotaz na význam zkratky PC – a některé odpovědi byly opravdu velmi zajímavé (např. „počítačový computer“).

V grafech je patrné zlepšení znalostí u skupiny studentů, která zahájila studium v roce 2004. Bylo způsobeno vyšším počtem studentů (mužů), kteří v tomto roce zahájili studium ošetřovatelství.

V únoru loňského roku byl Ministerstvem informatiky a společností STEM/MARK zahájen projekt výzkumu počítačové gramotnosti. Rozšíření počítačové gramotnosti alespoň na polovinu obyvatelstva do konce roku 2006 je jedním ze závazků Státní informační a komunikační politiky. Cílem Ministerstva informatiky bylo proto získat spolehlivá data, vymezit pojem „počítačová gramotnost“ a změřit skutečnou současnou úroveň schopnosti využívat informační a komunikační technologie v České republice. Výzkum byl ojedinělý nejenom svým zaměřením, ale i rozsahem a jeho výsledky jsou dostupné na webových stránkách [5]. Výzkum se týkal populace mezi 18 a 60 lety a ze zveřejněných výsledků bychom upozornili na porovnání počítačové gramotnosti podle profesí, ve kterém zdravotník/lékař zůstává pod průměrnou hodnotou populace.



Závěr

V průběhu čtyř let došlo k výraznému zlepšení znalostí nastupujících studentů pouze v oblasti využívání Internetu, ale i zde pouze mechanicky, bez zvládnutí podstaty. Znalosti běžné obsluhy a jiných možností využití osobního počítače (zpracování textu, využití tabulkového procesoru apod.) zůstávají na velmi nízké úrovni a studenti sami si tuto skutečnost uvědomují. Z tohoto důvodu pak bohužel velkou část plánované časové dotace výuky zabere suplování středoškolské výuky a málo času pak zbývá na využití informačních technologií v oboru.

Bibliografické odkazy

1. SOCHOROVÁ, H., MATEROVÁ, H. *Zkušenosti s výukou informačních technologií ve studijním programu ošetřovatelství.* Ostravská univerzita: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7042-341-2. s. 95-98.
2. SOCHOROVÁ, H., MATEROVÁ, H. *Zlepšily se znalosti studentů v oboru informačních technologií při zahájení studia ošetřovatelství?* Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7042-351-X. s. 168-171.
3. ROUBAL, P. *Informatika a výpočetní technika I. díl*, Praha: Computer Press, 2000, ISBN 80-7226-237-8
4. KMOCH, P. *Informatika a výpočetní technika pro střední školy*, Praha: Computer Press, 1997, ISBN 80-7226-045-6
5. *Výzkum informační gramotnosti: 27 % Čechů informačně gramotných* [online] Dostupný z < http://www.micr.cz/scripts/detail.php?id=2578 > [cit. 6.3.2006]

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

RNDr. Hana Materová
Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava
Klinika nukleární medicíny
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba
e-mail: hana.materova@fnspo.cz

ÚROVEŇ EDUKÁCIE A VEDOMOSTÍ U PACIENTOV SO PSORIASIS VULGARIS O ICH OCHORENÍ V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

Karolína Sovová, Ľubomíra Lizáková, Valéria Horanská

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Detašované pracovisko Košice, Slovenská republika

Súhrn

Psoriáza má v poslednej dobe veľmi stúpajúci trend. Ide o nenákazlivé kožné ochorenie, ktoré rovnakým dielom postihuje mužov a ženy. Typickými sú ostro ohraničené, červené, sčasti svrbiace ložiská pokryté striebristolesklými šupinami. Príčina tohto ochorenia nie je doposiaľ presne známa. Skutočnosť, že psoriáza je ochorenie dedične podmienené a v súčasnosti sa nedá vyliečiť, je pre každého pacienta – psoriatika krutá. Na druhej strane je však veľmi dôležité povzbudiť pacienta, vysvetliť mu podstatu choroby, poradiť mu, ako má žiť s týmto ochorením. Existuje viacero terapeutických možností, ktoré vedú k ústupu ťažkostí, ale podporou každej terapie sú aj pacientove vedomosti o danom ochorení. Preto sme prostredníctvom prieskumu zisťovali, aká je úroveň edukácie v kožnej ambulancii, ktorú vybraní respondenti navštevujú. Rovnako nás zaujímala aj aká je úroveň vedomostí u týchto respondentov o ich ochorení a jeho sekundárnej prevencii. Po vyhodnotení otázok v dotazníku sme zistili 34,64 % nesprávnych odpovedí. Výsledky prieskumu poukazujú na potrebu zvýšenia úrovne vedomostí u pacientov so psoriasis vulgaris o ich ochorení a zvýšenia úrovne edukácie.

Kľúčové slová: Psoriasis vulgaris. Provokačné faktory. Sekundárna prevencia. Úroveň edukácie a vedomostí.

Úvod

V posledných desaťročiach sme svedkami rastúceho trendu psoriázy, ktorá patrí medzi najčastejšie chronické kožné ochorenia. Jej zvýšený nárast podporujú infekčné zápaly horných dýchacích ciest, psychické napätie, stres, chemizácia, nevhodná strava, devastácia prírody, nečistota ovzdušia, nedostatok slnečného žiarenia a oslabenie imunitného systému. Keďže ide o chronické ochorenie, ktoré sprevádza človeka počas celého života a navyše je zatiaľ nevyliečiteľné, edukačná činnosť sestry a spolupráca s pacientom má v rámci liečby nezastupiteľné miesto. Dôležité je, aby si každý psoriatik uvedomil, že môže predchádzať recidívam tohto ochorenia, alebo aspoň obmedziť ich výskyt na minimum.

Ako uvádza Braun-Falco (2001, s.488) pod psoriázou rozumieme primárne zápalové kožné ochorenie s akútno-exantemickým alebo chronicko-stacionárnym priebehom na základe zdedenej dispozície. Toto ochorenie je veľmi časté, v strednej Európe na ňu trpí asi 2 – 3% obyvateľstva. Jej výskyt, ako uvádza Benáková (2003) je prakticky zrovnateľný s výskytom cukrovky. Buchvald (2002, s. 212) definuje psoriázu z etiopatogenetického hľadiska ako geneticky podmienenú nefyziologickú reakciu epidermy na účinky rôznych provokačných faktorov z vonkajšieho prostredia. U osôb, ktoré disponujú k psoriáze, sa objavujú príznaky na koži po provokácii tzv. spúšťacími mechanizmami. Sú to vplyvy, ktoré nie sú vlastnou príčinou choroby. Ochorenie však vyvolávajú, zhoršujú alebo sú dôvodom, prečo sa i pri správnej liečbe psoriáza nehojí ako uvádza Benáková (2003). Z uvedeného vyplýva, že liečba nie je ľahkou záležitosťou, preto sa jej venuje v praxi patričná starostlivosť, ale po zlepšení zdravotného stavu sa následná starostlivosť často vytráca. Ide o to, ako predísť recidívam, ktoré sa skôr či neskôr pri psoriáze objavia. Pacient často nie je poučený o prevencii ako uvádza Novotný (2002, s. 106-108). Úlohou sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti podľa Jureníkovej (2001,

s. 59) by mala preto byť okrem ošetrovania psoriatickej kože aj edukácia pacienta zameraná na prevenciu recidív ochorenia.

Ako bolo už spomenuté dôležité miesto v starostlivosti o psoriatika má edukácia. Závodná (2002, s. 53) definuje tento pojem ako širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, ktorého cieľom je nielen osvojenie vedomostí, získanie zručností, ale i vytváranie hodnotových, postojových, citových, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny v správaní a konaní. Podľa Šebekovej (2000, s. 9) byť informovaný je jednou zo základných potrieb pacienta, ktorá výrazne ovplyvňuje priebeh ochorenia. Aby sestra pochopila správanie pacienta a jeho potreby, musí s ním komunikovať, čo najviac sa o ňom dozvedieť a informácie zoradiť do celku, ktorý utvorí smerovanie pre jej ošetrovateľskú činnosť. Častým javom, s ktorým sa stretávame v súčasnosti, je neschopnosť sestier realizovať zdravotnú výchovu. Existuje viacero príčin. Aby sa sestra stala lepšou lektorkou, musí mať motiváciu, aby sa pustila do výchovných činností a automaticky ich vnímala ako súčasť svojej roly.

Cieľ práce

V našom prieskume sme sa zamerali na posúdenie úrovne edukácie v kožnej ambulancii, ktorú pacienti navštevujú a úrovne ich vedomostí o ich ochorení, provokačných faktoroch, zásadách ošetrovania kože a prevencii. Na základe úrovne vedomostí identifikovať rozdiely vo vedomostiach z hľadiska pohlavia, vzdelania, a rodinnej anamnézy respondentov.

Metodika a realizácia prieskumu

Prieskum sme realizovali v neštátnej kožnej ambulancii v Moldave nad Bodvou formou priameho kontaktu s pacientmi, ktorí majú diagnostikované ochorenie psoriasis vulgaris, čím sme zaistili 100 % návratnosť dotazníkov. Prieskum sme uskutočnili prostredníctvom dotazníka, ktorý je rozdelený na 2 časti. Prvá časť A obsahovala otázky, ktoré sa týkali úrovne edukácie, jej foriem, prostriedkov a zdroja informácií, ako aj spokojnosti pacientov s poskytnutými informáciami o ich ochorení. Druhá časť B obsahovala otázky, ktoré zisťujú úroveň vedomostí pacientov so psoriázou o ich ochorení, provokačných faktoroch, prevencii, liečbe a zásadách ošetrovania kože. V závere tejto časti boli zahrnuté demografické údaje. Celý dotazník obsahoval 26 zatvorených otázok a 23 polootvorených otázok.

Súbor

Formou dotazníka sme oslovili 50 respondentov, ktorí mali diagnostikované ochorenie psoriasis vulgaris. Výber subjektov prieskumu sa realizoval formou zámerného výberu. Do súboru boli zahrnutí respondenti, ktorí majú diagnostikované ochorenie psoriasis vulgaris, absolvujú návštevy u lekára s minimálnou dĺžkou trvania ochorenia 1,5 roka.
Našu vzorku charakterizujú nasledujúce údaje, ktoré sú uvedené v tabuľkách a grafoch.

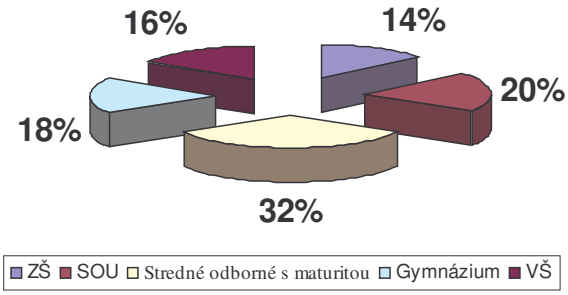
Tabuľka č. 1 Percentuálne zastúpenie respondentov podľa pohlavia a veku

respondent	ženy		muži		spolu	
od 10- 20 r.	2	4%	3	6%	5	10%
21- 30 r.	11	22%	6	12%	17	34%
31 - 40 r.	6	12%	7	14%	13	26%
41- 50 r.	8	16%	1	2%	9	18%
51 - 60 r.	1	2%	5	10%	6	12%
nad 60 r.	0	0%	0	0%	0	0%
spolu	**28**	**56%**	**22**	**44%**	**50**	**100%**

Tabuľka č. 2 Percentuálne zastúpenie respondentov podľa rodinnej anamnézy (RA)

resp.	n	%
pozit. RA	**42**	**84%**
negat. RA	**8**	**16%**
spolu	**50**	**100%**

Graf č. 1 Percentuálne zastúpenie respondentov podľa vzdelania



Výsledky a diskusia

Vyhodnotením otázok v A časti dotazníka sme zistili, aká je úroveň poskytovania informácií o psoriasis vulgaris v kožnej ambulancii, ktorú vybraní respondenti navštevujú. 100 % respondentov, t.j. 50 opýtaných uviedlo, že im boli poskytnuté informácie o psoriáze a jej liečbe, čo je vysoko pozitívny údaj. 78 % respondentov, t.j. 39 opýtaných označilo za zdroj informácií svojho lekára, len 6 % respondentov, t.j. 3 uviedli sestru, 16 %, čo je 8 respondentov z celkového počtu 50 respondentov uviedlo oboch. Iný zdroj neuviedol nikto. Z týchto údajov nám vyplýva, že v kožnej ambulancii sa viac zapája do zdravotno-výchovnej činnosti lekár ako sestra, čo je negatívnym zistením, pretože úlohou sestry v rámci liečby a prevencie tohto ochorenia je aj edukácia, ktorá má v ošetrovateľstve nezastupiteľné miesto.

34 respondentov, t.j. 68 % uvádza, že im poskytujú informácie v ambulancii pri každej návšteve lekára. Závažným zistením je, že až 16 respondentov, t.j. 32 % uviedlo, že im poskytli informácie týkajúce sa ich ochorenia len pri prvej návšteve lekára, teda pri diagnostikovaní ochorenia. Išlo prevažne o respondentov, ktorí nenavštevujú lekára pravidelne. 41 respondentov, t.j. 82 % opýtaných uviedlo, že boli informovaní o svojom ochorení individuálnym rozhovorom. 36 respondentov, t.j. 72 % opýtaných uviedlo, že boli informovaní prostredníctvom letákov. Ani jeden respondent neuviedol, že by bol informovaný prostredníctvom brožúrok a rovnako ani jeden neuviedol iný spôsob informovania napr. edukačným listom pre pacienta.

Po vyhodnotení otázky, či sa v kožnej ambulancii overujú spätne nadobudnuté vedomosti, sme získali pozoruhodný výsledok. Z odpovedí vyplynulo, že v kožnej ambulancii, ktorú respondenti navštevujú, sa neoverujú nadobudnuté vedomosti, pretože všetci 50 respondenti (100%) odpovedali na túto otázku negatívne. Znamená to teda, že v kožnej ambulancii, kde bol realizovaný tento prieskum, sa nevykonáva spätná väzba, neoveruje sa úroveň získaných vedomostí. Toto možno považovať za chybný prístup, pretože bez spätnej väzby nezistíme, či bola edukácia efektívna alebo nie, v čom majú pacienti ešte nedostatky a aké vedomosti je potrebné u nich doplniť.

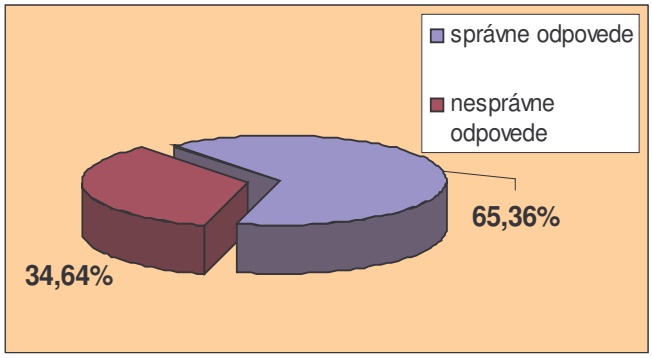
Rovnako všetci opýtaní, ktorí sa zúčastnili prieskumu nedostali v ambulancii informáciu o existencii SPAE. Na druhej strane však 64 % respondentov má záujem stretávať sa s ľuďmi s tým istým ochorením. 90 %, t.j. 45 respondentov má záujem rozšíriť si vedomosti, ktoré sa týkajú životného štýlu a celkovej životosprávy, 66 % by sa chcelo dozvedieť viac o liečbe pri psoriáze.

Zaujímavým zistením bolo tiež, ako respondenti ohodnotili získané informácie od zdravotníckeho personálu. Pri hodnotení sme použili päťstupňovú škálu, kde číslo jeden znamenalo najlepšiu úroveň a 5 najhoršiu. Z celkového počtu 50 respondentov 21, t.j. 42 % ohodnotilo získané informácie na stupnici (od 1 – 5) číslom 4, čo je negatívne zistenie. 16

respondentov, t.j. 32 % zhodnotilo získané informácie číslom 3, 9 respondentov, t.j. 18 % číslom 2. Pozoruhodné je, že ani jeden respondent nezhodnotil úroveň informovanosti číslom 1, čo znamená najlepšiu úroveň.

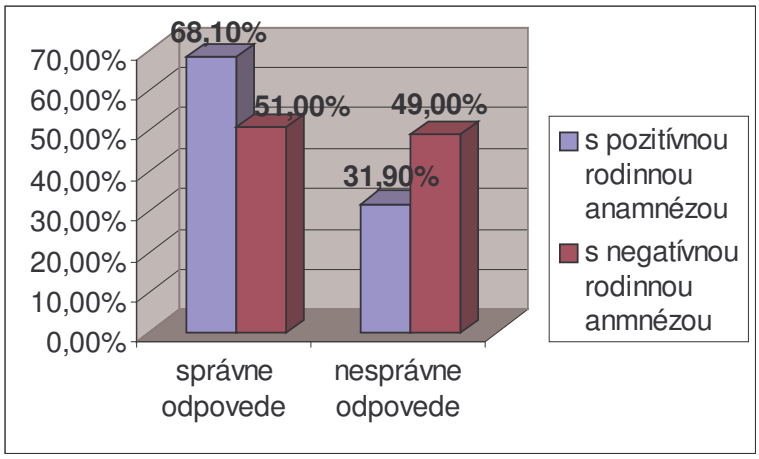
Vyhodnotením otázok v B časti dotazníka sme získali tieto výsledky.

Graf č. 2 Percentuálne zastúpenie správnych a nesprávnych odpovedí na otázky v B časti dotazníka



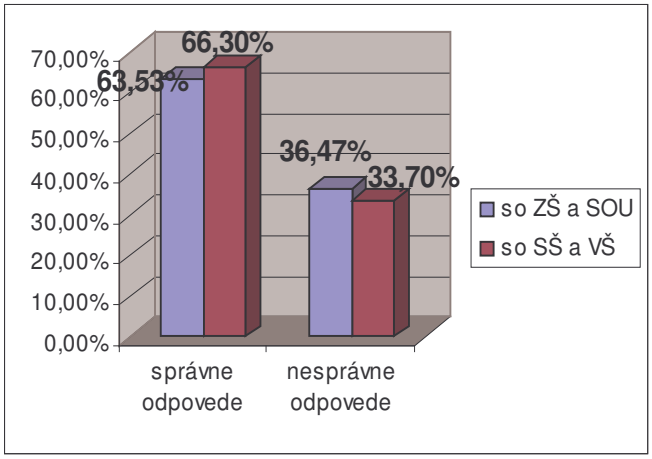
Graf č. 2 nás informuje, že z celkového počtu odpovedí na otázky v B časti dotazníka dosiahli respondenti 65, 36 % správnych odpovedí a 34, 64 % nesprávnych odpovedí. Z týchto hodnôt nám vyplýva, že respondenti majú isté vedomosti o psoriáze, ale ukázalo sa, že majú v určitých oblastiach nedostatky.

Graf č. 3 Percentuálne zastúpenie správnych a nesprávnych odpovedí v B časti dotazníka z celkového počtu odpovedí podľa rodinnej anamnézy respondentov



Aký vplyv má na vedomosti respondentov ich pozitívna rodinná anamnéza zobrazuje graf č. 3, kde sme porovnali úroveň správnych a nesprávnych odpovedí u respondentov s pozitívnou a negatívnou anamnézou. Zistili sme, že respondenti s pozitívnou rodinnou anamnézou dosiahli 68,10 % správnych odpovedí a respondenti s negatívnou rodinnou anamnézou dosiahli nižšiu úroveň vedomostí, a to 51 % správnych odpovedí z celkového počtu položených otázok v B časti dotazníka. Z uvedeného možno konštatovať, že respondenti s pozitívnou anamnézou majú viac vedomostí, pretože sa s daným ochorením už stretli.

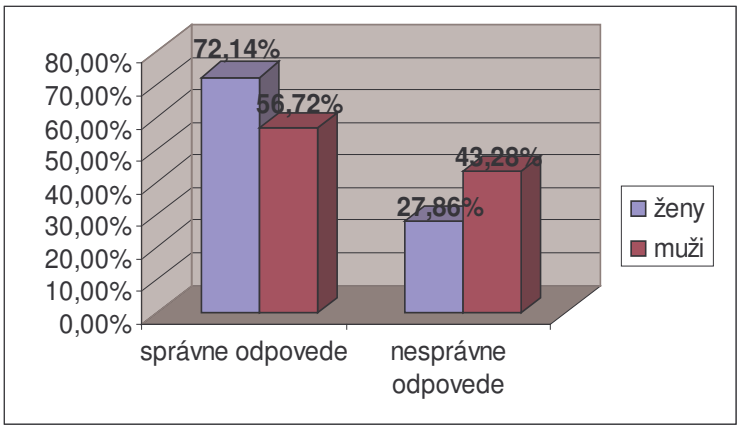
Graf č. 4 Percentuálne zastúpenie správnych a nesprávnych odpovedí v B časti dotazníka z celkového počtu odpovedí podľa vzdelania respondentov



Graf č. 4 zobrazuje, že respondenti so ZŠ a SOU vzdelaním dosiahli 63, 53 % správnych odpovedí a 36,47 % nesprávnych. Respondenti, ktorí ukončili strednú školu, gymnázium alebo vysokú školu dosiahli 66, 30 % správnych odpovedí a 33,70 % nesprávnych odpovedí.
Predpokladali sme, že respondenti s SŠ a VŠ vzdelaním budú mať vyššiu úroveň vedomostí ako respondenti s ZŠ a SOU vzdelaním. Hoci sa tento predpoklad potvrdil, rozdiel medzi úrovňou správnych odpovedí nie je veľký.

Zaujímalo nás porovnať správne a nesprávne odpovede aj podľa pohlavia respondentov. Zistili sme nasledovné výsledky, ktoré uvádzame v grafe č. 5.

Graf č. 5 Percentuálne zastúpenie správnych a nesprávnych odpovedí v B časti dotazníka z celkového počtu odpovedí podľa pohlavia respondentov.



Z uvedeného grafu č. 5 vyplýva, že respondenti ženského pohlavia získali 72, 14 % správnych odpovedí a mužského pohlavia 56, 72 % správnych odpovedí.

Záver

Naše výsledky prieskumu poukazujú na to, že pre skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné:

- zvýšiť úroveň edukácie v ambulanciách, a tým zvýšiť úroveň vedomostí pacientov o ich ochorení
- motivovať pacientov realizovaním edukačných stretnutí
- realizovať edukačný program pre pacientov
- vypracovať edukačné plány pre sestru a pre pacienta a účinne ich využívať
- informovať pacientov o existencii SPAE na Slovensku
- poskytnúť pacientom poučný materiál - nielen leták, ale aj brožúru, ktorá poskytuje podrobnejšie informácie o psoriáze
- odporučiť pacientom aj odborný časopis, kde sa môžu dočítať o svojom ochorení a rozšíriť si vedomosti
- overovať nadobudnuté vedomosti a realizovať opakované stretnutia
- odporučiť pacientom vhodné prípravky na ošetrovanie kože v období pokoja (remisie ochorenia)
- realizovať klubovú činnosť pre pacientov, ktorí majú záujem sa stretávať s pacientmi s tým istým ochorením

V súčasnosti najväčšia pozornosť sa sústreďuje práve na prevenciu recidív tohto ochorenia. Preto je dôležité, aby každý pacient pri návšteve ambulancie si prehlboval vedomosti o svojom ochorení. Čím viac o ňom bude vedieť, tým viac ho bude môcť ovládať.

Bibliografické odkazy

BENÁKOVÁ, N. 2003. *Lupénka-psoriáza.* (online) Dostupné z: http:// www.ordinace.cz / cit.2005-07-04 /

BRAUN-FALCO, O., PLEWIG, G., WOLFF, H. 2001. *Dermatovenerologia.* 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 2001. 1475 s. ISBN 80-8063-080-1.

BUCHVALD, J., BUCHVALD, D. 2002. *Dermatovenerológia.* Bratislava: Slovac Academic Press, 2002. 520 s. ISBN 80-89104-03-7

JUŘENÍKOVÁ,P. et al. 2001. *Ošetřovatelství- ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie.* Uherské Hradište: 2001. 177 s.

NOVOTNÝ, F. 2002. *Psoriaza- aktuální pohledy.* Praha: Grada publishing, spol. s.r.o., 2002. 144 s. ISBN 80-247-0313-0

ŠEBEKOVÁ, V. Úloha sestry pri uspokojovaní potreby informácií u pacienta. In *Revue profesionálnej sestry.* 2000, roč. 7, č. 2, s.9. ISSN 1335-1753

ZÁVODNÁ,V., 2002. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5

PhDr. Karolína Sovová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Detašované pracovisko Košice
Hlavná 89
040 01 Košice
Slovenská republika
e-mail: sovova@ktfke.sk

PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ - VÍZIA TRETIEHO TISÍCROČIA

Jana Sušinková, *Anna Horňáková

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta, Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá, Košice, Slovenská republika
**Prešovská univerzita, Ústav jazykových kompetencií, Prešov, Slovenská republika*

Súhrn

Výsledky sociologických štúdií poukazujú na starnutie populácie, čím sa otázka starostlivosti o starých ľudí dostáva do centra pozornosti celej spoločnosti. Problematika umierania a smrti je téma, ktorá si vyžaduje pozornosť laickej, ako i odbornej verejnosti. Naša verejnosť, odborná i laická uvádza osobnú skúsenosť s otázkami umierania a smrti prostredníctvom svojich blízkych, čo potvrdilo 28 % (28 respondentov), alebo udáva súvislosť s výkonom svojho povolania. Tieto otázky považujú sestry za najčastejší zdroj stresu a psychickej záťaže. Význam sprevádzania chorého v posledných chvíľach a strach zo samoty potvrdili respondenti, keď za najčastejšie z prianí zomierajúceho uviedli prítomnosť blízkej osoby a domáce prostredie (tab.7). Paliatívna starostlivosť vníma umieranie a smrť ako prirodzenú súčasť životného procesu, so zreteľom na udržanie kvality života chorých v terminálnom štádiu. Prostredníctvom nášho prieskumu sme zisťovali v akých podmienkach, na akom mieste, a v prítomnosti koho, by si prial chorý človek umierať.

Kľúčové slová: Starnutie. Staroba. Smrť. Paliatívna starostlivosť. Terminálne štádium.

Úvod

Výsledky vedecko-technického pokroku sa transparentne premietajú jak na poli medicíny, tak aj v oblasti ošetrovateľstva, prispievajú k rastúcej kvalite liečby a ošetrovania, ponúkajú možnosti zachrániť i zdanlivo stratený život. Toto poznanie vytváralo vo vedomí zdravotníckych pracovníkov predstavu, že smrť je dôkazom ich neschopnosti, osobného zlyhania. Veľmi rýchle sme prijali názor, že smrť sa do nášho úspešného života nehodí a je chybou krásy našej úspešnej medicíny. Technicky vyspelá medicína bojuje o ohrozený život každého človeka. V stratégii „všemocnej“ medicíny sú prístupy paliatívnej medicíny hodnotené ako nedostačujúce. V praxi to potom vyzerá tak, že len v prípade zlyhania takzvanej „všemocnej“ medicíny môže mať úspech prehliadaná a nedocenená paliatívna starostlivosť (Haškovcová, 2000, s.102-107).

Pojem paliatívna liečba znamená zmierňujúca, tíšiaca liečba a chápe sa väčšinou ako synonymum liečby symptomatickej. Pochádza z latinského slova paliatívny , čo znamená tíšiaci, nie však liečiaci. Tento pojem zdôrazňuje zmiernenie príznaku, nie však jeho odstránenie. Pod paliatívnou liečbou, rozumieme teda taký prístup, či aplikáciu prostriedku, ktorá príznak choroby zmierni, ale neodstraňuje príčinu. Paliatívna liečba sa uplatňuje všade tam, kde sa vyčerpala kauzálna liečba (radikálna a konzervatívna), ochorenie sa zhoršuje, pacient má bolesti, či iné nepríjemné príznaky.

Paliatívny chorý je človek s chronickou nevyliečiteľnou chorobou, s rôznymi obťažujúcimi príznakmi, často s dominanciou bolesti, nevie akceptovať realitu smrti a dožaduje sa pokračovať v kauzálnej liečbe choroby, v nádeji na predlženie života (Scheidová, 2005,s.7-9).

Hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti z medicínskeho a ošetrovateľského hľadiska je holistický prístup k človeku, zabezpečenie najvyššej možnej kvality života chorého a jeho rodiny, úcta k životu, ale aj schopnosť akceptovať, teda prijímať umieranie ako prirodzený proces.

Indikácie paliatívnej starostlivosti.

Paliatívna starostlivosť je určená všetkým chorým, ktorí ju potrebujú a požadujú. Je právom každého chorého, nech sa nachádza kdekoľvek a v akejkoľvek situácii. Realizuje sa v nemocniciach, v liečebniach pre dlhodobo chorých, v domovoch ošetrovateľskej starostlivosti i v rámci domácej starostlivosti. (Lepiešová, 1997, s.123-124).

Princípy paliatívnej medicíny nadväzujú na potreby umierajúcich a zahŕňajú základné ciele týkajúce sa:

symptomatickej liečby, bolesť zmierňujúcej starostlivosti, emocionálnej podpory, spirituálnej pomoci, sociálneho zázemia, aktivizačného programu umierajúceho a doprevádzajúcej odbornej pomoci rodine (Vorlíček, Adam, 1998, s.127-129).

Formy poskytovania paliatívnej starostlivosti:

- *Ambulantná paliatívna starostlivosť* – v podobe domácej starostlivosti (návštevná služba vykonávaná tzv. mobilným hospicom) je ideálnou formou starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich za podmienok, že jeho zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia pod kontrolou, má vytvorené rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná.
- Stacionáre *paliatívnej starostlivosti* určené na poskytovanie celodennej ambulantnej paliatívnej starostlivosti, ktorá je kratšia ako 24 hodín.

Ústavnú formu paliatívnej starostlivosti vykonávajú:

- *oddelenia paliatívnej starostlivosti* v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach zriadené ako organizačná súčasť už existujúceho zdravotníckeho zariadenia určená na poskytovanie paliatívnej starostlivosti
- *hospic* ako samostatné zdravotnícke zariadenie alebo samostatná časť iného zdravotníckeho zariadenia, určená na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove alebo samostatnom funkčne integrovanom pavilóne. Optimálny počet lôžok v hospici je 15- 25. Pracovníci hospicu môžu vykonávať aj návštevnú službu –v domácom prostredí pacienta. Súčasťou hospicu môže byť stacionár paliatívnej starostlivosti, ADOS, ambulancia paliatívnej starostlivosti, ambulancie v odbore algeziológia, geriatria, všeobecné lekárstvo, pediatria – v hospici orientovanom na detskú populáciu, interné lekárstvo alebo psychiatria.

Koordinácia práce s rodinou:

Človek sa musí celý život adaptovať na zmeny, ktoré súvisia s vývinovými obdobiami a s prostredím v ktorom žije. Jednou z najťažších životných situácií, najintenzívnejšie prežívaných strát, ktorej sa musí človek prispôsobiť, je smrť blízkeho milovaného človeka. Ako potvrdzujú mnohí odborníci z gerontológie, najmä starí ľudia sa po strate dlhoročného partnera stavajú rizikovými pacientmi. Ich ustálený zdravotný stav sa náhle zhorší a dôsledku psychického stresu, či neschopnosti sa adaptovať podliehajú chorobám, ktorým by inak dokázali čeliť. Takýmto prípadom je možné predchádzať, ak si sestra, ktorá ošetruje zomierajúceho vníma aj jeho partnera a ďalších členov rodiny. Ide o preventívne poskytovanie starostlivosti, ktorá uľahčí blízkym vyrovnanie sa so stratou a smútkom a prekonanie krízového obdobia. Smútok a zármutok je prirodzenou reakciou na stratu. Ak má sestra účinne pomôcť smútiacemu, musí brať do úvahy faktory, ktoré ovplyvňujú jeho prežívanie , teda vek, pohlavie, typ osobnosti, vzdelanosť, duchovné hodnoty, kultúru i sociálno – ekonomickú situáciu. Sestra v súvislosti s ošetrovateľskou starostlivosťou by si mala vytýčiť také ciele, ktorých splnenie bude znamenať

pre smútiaceho vyrovnanie sa so stratou a jeho ďalší život bude naplnený opäť aktivitou a záujmom o budúcnosť (Lepiešová, 1997,s. 98-99)

Spracovanie a interpretácia výsledkov prieskumu

Metodika prieskumu

V nadväznosti na ciele prieskumu sme použili metódu dotazníka, ktorý obsahoval 23 štrukturovaných otázok, časť z nich boli otázky otvorené a zatvorené. Všetky, s výnimkou troch otázok obsahujú tri, štzri a viac položiek. Prieskumný súbor tvorila vzorka 105 respondentov, odborná a laická verejnosť. Ich výber bol realizovaný metódou zámerného výberu. Z celkového počtu 105 dotazníkov bola návratnosť 100 dotazníkov, čo je 95,2%.

Údaje boli spracované softwarom MS Excel a MS Word, sú vyhodnotené opisnou štatistikou. Výsledky sú prezentované v tabuľkách a grafoch, zahŕňajú analýzu zistených údajov.

Autori zaoberajúci sa touto problematikou Payne (podľa Conor, Aranda,2005) uvádzajú, že otázky smrti, umierania a schopnosť zaujať k nim vlastný postoj, ako najčastejší zdroj stresu pre sestry pracujúce v nemocnici, alebo v hospicoch.

Brandal et al.(podľa Conor, Aranda,2005) upozorňuje na blízky vzťah, ktorý vzniká medzi pacientom a sestrou, ktorý môže prerásť až za rámec profesionality.

Heim a Vachon (podľa Conor, Aranda,2005) poukazujú na náročnosť vykonávať paliatívnu starostlivosť, popisujú potrebu nájsť v nej zmysel, poslanie. Ako uvádzajú výsledky ich štúdií, zmysel nachádzajú sestry poskytujúce palitívnu starostlivosť v poskytovaní duchovnej starostlivosti.

PhDr. Jana Sušinková
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
Lekárska fakulta
Ústav pre bakalářské a magisterské štúdiá
Trieda SPN 1
040 66 Košice
Slovenská republika
e-mail: susijana@central.medic.upjs.sk

RNDr. Anna Horňáková, CSc.
Prešovská univerzita
Ústav jazykových kompetencií v Prešove
Partizánská 1
08 001 Prešov
Slovenská republika
e-mail: ahornak@unipo.sk

TRUCHLENÍ JAKO REAKCE NA SMRT BLÍZKÉHO ČLOVĚKA

Naděžda Špatenková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn:
Truchlení je komplexní psychologická, sociální a somatická reakce na ztrátu. Kdy truchlení u pozůstalých začne, jaký bude mít průběh a kdy skončí, záleží na celé řadě okolností. Přestože je prožívání zármutku vysoce individuální záležitostí, můžeme nalézt určité společné determinanty (faktory ovlivňující reakce na úmrtí blízké osoby), kterými jsou determinanty vztahující se k zemřelému jako např. příbuzenský poměr, věk zemřelého, faktory vztahu, okolnosti úmrtí a dále pak faktory vztahující se k truchlícímu jako např. věk truchlícího, pohlaví, osobnostní faktory, předcházející zkušenost se smrtí a truchlením, náboženské přesvědčení, sociokulturní faktory, rodinné faktory, sociální podpora a sekundární stresy. Zdravotničtí pracovníci se při výkonu svého povolání setkávají především s pozůstalými v první fázi procesu truchlení (tedy s pozůstalými, kteří byli právě informováni o úmrtí jejich nízkého) a s pozůstalými, kteří prožívají tzv. anticipovaný zármutek. Proces truchlení totiž není přímo vázán na období po smrti blízkého člověka, často se vyskytuje ještě před smrtí dotyčné osoby. Anticipovaný zármutek se objevuje u nejbližších příbuzných dlouhodobě vážně nemocných pacientů, tedy v souvislosti s očekávaným úmrtím. (Objevuje se ale také u samotných umírajících pacientů.)

Klíčová slova: vytěsnění smrti, náhlé úmrtí, smrt (přiměřená, anticipovaná, přirozená, lékařská smrt), truchlení, pozůstalí, komunikace.

Setkání se smrtí může být bolestivé a trýznivé. Pro každého ze zúčastněných - pro umírajícího, jeho blízké, ošetřující personál, ostatní pacienty, ale také třeba pro náhodné svědky úmrtí. Lidskou přirozeností je ovšem vyhýbat se utrpení, proto se vyhýbáme i smrti, pokud je to možné. Popíráme ji, nechceme o ní slyšet, bojujeme proti ní… Můžeme dokonce hovořit o tzv. tabuizaci smrti (Haškovcová, 2000, s. 191), nebo také o dvojím vytěsnění smrti – sociálním a individuálním (Elias, 1998, s. 28). Sociální vytěsnění je výsledkem nedostatku spontaneity při vyjadřování soucitu s umírajícími nebo pozůstalými. Rituály umírání a truchlení jsou prázdné a nicneříkající. Žádné nové, efektivnější ale doposud nebyly vytvořeny. Vytěsnění smrti umožňuje její přesun z rodiny do zdravotních a sociálních institucí - jako jsou nemocnice, LDN, hospice, domovy důchodců apod. Původní model rodinného umírání, kdy byl umírající doprovázen členy rodiny, tak nahrazuje model institucionálního umírání - o smrt a o vše, co s ní souvisí, se starají profesionálové. Jsou na to ale dostatečně připraveni? Nemyslím odborně, o tom vůbec nepochybuji, ale tak jaksi lidsky… Individuální vytěsnění smrti znamená, že člověk nechce vidět, slyšet, nebo dokonce být u něčí smrti, protože mu připomíná smrt vlastní a obavy s ní spojené. Ale i profesionál je jenom člověk.[21] Každé setkání se smrtí ho konfrontuje s jeho vlastní smrtelností, poukazuje na jeho bezmocnost a konečnost. Každá smrt, a to i smrt cizí, smrt naprosto neznámého člověka, tak připomíná smrt vlastní. V rámci „vítězné“ medicíny bojujeme se smrtí a chceme nad ní vítězit, chceme zachraňovat a uzdravovat – ostatní - a skrze ně i sebe. Smrt přestala být vnímána jako nevyhnutelný a přirozený jev, jako integrální součást života – stala se selháním, profesním neúspěchem medicíny (Ariés, 2000, s. 347). A tak se zákonitě otevírá otázka – kdo všechno by měl být v souvislosti s truchlením jako reakcí na smrt „ošetřen“?

[21] Mnohé výzkumy poukazují na to, že právě zdravotničtí pracovníci (především lékaři) se bojí smrti nejvíce.

Na „ošetření“ zdravotnického personálu se třeba zaměříme jindy, teď se podíváme na pozůstalé – pokusíme se pochopit, co po smrti blízké osoby prožívají.

V případě **náhlého úmrtí** (neočekávaného[22], bez předchozího varování) mohou být reakce na ztrátu excesivní, intenzivní a velmi často také nabývají podobu tzv. komplikovaného (patologického) truchlení Bylo realizováno několik výzkumů (např. Lundin, 1984; Parkes, 1996) zaměřených na chování pozůstalých osob po ztrátě tohoto druhu a většina z nich dospěla ke stejnému závěru: truchlení je v případě náhlého úmrtí obtížnější než v případech anticipovaného úmrtí. Pozůstalí prožívají po náhlé ztrátě dosti dlouho (i několik let):

- ***pocit životního vykolejení***;
- ***silnou nedůvěru*** v cokoliv a kohokoliv;
- ***sociální izolaci***;
- intenzivní ***pocit, že zemřelý je stále naživu***. Tento pocit ovšem nemůže ochránit pozůstalé před
- ***osamělostí, úzkostí a depresemi***.

Silné popírání reality ztráty, pocity bezmocnosti a zoufalství, neúnosné pocity viny a touha hledat a najít viníka za nastalou situaci (třeba i ve zdravotnickém personálu!) velmi komplikují normální průběh truchlení. Zarmoucený pozůstalý hledající viníka smrti a tedy původce svého neštěstí často obrací svůj hněv právě na zdravotnické pracovníky, kteří *„přece měli něco udělat“*. Je proto vhodné, aby zdravotničtí profesionálové eliminovali tyto projevy dříve, než mohou plně propuknout, nejlépe vstřícnou komunikací, např. verbalizací: *„Udělali jsme všechno, co bylo v našich silách. Je mi to líto…“*

Reakce na ztrátu blízké osoby jsou mírnější, jedná-li se o **smrt přiměřenou** (v tzv. „požehnaném“ věku) a byla-li tato **smrt anticipována** (očekávána, např. s ohledem na vážný zdravotní pacienta). V prvním případě uvažujeme o **přirozené smrti** (tzv. sešlost věkem), ve druhém případě pak o smrti, která je důsledkem nějakého patologického procesu (nemoci), někdy bývá také označována jako **lékařská smrt**. Až na výjimky se odehrává ve zdravotnických nebo jiných (např. sociálních) institucích (Haškovcová, 2000, s. 74-75). Většinou se jedná o tzv. avizovanou smrt, tzn., že je ohlašována řadou příznaků, např. upozornění lékaře na vážný zdravotní stav pacienta, postupné zhoršování zdravotního stavu nemocného apod.). V takových případech se pozůstalí vyrovnávají se zármutkem lépe a rychleji[23] než truchlící, jejichž blízký zemřel náhle a nečekaně. To však neznamená, že by tito pozůstalí truchlili méně. Projevy zármutku jsou multideterminovány a anticipace úmrtí je pouze jednou z mnoha determinant, které u pozůstalých určují průběh procesu truchlení. Je však pravdou, že za těchto okolností se vyskytuje méně patologických symptomů truchlení.

Oproti náhlému a nečekanému úmrtí dává avizovaná, anticipovaná smrt relativní „výhodu“[24]

---

[22] Ve vztahu k situaci, ve které se nacházejí senioři nebo dlouhodobě vážně nemocní lidé, se může jevit užívaní termínu „náhlá“ smrt poněkud neadekvátně – vždyť přece smrt je jedna z variant, jak může nemoc skončit (a o to pravděpodobnější varianta, jedná-li se o infaustní prognózu). Taktéž ve stáří lze smrt předjímat, protože proces stárnutí a stáří kulminuje právě ve smrti a také máme „běžnou lidskou zkušenost“, že staří lidé umírají. Přesto můžeme na smutečním oznámení (parte) nezřídka číst, že *„zemřel náhle a nečekaně ve věku 83 let…“*

[23] Také zde nacházíme jednoznačný argument pro otevřenou komunikaci zdravotnického personálu s pacientem a jeho příbuznými. Zainteresovaní aktéři se tak mohou na danou situaci jistým způsobem „předpřipravit“, mohou smrt anticipovat a reakce pozůstalých na ztrátu, včetně těch hostilních reakcí vůči zdravotnickému personálu, jsou pak méně intenzivní a trvají také nesrovnatelně kratší dobu.

[24] V současnosti lidé v souvislosti s představou vlastní smrti říkají: *„Přál bych si, aby to se mnou švihlo a byl konec.“* Taková je jejich představa o „šťastné a dobré“ smrti, avšak například ve středověku byla taková smrt považována za nešťastnou.

určitého prostoru a času, jak pro umírající, tak pro příbuzné (jako potenciální pozůstalé), aby se na anticipovanou ztrátu připravili. Mohou například realizovat taková opatření, kterými by předešli rozvoji patologických reakcí na ztrátu. Podaří-li se jim tento čas a prostor (ale nejen jim, také umírajícímu) využít, může proběhnout neproblematická „práce zármutku“[25] a truchlení je relativně brzy ukončeno. Takovým opatřením je například zapojení příbuzných do péče o umírajícího v co možná největším rozsahu (Křivohlavý, 1991), vyřešení nevyřízených záležitostí nebo vyjasnění některých problémů (interpersonální konflikty, zpracování emocí, ujasnění vztahů k sobě samému, k jiným lidem, k životu a smrti, k Bohu apod.).

Je však třeba upozornit, že i když jsou příznaky přicházející smrti zřejmé, příbuzní k nim zaujímají ambivalentní vztah. Jakkoliv by na racionální úrovni chápali, že život jejich blízkého se blíží ke konci a že už není v silách lékařů cokoliv pro jeho záchranu udělat, v emocionální rovině se uplatňuje vzpoura vůči takovým úvahám. Představa, že by je měl blízký člověk opustit, je pro ně prostě nepřijatelná. Zakazují si proto takové myšlenky (obviňují se, že nejsou dostatečně silní, když mají takové úvahy), a často se chovají, jakoby se nic nedělo. Ocitají se ve fázi selektivní slepoty, kdy nevidí, co nechtějí nebo se chopí iracionálních nadějí.[26]

Už z důvodů „výhod“, které přináší anticipace smrti, by lékař neměl zanedbávat komunikaci s příbuznými o zdravotním stavu pacienta. Jen málokdo z příbuzných totiž dokáže posoudit kvalitu poskytované péče, ale všichni se cítí kompetentní posuzovat, zda se k nim lékař choval ochotně a vstřícně. Pokud získají dojem, že nebyli dostatečně informováni, že se lékař choval příliš přezíravě, že…[27] může se stát, že ve fázi „hledání viníka“ (která je jinak přirozenou součástí procesu truchlení) se jejich hněv obrátí právě proti lékaři nebo zdravotnickému personálu, protože prostě byli „při tom“ a „jsou po ruce“ (osud, na který by mohli pozůstalí hořekovat, je příliš abstraktní a Bůh nehmatatelný).[28]

V rámci komunikace s příbuznými může jít např. o objasnění a vysvětlení běžných projevů umírání[29], které příbuzné často velmi znepokojují, protože jim nerozumí a mohou si je nesprávně interpretovat (např. ubývání fyzických i psychických sil umírajícího, ztráta chuti k jídlu, pokles zájmu o sociální kontakty, specifický zápach umírajícího apod.). Někdy si příbuzní kladou otázku: *„Jak dlouho ještě?“,* která je vzápětí vystřídána intenzivními pocity viny, zda si takové myšlenky mohou dovolit (mohou!). Pokud se objeví euforie, jakýsi poslední rozkvět sil, měli by příbuzní (i umírající) této situace využít, ale mnohem častěji si příbuzní vysvětlí situaci tak, že je nebezpečí smrti zažehnáno, že se stal zázrak.[30] Po odeznění euforie a nástupu kómatu se mohou cítit velmi zklamáni, mohou být naštvaní, rozčarovaní, zaskočení, proto potřebují podporu a citlivý přístup. Po smrti svého blízkého se pozůstalí ptají, jestli netrpěl. Navzdory apelacím na morální kvality lékařů a především na to, že by neměli lhát, je zde jediná vhodná odpověď, ať už

[25] „Trauerarbeit“ je Fredův termín. Worden v této souvislosti analogicky používá terminologii „úlohy truchlení“.
[26] Parkes udává, že 19 z 22 vdov v jeho výzkumu bylo lékařem informováno, že jejich manžel umírá. Dvanáct z nich však později přiznalo, že dané informaci nevěřily. Doufaly, že lékař neurčil diagnózu správně nebo se zmýlil. Sedm žen sice informaci přijalo, ale přesto věřily, že zdravotní stav jejich manžela není natolik vážný, jak jim bylo řečeno. Tři z těchto sedmi vdov sdělenou skutečnost pozměnily nebo úmyslně potlačily (Parkes 1978, s. 79).
[27] Doplňte dle vlastních zkušeností…
[28] A rozhodně bych jejich hněv a fázi „hledání viníka“ nepodceňovala – žaloby pro neposkytnutí nebo zanedbání péče jsou toho důkazem.
[29] Ačkoliv existuje všeobecně rozšířený názor, že truchlení začíná až po smrti blízkého člověka (resp. po oznámení jeho úmrtí), v případě seniorů nebo vážně nemocných pacientů se objevuje truchlení mnohem dříve, prakticky od okamžiku, kdy si (potenciální) pozůstalí uvědomí, že jejich představa o společné budoucnosti, společných plánech, společném životě s jejich milovaným (umírajícím) je pravděpodobně nereálná – hovoříme o tzv. anticipovaném truchlení.
[30] Zázraky se dějí málokdy…

byla pravda jakákoliv: *„Ne, netrpěl…“*[31]

V tomto okamžiku se pozůstalí nacházejí ve fázi šoku[32] (a to i v případě anticipovaného truchlení). Mohou se chovat excesivně (brečet, křičet, dupat, vrhat se na zemřelého, líbat ho, hladit ho apod.), ale mohou zůstat také zcela v klidu a nijak se neprojevovat. Mohou se objevit i neobvyklé reakce - smích, vulgární verbální ventilace apod. Je třeba upozornit, že cokoliv se bude dít, je normální. **Jedná se o normální reakci na nenormální situaci** (těmito slovy je možné také utěšit příbuzného, pokud si uvědomí, že se choval „divně“). Rozhodně bychom neměli bránit pláči pozůstalých (v tomto případě platí: poskytnout kapesník, čas a nabídnout své skutečné nebo fiktivní rámě, aby se mohl pozůstalý vyplakat). Není třeba nic říkat nebo horečně přemýšlet, jak pozůstalé utěšit – je lepší naslouchat bez odsuzování. Poskytnout znovu ujištění, že jak Vy (jako zdravotnický personál), tak on (jako pozůstalý) udělal pro zemřelého vše, co bylo v jeho silách.

V komunikaci s pozůstalými je vhodné se vyhnout těmto formulacím (Kubíčková, 2001):

- Vím, jak vám je.
- Smrt je požehnáním.
- Byla to vůle boží.
- Je konec, musíte to tak brát.
- Musíte být statečný/á.
- Hlavu vzhůru!
- To bude dobré!
- Musíte to zvládnout, jinak to nejde.
- To chce čas…
- Smrt je jediná jistota, kterou máme, jediná spravedlnost na tomto světě.
- Všichni tam musíme.

Raději použijte tyto formulace (Špatenková 2004, s. 73):

- Je mi to líto.
- Cítím s vámi.
- Co pro vás mohu udělat?
- Musí to být pro vás těžké.
- Ne, není to spravedlivé…

To je ve fázi šoku, ve kterém se pozůstalí nacházejí, z Vaší strany zpravidla plně postačující. Můžete si také všimnout, že přinejmenším rok[33] se Vám (a Vašemu pracovišti) budou pozůstalí zpravidla vyhýbat. Jste pro ně příliš intenzivní připomínkou jejich bolestné ztráty. Jakmile se však vyrovnají s truchlením a pokud se Vám výše popisovaná komunikace s pozůstalými „zdařila“, najednou – s odstupem času a jakoby z ničeho nic – se k Vám mohou začít pozůstalí hlásit, připomínat se a vzpomínat na svého blízkého. Ale to už je zase o něčem jiném…

[31] Je možné také připojit: „Zemřel ve spánku, po kratičkém kómatu.“

[32] Proces truchlení je sice vysoce individuální záležitostí, můžeme ale identifikovat určitá obecná stádia, kterými zpravidla pozůstalí procházejí a to krátké období šoku, která trvá několik hodin, někdy až dva dny

[33] Právě rok je doba, během které se uzavírá proces truchlení. U vdov je však fáze vyrovnání se se smrtí jejich milovaného manžela mnohem delší – obvykle to trvá 3-4 roky, někdy (zejména u starších vdov) se jedná o proces doživotní.

Bibliografické odkazy:

ARIÉS, P. *Dějiny smrti II.* Praha : Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0.
ELIAS, N. *O osamělosti umírajících.* Praha : Nakladatelství Franze Kafky, 1998.
HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-034-7
KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha : Advent, 1991.
KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha : Nakladatelství ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
LUNDIN, T. Morbidity Following Sudden and Unexpected Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, 84-88.
PARKES, C.M. *Vereinsamung.* Hamburg : Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1978.
PARKES, C.M. *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life.* London : Penguin Books, 1996. ISBN 0-14-025754-3.
ŘÍČAN, P. *Cesta životem.* Praha : Panorama, 1990.
ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9
TAROČKOVÁ, T. *Životné a smútenie.* Bratislava : Univerzita Komenského, 2005. ISBN 80-223-1931-7

PhDr. Naděžda Špatenková, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: n.spatenkova@volny.cz

AKTIVIZAČNÍ METODY VE VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Magda Taliánová

Univerzita Pardubice, Ústav zdravotnických studií, Pardubice

Souhrn

Aktivizační výukové metody by měly být nedílnou součástí výuky ošetřovatelství.
Na jedné straně přispívají k překonání stereotypů ve výuce a podporují tvořivé hledání učitelů a na druhou stranu vyžadují po studentech ve výuce angažovanou účast během, které se studenti bezprostředně zapojí do výuky. Ačkoliv je rozpracována celá řada aktivizačních metod většina učitelů se stále upíná ke klasickým výukovým metodám. I když mají aktivizační metody na většině škol vybudované pevné místo, tak jsem se při výzkumném šetření setkala i s vedením školy, které se k aktivizačním metodám stavělo velmi skepticky a někteří učitelé z této školy pak tyto metody zavrhovali. Je patrné, že takový to postoj ze strany školy má pak negativní dopad na tvořivou práci učitele.

Klíčová slova: výuka, metody, aktivizace, výsledky šetření, vyhodnocení

Úvod

Chceme-li , aby výuka ošetřovatelství byla efektivnější, pak musíme studenty aktivizovat. V současnosti je rozpracována celá řada výukových metod podněcující aktivizaci při vyučování. Ošetřovatelství je základním předmětem ve výuce všeobecných sester, porodních asistentek, zdravotních asistentů a dalších zdravotnických pracovníků. Z tohoto důvodu je aktivizace studentů významná pro povahu jejich budoucího povolání, neboť kromě aktivního přístupu vyžaduje také kritické myšlení, samostatné rozhodování, flexibilitu, odpovědnost a tvořivost.

Přednosti aktivizačních metod: bezprostředně zapojují žáky do výuky, pozitivně se podílí na rozvoji osobnosti žáků, zvýrazňují angažovanost ve výuce, podílí se na vytvoření pozitivního školního klimatu a respektují kognitivní úroveň žáků jak uvádí autoři Grecmanová, Urbanovská, Novotný (2000, s.32).

Protože mi je problematika aktivizačních metod blízká, tak jsem se rozhodla provést kvalitativní sondu, která měla nastínit, do jaké míry využívají učitelé ošetřovatelství aktivizačních metod při výuce. S výsledky šetření Vás seznámím.

Metodika

Hlavním cílem mého šetření bylo zjistit využívání aktivizačních metod učiteli ve výuce ošetřovatelství. Vedle tohoto cíle jsem formulovala – zda učitelé mají zájem nadále se vzdělávat v oblasti aktivizačních metod, zda jsou rozdíly při využívání aktivizačních metod mezi učiteli a učitelkami a zda má délka pedagogické praxe vliv na používání aktivizačních metod při výuce.

Stanovila jsem si čtyři hypotézy, které jsem pak vyhodnocovala pomocí testu dobré shody chí-kvadrát. Dalších 8 otázek jsem vyhodnocovala relativní četností.

K získání dat jsem použila metodu dotazníku. V dotazníku bylo 8 otázek a z toho 2 otázky měli otevřený charakter a 6 otázek uzavřený charakter – dichotomické nebo s možným výběrem odpovědí.

Výzkumného vzorku se zúčastnilo 72 respondentů z oblasti Východních Čech. Dotazníky na školách byly rozdány náhodně. Všechny dotazníky se mi vrátily vyplněné zpět.

Výsledky

Potvrdila se mi hypotéza, že aktivizační metody upřednostňují většinou pedagogové s pedagogickou praxí kratší 10 let než s delší praxí.

Dále byla potvrzena hypotéza, že používání aktivizačních metod je vyšší u učitelek než u učitelů

Potvrzena byla také hypotéza, že učitelé dávají přednost tradičním výukovým metodám před aktivizačními výukovými metodami.

Potvrdila se hypotéza, že pedagogů, kteří se chtějí vzdělávat v oblasti aktivizačních metod je více než těch, kteří to odmítají.

Na otázku, jak často učitelé zařazují aktivizační metody do výuky zvolilo:
73,9% nepravidelně
25,1% pravidelně
0,9% nezařazuje aktivizační metody.

Na otázku učitelům, zda studenti lépe reagují na klasické či aktivizační metody odpovědělo:
30,8% na klasické metody
69,2% na aktivizační metody

Na otázku, zda mají učitelé dostatečný přehled v oblasti aktivizačních metod odpovědělo:
50,7% většinou ne
49,3% učitelů většinou ano

Na otázku učitelům, zda je důležité zařazovat aktivizační metody do vyučování odpovědělo:
96,6% ano
3,4% ne

Na otázku učitelům, do kterého typu hodin zařazují učitelé aktivizační výukové metody odpovědělo:
26% pouze do teoretických hodin
33,6% pouze do praktických hodin
40,2% do teoretických i praktických hodin.

Na otázku učitelům, zda by se chtěli dále vzdělávat v oblasti aktivizačních metod odpovědělo:
81,9% ano
18,1% ne

Na otázku učitelům, zda mají učitelé dostatečný časový prostor pro využívání aktivizačních metod ve výuce odpovědělo:
18% určitě ano
37,4% většinou ano
25,1% někdy ano
19,4% většinou ne.

Na otázku učitelům, kterou z předložených vybraných metod již někdy použili vybralo:
60,1% skupinové vyučování
56,8% práce s textem
37,4% brainstorming
26,5% ano-ne
24,6% práce s chybou
19,9% křížovky
16,1% myšlenkové mapy
13,7% inscenační metody
13,2% diskuse
8,5% debata
7,1% pětilístek
5,6% skládačkové učení
1,4% vizualizace textu

Na otázku učitelům, kterou aktivizační metodu nejraději používáte odpovědělo:
36% inscenační metody
28% brainstorming
16,6% práce s textem
8% myšlenková mapa
5,6% diskuse
1,9% diskuse
1,8% křížovky
1,42% ano-ne
1,52% práce s chybou
0,94% jiné.

Diskuse

Možnou příčinou upřednostnění tradičních výukových metod před metodami aktivizačními může být nechuť učitelů používat nové přístupy, zvýšená časová náročnost na přípravu a realizaci takové to výuky, neznalost aktivizačních metod ze strany učitelů atd. Nedávno zveřejněné výsledky ukázaly, že ve školství v současné době pracuje jedna čtvrtina učitelů bez potřebné pedagogické kvalifikace a značné množství učitelů v důchodovém věku. Dá se předpokládat, že pokud učitelé nemají dostatečnou kvalifikaci, nebudou se dostatečně orientovat v aktivizačních metodách. Učitelé důchodového věku, kteří dříve aktivizační metody nepoužívali, je zřejmě už asi používat nezačnou. Příčinou může být nedostatečná motivace či nechuť učit se v jejich věku něčemu novému.

K hlavním důvodům, proč se pedagogové nadále chtějí vzdělávat v oblasti aktivizačních výukových metod patří chuť učitelů dále se vzdělávat a zvyšovat si tak svoji kvalifikaci, zavádět nové prvky z oblasti aktivizačních metod zpestřující výuku, ale třeba i tlak ze strany ředitelství školy či školní inspekce, která vyžaduje od pedagogů zařazování těchto metod do výuky. Bohužel ještě existuje mnoho učitelů, kteří vedou vyučování stereotypně a žáci se pak ve výuce nudí. Týká se to zejména starších učitelů, kteří učí celý život jedním způsobem bez ohledu na individualitu žáka a nové trendy ve výuce.

Zajímavé také je, že aktivizační metody používají častěji učitelé s pedagogickou praxí kratší než 10 let. Jedním z důvodů může být např. zavádění nových metod výuky v sylabech

pedagogických fakult či změny ve školství po roce 1989. Po sametové revoluci se na pedagogických fakultách zvýšil důraz na používání aktivizačních metod ve výuce, proto lze předpokládat, že učitelé studující na pedagogických fakultách po roce 1989 budou častěji do výuky tyto metody zařazovat.

Ačkoliv o důležitosti zařazování aktivizačních metod do výuky je přesvědčena většina učitelů, tak jejich upřednostnění preferuje pouze necelá polovina z dotazovaných pedagogů.

I když je většina učitelů přesvědčena, že na zařazování aktivizačních metod je ve výuce dostatečný prostor otázkou zůstává, zda se ho učitelé skutečně snaží vyplnit aktivizačními metodami, nebo jestli raději zůstanou u osvědčených tradičních metod.

Zajímavé je, že nejpoužívanější a nejoblíbenější metodou u učitelů je skupinové vyučování. Výhodou skupinového vyučování je, že ho lze využít při řešení nenáročných úkolů jako je např. nácvik některých ošetřovatelských postupů, ale i při řešení složitých problémů a plnění náročných úkolů. K základním rysům skupinového vyučování patří spolupráce žáků při řešení úkolů, dělba práce, sdílení názorů a zkušeností, vzájemná pomoc mezi členy skupiny a odpovědnost jednotlivých členů za výsledky společné práce. Zřejmě tyto výhody skupinového vyučování vedou k tomu, že ho učitelé často a s oblibou zařazují do výuky.

Neuspokojivý je fakt, že téměř polovina učitelů připustila své výrazné neznalosti v oblasti aktivizačních metod. V těchto případech je zcela na místě proškolení pedagogů v seminářích zaměřených na tuto problematiku. V současné době jsou učitelé na středních školách odměňováni zejména dle délky pedagogické praxe. Účast na seminářích a zvyšování odborné kvalifikace zatím není náležitě doceněno. Doufejme, že ministerstvo školství dostojí svým slibům a prosadí navrhované změny v systému odměňování. Tento krok by mohl vést ke zvýšení motivace učitelů a zároveň ke zefektivnění výuky.

Závěr

Myslím si, že pro pedagogickou praxi je velmi důležité, aby učitelé kombinovali aktivizační metody s metodami tradičními. Poměr kombinace by měl odpovídat povaze učební látky, věku a mentální úrovni žáků.

Je třeba mít na paměti, že ne na každou učební látku lze aktivizační metody použít. Proto by učitel neměl zařazovat aktivizační metody za každou cenu, neboť výsledek by nemusel přinést požadovaný efekt. Je jen na učiteli, aby důkladně zvážil, jaká aktivizační metoda se bude k probíranému tématu nejlépe hodit.

Nadměrné používání tradičních metod může být pro žáky jednotvárné a nudné, což se může projevit snížením jejich pozornosti a vyrušováním. Naopak nadměrné používání aktivizačních metod může žáky unavovat a žáci by si přitom nemuseli osvojit dostatečné množství informací.

Jsem přesvědčena, že do budoucna bude mít pozitivní dopad na využívání aktivizačních metod ve výuce ošetřovatelství zavádění rámcových vzdělávacích programů, od kterých lze pro učitele ve výuce očekávat větší volnost a prostor pro tvořivost.

Ačkoliv není pochyb o významnosti zařazování aktivizačních metod do výuky, musíme si připustit fakt, že pokud žáci nemají chuť se učit, tak jim nepomohou ani aktivizační metody.

Bibliografické odkazy

Grecmanová, H.,Urbanovská, E.,Novotný,P. *Podporujeme aktivní myšlení a samostatné učení žáků*.1.vyd. Olomouc: HANEX, 2000. ISBN 80-85783-24-X

PhDr. Magda Taliánová
Univerzita Pardubice
Ústav zdravotnických studií
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: magda.talianova@upce.cz

K PROBLEMATIKE KVALITY ŽIVOTA U PACIENTOV S CHRONICKÝMI OCHORENIAMI

Martina Tomašíková, Želmíra Fetisovová, *Igor Ondrejka, *Mária Demeterová

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav nelékarských študijných programov, Martin, Slovenská republika
** Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Martinská fakultná nemocnica, Psychiatrická klinika, Martin, Slovenská republika*

Súhrn
Práca je zameraná na otázky kvality života pri chronickej chorobe. Posudzovala sa ako modelová diagnóza chronická dermatóza – psoriáza v komparácii s akútnou poruchou – reaktívnou depresiou. Kvalita života psoriatikov dosahovala vo viacerých aspektoch nižšiu úroveň ako u pacientov s miernou reaktívnou depresiou. Emočná nepohoda psoriatikov bola porovnateľná s depresívnymi pacientmi. Výsledky poukazujú na potrebu komplexného prístupu na rozličných úrovniach zdravotníckej starostlivosti s dôrazom na psychoterapeutické intervencie.

Kľúčové slová: psoriáza, depresia, kvalita života

Úvod

Koncepcia bio-psycho-sociálneho modelu zdravia a choroby sa opiera o predpoklad, že všetky systémy v ľudskom organizme sa navzájom ovplyvňujú. Neberie do úvahy len mikroúroveň, ale aj interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov na makroúrovni. Takýto prístup uvádza do iných súvislostí aj osvedčené postupy ošetrovateľstva v dermatológií poukazovaním na psychickú a sociálnu úroveň dermatózy. Choroba je chápaná v úzkej súvislosti s individualitou pacienta ako výsledok vzájomného pôsobenia biologických, psychologických a sociálnych faktorov (Fetisovová, 2001, s. 92).

Chronická choroba ovplyvňuje človeka po dlhú dobu, zasahuje do všetkých aspektov života jedinca, determinuje kvalitu jeho života a vyžaduje si preto kontinuálny (jediným faktickým kontinuom je trvalá prítomnosť pacientovho ochorenia) a komplexný bio – psycho - sociálny prístup zameraný už nielen na chorobu ale na človeka.

Chorobu vníma inak jedinec v roli pacienta a inak jedinec v roli zdravotníckeho pracovníka, navyše je diametrálny rozdiel medzi akútnym a chronickým ochorením.

Zdravotnícka starostlivosť o chronicky chorého pacienta je dlhodobá a náročná z hľadiska vzájomnej interakcie zainteresovaných na liečbe. Ide o interdisciplinárny a multiodborový prístup.

V spolupráci s Psychiatrickou klinikou JLF UK a MFN v Martine sme porovnávali akútnu a chronickú chorobu s dôrazom na determináciu kvality života a následne sme realizovali štúdiu zameranú na subjektívne vnímanie kvality života pacientov so psoriázou v spoločnosti.

Ciele práce

V našej štúdií sme sa zamerali na posúdenie kvality života u pacientov so psoriázou a identifikáciu ich aktuálnych problémov s integráciou do spoločnosti. Zároveň sa porovnávali rozdiely v kvalite života pri akútnej psychickej poruche - reaktívnej depresii a pri chronickom somatickom ochorení – psoriáze.

Metodika

Kvalita života bola posudzovaná PCASEE škálou kvality života (Bech, 1996). Škála má 6 subškál a každá subškála obsahuje 5 položiek. Subškála P hodnotí somatický aspekt kvality

života, C - kognitívny; A - emočný; S - sociálny; E-1 - ekonomický a E - 2 - osobnostný (ego) aspekt kvality života. Hodnotenie je subjektívne, na stupnici od 0 - 5, pričom hodnota 5 vyjadruje najvyššiu úroveň kvality života v danej položke. Maximálna hodnota súhrnného skóre je 150. Škála bola vyvinutá na základe PCASEE - modelu kvality života, ktorý poukazuje na potrebu multidimenzionálneho prístupu k sledovaniu kvality života, vychádzajúceho z bio-psycho-sociálneho modelu chorôb.

V druhej fáze sme zostavili dotazník, pričom sme vychádzali z dotazníkov pre monitorovanie kvality života pacienta s chronickým kožným ochorením (HRQoL, WHOQoL, CDLQI, DSQL, PDI, PLSI, DFI).

Súbor

V **prvej** fáze tvorilo skupinu probandov 20 pacientov s psoriázou a 27 probandov s reaktívnou depresiou. Kvalita života bola posudzovaná PCASEE škálou kvality života (Bech, 1996).

V **druhej** fáze sme skupinu respondentov vyberali kumulatívne, na základe dobrovoľnej účasti v svojpomocnom klube psoriatikov a atopikov SR v Martine a liečených ambulantne v dermatologickej ambulancii MFN. Celý súbor tvorilo 64 respondentov (43 žien a 21 mužov).

Výsledky

V prvej etape, v skupine pacientov so psoriázou boli jednotlivé komponenty kvality života na nízkej úrovni, pričom najvýraznejšie boli somatické a emočné problémy. Najmenej vyjadrené kognitívne problémy dosahovali tiež nízku úroveň.

V skupine depresívnych pacientov s poruchami prispôsobovania boli najvýraznejšie ekonomické a emočné problémy a najnižšie somatické a kognitívne problémy.

U pacientov so psoriázou sa zistila **nižšia celková kvalita života**, vyššie somatické, sociálne, kognitívne a osobnostné problémy ako u depresívnych pacientov. Nesignifikantný rozdiel bol zistený v emočných a v ekonomických problémoch. (tabuľka 1)

Tabuľka 1 **Rozdiel medzi psoriázou (1) a depresiou (2)**

Parameter	X	SD	Mann-Whitneyov test U	P
P1 **P2**	12,7 19.8	4,7 2.3	4,8	< 0.001
C1 **C2**	16,6 20.00	5,2 1.4	2,3	< 0.05
A1 **A2**	13,1 15,5	6,1 2,9	1,7	N.S.
S1 **S2**	14,2 19.3	4,2 1.4	4,2	<0.001
E-1 1 **E-2 2**	14,1 12.1	4,9 3.7	-1,4	N.S.
E-2 1 **E-2 2**	14,1 16.0	4,0 1.8	2,0	< 0.05
PCASEE 1 **PCASEE 2**	84,1 102.4	25,7 7.0	3,3	< 0.01

V druhej etape posudzovania kvality života pacientov so psoriázou sme sa zamerali na integráciu jedinca s chronickou dermatózou (psoriázou) do spoločnosti.
Posudzovali sme 64 respondentov (21 mužov a 43 žien), v oblasti osobnej, rodinnej a pracovnej a oblasti trávenia voľného času.
Použili sme dotazníkovú metódu. Jednotlivé položky sa zameriavali na konkrétne oblasti života jedinca.
Analýzou dát sa zistili problémy s integráciou v oblasti trávenia voľného času, v rodine, v osobnej oblasti. V pracovnej oblasti sme nezaznamenali výrazné problémy, aj napriek tomu, že dvaja respondenti museli kvôli ochoreniu opustiť zamestnanie.
Pacienti s chronickou dermatózou boli nútení skrývať ložiská so psoriázou, nakoľko reakcie okolia negatívne vplývali na ich prežívanie v spoločnosti a spôsobovali problémy s integráciou (tabuľka 2).
Ďalším významným aspektom, ktorý determinuje kvalitu života takýchto pacientov je fakt, že sú nútení ukončiť alebo obmedziť aktivity ich bežného života a taktiež skutočnosť, že bývajú z miest určených na spoločenské aktivity vykázaní! (tabuľka 3).

Tabuľka 2 Dôvody, pre ktoré pacienti so psoriázou skrývajú ložiská

a) za každú cenu		**n = 23%**	
muži		**ženy**	
Nechcem aby to bolo vidieť	**5 %**	Vadí mi to	**5%**
Je to neestetické	**5 %**	Z estetických dôvodov Necítila by som sa dobre	**7%**
Bojím sa reakcie ostatných	**5 %**	Bojím sa odsudzovania	**16 %**
b) podľa situácie		**n = 48%**	
muži		**ženy**	
Keď idem do spoločnosti aby to nebolo vidno	**20 %**	Aby sa na mňa každý nedíval	**16 %**
Nemôžem sa predsa stále obmedzovať, len sa skrývať	**19 %**	Nechcem, aby si ma ľudia obzerali	**14 %**
c) nikdy		**n = 28%**	
muži		**ženy**	
Nemám ako	**14 %**	Nevadí mi že to ľudia vidia Už ma to nebaví, zvykla som si	**9 %**
Načo	**19 %**	Nedá sa, nemám ako	**12 %**
Nevadí mi to	**5 %**	Dovčera som nevedela, že mám psoriázu	**2 %**

Tabuľka 3 Niektoré aktivity boli nútení obmedziť

a) áno	**43 % mužov**		**26 % žien**			
b) nie	**15 % neobmedzilo žiadne aktivity**					
Aké	muži	ženy	spolu	**Dôvod**	muži	ženy	spolu
Šport	29 %	19 %	22 %	**Reakcie ľudí**	48 %	28 %	34 %
Spoločenské kontakty	24 %	16 %	19 %	**Strach**	10 %	37 %	28 %
Návštevy známych	10 %	19 %	16 %	**Je to vidieť**	10 %	12 %	11 %
Kúpanie, plaváreň	24 %	14 %	17 %	**Zlý pocit**	24 %	16 %	19 %

Tabuľka 4 uvádza najčastejšie udávané miesta spoločenskej realizácie, ktoré spôsobujú pacientom so psoriázou problémy v ich integrácií.

Tabuľka 4 Problémy v spoločnosti a ich dôvody

78 %	Kúpanie, pláž	**39 %**	Hanba, ani mne sa nepáči ten obraz v zrkadle
31 %	Sauna	**28 %**	Už ma vyhodili
4 %	Reštaurácia, spoločné stravovanie	**28 %**	Ľudia sú neinformovaní
20 %	Ples, večierok, kino, divadlo	**27 %**	Vidno to
16 %	Požičovňa šiat	**5 %**	Nechcú mi požičať
8 %	Podanie ruky	**29 %**	Ľudia sa štítia, je to nepríjemné
5 %	Šport	**11 %**	Strach

Diskusia a závery

Kvalita života jedinca vyplýva z objektívnych a najmä zo subjektívnych ukazovateľov (Farský, Žiaková, 2004, s. 20). V domácej literatúre je len okrajová zmienka o kvalite života pacientov so psoriázou. Účinná liečba psoriázy vedie k zlepšeniu kvality života. Zistenie korešponduje so závermi práce Walla et al. (1998), ktorí uvádzajú, že účinná liečba kožných psoriatických lézií vedie k zvýšeniu kvality života.

Pri analýze jednotlivých komponentov psoriázy zisťujeme najnižšiu úroveň v somatickom a emočnom aspekte. Uvažujeme o vplyve psychických a somatických faktorov. Môže ísť o súvislosť s emočnými poruchami, s neurotizáciou pacienta ako reakciou na základné ochorenie, chronickú dermatózu, ktoré negatívne ovplyvňujú sociálne kontakty, sociálne fungovanie. Na uvedenom náleze sa môže podieľať aj algická symptomatika, obmedzenie pohyblivosti pri artropatickej forme psoriázy. Zistenie poukazuje na potrebu zintenzívnenia terapie aj komplexného manažmentu pacientov so psoriázou doplneného o psychoterapiu a eventuálne aj o psychofarmakoterapiu.

Na základe výsledkov prvej etapy môžeme konštatovať, že emočné problémy pacientov so psoriázou a s depresiou nevykazujú štatisticky významné rozdiely. Emočná nepohoda psoriatikov je teda porovnateľná s emočnou nepohodou pacientov s reaktívnou depresiou. Súvisí to

pravdepodobne s trvaním ochorenia a s klinickými premennými. Psoriáza trvala u pacientov podstatne dlhšie ako depresia a v prípade psoriázy sa jednalo o vážne generalizované formy, v prípade depresie išlo o ľahšie reaktívne depresie.

Na základe výsledkov druhej etapy štúdie zisťujeme, že kvalita života jedincov s chronickou dermatózou výrazne determinuje kvalitu života jedincov v oblasti trávenia voľného času, v pracovnej, osobnej a rodinnej oblasti.

Sledujeme poruchy sebakoncepcie a sebaponímania (ťažkosti s výberom životného partnera, sociálna izolácia), negatívne dôsledky v manželskom a partnerskom živote s neschopnosťou vybočiť z tradičného spôsobu spolužitia, pružne reagovať na zmenu a neochotou pristúpiť na kompromisy. Výrazne sa mení životný štýl, spôsob života a celková kvalita života rodiny. Rozvíja sa kríza a konflikt, ktorý začína byť súčasťou života rodiny s chronicky chorým pacientom.

Okrem toho zníženie telesnej schopnosti môže viesť až k zmene zamestnania, alebo preradenie na inú činnosť, poprípade k ukončenia zamestnania. U takto chronicky chorých sa stretávame so situáciami, keď ich objektívny fyzický stav im nebráni vo vykonávaní určitých voľnočasových aktivít, napriek tomu sú nútení s nimi prestať. V spoločnosti sa stretávajú s predsudkami a nepriamou diskrimináciou.

Ukazuje sa, že psoriáza má na kvalitu života rovnako deformujúci vplyv ako iné chronické choroby. Postihnuté osoby sú zraniteľnejšie, čo sa často spája s psychickými problémami a psychickou chorobnosťou postihnutých osôb. Veľkú úlohu zohráva lokalizácia psoriatických prejavov. Postihnutie tváre a miest, ktoré sú každodenne na očiach iných ľudí nesie so sebou viac závažnejších poškodení kvality života a podstatne ohrozuje socializáciu chorého. V porovnaní s inými kožnými chorobami je psoriáza nepochybne najviac zdrojom emočnej nepohody. Postihnutí jedinci často na základe pôsobenia stresu a záťaže v každodenných situáciách podliehajú depresii, ktorá primárne alebo sekundárne psoriázu komplikuje. Takéto stavy môžu viesť až k suicidálnym sklonom postihnutého jedinca, preto je pri liečbe psoriázy dôležité brať do úvahy aj zmeny v kvalite života pacienta a pamätať aj na psychosociálnu dimenziu tohto ochorenia.

Kladie sa tým dôraz na rolu psychologickej podpory, vykonávanú na rozličných úrovniach zdravotníckej starostlivosti vrátane erudovanej psychoterapie.

Bibliografické odkazy

BECH, P.: The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening. Berlin: Springer, 1996, 86 s. ISBN 3-540-61245-9

FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K.: Specific features of the care of elderly. Acta Medica Martiniana, 4, 2004, 3, s. 20 - 24

FETISOVOVÁ, Ž.: Manažment pacientov so psoriázou. Martin: JLFUK, 2001, 136 s.

WALL, A. R. et al.: A comparison of treatment with dithranol and calcipotriol on the clinical severity and quality of life in patients with psoriasis. Br. J. Dermatol.,139, 1998,6, s.1005-1011

PhDr. Martina Tomašíková
Univerzita Komenského v Bratislave
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5
036 32 Martin
Slovenská republika
e-mail: tomasikova@jfmed.uniba.sk

AKÉ TYPY OSOBNOSTÍ SI VYBERAJÚ POVOLANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV?

Zdenka Uherová, Alžbeta Jacová, Marián Šanta

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Prešov, Slovenská republika

Súhrn

Osoba, ktorá si slobodne zvolí povolanie zdravotníckeho pracovníka, slobodne sa rozhodne pre osobnú službu inému človeku, ktorá spočíva v poskytovaní pomoci pri ochrane, zveľaďovaní a prinavracaní zdravia. V súčasnosti sa v systéme zdravotníckej starostlivosti kladú na prácu zdravotníka čoraz vyššie nároky. Ošetrovateľské povolanie znamená začiatok dlhej a náročnej cesty profesionálneho i osobnostného dozrievania. Rozhodnutie pre toto povolanie má vychádzať z vnútorného presvedčenia mladého človeka. Dôležitý je jeho postoj k sebe samému i k druhým. Postavenie sestry je často pod tlakom z dvoch strán, a to zo strany pacienta a taktiež zo strany lekára. Ten, kto si zvolí profesiu sestry, musí počítať s náročným povolaním a myslieť aj na veľkú psychickú záťaž, ktorú toto povolanie so sebou prináša.

V našom príspevku sme sa zamýšľali nad tým, aké typy osobností si vyberajú povolanie zdravotníckeho pracovníka. Rozdielne vlastnosti osobnosti poukazujú na rozdielne zvládanie záťažových situácií, odolnosť voči stresovým faktorom.

Kľúčové slová

Zdravotnícky pracovník, extroverzia- introverzia, neuroticizmus, štýl správania A a B

Úvod

Zdravotnícki pracovníci sú často pod tlakom. Ocitajú sa v záťažových situáciách, ktoré znamenajú pre nich mnohokrát väčšiu psychickú záťaž ako pre chorého. Povolanie zdravotníckeho pracovníka by mala preto vykonávať osoba psychicky zdatná, ktorá je schopná vysporiadať sa s požiadavkami tak náročného povolania. Osobnosť človeka disponuje rozdielnymi vlastnosťami a tie poukazujú na rozdielne zvládanie záťažových situácií.

Podľa Junga (In: Hall-Lindzey-Loehlin-Manosevitz,1997) sú dve hlavné orientácie osobnosti introverzia a extroverzia. Osobnosť charakterizovaná introverziou je orientovaná smerom k subjektívnemu zážitku, on alebo ona sa sústreďujú na vnútorný, súkromný svet, kde realita je reprezentovaná tak, ako ju vníma sám jedinec. Človek charakterizovaný extroverziou je orientovaný na objektívne prežívanie. Tento jedinec trávi viac času vnímaním vonkajšieho sveta vecí, udalostí a druhých ľudí ako zaoberaním sa sebou a vlastnými vnemami.

Vo všeobecnosti ľudia charakterizovaní introverziou sú zaujatí vlastnými vnútornými záležitosťami. Zdajú sa byť vzdialení, rezervovaní až nesociálni. Ľudia charakterizovaní extroverziou sa sústreďujú na interakcie s druhými ľuďmi a svetom okolo. Javia sa aktívni, otvorení a zaujímajúci sa o vonkajší svet.

Jung zdôrazňoval, že každý má svoju unikátnu schému postojov a funkcií a tvrdil, že jeho osem základných psychologických typov vzniklo iba preto, aby mu pomohli pri triedení údajov. Nie sú to pevné kategórie, do ktorých možno začleniť všetkých ľudí. Hoci zvyčajne jeden postoj má tendenciu dominovať, treba si uvedomiť, že väčšina ľudí má charakteristiky introverzie i extroverzie.

Podľa Eysencka (In: SENKA- KOVÁČ- MATEJÍK, 1992) si psychológovia vždy uvedomovali význam popisovania základných vzorov správania subjektu a na výskumy základných dimenzií osobnosti existuje veľa známych grafov a schém. Eysenckov pohľad potvrdil opodstatnenosť hľadiska, ktoré rozoznáva prítomnosť dvoch veľmi výrazných

a mimoriadne dôležitých dimenzií, (E) extroverzie - introverzie a (N) neuroticizmu (emocionalita alebo stabilita-nestabilita).

Eysenck nepopiera existenciu a význam faktorov, vedľajších k E a N, a je presvedčený, že tieto dva faktory prispejú k deskripcii osobnosti viac, ako akákoľvek iná kombinácia dvoch faktorov. Neskôr prišiel Eysenck s treťou dimenziou osobnosti, ktorá dostala označenie psychotizmus.

Eysenck opisuje typického extroverta a typického introverta, oba tieto opisy však možno považovať za extrémy, ktorým sa reálni ľudia približujú iba do väčšej či menšej miery.

Typický extrovert je sociabilný, má rád spoločnosť, má veľa priateľov, potrebuje okolo seba ľudí, s ktorými môže komunikovať a nerád číta alebo študuje osamote. Vyhľadáva vzrušenie, „pokúša šťastie“, rád riskuje, koná bez dlhého rozmýšľania a vo všeobecnosti je impulzívnym jedincom. Vždy má pohotovú odpoveď a vo všeobecnosti má rád zmenu. Je bezstarostný, veselý, optimistický, rád sa smeje a preferuje pohyb. Je aktívny, má sklon k agresii, niekedy rýchlo stráca „nervy“, nekontroluje svoje pocity a nie vždy sa naňho dá spoľahnúť.

Typický introvert je tichý a utiahnutý jedinec, ktorý dáva prednosť knihám pred stretnutiami s ľuďmi. Je rezervovaný a okrem blízkych priateľov si udržiava odstup od ľudí. Veci si zvykne vopred naplánovať, je opatrný a nedôveruje okamžitým rozhodnutiam. Nemá rád vzrušenie, záležitosti každodenného života prijíma s patričnou vážnosťou a má rád usporiadaný spôsob života. Veľmi kontroluje svoje pocity, zriedkavo sa správa agresívne a nestráca ľahko nervy. Je spoľahlivý, skôr pesimistický, pripisuje veľký význam etickým hodnotám.

Jedinca s vysokým skóre N (neuroticizmus) možno opísať ako ustarosteného, úzkostlivého a utrápeného človeka, ktorý sa vyznačuje náladovosťou a častými depresiami, trpieva nespavosťou a rôznymi psychosomatickými poruchami. Takýto jedinec je silne emotívny, neprimerane silno reaguje na všetky druhy podnetov a po intenzívnom citovom zážitku je preňho ťažké znovu nadobudnúť rovnováhu (upokojiť sa). V dôsledku týchto silných emotívnych reakcií je iracionálny, okolie ho neakceptuje a ani on sa mu nedokáže prispôsobiť.

Ak je takýto subjekt aj extrovertný, má sklony k precitlivelosti, je nepokojný, vzrušivý a dokonca agresívny. Jedinec s vysokým N skóre sa stále zaoberá tým, čo by sa mohlo pokaziť, čo by sa nemuselo podariť, a vďaka tomu máva silné pocity úzkosti. Na druhej strane zvykne stabilný jedinec reagovať emocionálne adekvátnejšie a vo všeobecnosti menej výrazne. Po silnom citovom zážitku nadobúda rovnováhu rýchlo, je obvykle pokojný, vyrovnaný, vie sa ovládať a nerobí si zbytočné starosti.

Metodika (cieľ, súbor, metódy)

Cieľom nášho prieskumu bolo:

1 Zistiť hodnoty extroverzie (E) u študentiek FZ PU a porovnať ich s kontrolným súborom (vzorkou slovenskej populácie).

2. Zistiť hodnoty neuroticizmu (N) u študentiek FZ PU a porovnať ich s kontrolným súborom (vzorkou slovenskej populácie).

3. Zistiť u študentiek FZ PU inklináciu k štýlu správania A alebo B.

Skúmaný súbor tvorilo 60 študentiek Fakulty zdravotníctva v Prešove, navštevujúcich dennú formu trojročného bakalárskeho štúdia v odboroch ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia vo vekovej skupine 21 až 30 rokov. Výber bol zámerný – s ohľadom na vek, a to preto, aby sme mohli náš súbor porovnať s kontrolným súborom (vzorka slovenskej populácie), kde boli uvedené výsledky danej vekovej skupiny. Údaje kontrolného súboru sme získali z výsledkov prieskumu Senka- Kováč- Matejík (1992), ktorých vzorku tvorila skupina dobrovoľníčok, ktorá dotazník vyplnila a obratom poslala späť.

Na zistenie údajov sme použili dotazníky z projektu „Osobnosť športovca“, ktorý bol realizovaný v rámci programu VEGA, a to dotazník EOD-A, týkajúci sa správania, cítenia a konania respondenta, ktorý pozostával z 57 zatvorených otázok. Na základe jeho výsledkov sme u študentiek zistili hodnoty extroverzie a neuroticizmu . Ďalším bol dotazník na určenie

inklinácie študentiek k štýlu správania A a B obsahujúci 15 položiek so zatvorenými otázkami. Pri prevahe odpovedí áno (najmenej 9) sa jedná o inklináciu k štýlu správania A, pri prevahe odpovedí nie (tiež najmenej 9) o inklináciu k štýlu správania B. Pri počte 8 kladných, 7 záporných a opačne sa jedná o typ AB.

Výsledky a diskusia

U vekovej skupiny 21 až 30 ročných študentiek FZ PU v počte 60 boli zistené priemerné hodnoty extroverzie 13,94, teda vyššie ako sa vyskytli u bežnej populácie - 12,48.
Priemerné hodnoty neuroticizmu u toho istého súboru boli v porovnaní s hodnotami bežnej populácie vyššie u študentiek, a to13,69 oproti zistenému priemeru 12,48 u bežnej populácie (tabuľka 1).

Tabuľka 1
Porovnanie priemerných hodnôt extroverzie a neuroticizmu u študentiek FZ PU s priemernými hodnotami bežnej populácie

Veková skupina 21-30 rokov	n	AM – E extroverzia	AM – N neuroticizmus
Študentky	60	13,94	13,69
Kontrolný súbor	43	12,48	12,48

Z celkového počtu 60 študentiek bola u 17 respondentiek zistená inklinácia k štýlu správania A, čo predstavuje 28 % a u 43 respondentiek, čo je 72 %, inklinácia k štýlu správania B. V našom súbore sa AB štýl správania nevyskytol (tabuľka 2).

Tabuľka 2
Počet študentiek inklinujúcich k štýlu správania A a B

Štýl správania	n	%
A	17	28
B	43	72
Spolu	60	100

Záver

Zistené priemerné hodnoty extroverzie u študentiek a bežnej populácie sa výrazne od seba neodlišujú, pričom u študentiek sme zaznamenali vyššie priemerné hodnoty extroverzie, to znamená, že u nich viac dominuje extroverzia než u bežnej slovenskej populácie.

Taktiež ani priemerné hodnoty neuroticizmu nepreukazujú výraznejšie rozdiely pri porovnávaní súboru študentiek so slovenskou populáciou, hoci študentky dosahujú vyššie hodnoty.

Zistili sme, že u skúmaného súboru prevláda štýl správania B. U týchto osôb podľa Rosenmana (In:Skorodenský, 1991) badať: celkový dojem uvoľnenosti a pokoja, zriedka sú nervózni, sú mierni v celkovom prejave, majú jemné podanie ruky, skôr tichý hlasový prejav.

Na základe priebežných výsledkov výskumu získaných z projektu „Osobnosť športovca“ realizovaného v rámci programu VEGA a na základe doterajších vlastných zistení možno konštatovať, že početnosť zastúpenia jednotlivých štýlov správania A a B je rozdielna. Toto konštatovanie dokazujú aj výsledky nášho prieskumu, kde v značnej miere prevláda štýl správania B, a to okrem iného poukazuje na schopnosť osobnosti odolávať stresovým faktorom, čiže prevaha osobností s B štýlom správania medzi študentkami poukazuje na vhodnosť výberu povolania zdravotníckeho pracovníka.

Bibliografické odkazy

HALL, C.S.- LINDZEY,G.- LOEHLIN, J.C.- MANOSEVITZ, M. 1997: Psychológia osobnosti. Bratislava: Svornosť, spol. s r.o., 1997, 510 s. ISBN 80-08-00994-2

SENKA, J.- KOVÁČ, T.-MATEJÍK, M. 1992: Eysenckove osobnostné dotazníky pre dospelých. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992, 76s.

SKORODENSKÝ, M. 1991: Psychologické rizikové faktory ischemickej choroby srdca. Bratislava: VEDA, 1991, 196 s. ISBN 80-224-0335-0

ZUSKOVÁ, K. 2003-2005. Projekt Osobnosť športovca č.1/0463/03 Program VEGA, Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta športu.

PaedDr. Zdeňka Uherová
Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníctva
Partizánská 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: uherova@unipo.sk

ÚLOHA MENTORA V PRAKTICKÉ VÝUCE NA GYNEKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Yvetta Vrublová, *Eva Polášková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava
** Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, Porodnicko-gynekologická klinika, Ostrava*

Souhrn
Úloha mentora v praktické výuce patří mezi klíčové podmínky efektivní výuky. V současné době jsme svědky nutnosti mít dobře vyškoleného mentora na jednotlivých odborných pracovištích. Tato nutnost vyplývá z nemožnosti odborně obsáhnou více klinických pracovišť. Vysokoškolské studium ošetřovatelství klade vysoké nároky na kvalitu a odbornost výuky. V jednotlivých medicínských oborech dochází k neustálému rozvoji diagnosticko terapeutických postupů, které s sebou přináší nutnost nových postupů v ošetřovatelské péči. Obsáhnou jednotlivá specifika ve všech medicínských oblastech na vysoké vědomostní úrovni je téměř nemožné. Proto úloha mentora - tedy vysoce erudované všeobecné sestry nebo porodní asistentky s vysokoškolským vzděláním a s klinickou praxí na konkrétním pracovišti je nanejvýše žádoucí s ohledem na kvalitu výuky. Neboť tento způsob teprve postupně zavádíme potýkáme se s různými problémy. Jeden ze základních je vypracování náplně práce mentora. Mnohé vysoce erudované všeobecné sestry a porodní asistentky požadují bližší specifiku postavení mentora, charakteristiku a cíl praktické výuky na konkrétním pracovišti. Uvedený malý metodický návod je pouze nástinem současné zkoušené koncepce praktické výuky na gynekologickém oddělení.

Klíčová slova : mentor, praktická výuka, gynekologie, pacientka/klientka, praxe, teorie

Úvod
Praktická výuka vybraných klinických předmětů jsou nosnou součástí efektivního výchovně vzdělávacího procesu budoucích zdravotnických pracovníků oboru porodní asistentka a všeobecná sestra. Tato výuka navazuje na odborné přednášky z konkrétní lékařské disciplíny (v tomto případě gynekologie) a také na další odborné předměty (ošetřovatelské intervence, ošetřovatelská diagnostika). Nedílnou součástí získaných poznatků jsou bezesporu antropologické kulturní vzorce, které určují intervence pro podporu cílů mezi něž patří - podpora, udržení a návrat zdraví. (Jarošová,2002,s.163).
Vzhledem k tomu, aby praktická výuka systematicky a cíleně navazovala na získané vědomosti, jeví se jako vhodné upevnit získané vědomosti praktickou výukou přímo u nemocného. Jde o ucelený proces, který vede ke zkvalitnění vědomostí s názornou možností aplikace do praxe.

Obsah
Náplň práce mentora vyžaduje několikaletou zkušenost na jednotlivém pracovišti, odbornou znalost autonomních a kooperativních činností sestry na pracovišti, využívání nových poznatků v oboru ošetřovatelství. Mentor odborně vede studenta oboru ošetřovatelství při praktické aplikaci získaných vědomostí a dovedností do praxe. Počet studentů na jednoho mentora se pohybuje od 3 - 5. Studenti by měli být seznámeni s dostatečným časovým předstihem s odbornými tématy konkrétní praktické výuky tak, aby byli schopni si danou problematiku prostudovat.

Analýza po sobě jdoucích kontinuálních kroků v roli mentora při vedení praktické výuky:

1. Individuální seznámení se s konkrétními pacientkami v rámci předání informací na pracovišti skupinovými sestrami - cílený výběr pacientek podle konkrétních diagnóz odpovídající studijním sylabům (např. ošetřování ženy před a po malém gynekologickém zákroku) a získání souhlasu pacientek s ošetřováním studentek oboru ošetřovatelství.
2. Seznámení studenek s vybranými pacientkami - ústní předání informací týkající se:
   - lékařské diagnózy
   - dnu hospitalizace
   - terapie
   - následných závislých ošetřovatelských intervencí
   - sesterské anamnézy
   - aktuálních a potencionálních ošetřovatelských diagnóz

   Náplň práce studentů na gynekologickém oddělení s aktivní spoluprací a kontrolou mentora

1. Analýza deficitu potřeb a provedení následných opatření k zajištění vytypovaných potřeb
   - např. zajištění hygienické péče, dopomoc při vertikalizaci, zajištění tekutin
2. Vykonání kooperativních ošetřovatelských intervencí
   - měření tělesné teploty + záznam
   - odběry biologického materiálu a zajištění transportu
   - asistence u vizity
   - podání léků dle ordinací
   - převaz či asistence při převazu operační rány
   - příprava k operačnímu zákroku, zajištění osobních věcí
   - příprava k diagnostickým zákrokům

3. Vykonávání autonomních činností porodní a asistentky a všeobecné sestry
   - zpracování ošetřovatelské anamnézy
   - provádění ošetřovatelské diagnostiky - praktický nácvik
   - tvorba plánů ošetřovatelské péče
   - vedení denních záznamů
   - zpracování propouštějících a překladových ošetřovatelských zpráv
   - prevence ošetřovatelských problémů
   - poskytování informací a edukace odpovídající kompetenci studentky oboru ošetřovatelství
   - ústní předání informací o sledovaných pacientkách týkající se:
     - lékařské diagnózy
     - dnu hospitalizace
     - terapie
     - následných závislých ošetřovatelských intervencí
     - sesterské anamnézy
     - aktuálních a potencionálních ošetřovatelských diagnóz
   - zpracování plánu ošetřovatelské péče, realizace a dílčí hodnocení

4. Společně s mentorem analýza kooperativních a autonomních intervencí u jednotlivých pacientek stanovení ošetřovatelské diagnózy podle domén a jejich tříd, včetně specifikace určujících znaků a
   souvisejících nebo rizikových faktorů

5. Studium odborné literatury a odborných materiálů zabývajících se nově vyvinutých

ošetřovatelských postupů (např. v péči o operační ránu, v péči o výživu ženy s onkologickým onemocněním)

6. Závěrečná ústní evalvace odborné výuky studenty s mentorem

Závěr

Předložený návrh odborné náplně mentora klinické praxe a náplně studenta oboru ošetřovatelství je v současné době prakticky zkoušen na uvedeném gynekologickém oddělení. Součástí tohoto návrhu a vlastní praxe je také cílená evalvace, která by měla vést mentora k zamyšlení, jak by bylo možné tuto výuku zkvalitnit. Neodmyslitelně zde však sehrává významnou roli také každé pracoviště a tým zdravotnických pracovníků, kteří svým přístupem ke studentům ovlivňují kvalitu odborné výuky. Proto úloha mentora tkví také v kooperativní funkci se všemi členy zdravotnického týmu a s jejich seznámení s cílem takto vedené odborné výuky. Za naprostou samozřejmost pak považujeme osobnostní výbavu mentora, neboť bezpochyby usilujeme o to, aby naši absolventi byli nejen odborně vysoce fundováni, tedy dobře ovládali svůj obor, ale také, aby byli žádoucím způsobem vybaveni i osobnostně, ve smyslu psychosociálního, etického jednání a chování. Jen od takového absolventa lze očekávat vysoce humánní přístup ke klientům, kolegům, k lidem vůbec. (Cichá, Šteigl, 2005, s.101)

Bibliografické odkazy

CICHÁ, M., ŠTEIGL, J. *Výchova ke zdraví jako nedílná součást pedagogické způsobilosti.* In Tradice a perspektivy výchovy a vzdělávání (Česko - slovenské pedagogické studie 1), s. 101 - 113. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2005. 243 s. ISBN 80-7182-196-9.

JAROŠOVÁ,D. Ošetřovatelství a antropologie. In Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství. Olomouc: Grada 2002. S.162- 163
ISBN 80-247-0536

PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: yvetta.vrublová@osu.cz

VLIV HYPERTENZNÍ NEMOCI NA SEXUALITU ŽEN

Yvetta Vrublová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn

Sexualita zahrnuje prvky medicínské, morální, psychologické i společenské. Díky pokroku se prodlužuje délka lidského života a tím dochází k nárůstu počtu nemocných. Pokud z plného zdraví propukne nemoc je žena postavena před situaci zvládnout léčbu, zaměstnání a také roli matky, manželky a milenky. Ze dne na den změní hierarchii hodnot, změní své postoje. Jedno ji však zůstává a to je stálá potřeba být ženou. Na sexualitu obecně má vliv také bolest, která významně ovlivňuje kvalitu života. (Dušová, 2001, s.67) Předložený průzkum se zabývá analýzou předchozího a současné sexuální chování žen s hypertenzní chorobou a jejím vlivem na sexualitu. Oblasti průzkumu byly rozděleny na oblast - gynekologické anamnézy (menarche, počet porodů), oblast zdravotnické anamnézy (délka trvání onemocnění), oblast antropometrických ukazatelů (tělesné hmotnosti, tělesné výšky a BMI) a oblast sexuálního života (před onemocněním , v současnosti, informovanost, prolémy).

Klíčová slova - hypertenzní nemoc, sexualita, žena, menopauza, sexuální dysfunkce

Úvod

Hypertenzní nemoc patří k nejrozšířenějším kardiovaskulárním onemocněním nejen v České republice, ale v mnoha vyspělých zemích. U dospělé populace se vyskytuje v průměru u 25 až 35 %, tento výskyt je závislý na věku, pohlaví, etnické skupině, genetické zátěži a životním stylu. O svém vysokém krevním tlaku asi 15% – 20% populace neví. Často je diagnostikována při preventivních či náhodných lékařských prohlídkách. Z tohoto důvodu bývá hypertenze označována jako plíživý zabiják. Společně s diabetem, hyperlipidémií a kouřením patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory ICHS (ischemické choroby srdeční). (Štejfa,1998, s.188)

Prevalence tohoto onemocnění u žen se rok od roku zvyšuje. Proto se zvažují možnosti prevence hypertenze, resp. i dalších ovlivnitelných rizikových faktorů aterosklerózy a metabolického syndromu X, které vytvářejí predispozici ke vzniku závažných kardiovaskulárních onemocnění, již v mladistvém věku. Dokladem toho je např. výzkumná sonda u souboru 302 dospívajících jedinců (v Olomouci a Českém Těšíně), s cílem posoudit 14 somatometrických a fyziologických znaků a indexů, a na jejich základě vytipovat kandidáty aterosklerózy a metabolického syndromu X, potažmo kardiovaskulárních onemocnění. (Goldmann, Cichá, 2005,s.33).

Metodika

Cílem práce bylo analyzovat a zhodnotit sexualitu žen před onemocněním a následně po onemocnění hypertenzní chorobou. Uvedené dílčí výsledky jsou součástí komplexního výzkumu, který se týkal sexuálního chování žen s vybranými diagnózami (celkem 195 žen). Soubor této pilotní studie zahrnoval celkem 30 žen s uvedenou diagnózou. Vlastní sběr dat byl proveden pomocí písemného standardizovaného dotazníku, interwiew a somatometrického měření (tělesná hmotnost, tělesná výška a BMI).

Jednotlivé dílčí výsledky u skupiny žen s hypertenzní chorobou jsou zaznamenány v následující tabulce:

Průměrný věk	38,73		
Průměr BMI	25,07 (podle Knigta)		
Průměrný věk menarche	13,57		
Průměrná délka trvání nemoci	6,00 let		
Průměrný počet porodů	2,13		
Sexuální život před onemocněním	pravidelný 12	nepravidelný 18	žádný 0
Sexuální život po diagnostice onemocnění	pravidelný 17	nepravidelný 7	žádný 6
Problémy v sexuálním životě	10 respondentek udalo problémy při pohlavním styku		
Informovanost o sexualitě s danou diagnózou	30 respondetek uvedlo neinformovanost		
Uvítání informací	12 respondentek uvedlo, že by uvítalo informace týkající se této oblasti		

U žen byly dále vypracovány kasuistiky podle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon.

Vybraná kasuistika ženy s hypertenzní chorobou

Žena 43 let, středoškolačka, zaměstnána jako účetní
Tělesná hmotnost : 75 kg
Tělesná výška: 161 cm
Rodinná anamnéza - matka hypertenze, otec hypertenze, diabetes II. typu
Zdravotní anamnéza - hypertenze, alergii neudává

1. Vnímání zdravotního stavu

Hypertenze I.typu jí byla diagnostikována ve 34 letech po náhlé vzniklé slabosti (rychlé bušení srdce, sucho v ústech, nervozita), kdy byla odvezena do nemocnice a následně vyšetřena. Jak sama uvedla prodělala běžné dětské nemoci. Sport provozovala rekreačně, její tělesná hmotnost byla vždy na vyšší hranici normální tělesné hmotnosti. Konzumaci alkoholu přiznává asi 3 krát týdně, kouří pouze příležitostně.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka nedodržuje dietní opatření,udává velkou chuť k jídlu, občas se snaží držet dietu, ale nikdy u ní dlouho nevydrží. Pitný režim je kolem 1,5 - 2 l tekutin denně.

3. Vylučování

S močením nemá problémy, potíže jsou s vyprazdňováním stolice, mívá zácpu a musí užívat glycerinové čípky nebo kapky (Gutalax).

4. Aktivita, cvičení

Volný čas tráví u televize, ráda vaří a peče. V sobotu a v neděli chodí s manželem na procházky. Únavu ve dne neuvádí, subjektivně se cítí dobře.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka spí 6-7 hodin, někdy se budí bušením srdce, pak už nemůže usnout. Léky na spaní neužívá, pouze někdy na uklidnění.

6. Vnímání, poznávání
Pacientka nosí brýle od svých 14 let ke korekci visu do dálky, problémy s pamětí neudává. O své diagnóze a prevenci předcházení zhoršení zdravotního stavu je poučena (změna jídelníčku, více pohybu, snížení tělesné hmotnosti).
7. Sebekoncepce, sebeúcta
Se svým onemocněním se vyrovnává dobře. Cítí se spokojená, nadváha ji příliš nevadí.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
Žena žije s manželem a dvěma syny ve společné domácnosti. Vztahy v rodině udává jako optimální, společně řeší problémy, občas se vyskytnou malá nedorozumění. S manželem si rozumí, po 20 letech manželství si už na sebe, jak sama udává, zvykli.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti
Žena uvedla dvě gravidity, porody byly v termínu. Gynekologické problémy nemá, menarche od 14 let. Dříve užívala hormonální antikoncepci, nyní má zavedené nitroděložní tělísko. Sexuální život je pravidelný, občas pociťuje sníženou sexuální apetenci.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance
Stres si připouští pouze v zaměstnání, doma se snaží uvolnit a relaxovat.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
Žena je nevěřící, jejím hlavním přáním je zdraví celé rodiny a celková spokojenost.

Diskuse k uvedené kasuistice
V uvedené případové studii jde o vyrovnanou ženu, která své onemocnění plně akceptuje. Bohužel u ní nedošlo ke změně postoje ke svému zdraví (kouření, vyšší tělesná hmotnost, nedostatek pohybu). O tom, že léky, které užívá mohou mít vliv na sexuální apetenci nebyla informována. Se svým sexuálním životem je částečně spokojena a informace, které ji byly podány během rozhovoru, jak sama udala plně dostačovaly.

Diskuse
Jednalo se o průměrově nejmladší skupinu žen, kde 22 respondentek (z celkového počtu 30) mělo nadváhu, která je jedním z rizikových faktorů hypertenze. Zajímavým zjištěním bylo, že 17 žen žije v současnosti pravidelným sexuálním životem. Má nejvyšší počet porodů s následnou sníženou sexuální apetencí (byl zde udáván častý výskyt problémů při pohlavním styku). V tomto případě zde může sehrát roli zvýšená tělesná hmotnost a také vyšší počet dětí, kde péče o ně, může mít vliv na větší únavu ženy a tím i na její sexuální život. Tyto ženy si tuto skutečnost zřejmě uvědomují a podle dotazu, zda by uvítaly informace, celkem 18 jich odpovědělo, že nikoliv. Výsledky průzkumu nemohly být srovnávány s jiným výzkumem, neboť dle dostupných zdrojů autorky podobný průzkum není v odborné literatuře k dispozici.

Závěr
Uvedený dílčí průzkum nastiňuje problematiku sexuality žen, která neodmyslitelně patří k životu. Hypertenzní choroba může mít negativní dopad na ženskou sexualitu a to jak díky terapii (antihypertenziva, která mohou snižovat sexuální apetenci a schopnost prožít orgasmus) nebo díky některým doprovodným symptomům (bolest hlavy, nervozita, podrážděnost). Někdy se také může vyskytnout obava žen, že při pohlavním styku dojde ke zvýšení krevního tlaku. Je vhodné ženu informovat, že při orgasmu opravdu dochází fyziologicky ke zvýšení jak tepové frekvence, tak ke zvýšení krevního tlaku. Srdeční frekvence se v průměru zrychluje na 115min^{-1}, systolický krevní tlak se zvýší v průměru o 50mm Hg a diastolický krevní tlak o 15 mm Hg, u neléčených hypertoniků i více. Tento stav ve stádiu relaxace (10 - 15 minut po orgasmu) postupně ustupuje. K tomuto stavu však nedochází tehdy, když žena projde jak stádiem exitace a plateau, ale nedojde k orgasmu. Tehdy již uvedené změny (zrychlená tepová frekvence, zvýšený krevní tlak) ustupují podstatně déle. Ve snaze o nadměrnou ochranu může nastat utlumení apetence a reflexních mechanismů. Pohlavní styk se může stát zatěžujícím tehdy, dojde-li k němu

v cizím prostředí s nahodilým partnerem, při únavě, po těžkém jídle a po vyšší dávce alkoholu. I za těchto podmínek se však výskyt komplikací odhaduje na zlomky procenta. Sexuální aktivitu lze srovnávat s tělesným tréninkem. Nutné je vysvětlit, že pohlavní styk má stejné reflexní reakce u zdravého či nemocného jedince. Bylo odvozeno, že každý nemocný, který zvládne na ergometru více než 80W, nebo vyjde do prvního poschodí, obejde blok domů bez potíží, je schopen sexuální aktivity. (Štejfa,1998, s.195)

Úloha zdravotníků je v tomto případě velmi specifická, neboť se jedná o intimní část života jedince. Je třeba brát zřetel na psychickou složku osobnosti, myslet na potřebu informovanosti a vhodnou edukaci. K tomu jsou třeba schopnosti nejen dobře komunikovat, ale také vědomosti získané studiem. Jde o multidisciplinární přístup s využitím poznatků antropologie, medicíny, psychologie a ošetřovatelství. V ošetřovatelství je tato problematika zahrnuta do diagnostických domén NANDA taxonomie II, kde ve třídě sexuální funkce jsou klasifikovány aktuální ošetřovatelské diagnózy - sexuální dysfunkce a neefektivní pohlavní život. (Marečková,2006,s.31) Při diagnostice dysfunkčních potřeb je žádoucí brát zřetel i na již zmíněnou sexualitu, která může ovlivňovat kvalitu života ženy a její následné sebepojetí. Je žádoucí oprostit se od rigidního pohledu na nemoc a její tak často pojímanou asexualitu a v rámci kvalitní ošetřovatelské péče se zaměřit i na tyto dysfunkční potřeby.

Bibliografické odkazy

1. DUŠOVÁ,B. *Kvalita života u klientů trpících chronickou bolestí*. In VII Královehradecké ošetřovatelské dny. 2001 s.67 – 69 ISBN 80-86225-143
2. GOLDMANN,R., CICHÁ,M. *Antropologický obraz populace moravských lokalit.* Psychosomatické studie. Odborný monografický svazek 4: *Vybrané fyziologické ukazatele u pubescentů a adolescentů ve vztahu ke kardiovaskulárním chorobám*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 36. ISBN 80-244-1147-4 (svazek 4). ISBN 80-244-1151-2 (soubor)
3. MAREČKOVÁ,J. *NANDA - International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. s. 80. ISBN 80-7368-109-9
4. ŠTEJFA,M. ET.AL. *Kardiologie - druhé přepracované vydání*. Praha: Grada 1998, s.188. ISBN 80-7169-448-7

PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: yvetta.vrublová@osu.cz

VÝZNAM SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE VE VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Eva Zacharová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava

Souhrn

Důležitým úkolem dnešní doby je připravit pro praxi sestru vzdělanou, která bude schopna aplikovat své poznatky ve kterémkoliv oboru nebo úseku práce. K tomu slouží kromě základního vzdělání zdravotnických pracovníků a tím je odborná maturita i další vzdělávání v rámci vysokoškolských programů, ale i dlouhodobé **celoživotní vzdělávání** každého jedince.
Jedena z oblasti, která by v průběhu dalšího vzdělávání a odborné přípravy zdravotníka neměla být opomíjenou je **sociální komunikace.** Komunikace tvoří základ veškeré péče v průběhu ošetřovatelského procesu nemocného.

Klíčová slova: vzdělávání, celoživotní vzdělávání, sestra, zdravotnický pracovník, psychologie, komunikace, sociální komunikace.

Úvod

Jedním z deklarovaných cílů sjednocení Evropy, k nímž se hlásí i Česká republika, je volný pohyb pracovníků v rámci členských zemí, což si pochopitelně vyžaduje nejen sjednocení legislativy, ale i vzdělávacích systémů všech oborů, tedy i ošetřovatelství. Od počátku 90 let dochází ve všech resortech k podstatným změnám, které se týkají také pregraduálního i postgraduálního vzdělávání pracovníků v ošetřovatelství. Snahou je, aby celoživotní vzdělávání bylo pružnější a cílenější k potřebám zdravotnictví. Musíme se přizpůsobit jak měnícím se celospolečenským podmínkám a stavu ekonomiky, tak i potřebám spojeným s rozvojem nových profesních profilů a kompetencí zdravotnických pracovníků.
Náhled do budoucnosti sesterského povolání z pohledu Světové zdravotnické organizace je vymezený a jasný. Ošetřovatelství není a nikdy nebyl strnulý obor. Procházel a bude procházet mnoha změnami, které se budou týkat různých oblastí činností práce sestry a s tím spojené rozšíření kvalifikace a posílení kompetencí v oblasti ošetřovatelské péče.
Změny se budou týkat především:

- přesunu stěžejní práce sestry k jednotlivci, rodině, skupině či komunitě v terénu
- zvýšení autonomní pozice sestry při poskytování domácí péče
- rozvoji podpory prevence, edukace a úsilí ke změně postojů populace ke zdraví
- změně práce, kompetencí a vztahů v pracovních týmech
- udržení a zvýšení kvality a dostupnosti poskytované péče
- zapojení sester do výzkumné činnosti a realizace těchto výsledků v praxi
- zapojení sester do politických a společenských změn ve společnosti
  a v neposlední řadě jde o
- podporu ošetřovatelského vzdělání, které by se mělo stát pravidelnou součástí činnosti každé sestry (Věstník MZ ČR, 1998, č. 6).

Úkolem dnešní doby tedy je i orientace zdravotnických pracovníků – zejména sester do oblasti **celoživotního vzdělávání** ve svém vlastním oboru. Jde o rozvoj znalostí získaných v základním studiu a ve studiu postgraduální přípravy. Důležité je připravit pro praxi sestru vzdělanou v ošetřovatelství, která bude schopna aplikovat své poznatky ve kterémkoliv oboru nebo úseku odborné práce.

K tomu, aby sestra dosáhla postupně své profesionální zdatnosti je zapotřebí uvádí Čechová, Mellanová, Rozsypalová (1995, s. 85) její:

- sociální zralost
- psychická vyrovnanost
- motivace ke vzdělání
- znalost teorie ošetřovatelství
- a v neposlední řadě i schopnost náležité komunikace.

Ošetřovatelství, jako samostatná vědecká disciplína prolíná do mnoha dalších oborů, se kterými nejen úzce spolupracuje, ale podílí se i na vědecko výzkumné práci. Patří mezi ně například medicína, etika sociologie či psychologie.

Ve svém diskusním vystoupení se nechci věnovat celé šíři problémů a významu celoživotního vzdělávání sester, ale pozornost chci zaměřit do sféry sociální komunikace, která je pro zdravotnického pracovníka jedním ze základů úspěchu či neúspěchu v praktické realizaci léčebného procesu. Vhodné komunikační schopnosti, by měly být využívány v každodenním kontaktu s pacientem v souladu s etickými principy zdravotnického povolání. Empatie v komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacientem by se pak měla stát základem profesionální, ale i lidské komunikace.

Téměř 20 let vyučuji na SZŠ a 10 let na Zdravotně sociální fakultě v OV, kde se bezprostředně podílím na výchově mladých zdravotníků.

Studijní obory jako jsou například všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovník v oblasti sociálně zdravotní a geriatrická péče se neobejdou bez znalostí z oblasti psychologie – zejména zdravotnické psychologie a poznatků sociální komunikace. V rámci středoškolského studijního programu **zdravotnický asistent** schváleného MŠMT a platného od 1. 9. 2004 je v učebním plánu psychologie a komunikace vymezeno 40 hodin tématice umění komunikace a jednání s lidmi. Je to hodně nebo málo? Bude student v průběhu 2 hodin v 3. ročníku a 1. hodině psychologie ve 4. ročníku dostatečně připraven k tomu, aby mohl s pacientem volně a hlavně správně komunikovat, nebo bude schopen zvládat jen nejzákladnější zásady správného rozhovoru v rámci ošetřovatelského procesu. Obdobná situace je i na **vysokých školách**. Studenti jsou zpravidla kvalitně teoreticky připraveni, v medicínských oborech, ale komunikační techniky, dovednosti a nácvik problémových situací nesporně vyžaduje dlouhodobější horizont přípravy.

Také **sestry**, které pracují s nemocným člověkem by měly pravidelně navštěvovat semináře a kurzy s touto problematikou v rámci svého odborného růstu a kromě odborné specializace se zaměřit i na zkvalitňování komunikační dovednosti v praxi. Zdravotnická zařízení dnes mají možnost v rámci zákona č. 96 z roku 2004 o nelékařských a zdravotnických povoláních doporučit svým zaměstnancům různé formy vzdělávání od akreditovaných kvalifikačních kurzů, přes celoživotní vzdělávání či specializační studium. Zejména celoživotní vzdělávací formy, jako jsou certifikované a inovační kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních nebo účast na školících akcích a odborných konferencích mohou mít pozitivní vliv na rozvoji osobnosti zdravotníka a na jeho zájmu provést změny na pracovišti.

Současná expanze techniky v medicíně a ošetřovatelství může mít za následek, tak jak je to i v jiných oborech takzvané odosobnění, nebo chcete-li odsunutí lidského faktoru ze středu zájmu. Také proto **sociální komunikaci** musíme vnímat, jako jednu z **teoretických_základen správného ošetřovatelského procesu**.

Psychologie, jako jeden z nosných předmětů středních i vysokých škol se spolu s dalšími odbornými předměty podílí na rozvoji osobnosti , budoucího zdravotníka, formuje jeho vztah k povolání a rozviji profesní kompetence, zejména vztah ke klientům. Studenti jsou vedeni k osvojení vybraných vědomostí a dovedností z psychologie a jejich aplikace při řešení konkrétních problémových situací. Samostatnou oblastí je také rozvoj komunikativních personálních, sociálních a interpersonálních kompetencí studentů, uvádí Zacharová (2005, s. 94).

Také profesionální zdravotničtí pracovníci a to především sestry by si měly uvědomit, že komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, které se učí v průběhu celé své praxe.
Profesionální využití komunikace v ošetřovatelství má velký význam nejen při ošetřovatelských zákrocích, ale i při realizaci všech fází ošetřovatelského procesu. Právě proto by sestry měly být vedeny k možnostem dalšího vzdělávání nejen ve svém oboru či specializaci, ale také v psychologii vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. Pouze pravidelná a systematická práce v oblasti dalšího vzdělávání sester nám může pomoci připravit sestru, která bude schopna zvládat náročné životní situace nemocného člověka.

Cílem dalšího vzdělávání zdravotníků na úseku sociální komunikace by mělo být organizace odborných seminářů o komunikaci , etice a psychologii v ošetřovatelství, které by pomohly zdravotníkům:

- adekvátně komunikovat jak v běžném životě, tak s nemocným člověkem s ohledem na jejich věk, typ osobnosti a zdravotní stav s akcentem, při dodržování pravidla společenského chování
- jednat taktně, ohleduplně a s empatií
- při poskytování ošetřovatelské péče pacientům z odlišného sociokulturního prostředí jednat s vědomím jejich národnostních, náboženských, jazykových a jiných odlišností
- dodržovat etické zásady ošetřovatelské péče a požadavky na ochranu informací
- v odborné terminologii se vyjadřovat přesně, věcně a terminologicky správně, při komunikaci s nemocným zvolit formu pro něj srozumitelnou
- naučit zdravotníky pomáhat pacientům překonávat problémy s nemocí nebo hospitalizací při udržování kontaktu s vnějším a rodinným prostředím
- osvojit si dovednosti potřebné pro seberegulaci a sebehodnocení a zvládání náročných pracovních a životních situací
- zvláštní pozornost ve výchově a vzdělání je třeba věnovat těm, kteří budou pracovat se specifickými skupinami klientů a to v oblasti tělesných, smyslových, mentálních postižení, onkologicky nemocnými, dětskými či geriatrickými pacienty
- v každodenní péči pak jde o poskytování ošetřovatelských činností orientovaných na biopsychosociální potřeby nemocných

Sociální komunikace ve zdravotnictví má své významné místo, na tom se shoduje řada autorů (Křivohlavý 1980, s. 9, Vymětal 1994, s. 97) a dodávají, že má i svoji nezastupitelnou úloh. Výchova zdravotnických pracovníků v této oblasti postupně přináší svá pozitiva.
Do výuky lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků jsou v poslední době zařazovány jak v předmětech ošetřovatelských, tak psychologických kapitoly o komunikaci s nemocným člověkem. Moderní pojetí ošetřovatelské péče tak umožňuje prohloubit sociální kontakt s nemocným člověkem a zkvalitnit péči o něj.
Křivohlavý (1980, s. 19(zdůrazňuje, že způsobům komunikace, v oblastech **verbální** i **neverbální** se učíme celý život. V rámci studia si studenti osvojují základní vědomosti a dovednosti, které postupně přenášejí do praxe. V každodenním životě ve zdravotnických zařízeních se setkáváme s profesionály, kteří nás mohou ohromit svým stylem jednání, ale na druhé straně vnímáme zdravotníka, s jehož projevem jsme velmi málo spokojení. Hraje zde hlavní úlohu lidský faktor, neochota, nezkušenost, nebo neznalost základních zásad jak vést rozhovor a jak s nemocným udržovat sociální styk.
K tomu, aby interakce mezi zdravotníkem a nemocným probíhala produktivně, musí být splněny další podmínky a to **chtít, umět** a **moci komunikovat**. Tomu všemu by se měli zdravotníci, zvláště pak sestry učit v rámci přípravy na své budoucí povolání. Není však reálné, aby s poznatky získanými během studia vystačili celý život ve všech specifických oblastech zdravotnické profese.

Závěr

Dlouhodobým úkolem nás všech, pedagogů, ale i managementu zdravotnických zařízení by měla být snaha o další vzdělávání všech zdravotnických pracovníků, ke zkvalitnění ošetřovatelské péče našich klientů. Pouze systematické, celoživotní vzdělávání může zajistit odbornou úroveň sester a s tím spojenou hrdost na svoji profesi.

Bibliografické odkazy

Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M., *Speciální psychologie*. 1. vyd.
Brno: IDVPZ, 1993, 173s. ISBN 80-7013-197-7

Křivohlavý J., *Rozhovor a jednání člověka s člověkem. Speciální komunikace ve zdravotnictví.* Praha: ILF, 1980, 93s

Vymětal J., *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 185s. ISBN 80-901601-3-1.

Zacharová E., *Úvod do studia zdravotnické psychologie.* 2.vyd. Ostrava: Reprouis, 2005. 181s. ISBN 80-7368-091-2.

Koncepce českého ošetřovatelství. Věstník MZČR č. 6/1998.

PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a managementu ve zdravotnictví
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: vojtech.zachar@akzm.cz

POSTAWY PIELĘGNIAREK WOBEC DZIECI CHORYCH NA PADACZKĘ

Joanna Zalewska – Puchała

Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Kraków, Poland

Summary

NURSES' ATTITUDES TOWARDS CHILDREN WITH EPILEPSY

Psychological, medical and pedagogical literature reveals markedly negative attitudes towards people with epilepsy and the tradition of stigmatizing perception of this illness not only in Poland, but all over the world. The important question, which made the author begin her research in this field, was: Do those discriminatory attitudes still exist in the 21st century? Do they affect children and do they refer to medical staff (nurses)?

The following research hypotheses were formulated with reference to this question: The main hypothesis – nurses present various (also negative) attitudes towards children with epilepsy which are affected by different factors. And detailed hypotheses: nurses' attitudes depend on; their experience derived from contact with this group of patients, the level of nurses' professional burnout, their level of empathy, code of values, the level of friendliness and individual variables such as: age, sex, place of life, years of work.

The research encompassed nurses of children's neurology wards (175 persons) and paediatrics wards (168 persons) in Cracow and Warsaw. The diagnosis questionnaire was adopted in the research with such research tools as: a self-prepared Scale to Examine Attitudes Towards Children with Epilepsy, A Questionnaire of Social Approval, the Burnout Inventory, the Scale of Emotional Empathy, A Scale of Values, A Questionnaire of Friendliness Attitude.

The analysis of the research findings resulted in a statement that nurses represent various attitudes towards children with epilepsy, including negative attitudes. The attitudes depend on nurses' experience derived from contact with this group of patients, the level of nurses' work burnout, the level of friendliness, their sex and work for charities.

Key words: social attitudes, epilepsy, children, approval, prejudice.

Wstęp

Padaczka jest jedną z najczęściej występujących chorób układu nerwowego, w Polsce podobnie jak w innych krajach Europy, cierpi na nią ok. 1% społeczeństwa. Padaczka jest też jednym z najstarszych wzmiankowanych w piśmiennictwie schorzeń człowieka, dlatego należy domniemywać, iż towarzyszy nam ona od zawsze. Od zawsze też atmosfera wokół padaczki pełna była uprzedzeń, magii a czasami pogardy mającej swoje źródła w wyznawanych zabobonnych wierzeniach i gusłach. Określenia „padaczka", „epilepsja" mają i dziś w świadomości społecznej zdecydowanie niekorzystne konotacje i są powszechnie obarczone tradycją stygmatycznego pojmowania tego schorzenia, a chorzy nadal doświadczają pełnego niechęci traktowania ze strony otoczenia (Dowżenko 1971 p.288, Zieliński 1979 p.4, Michałowicz i Ślenzak 1985 p.237, Chung i wsp. 1995 p.491, Baumann 1995 p.1006, Guberman i Bruni 1999 p.180, Owczarek 1999 p.144, Majkowski 2000 p.6, Jose i wsp. 2000 p.230, Malgren i wsp. 2003 p.728). Wielu badaczy uważa, że dyskryminacja dotyka także dzieci z padaczką, nie są one np. akceptowane w grupach rówieśniczych i na terenie szkoły (Zieliński i Zaremba 1970 p.526, Kościelska 1976 p.70, Michałowicz i Ślenzak 1985 p.237, Wilczewska i Kozłowska 1997 p.15, Kobylińska 1999 p.554, Appleton i Gibbs 2000 p.116, Noskowicz – Bieroniowa 2000 p.99, Ślenzak 2001 p.193, Grochmal – Bach i Rorat 2003 p.16). Znane są wstrząsające przykłady

negatywnego stosunku nauczycieli do dzieci chorych na padaczkę z lat 70-tych, manifestującego się w próbach usunięcia ich ze szkoły.

Postawy otoczenia mają nie tylko wpływ na rodzaj i jakość przeżyć dziecka, lecz także na jego dalszy rozwój społeczny i emocjonalny, a postawy personelu medycznego także wyniki leczenia. Ważnym, skłaniającym do podjęcia badań na ten temat, było pytanie, czy te dyskryminujące odniesienia mają miejsce jeszcze w XXI wieku, czy są one rzeczywiście przejawiane wobec dzieci i czy dotyczą pielęgniarek.

W świetle tego nadrzędnego pytania wyodrębniono następujący cel badawczy: Ustalenie jakie postawy prezentują pielęgniarki wobec dzieci chorych na padaczkę.

Założono hipotezę, iż:

Pielęgniarki prezentują uzależnione od różnych czynników, zróżnicowane postawy wobec dzieci chorych na padaczkę, w tym także postawy negatywne.

Jednocześnie analiza literatury dotyczącej kształtowania się postaw pozwoliła na wytypowanie czynników, które u pielęgniarek mogą mieć istotny wpływ na ich wartość.

Stąd, hipotezy szczegółowe:

1. Postawy wobec dzieci chorych na padaczkę zależne są od doświadczeń wynikających z kontaktu z tą grupą chorych (im bogatsze doświadczenia tym bardziej akceptujące postawy).
2. Postawy akceptujące korelują dodatnio z wskaźnikiem empatii, poziomem sympatii, natomiast ujemnie z symptomami wypalenia zawodowego.
3. Bardziej akceptujące postawy prezentują pielęgniarki u których wśród wartości życiowych ostatecznych dominują wartości społeczne nad indywidualnymi oraz wśród wartości instrumentalnych moralne nad kompetencyjnymi.
4. Istnieje związek pomiędzy postawami pielęgniarek wobec dzieci z padaczką, a zmiennymi indywidualnymi: wiekiem, stażem pracy, miejscem zamieszkania, płcią, wiarą, posiadaniem własnych dzieci, działalnością w organizacjach charytatywnych.

Metoda

Do weryfikacji przyjętych w pracy hipotez wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z następującymi narzędziami badawczymi: Skala badania postaw wobec dzieci chorych na padaczkę własnej konstrukcji, Kwestionariusz Aprobaty Społecznej - R. Drwala i J.T. Wilczyńskiej, Kwestionariusz „wypalania się" - Ch. Maslach, Skala empatii emocjonalnej - A. Mehrabiana i N. Epsteina, Skala Wartości - M. Rokeacha, Kwestionariusz Nastawienia Sympatii J. Karyłowskiego.

Analiza statystyczna zebranego materiału była wykonana za pomocą: metod statystyki opisowej, metod psychometrii przygotowujących narzędzia badawcze do użycia (analiza rzetelności skal i mocy dyskryminacyjnej pozycji skal), testów istotności związków między zmiennymi (test t-Studenta, test chi-kwadrat, test McNemara), analizy związków postawy z innymi zmiennymi niezależnymi (analizy korelacji - Pearsona, W-Kendalla), jedno, dwu i wieloczynnikowej analizy wariancji z testami post Huxley'a, analizy regresji wielokrotnej, analizy ścieżek, metody grupowania i klasyfikacji (analiza skupień, analiza czynnikowa).

Wyniki

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach pediatrycznych i neurologii dziecięcej na terenie Warszawy i Krakowa. W analizach statystycznych wykorzystano dane zebrane od 343 pielęgniarek. Badane pielęgniarki pracujące w oddziałach neurologii dziecięcej i pediatrycznych nie różniły się znacząco od siebie pod względem zmiennych demograficzno – społecznych. Badana grupa okazała się reprezentatywna dla środowiska pielęgniarskiego w którym pracują w przeważającej części kobiety. W prezentowanych badaniach mężczyźni stanowią jedynie 3,8 % badanych.

Uczestniczące w badaniu pielęgniarki były w wieku od 21 do 60 lat, ze stażem pracy w zawodzie od 1 roku do 40 lat. Badane pielęgniarki to w 60% osoby zamężne, posiadające

własne dzieci, zamieszkałe w dużych miastach (powyżej 100 tys. mieszk.) oraz w przeważającej części wierzące. Jedynie 8% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym - po studiach pielęgniarskich, pozostali badani posiadali wykształcenie średnie medyczne (w największej grupie absolwenci liceum medycznego - 55%).

W celu poznania postaw jakie prezentują pielęgniarki wobec dzieci chorych na padaczkę skonstruowano skalę do ich badania. Skonstruowana skala składa się z 21 twierdzeń, które dotyczą trzech płaszczyzn kontaktów z drugą osobą, sfery poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. Każdemu z twierdzeń przypisano pięciostopniową skalę ocen. Skala ocen zawierała słownie sformułowane stopnie zgody, stanowiące możliwości odpowiedzi: od - całkowicie się zgadzam, do – całkowicie się nie zgadzam. Zadaniem badanych było wyrażenie swojego stosunku do treści każdego z twierdzeń poprzez wybór jednej z możliwych odpowiedzi. Suma punktów uzyskanych przez badanego stanowi jego ogólny wynik, przy czym maksymalna liczba punktów (105) oznacza najsilniejszą przychylność wobec obiektu postawy. Skonstruowana skala po sprawdzeniu własności psychometrycznych, okazała się narzędziem rzetelnym i trafnym w diagnozowaniu postaw (współczynnik alfa Cronbacha 0,806).

Arbitralnie ustalono, że jakakolwiek (nawet o drobnych rozmiarach) preferencja odpowiedzi diagnostycznych dla uprzedzeń nad odpowiedziami diagnostycznymi dla akceptacji pozwala na zaliczenie badanego do grupy osób cechujących się negatywnymi postawami. W praktyce, kategoria ta obejmie osoby z wynikami poniżej środkowego punktu skali, a więc z wynikami do 62 punktów. Z drugiej strony, za wyniki wyrażające zdecydowanie i niewątpliwie akceptującą postawę przyjęto wyniki od 84 punktów.

Tabela 1. Rozkłady wyników w skali postawy w badanych grupach pielęgniarek

Kategoria		Procent badanych		
		skala 21-105	**Pielęgniarki oddziałów neurologii dziecięcej**	**Pielęgniarki oddziałów pediatrycznych**
1	Przewaga odpowiedzi diagnostycznych dla negatywnej postawy	21 - 62	1,7%	22,6%
2	Przybliżona równowaga odpowiedzi diagnostycznych dla postawy pozytywnej i negatywnej	63 - 83	68%	65,5%
3	Przewaga odpowiedzi diagnostycznych dla pozytywnej postawy	84 - 105	30,3%	11,9%

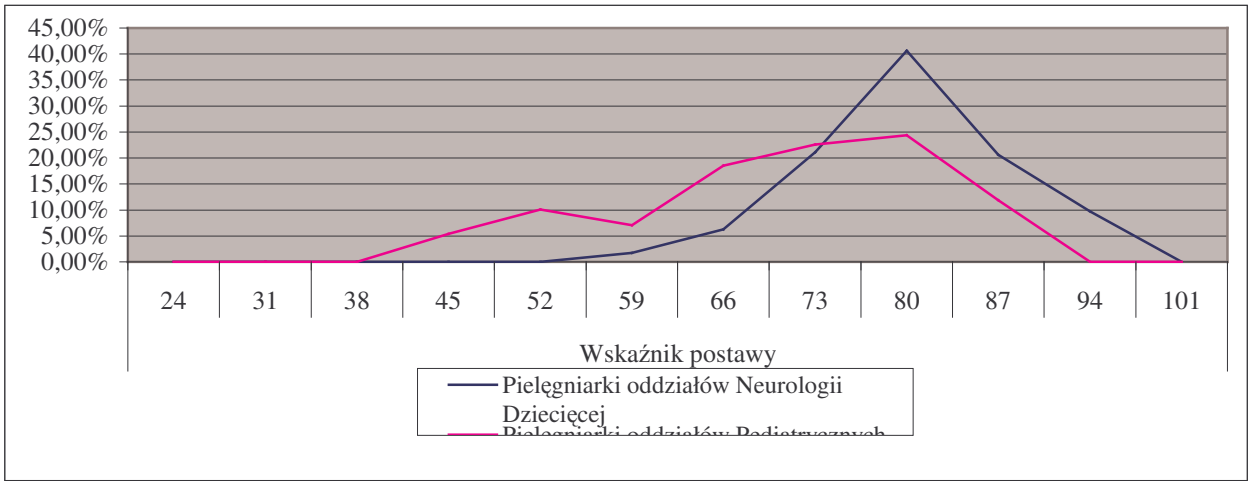
Postawy nacechowane wyraźnie ujawnionymi uprzedzeniami zdarzają się zarówno wśród pielęgniarek oddziałów pediatrycznych jak i neurologii dziecięcej. Jak widać u pielęgniarek neurologicznych zdarzają się one sporadycznie u ok. 2% badanych, zaś w grupie pielęgniarek pediatrycznych 1 na 5 osób sygnalizuje w swoich testowych odpowiedziach uprzedzenia wobec tej kategorii chorych dzieci. Z drugiej strony, 30% badanych pielęgniarek neurologicznych i 12% pielęgniarek pediatrycznych osiągnęło wyniki, które pozwalają na zdiagnozowanie postawy zdecydowanie i silnie akceptującej chore dzieci.

Wśród pielęgniarek oddziałów neurologii dziecięcej średni wskaźnik postawy wobec tej grupy chorych (80 pkt.) jest istotnie ($p<0,001$) wyższy niż wśród pielęgniarek oddziałów pediatrycznych (71 pkt.). Osiągnęły one także wyższy wynik minimalny i maksymalny.

Tabela 2. Postawa wobec dzieci chorych na padaczkę - wartości podstawowych charakterystyk opisowych

Charakterystyka	**Pielęgniarki oddziałów neurologii Dziecięcej**	**Pielęgniarki oddziałów pediatrycznych**
Wartość średnia	80,0	70,7
Odchylenie standardowe	7,5	11,6
Wynik minimalny	57	43
Wynik maksymalny	96	90

Rycina 1. Rozkład wskaźników postawy w obu porównywanych grupach



Różnice ujawniają się także w rozkładach wskaźników postawy. W grupie pielęgniarek z oddziałów neurologii dziecięcej, wyniki są znacznie bardziej skupione wokół ich średniej niż w grupie badanych oddziałów pediatrycznych.

W pracy założono, że bogatsze doświadczenia wynikające z kontaktu z dziećmi chorymi na padaczkę wpływać będą dodatnio na prezentowane wobec nich postawy. W celu weryfikacji tej hipotezy oprócz miejsca pracy, analizie poddano kontakty zawodowe i kontakty prywatne z tą grupą dzieci.

Tabela 3. Wyniki w skali postawy – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w grupach wyodrębnionych ze względu na miejsce pracy oraz kontakt zawodowy z dziećmi chorymi na padaczkę

Pielęgniarki	**Kontakt zawodowy**	**Liczba osób**	M	**SD**
oddziałów neurologii dziecięcej	tak	175	80,0	7,5
oddziałów pediatrycznych	tak	82	75,3	6,0
	nie	86	66,2	13,7

Kontakty zawodowe z dziećmi chorymi na padaczkę posiadają wszystkie pielęgniarki z oddziałów neurologii dziecięcej oraz prawie połowa (48%) pielęgniarek oddziałów pediatrycznych. Okazuje się, że na oddziałach pediatrycznych średni wskaźnik postawy jest wyższy w grupie osób, które miały w swojej pracy kontakt z dziećmi chorymi na padaczkę (75

pkt.) niż w grupie badanych pozbawionych takiego kontaktu (66 pkt.). Różnica między tymi średnimi jest istotna: w teście t-Studenta; p<0,001.

Tabela 4. Wskaźniki postawy - wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w grupach wyodrębnionych ze względu na miejsce pracy oraz kontakt prywatny z dziećmi chorymi na padaczkę

Pielęgniarki	kontakt prywatny			brak kontaktu prywatnego			istotność różnicy między średnimi		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p
oddziałów neurologii dziecięcej	35	80,4	9,3	140	79,9	7,1	0,28	44	0,389
oddziałów pediatrycznych	48	77,0	7,2	120	68,1	12,0	5,85	141	0,000

Testy t zrealizowano w wersjach dostosowanych do różnych wariancji w porównywanych populacjach.

Kontakt o charakterze prywatnym, oznacza, iż ktoś z rodziny lub bliskich znajomych ma dziecko z padaczką. Sytuację tego rodzaju deklaruje 20% badanych z oddziałów neurologii dziecięcej i 29% pielęgniarek z oddziałów pediatrycznych. Pielęgniarki z oddziałów pediatrycznych, które miały kontakt prywatny z dziećmi chorymi na padaczkę, odznaczają się bardziej przychylną postawą wobec dzieci dotkniętych tą chorobą (wskaźnik postawy na poziomie 77 pkt) niż osoby z tych samych oddziałów, które w środowisku pozazawodowym takich dzieci nie spotykają (68 pkt). Różnica między oboma wskaźnikami jest istotna statystycznie (p<0,001). W grupie pielęgniarek z oddziałów neurologii dziecięcej, różnica między średnimi wskaźnikami postawy w zależności od prywatnych kontaktów, jest niewielka i nieistotna.

Tabela 5. Postawa wobec dzieci chorych na padaczkę w grupach wyodrębnionych ze względu znajomość objawów padaczki

Miejsce pracy	Znajomość objawów padaczki	%	M	SD
Oddziały neurologii dziecięcej	tak	96,6	80,1	7,6
	nie	3,4	77,7	5,3
Oddziały pediatryczne	tak	54.2	77,9	6,0
	nie	45,8	66,2	6,5

Zastosowano testy t-Studenta z prawostronnymi obszarami krytycznymi.

Ostatnią ze zmiennych, które opisują bezpośrednio kontakty z osobami chorymi na padaczkę, jest zetknięcie się z chorym podczas napadu padaczkowego. Doświadczenia takie mają za sobą prawie wszyscy badani z oddziałów neurologii dziecięcej (97%) oraz ponad połowa badanych (54%) z oddziałów pediatrycznych. Osoby które zetknęły się z dzieckiem podczas napadu prezentują wyższe wskaźniki postawy. Znajomość objawów padaczki (poprzez ich obserwację) ma istotne (p<0,001) znaczenie w grupie pielęgniarek oddziałów pediatrycznych. Tak więc podsumowując powiedzieć można, iż doświadczenia wynikające z kontaktu z chorymi dziećmi mają dodatni wpływ na prezentowane wobec nich postawy.

W badanej próbie pielęgniarek reprezentowane są osoby ze wszystkimi możliwymi konfiguracjami poziomu wypalenia zawodowego. Postawiona hipoteza mówiła o ujemnej korelacji między wypaleniem a postawą. I jak pokazują prezentowane badania wszystkie współczynniki korelacji są ujemne. A więc, im wyższy poziom wypalenia zawodowego tym niższy poziom akceptacji chorych na padaczkę dzieci. Istotny związek łączy postawę z poczuciem braku osiągnięć osobistych i w całej próbie z wyczerpaniem emocjonalnym, nieistotne są współczynniki korelacji pomiędzy postawą a depersonalizacją.

Tabela 6. Współczynniki korelacji pomiędzy postawą wobec dzieci chorych na padaczkę a zmiennymi opisującymi wypalenie zawodowe

Zmienne	Ogół badanych	Pielęgniarki oddziałów neurologii dziecięcej	Pielęgniarki oddziałów pediatrycznych
Wyczerpanie emocjonalne	-0,11*	-0,12	-0,02
Depersonalizacja	-0,08	-0,01	-0,08
Poczucie braku osiągnięć	-0,22***	-0,26***	-0,20**

Istotność w testach lewostronnych: * p<,05; ** p<,01; *** p<,001

Większość badanych pielęgniarek uzyskała wysokie wskaźniki w Kwestionariuszu Nastawienia Sympatii. Analiza statystyczna potwierdziła hipotezę, iż postawę wobec dzieci chorych na padaczkę z nastawieniem sympatii łączy słaby, lecz istotny statystycznie związek o kierunku dodatnim.

Tabela 7. Współczynniki korelacji pomiędzy postawą wobec dzieci z padaczką a nastawieniem sympatii

Badana grupa	r	p
Cała badana grupa	0,22	0,000
Pielęgniarki oddziałów neurologii dziecięcej	0,14	0,034
Pielęgniarki oddziałów pediatrycznych	0,31	0,000

Wartości p dotyczą testów prawostronnych.

Wykonane analizy statystyczne nie potwierdziły założonej hipotezy o dodatniej korelacji pomiędzy postawą wobec dzieci z padaczką a takimi zmiennymi jak, poziom empatii oraz preferencja wartości życiowych. Także założona hipoteza, o wpływie zmiennych indywidualnych na postawy została potwierdzona jedynie w odniesieniu do dwóch zmiennych: płci badanych i działalności w instytucjach charytatywnych. Kobiety – pielęgniarki deklarują postawy bardziej akceptujące wobec dzieci z padaczką niż mężczyźni – pielęgniarze. Także praca na rzecz instytucji charytatywnych istotnie wpływa na prezentowane postawy wobec dzieci chorych na padaczkę.

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań powiedzieć można zatem, iż:

Pielęgniarki prezentują uzależnione od różnych czynników, zróżnicowane postawy wobec dzieci chorych na padaczkę, w tym także postawy negatywne.

W celu hierarchizacji owych czynników zaprezentowane opracowanie uzupełniono analizą ścieżek oraz analizą regresji wielokrotnej, która ma celu wyjaśnienie postawy wobec dzieci z padaczką zespołem zmiennych niezależnych (predyktorów), które łącznie są w stanie najlepiej ją wyjaśnić. Na jej podstawie ustalono iż, największe znaczenie, jako podłoże kształtowania się postawy wobec dzieci chorych na padaczkę mają w kolejności:

- kontakt z dzieckiem chorym na padaczkę (c.e.p.=0,51),
- miejsce pracy (c.e.p.=0,42),
- bezpośrednia obserwacja objawów padaczki (c.e.p.=0,22),
- poczucie osiągnięć osobistych (c.e.p.=0,14),
- nastawienie sympatii (c.e.p.=0,13),
- płeć (c.e.p.=0,10),
- praca w organizacjach charytatywnych (c.e.p.=0,09).

Tak więc jeśli spojrzeć na sytuację dzieci z padaczką przebywającego w szpitalu przez pryzmat zachowań, wiedzy i uczuć osób opiekujących się nimi okazuje się, że bywa ona trudna. Nie zawsze bowiem może ono liczyć na akceptację i zrozumienie ze strony wszystkich opiekujących się nim osób.

Wnioski:

W celu uwrażliwienia na potrzeby i problemy dzieci z padaczką, w kształceniu i doskonaleniu zawodowym pielęgniarek należy położyć nacisk między innymi na:

- umożliwienie bezpośredniego kontaktu z dziećmi chorymi na padaczkę,
- umożliwienie obserwacji napadów padaczkowych różnego typu (filmy video),
- rozwijanie uczuć sympatii w stosunku do siebie i innych,
- zapobieganie wypaleniu zawodowemu wśród pielęgniarek pracujących.

Bibliography

1. Appleton R., Gibbs J.: Padaczka u dzieci i młodzieży. Urban&Partner, Wrocław 2000.
2. Baumann R.J., Wilson J.F., Wiese H.J.: Kentuckians' attitudes toward children with epilepsy. Epilepsia, 1995, 36(10): 1003 – 1008.
3. Chung M., Chang Y., Lai Y., Lai C.: Survey of public awareness, understanding, and attitudes toward epilepsy in Taiwan. Epilepsia, 1995, 36(5): 488 – 493.
4. Dowżenko A.(red.): Padaczka. PZWL, Warszawa 1971.
5. Grochmal – Bach B., Rorat M.: Dziecko z zaburzeniami padaczkowymi. Aspekty pedagogiczne i psychologiczne. Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.
6. Guberman A., Bruni J.: Podstawowe zagadnienia kliniczne padaczki. D.W. Publishing Co., Szczecin 1999.
7. Jose P.E.A., D'Cruz N., Prakash J., David J., Kulkarni Ch.: Badania epidemiologiczne padaczki w wiejskich obszarach Indii. Epileptologia 2000, t. VIII. nr 3, s. 229 – 236.
8. Kobylińska E.: Dzieci chore z padaczką. [w:] Obuchowska I. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999.
9. Kościelska M.: Psychologiczne problemy padaczki u dzieci. PWN, Warszawa 1976.
10. Majkowski J.: Twoja padaczka i jej leczenie. Fundacja Epileptologii, Warszawa 2000.
11. Malgren K., Fink R., Guekht A.B. i wsp.: The provision of epilepsy care across Europe. Epilepsia, 2003, 44: 727 – 731.
12. Michałowicz R., Ślenzak J.: Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1985.
13. Noskowicz – Bieroniowa H.: Zmagania z padaczką. Agencja Wydawnicza Emilia. Kraków 2000.
14. Owczarek K.: Psychologiczne nastawienie chorych z różnymi zespołami neurologicznymi do chorych z padaczką. Epileptologia, 1999, 7: 143 – 152.
15. Ślenzak J.: Psychospołeczne problemy dzieci z drgawkami i napadami padaczkowymi. [w:] Michałowicz R.: Padaczka i inne stany napadowe u dzieci. PZWL, Warszawa 2001.
16. Wilczewska L., Kozłowska J.: Rewalidacja dzieci i młodzieży chorych na padaczkę. Pielęgniarka i Położna 1997, nr 6 s.14-15.
17. Zieliński J., Zaremba M.: Zakres wiadomości o padaczce i postawy wobec chorych na padaczkę wśród nauczycieli szkół podstawowych. Neurologia i Neurochirurgia Polska 1970, t. IV nr 5 s. 523 – 527.
18. Zieliński J.: Padaczka - przesądy i rzeczywistość. PZWL, Warszawa 1979.

Dr. Joanna Zalewska – Puchała
Jagiellonian Uniwersity
Collegium Medicum
Pachońskiego 6a/54
31 – 228 Kraków
Poland
e-mail: joannapuch@poczta.onet.pl

PRZYGOTOWANIE PIELĘGNIAREK DO PEŁNIENIA ROLI OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Beata Zych, **Ewa Ziarko, **Maria Ogarek

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
** Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Zakład Pedagogiki Medycznej*
*** Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Kraków*

Streszczenie (Summary)
Poprawa jakości kształcenia umiejętności zawodowych studentów pielęgniarstwa na poziomie studiów I stopnia (licencjackich) zależy w dużym stopniu od umiejętności dydaktyczno-wychowawczych pielęgniarek będących opiekunami praktyk zawodowych. Potrzebę profesjonalnego przygotowania i doskonalenia pielęgniarek praktyków do prowadzenia zajęć ze studentami dostrzeżono w wielu europejskich ośrodkach kształcących pielęgniarki. Projekt „Learning during educational and in the clinical field" był zrealizowany w kooperacji przez ośrodki uniwersyteckie kształcące pielęgniarki w Islandii, Norwegii, Polsce, Portugalii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Instytut Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego przystąpił 01.10.2003 roku do tego dwuletniego projektu w ramach programu Leonardo da Vinci. W projekt zostali zaangażowani nauczyciele Instytutu i pielęgniarki-mentorzy pracujące w klinikach szpitala uniwersyteckiego. Efektem prac związanych z projektem było: opracowanie 200-tu godzinnego programu teoretycznego i praktycznego przygotowania pielęgniarek do pełnienia roli opiekuna praktyk zawodowych, zrealizowanie szkolenia dla pielęgniarek, opracowanie kwestionariusza samooceny dla opiekunów praktyk zawodowych i opublikowanie dwóch wydań książki „Przewodnik dydaktyczny dla pielęgniarek – opiekunów praktyk zawodowych".

Słowa kluczowe (key words): pielęgniarka, opiekun praktyk zawodowych, przewodnik dydaktyczny.

Wprowadzenie (introduction)

Poprawa jakości kształcenia umiejętności zawodowych studentów pielęgniarstwa na poziomie studiów I stopnia (licencjackich) zależy w dużym stopniu od umiejętności dydaktyczno-wychowawczych pielęgniarek będących opiekunami praktyk zawodowych. Potrzebę profesjonalnego przygotowania i doskonalenia pielęgniarek praktyków do prowadzenia zajęć ze studentami dostrzeżono w wielu europejskich ośrodkach kształcących pielęgniarki.

Celem referatu jest prezentacja programu szkolenia pielęgniarek opiekunów praktyk zawodowych studentów studiów licencjackich na kierunku – pielęgniarstwo.

Tekst (the actual text)

Rozwijanie umiejętności nauczania przez pielęgniarki odpowiedzialne za studenckie praktyki zawodowe w oddziałach klinicznych stanowi istotny element podnoszenia jakości kształcenia. Przygotowanie kadry pielęgniarek (mentorów) do prowadzenia praktyk zawodowych ze studentami pielęgniarstwa jest zadaniem instytucji dążącej do zapewnienia wysokiego poziomu jakości kształcenia. Potrzeby doskonalenia opiekunów praktyk zawodowych dostrzeżono w wielu europejskich ośrodkach kształcenia pielęgniarek. W październiku 2003 roku Instytut Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przystąpił do dwuletniego międzynarodowego projektu „Learning during education and in the clinical field". Wypracowany w czasie trwania projektu program

kształcenia pielęgniarek prowadzących praktyki zawodowe ma poprawić jakość kształcenia praktycznego poprzez nabywanie nowych umiejętności przez pielęgniarki i doskonalenie procesu kształcenia studentów.

Efektem końcowym projektu było opracowanie programu szkolenia i jego realizacja, opracowanie kwestionariusza samooceny dla opiekunów praktyk zawodowych oraz opublikowanie dwóch wydań „Przewodnika dydaktycznego dla pielęgniarek – opiekunów praktyk zawodowych".

Słowa kluczowe: mentor, praktyka zawodowa, program szkolenia mentorów

Poprawa jakości kształcenia studentów pielęgniarstwa na poziomie studiów licencjackich możliwa jest poprzez doskonalenie programów kształcenia realizowanych w uczelni oraz w placówkach kształcenia praktycznego. Nabywanie umiejętności dydaktycznych przez pielęgniarki będące opiekunami praktyk zawodowych w znaczący sposób może przyczynić się do efektywnego opanowania umiejętności zawodowych przez studentów pielęgniarstwa. Potrzeby doskonalenia opiekunów praktyk zawodowych dostrzeżone zostały w wielu europejskich ośrodkach uniwersyteckich kształcenia pielęgniarek.

Instytut Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ w Krakowie przystąpił w 2003 roku do dwuletniego międzynarodowego projektu Leonardo da Vinci nr N/O/B/PP-165.010 „Learning during education and in the clinical field". W programie uczestniczyło sześć krajów: Islandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania. Projekt został skierowany do kadry uniwersyteckiej, studentów pielęgniarstwa oraz pielęgniarek prowadzących praktyki zawodowe ze studentami. Pierwszym etapem projektu było określenie przez pielęgniarki prowadzące praktyki zawodowe potrzeb edukacyjnych pielęgniarek, które chciałyby prowadzić szkolenie praktyczne studentów pielęgniarstwa. Na podstawie rozpoznanych przez nie potrzeb opracowany został program szkolenia obejmujący 200 godzin szkolenia teoretycznego oraz praktycznego.

Cel ogólny programu szkolenia

Pielęgniarka – opiekun praktyk klinicznych po zakończeniu kursu wykaże umiejętność profesjonalnego organizowania, nadzorowania, koordynowania i oceniania osiągnięć studentów pielęgniarstwa.

Cele szczegółowe

Pielęgniarka – opiekun praktyk klinicznych:

- wymieni zasady prawidłowej organizacji szkolenia praktycznego studentów w placówce szkolenia praktycznego;
- zaproponuje metody doskonalenia w zakresie rozwijania własnych umiejętności dydaktycznych;
- omówi obowiązującą dokumentację stosowaną w kształceniu studentów danej placówki edukacyjnej;
- scharakteryzuje metody oceniania studentów pielęgniarstwa;
- zaproponuje metody motywowania siebie i studentów do efektywnej pracy w trakcie praktyk zawodowych;
- wyjaśni koncepcje dotyczące metody nauczania - refleksyjnego myślenia;
- zilustruje przykładami sytuacje, w których można zastosować metodę refleksyjnego myślenia w szkoleniu praktycznym studentów w placówce szpitalnej;
- zaproponuje umiejętności krytycznej analizy pracy własnej i pracy ze studentami;
- wykaże zainteresowanie rozwojem własnych umiejętności dydaktycznych;

- wykaże odpowiedzialność za najefektywniejsze wspieranie studentów w realizacji zajęć praktycznych.

Mmoduł jest kierowany do pielęgniarek prowadzących obecnie szkolenie studentów pielęgniarstwa w oddziałach klinicznych oraz pielęgniarek, które chciałyby w przyszłości prowadzić zajęcia praktyczne w oddziałach klinicznych ze studentami pielęgniarstwa.

Organizacja zajęć:

1. Kryteria doboru uczestników szkolenia:
   - pielęgniarki, które już prowadzą zajęcia ze studentami kierunku pielęgniarstwo-licencjat,
   - pielęgniarki, które chciałyby w przyszłości prowadzić zajęcia praktyczne w oddziałach klinicznych ze studentami kierunku pielęgniarstwo-licencjat,
   - pielęgniarki wykazujące zainteresowanie kształceniem praktycznym studentów,
   - pielęgniarki przejawiające zainteresowanie własnym rozwojem zawodowym.
2. Miejsce organizacji modułu:
   - sale dydaktyczne Instytutu Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum (szkolenie teoretyczne)
   - oddziały kliniczne Szpitala Uniwersyteckiego (szkolenie praktyczne),
3. Czas trwania kursu:
   - standard przyjęty przez partnerów projektu Leonardo da Vinci wymaga przeprowadzenia minimum 200 godzin dydaktycznych szkolenia (łącznie teoria i praktyka).

Treści kształcenia

- podstawy organizacji szkolenia praktycznego studentów w placówkach klinicznych;
- program nauczania studentów pielęgniarstwa na poziomie licencjatu;
- metody oceniania studentów w trakcie szkolenia praktycznego;
- dokumentacja obowiązująca w szkoleniu praktycznym;
- teoria refleksyjnego myślenia;
- stosowanie teorii refleksyjnego myślenia w szkoleniu praktycznym studentów pielęgniarstwa;
- podstawy technik samokształcenia;
- komunikowanie się w środowisku szpitalnym (pielęgniarka-student-pacjent);
- dylematy etyczne w pracy pielęgniarki.

Metody oceny i samooceny

- esej – opis dwóch krytycznych incydentów wykorzystujących proces refleksyjnego myślenia;
- umiejętności dydaktycznych w zakresie: przekazu treści teoretycznych, komunikowania się, oceniania studenta i wdrażania studentów do samooceny i oceny koleżeńskiej, uzupełniania obowiązującej dokumentacji – za pomocą ankiety; (przed i po zakończeniu szkolenia);
- umiejętności wykorzystania teorii i technik refleksyjnego myślenia w szkoleniu praktycznym i pracy własnej;
- aktywne uczestnictwo w prowadzonych zajęciach (dyskusje dydaktyczne, inscenizacje, warsztaty, seminaria).

Umiejętności wynikowe - pielęgniarka

- omówi program nauczania obowiązujący studentów pielęgniarstwa;

- scharakteryzuje organizację szkolenia praktycznego studentów w placówkach klinicznych;
- prawidłowo wypełni obowiązującą dokumentację;
- dobierze w zależności od sytuacji dydaktycznej metodę nauczania i oceniania studentów pielęgniarstwa;
- oceni efektywność komunikowania w środowisku praktycznej nauki zawodu;
- omówi teorie refleksyjnego myślenia;
- zastosuje refleksyjne myślenie w kształceniu studentów pielęgniarstwa w oddziale klinicznym;
- krytycznie oceni pracę własną;
- zaproponuje metody motywowania siebie i studentów do efektywnej pracy w trakcie praktyk zawodowych;
- okaże spokój, cierpliwość i opanowanie w sytuacjach trudnych dydaktycznie;
- wykaże zaangażowanie w modyfikowaniu współpracy ze studentami.

PLAN RAMOWY SZKOLENIA TEORETYCZNEGO

Liczba godzin	Temat kształcenia	Cel ogólny kształcenia	Metody kształcenia	Środki dydaktyczne	Liczba godz. wykładowych	Liczba godz. seminaryjnych	Liczba godzin samokształce-niowych
9	Organizacja procesu kształcenia pielęgniarek w toku studiów licencjackich	Uczestnik kursu scharakteryzuje proces kształcenia pielęgniarek w toku studiów licencjackich	Wykład informacyjny, metoda przypadków, praca z tekstem, dyskusja dydaktyczna	3-letni program kształcenia pielęgniarek (licencjat), harmonogram praktyk zawodowych	2	3	4
22	Metody kształcenia	Uczestnik kursu dobierze metody kształcenia dydaktycznego	Wykład konwersatoryjny i informacyjny, dyskusja dydaktyczna, metoda przypadku	Opis przypadku, foliogramy, scenariusze przebiegu zajęć	2	5	15
19	Kontrola i samokontrola oraz ocena i samoocena w kształceniu praktycznym pielęgniarek	Uczestnik kursu zaplanuje przeprowadzenie procesu samokontroli i kontroli oraz samooceny i oceny wobec grupy studentów, którzy będą realizować praktykę w jego miejscu pracy	Wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, praca z tekstem, metoda sytuacyjna, inscenizacja,	Kryteria oceny studentów, przykłady dokumentacji procesu pielęgnowania, foliogramy	3	6	10

11	Konspekt do zajęć dydaktycznych	Uczestnik kursu opracuje konspekt do zajęć dydaktycznych	Wykład informacyjny, praca z tekstem, metoda sytuacyjna	Wzór konspektu do zajęć dydaktycznych, scenariusze zajęć	1	4	6
5	Refleksyjne myślenie	Uczestnik kursu scharakteryzuje proces refleksyjnego myślenia	Wykład konwersatoryjny, metoda sytuacyjna, dyskusja, praca z tekstem	Instrukcja do pracy z tekstem, foliogram, teksty (artykuły, opisy sytuacji)	1	2	2
10	Proces refleksyjnego myślenia	Przeprowadzi cykl refleksyjnego myślenia w oparciu o przykład sytuacji zawodowej	Wykład konwersatoryjny, metoda sytuacyjna, dyskusja, praca z tekstem	Instrukcja do pracy z tekstem, foliogram, teksty	2	3	5
12	Podstawy komunikacji interpersonalnej	Opiekun zajęć klinicznych zaplanuje proces komunikacji ze studentem realizującym praktykę zawodową w jego oddziale	Elementy wykładu informacyjnego, dyskusja dydaktyczna, praca z tekstem, metoda sytuacyjna, inscenizacja	Zdjęcia, foliogramy	3	6	3
6	Rozpoznawanie naszych „mocnych oraz słabych stron”	Określi swoje „mocne i słabe strony” stosując metodę refleksyjnego myślenia	Dyskusja, praca z tekstem	Instrukcja do pracy z tekstem, foliogramy	1	2	3
6	Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki	Zaplanuje rozwiązanie sytuacji, w której wystąpił dylemat etyczny	Wykład konwersatoryjny, metoda przypadku, dyskusja dydaktyczna	Opisy przypadków, foliogramy	1	3	2

PLAN RAMOWY SZKOLENIA PRAKTYCZNEGO

Liczba godz.	Temat zajęć	Cel ogólny zajęć praktycznych	Metoda kształcenia	Środki dydaktyczne	Liczba godz. samokształ-ceniowych	Temat pracy samokształceniowej
8	Wprowadzenie studentów w oddział kliniczny	Scharakteryzuje wymagania stawiane studentom do zaliczenia ćwiczeń i praktyk	Pogadanka, praktyka, praca z tekstem, elementy wykładu informacyjnego, pokaz	Dokumentacja oddziału, dokumentacja ćwiczeń klinicznych/praktyk zawodowych (dziennik, dokumentacja procesu pielęgnowania, kryteria samooceny i oceny studenta, indeks umiejętności praktycznych, regulaminy oddziału, procedury postępowania w oddziale	5	Analiza dokumentacji studenta i oddziału
8	Obserwacja pracy nauczyciela akademickiego w oddziale internistycznym	Oceni współpracę nauczyciela akademickiego ze studentami i zespołem interdyscyplinarnym	Wycieczka poglądowa, seminarium, dyskusja, pokaz, instruktaż, metoda przypadku, praca z tekstem	Dokumentacja oddziału, dokumentacja studenta, wyposażenie oddziału, , regulaminy oddziału, procedury postępowania, dokumentacja procesu pielęgnowania	5	Przygotowanie procedur postępowania

8	Obserwacja pracy nauczyciela akademickiego w oddziale chirurgicznym	Oceni współpracę nauczyciela akademickiego ze studentami i zespołem interdyscyplinarnym	Wycieczka poglądowa, seminarium, dyskusja, pokaz, instruktaż, metoda przypadku, praca z tekstem	Dokumentacja oddziału, dokumentacja studenta, wyposażenie oddziału, , regulaminy oddziału, procedury postępowania, dokumentacja procesu pielęgnowania	5	Przygotowanie procedur postępowania
8	Obserwacja pracy nauczyciela akademickiego w oddziale pediatrycznym	Oceni współpracę nauczyciela akademickiego ze studentami i zespołem interdyscyplinarnym	Wycieczka poglądowa, seminarium, dyskusja, pokaz, instruktaż, metoda przypadku, praca z tekstem	Dokumentacja oddziału, dokumentacja studenta, wyposażenie oddziału, , regulaminy oddziału, procedury postępowania, dokumentacja procesu pielęgnowania	5	Przygotowanie procedur postępowania
8	Obserwacja pracy nauczyciela akademickiego w oddziale specjalistycznym (dobranym w zależności od potrzeb i oczekiwań uczestnika kursu np.: neurologia, intensywna terapia, psychiatria)	Oceni współpracę nauczyciela akademickiego ze studentami i zespołem interdyscyplinarnym	Wycieczka poglądowa, seminarium, dyskusja, pokaz, instruktaż, metoda przypadku, praca z tekstem	Dokumentacja oddziału, dokumentacja studenta, wyposażenie oddziału, , regulaminy oddziału, procedury postępowania, dokumentacja procesu pielęgnowania	5	Przygotowanie procedur postępowania

8	Prowadzenie procesu pielęgnowania	Oceni umiejętności prowadzenie przez studentów procesu pielęgnowania	Instruktaż, ćwiczenia, dyskusja dydaktyczna	Dokumentacja procesu pielęgnowania, dokumentacja pacjenta (np. karta gorączkowa, obserwacyjna, karta bilansu płynów, karta zleceń lekarskich, historia choroby, wyniki badań, karty profili glikemicznych i insulinoterapii), skale oceny ryzyka powstania odleżyn	10	Opracowanie harmonogramu zajęć praktycznych dla studentów, opracowanie dokumentacji dla studentów specyficznej dla placówki szkolenia praktycznego
4	Ocena postępów studentów w trakcie zajęć praktycznych	Oceni nabyte umiejętności/wiadomości/postawy studentów w połowie cyklu kształcenia	Pogadanka, dyskusja ze studentami, praca z tekstem	Kryteria oceny studenta, dokumentacja przebiegu ćwiczeń klinicznych/praktyki zawodowej studenta	2	Analiza własnych umiejętności i trudności w ocenie postępów studentów z wykorzystaniem procesu refleksyjnego myślenia
8	Końcowa samoocena i ocena studenta	Wykryje trudności w przeprowadzaniu samooceny i oceny końcowej studenta	Dyskusja ze studentem, praca z tekstem	Kryteria oceny studenta, dokumentacja przebiegu ćwiczeń klinicznych/praktyki zawodowej studenta, indeks umiejętności praktycznych	3	Oceni własne umiejętności i trudności w dokonywaniu oceny końcowej studenta z wykorzystaniem procesu refleksyjnego myślenia

Pierwszą edycję kursu zrealizowało siedem pielęgniarek ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, które miały doświadczenie w prowadzeniu praktyk zawodowych ze studentami kierunku pielęgniarstwo licencjat. Doświadczenia tych osób oraz pielęgniarek klinicznych z pozostałych krajów uczestniczących w projekcie pozwoliły na zweryfikowanie programu kursu i naniesienie poprawek do ostatecznej wersji programu. Efektem udziału nauczycieli Instytutu Pielęgniarstwa i pielęgniarek ze Szpitala Uniwersyteckiego w projekcie Leonardo da Vinci, było opracowanie i wydanie „Przewodnika dydaktycznego dla pielęgniarek – opiekunów praktyk zawodowych". Publikacja zawiera informacje o projekcie Leonardo da Vinci, kwestionariusz samooceny dla opiekunów praktyk klinicznych wypracowany przez uczestników projektu, plan kursu dla pielęgniarek i zbiór scenariuszy spotkań wykorzystywanych do prowadzenia zajęć w trakcie kursu.

Podsumowanie (conclusion)

Pozytywna opinia uczestników kursu i potrzeby dokształcania zgłaszane przez pielęgniarki pragnące nadal sprawować funkcję opiekuna praktyk zawodowych uzasadniają przydatność lepszego niż dotychczas przygotowania pielęgniarek do współpracy z Instytutem Pielęgniarstwa i Położnictwa WOZ CM UJ w Krakowie. Doświadczenia uzyskane w trakcie realizowania projektu Leonardo da Vinci, skłoniły nauczycieli akademickich do rozpoczęcia działań, zmierzających do sformalizowania wymagań dotyczących przygotowania dydaktycznego pielęgniarek-mentorów.

Bibliography

1. Ziarko E. (red.): Przewodnik dydaktyczny dla pielęgniarek – opiekunów praktyk zawodowych. Wydawnictwo Skrzat, Kraków 2005

Mgr. Beata Zych
Zaklad Pedagogiki Medycznej IPiP WOZ CM UJ
Kopernika 25
31-501 Kraków
Poland
e-mail: bezych@interia.pl
e-mail: ivonos@poczta.onet.pl

NÁDEJ - POSÚDENIE DIAGNOSTICKÝCH ZNAKOV, INTERVENCIÍ A UKAZOVATEĽOV VÝSLEDKU V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Katarína Žiaková, Juraj Čáp, Elena Holmanová, *Jana Vadkertiová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin, Slovenská republika
** Martinská fakultná nemocnica, Martin, Slovenská republika*

Súhrn
Autori textu sa zaoberajú problematikou nádeje. V štúdií sa zameriavajú na určenie významnosti diagnostických znakov, intervencií a ukazovateľov výsledkov viažucich sa k ošetrovateľskej diagnóze B*eznádej.* Vychádzajú z metodiky validizačných štúdií. Výsledkom štúdie je súbor znakov, intervencií a ukazovateľov výsledkov zoradených podľa významnosti. Štúdia je príspevkom k uchopeniu ošetrovateľskej diagnózy *beznádeje* a v určení priorít pre klinickú prax.

Kľúčové slová
nádej, beznádej, validizácia, NANDA taxonómia, klasifikačné systémy NIC, NOC

Formulácia problému, ciele, metodika, vzorka

V súvislosti so snahou o medzinárodné používanie NANDA taxonómie, klasifikačných systémov NIC, NOC a zjednotenia ošetrovateľskej terminológie upozorňujú niektorí autori (Gordon 1987, Creason 2004, Fehring 1994, Hoskins 1988, Marečková, Jarošová 2004[34]) na problémy, ktoré sú spojené s ich univerzálnym používaním v rôznych krajinách. Dochádza k nim v súvislosti s terminologickou nejednotnosťou v oblasti vymedzenia jednotlivých diagnóz a určenia ich diagnostických znakov, čo následne ovplyvňuje používanie klasifikačných systémov NIC a NOC.

V štúdii sme sa zamerali na problematiku nádeje prostredníctvom ošetrovateľskej diagnózy ***Beznádej*** a to konkrétne na identifikáciu (posúdenie) jej najvýznamnejších diagnostických znakov, intervencií a ukazovateľov výsledkov, ku ktorým by bolo vhodné dospieť spolu s pacientom.

Inšpiráciou pre vypracovanie metodiky bol pre nás Fehringov model validizácie diagnózy[35]. Tento model, ktorý je primárne zameraný na validizáciu diagnózy a jej definujúcich znakov, sme doplnili o posúdenie intervencii a cieľov. Jeho metodiku sme prispôsobili naším podmienkam.

V prvej fáze štúdie sme vypracovali merací nástroj na posúdenie významnosti znakov (časť A), intervencií (časť B) a cieľov (časť C).

Časť A: obsahuje zoznam **37 diagnostických znakov.** Pre vypracovanie tejto časti boli použité:

- diagnostické znaky diagnózy *Beznádej* (kód 00124) z NANDA taxonómie II (Doenges, Moorhouse 2001, s.72) (položky č. 1-17),

[34] Porušením gramatických pravidiel (napr. syntax-stavba), bola modifikovaná celá rada názvov ošetrovateľských diagnóz. (bližšie pozri Marečková, Jarošová 2004, s. 18)

[35] Fehring (1986, s. 183-190) vymedzuje nasledovné fázy validizácie ošetrovateľských diagnóz. V prvej fáze 25 - 50 expertov hodnotí na Likertovej škále od 1 do 5 mieru reprezentatívnosti, špecifickosti (významnosti) znaku vo vzťahu k diagnóze (NANDA taxonómia). Cieľom druhej fázy je dosiahnuť konsenzus medzi expertami, ktorí posudzovali daný charakteristický znak . Vzhľadom k tomu, že ide o relatívne veľké množstvo expertov sa na dosiahnutie konsenzu využíva *Delfská technika*. V tretej fáze sa vypočítava vážené skóre každého znaku. Za charakteristické znaky sa považujú znaky, ktoré dosiahnu hodnotu váženého skóre väčšie ako 0,75. Tieto charakteristické znaky (charakteristiky) sú označované ako zásadné, hlavné alebo definujúce (major defining charakteristics) a tie, ktoré dosahujú hodnotu menšiu ako 0,50 sú vyradené.

- diagnostické znaky vypracované na základe Nowotnej škály – ďalej NHS (Nowotny, 1989, s. 57- 61.) na zisťovanie miery beznádeje[36] (položky č.18-37),
- neutrálne znaky, ktoré tvorili položky č. 6, 20, 30, 33.

Časť B: obsahovala zoznam **17 intervencií**. Pre ich vypracovanie sme použili intervencie vymedzené v rámci súboru *Dodávanie nádeje* (kód 5310) z NIC klasifikácie (2000, s. 379), pričom sme do zoznamu vložili neutrálne položky č. 3, 9, 15, 17.

Časť C: obsahovala zoznam **16 ukazovateľov výsledku**. Použili sme ukazovatele uvádzané v rámci výsledku *Nádej* (kód 1210) z klasifikačného systému NOC (2000, s. 235), pričom sme do zoznamu vložili neutrálne č. 2,10, 15, 16.

Na posúdenie diagnostických znakov, intervencií a ukazovateľov výsledku sme vybrali skupinu expertov. Za experta sme považovali vysokoškolských pedagógov a sestry s minimálne vyšším odborným vzdelaním a päť ročnou praxou v odbore. (pozri Whitley, 1999) Vzorku tvorilo konkrétne 18 vysokoškolských pedagógov (Ústav ošetrovateľstva JLF UK v Martine) a 17 sestier (Martinská fakultná nemocnica). Do štúdie sa zapojilo celkovo n = 35 respondentov.

Experti hodnotili na Likertovej škále mieru významnosti znaku, intervencie a ukazovateľa výsledku vo vzťahu k diagnóze beznádej. Pričom jednotlivé stupne škály znamenajú: 5 – najväčšia významnosť, 4 – veľká významnosť, 3 – stredná významnosť, 2 – malá významnosť, 1 – žiadna významnosť.

V druhej fáze štúdie sme pre každú položku vypočítali základné štatistické charakteristiky (aritmetický priemer, smerodajnú odchýlka) a vážené skóre.

Vážené skóre sme určili z aritmetického priemeru, tak že hodnote 5 (najväčšia významnosť) sme pripísali váhu 1 a hodnote 1 (žiadna významnosť) váhu 0. Hodnote 4 potom zodpovedá váha 0,75, hodnote 3 váha 0,5 a hodnote 2 váha 0,25.

Za **charakteristické znaky, intervencie, ukazovatele výsledku** považujeme tie, ktoré dosiahli hodnotu váženého skóre minimálne 0,70 tejto váhe zodpovedá hodnota aritmetického priemeru 3,8.

Výsledky

Výsledky prezentujeme v poradí diagnostické znaky, intervencie a ukazovatele výsledku. Analýzu sme zamerali na výsledky na úrovni celej vzorky a na rozdiely medzi dvomi skupinami expertov. V rámci diagnostických znakov sme sa ešte zamerali na zistenie rozdielov medzi NANDA taxonómiou a NHS.

Diagnostické znaky

Na základe analýzy odpovedí respondentov sme určili charakteristické diagnostické znaky pre ošetrovateľskú diagnózu *Beznádej*. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame výsledky v tabuľke. Jednotlivé znaky sú zoradené podľa významnosti až po hladinu váženého skóre 0,70. Ostatné diagnostické znaky (celkom 25) sme zo súboru vyradili.

[36] *Nowotna hope scale* je nástroj na zisťovanie miery nádeje. Základom pre generovanie jeho položiek boli práce teoretického charakteru, výskumné štúdie a tiež práce zamerané na klinickú prax. Nástroj je validný a reliabilný, overovaný v podmienkach SR. (pozri ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. ml., HOLMANOVÁ, E., KUDLIČKA, J. Problematika nádeje v ošetrovateľstve. In: *Problemy współczesnej tanatologii.* Tom IX. - Wroclaw : Wroclawskie Towarzystwo Naukowe, 2005. s. 119-126. ISBN 83-7374-0376)

Tab. 1 Najvýznamnejšie diagnostické znaky – Beznádej

celkovo (n=35)		**sestry** (n=17)		**pedagógovia** (n=18)	
znak	**X ± SD**	**Znak**	**X ± SD**	**znak**	**X ± SD**
35 presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť	4,17 ± 0,95	7 celková pasivita	4,18 ± 0,95	35 presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť	4,5 ± 0,51
36 presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť	4,11 ± 0,99	1 nevyvíjanie iniciatívy	3,94 ± 0,75	37 ťažkosti s vytyčovaním cieľov a plánov do budúcnosti	4,44 ± 0,62
26 nedôvera vo výsledok	4,03 ± 0,71	10 presvedčenie, že veci sa nezmenia	3,88 ± 0,86	36 presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť	4,39 ± 0,70
37 ťažkosti s vytyčovaním cieľov a plánov do budúcnosti	4,03 ± 0,75	31 nedôvera v svoje sily	3,88 ± 0,93	26 nedôvera vo výsledok	4,22 ± 0,73
7 celková pasivita	4,03 ± 0,92	26 nedôvera vo výsledok	3,82 ± 0,64	28 neschopnosť plánovať do budúcnosti	4,11 ± 0,83
27 nedôvera v pomoc	3,94 ± 0,87	32 nedôvera v svoje schopnosti	3,82 ± 1,07	23 neschopnosť niečo zmeniť	4,11 ± 0,90
23 neschopnosť niečo zmeniť	3,91 ± 0,89	35 presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť	3,82 ± 1,19	27 nedôvera v pomoc	4,11 ± 0,96
28 neschopnosť plánovať do budúcnosti	3,86 ± 0,88	36 presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť	3,82 ± 1,19	34 prežívanie osamelosti	4,06 ± 1,00
31 nedôvera v svoje sily	3,83 ± 0,82			29 neschopnosť rozhodovať sa	3,89 ± 0,90
34 prežívanie osamelosti	3,83 ± 0,98			7 celková pasivita	3,89 ± 0,90
29 neschopnosť rozhodovať	3,8 ± 0,83			21 neschopnosť konať	3,83 ± 0,92
10 presvedčenie, že veci sa nezmenia	3,8 ± 0,99				

Za charakteristické diagnostické znaky môžeme považovať: *presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť* (4,17 ± 0,95), *presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť* (4,11 ± 0,9), *nedôvera vo výsledok* (4,03 ± 0,71), *ťažkosti s vytyčovaním cieľov a plánov do budúcnosti* (4,03 ± 0,75), *celková pasivita* (4,03 ± 0,92)[37], *nedôvera v pomoc* (3,94 ± 0,87), *neschopnosť niečo zmeniť* (3,91 ± 0,89), *neschopnosť plánovať do budúcnosti* (3,86 ± 0,88), *nedôvera v svoje sily* (3,83 ± 0,82), *prežívanie osamelosti* (3,83 ± 0,98), *neschopnosť rozhodovať* (3,8 ± 0,83), *presvedčenie, že veci sa nezmenia* (3,8 ± 0,99).

Z predložených neutrálnych znakov *potenie*, *nechutenstvo*, *chvenie v končatinách* a *sucho v ústach* nebol do skupiny charakteristických znakov zaradený respondentmi ani jeden.

Z taxonómie NANDA respondenti medzi charakteristické znaky zaradili diagnostické znaky: *celková pasivita* (4,03 ± 0,92) a *presvedčenie, že veci sa nezmenia* (3,8 ± 0,99). To znamená, že respondenti z predložených 16 znakov považujú za charakteristické len 2 znaky.

Zo znakov vypracovaných z NHS medzi charakteristické zaradili diagnostické znaky: *presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť* (4,17 ± 0,95), *presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť* (4,11 ± 0,9), *nedôvera vo výsledok* (4,03 ± 0,71), *ťažkosti s vytyčovaním cieľov a plánov do budúcnosti* (4,03 ± 0,71), *nedôvera v pomoc* (3,94 ± 0,87), *neschopnosť niečo zmeniť* (3,91 ± 0,89), *neschopnosť plánovať do budúcnosti* (3,86 ± 0,88), *nedôvera v svoje sily* (3,83 ± 0,82), *prežívanie osamelosti* (3,83 ± 0,98), *neschopnosť rozhodovať* (3,8 ± 0,83).

Môžeme konštatovať, že znaky, vytvorené na základe jednotlivých položiek NHS experti posúdili ako významnejšie pre diagnostiku *Beznádeje* o čom svedčí aj pomer znakov NANDA / NHS (2/10) považovaných respondentami za charakteristické pre danú diagnózu.

[37] Znaky, ktoré dosiahli hodnotu váženého skóre 0,75 (X = 4) považuje Fehring, vo svojej metodike, za definujúce alebo hlavné (*major defining charakteristics)*.

Diagnostické znaky, ktoré pokladajú sestry za charakteristické boli zamerané skôr na jednotlivca, jeho aktívnu účasť a vnútornú aktivitu (*celková pasivita, nevyvíjanie iniciatívy, nedôvera vo výsledok, nedôvera v svoje schopnosti*).

Pedagógovia rozšírili charakteristické znaky o skupinu, ktorá sa týka alebo zahŕňa iných ľudí (*presvedčenie, že sa nie je na koho obrátiť, presvedčenie, že sa nie je s kým poradiť*) a o znaky zamerané na plánovanie a výsledky nádeje (*ťažkosti s vytyčovaním cieľov a plánov do budúcnosti, neschopnosť plánovať do budúcnosti*).

Intervencie

V rámci prepojenia NANDA taxonómie, klasifikácie NIC a NOC sa s diagnózou *Beznádeje* spája 31 súborov intervencií, ktoré sú z hľadiska ich významnosti hierarchicky rozdelené do troch skupín – významné (*major*), odporúčané (*suggested*) a dpolňujúce (*optional*). Prvú skupinu predstavuje súbor intervencií *Dodávanie nádeje* (kód 5310), ktorý má pre danú diagnózu najvyššiu mieru významnosti (*First level: Priority Intervention, Major Interventions*). V našej práci sme sa zamerali na len posúdenie významnosti intervencií v tomto súbore s najvyššou prioritou.

V tabuľke 2 uvádzame poradie intervencií vymedzených v rámci tohto súboru (až po hladinu váženého skóre 0,70) podľa významnosti, ktorú sme získali na základe analýzy odpovedí respondentov. Z celkového počtu (17) hodnotených intervencií respondenti vyradili 2 intervencie.

Na základe dosiahnutého váženého skóre sme medzi významné intervencie zaradili: *povzbudzovať vzťahy s blízkymi ľuďmi, ktoré môžu prispieť k terapii* (4,31 ± 0,68), *pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty* (4,23 ± 0,77), *pomôcť pacientovi nájsť a zrevidovať ciele súvisiace s nádejou* (4,17 ± 0,66), *pomáhať pacientovi / rodine nachádzať nádej v živote* (4,14 ± 0,73), *rozšíriť pacientove schopnosti zvládať záťaž* (4,09 ± 0,78), *vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať* (4,06 ± 0,80), *aktívne zapojiť pacienta do starostlivosti* (4,03 ± 0,75), *plánovať starostlivosť tak aby, postupovala od jednoduchších ku komplexnejším cieľom* (4,03 ± 0,79), *hovoriť s rodinou o pozitívnych aspektoch nádeje* (4,03 ± 0,82), *poskytnúť pacientovi/ rodine podporu v začlenení sa do podpornej skupiny* (4,03 ± 0,82), *umožniť pacientovi praktizovať denné rituály* (4 ± 0,77), *učiť rozpoznať reálne možnosti v danej situácii a stanoviť primerané ciele* (4 ± 0,84), 7 *vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať* (3,86 ± 1,00), *informovať pacienta aj keď je aktuálny stav prechodný* (3,8 ± 0,80).

Z neutrálnych položiek (č. 3, 9, 15, 17) zaradili respondenti medzi významné intervencie: *zabezpečiť súkromie pacienta/rodiny* (4,26 ± 0,82) a *umožniť pacientovi praktizovať denné rituály* (4 ± 0,77).

Klasifikačný systém NIC vytvára rámec pre riešenie problémov, ale podľa nášho názoru sú intervencie veľmi všeobecného charakteru, čo môže súvisieť aj s faktom, že medzi významé intervencie boli zaradené aj neutrálne. Problematika všeobecného charakteru intervencií je napríklad aj v tom, že nie je celkom jasné, čo sa konkrétne od sestry očakáva pri naplánovaní a hlavne výkonaní intervencií: *pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty*, *pomáhať pacientovi/rodine nachádzať nádej v živote* alebo *hovoriť s rodinou o pozitívnych aspektoch nádeje.*

Tab. 2 Najvýznamnejšie intervencie – Beznádej

celkovo (n=35)		**sestry** (n=17)		**pedagógovia** (n=18)	
intervencia	**X ± SD**	**intervencia**	**X ± SD**	**intervencia**	**X ± SD**
12 povzbudzovať vzťahy s blízkymi ľuďmi, ktoré môžu prispieť k terapii	4,31 ± 0,68	17 zabezpečiť súkromie pacienta/rodiny	4,35 ± 0,61	12 povzbudzovať vzťahy s blízkymi ľuďmi, ktoré môžu prispieť k terapii	4,39 ± 0,61
17 zabezpečiť súkromie pacienta/rodiny	4,26 ± 0,82	10 aktívne zapojiť pacienta do starostlivosti	4,29 ± 0,59	5 pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty	4,28 ± 0,75
5 pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty	4,23 ± 0,77	1 rozšíriť pacientove schopnosti zvládať záťaž	4,29 ± 0,69	6 pomôcť pacientovi nájsť a zrevidovať ciele súvisiace s nádejou	4,28 ± 0,75
6 pomôcť pacientovi nájsť a zrevidovať ciele súvisiace s nádejou	4,17 ± 0,66	12 povzbudzovať vzťahy s blízkymi ľuďmi, ktoré môžu prispieť k terapii	4,24 ± 0,75	14 poskytnúť pacientovi/ rodine podporu v začlenení sa do podpornej skupiny	4,22 ± 0,73
4 hovoriť o nádeji, pomáhať pacientovi / rodine nachádzať nádej v živote	4,14 ± 0,73	4 hovoriť o nádeji, pomáhať pacientovi / rodine nachádzať nádej v živote	4,24 ± 0,75	2 učiť rozpoznať reálne možnosti v danej situácii a stanoviť primerané ciele	4,22 ± 0,81
1 rozšíriť pacientove schopnosti zvládať záťaž	4,09 ± 0,78	15 umožniť pacientovi praktizovať denné rituály	4,18 ± 0,73	8 vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať	4,17 ± 0,71
8 vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať	4,06 ± 0,80	11 plánovať starostlivosť tak aby, postupovala od jednoduchších ku komplexnejším cieľom	4,18 ± 0,73	17 zabezpečiť súkromie pacienta/rodiny	4,17 ± 0,99
10 aktívne zapojiť pacienta do starostlivosti	4,03 ± 0,75	5 pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty	4,18 ± 0,81	13 hovoriť s rodinou o pozitívnych aspektoch nádeje	4,06 ± 0,73
11 plánovať starostlivosť tak aby, postupovala od jednoduchších ku komplexnejším cieľom	4,03 ± 0,79	6 pomôcť pacientovi nájsť a zrevidovať ciele súvisiace s nádejou	4,06 ± 0,56	4 hovoriť o nádeji, pomáhať pacientovi / rodine nachádzať nádej v živote	4,06 ± 0,73
13 hovoriť s rodinou o pozitívnych aspektoch nádeje	4,03 ± 0,82	3 odstrániť potenciálne riziká z okolitého prostredia	4,06 ± 0,75	1 rozšíriť pacientove schopnosti zvládať záťaž	3,89 ± 0,83
14 poskytnúť pacientovi/ rodine podporu v začlenení sa do podpornej skupiny	4,03 ± 0,82	13 hovoriť s rodinou o pozitívnych aspektoch nádeje	4 ± 0,94	11 plánovať starostlivosť tak aby, postupovala od jednoduchších ku komplexnejším cieľom	3,89 ± 0,83
15 umožniť pacientovi praktizovať denné rituály	4 ± 0,77	8 vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať	3,94 ± 0,90	7 vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať	3,89 ± 1,08
2 učiť rozpoznať reálne možnosti v danej situácii a stanoviť primerané ciele	4 ± 0,84	9 povzbudzovať pacienta k využívaniu relaxačných techník	3,88 ± 0,70	15 umožniť pacientovi praktizovať denné rituály	3,83 ± 0,79
7 vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať	3,86 ± 1,00	16 informovať pacienta aj keď je aktuálny stav prechodný	3,82 ± 0,81		
16 informovať pacienta aj keď je aktuálny stav prechodný	3,8 ± 0,80	14 poskytnúť pacientovi/ rodine podporu v začlenení sa do podpornej skupiny	3,82 ± 0,88		
		7 vyvarovať sa maskovaniu pravdy / neklamať	3,82 ± 0,95		

Ukazovatele výsledku

V rámci prepojenia NANDA taxonómie, klasifikačného systému NIC a NOC sa intervencie uvedené v súbore *Dodávanie nádeje* (kód 5310) vzťahujú ku dvom výsledkom vymedzených v klasifikácii NOC a to k *Nádeji* (kód 1210) a *Miere depresie* (kód 1208). V našej práci sme sa zamerali na len posúdenie významnosti ukazovateľov v rámci výsledku *Nádej*.

V tabuľke 3 uvádzame poradie ukazovateľov výsledku, ktoré sú vymedzené v rámci výsledku *Nádej* (až po hladinu váženého skóre 0,70) podľa významnosti, ktorú sme získali na základe analýzy odpovedí respondentov. Z celkového počtu (16) hodnotených ukazovateľov respondenti vyradili jeden ukazovateľ, ktorý skóroval pod hodnotu 0,70 váženého skóre.

Tab. 3 Najvýznamnejšie ukazovatele v rámci výsledku – Nádej

celkovo (n=35)		**sestry** (n=17)		**pedagógovia** (n=18)	
ukazovatele výsledku	**X ± SD**	**ukazovatele výsledku**	**X ± SD**	**ukazovatele výsledku**	**X ± SD**
6 vyjadrenie vôle žiť	4,6 ± 0,50	4 nájdenie vnútorného pokoja	4,59 ± 0,62	6 vyjadrenie vôle žiť	4,67 ± 0,49
4 nájdenie vnútorného pokoja	4,6 ± 0,60	7 vyjadrenie dôvodov žiť / vyjadrenie zmyslu života	4,59 ± 0,62	4 nájdenie vnútorného pokoja	4,61 ± 0,61
7 vyjadrenie dôvodov žiť / vyjadrenie zmyslu života	4,54 ± 0,66	6 vyjadrenie vôle žiť	4,53 ± 0,51	3 vyjadrenie viery / dôvery	4,50 ± 0,62
3 vyjadrenie viery / dôvery	4,4 ± 0,55	8 vyjadrenie významu života	4,35 ± 0,79	7 vyjadrenie dôvodov žiť / vyjadrenie zmyslu života	4,50 ± 0,71
11 vyjadrenie viery v samého seba	4,31 ± 0,68	3 vyjadrenie viery / dôvery	4,29 ± 0,47	1 vyjadrenie pozitívnej orientácie do budúcnosti	4,33 ± 0,69
8 vyjadrenie významu života	4,06 ± 0,73	11 vyjadrenie viery v samého seba	4,29 ± 0,69	11 vyjadrenie viery v samého seba	4,33 ± 0,69
1 vyjadrenie pozitívnej orientácie do budúcnosti	4,17 ± 0,75	16 adekvátna pacientova odpoveď na podnety	4,12 ± 0,78	8 vyjadrenie významu života	4,22 ± 0,73
5 stanovenie cieľov	4,06 ± 0,73	14 demonštrovanie chuti do života	4,06 ± 0,66	5 stanovenie cieľov	4,11 ± 0,76
14 demonštrovanie chuti do života	3,97 ± 0,71	15 praktizovanie denných rituálov	4,00 ± 0,87	12 vyjadrenie viery v iných	3,94 ± 0,87
16 adekvátna pacientova odpoveď na podnety	3,91 ± 0,74	1 vyjadrenie pozitívnej orientácie do budúcnosti	4,00 ± 0,79	14 demonštrovanie chuti do života	3,89 ± 0,76
10 účasť na aktivitách podporujúcich osobnostný rast	3,91 ± 0,98	5 stanovenie cieľov	4,00 ± 0,71	9 vyjadrenie optimizmu	3,83 ± 0,51
9 vyjadrenie optimizmu	3,86 ± 0,69	10 účasť na aktivitách podporujúcich osobnostný rast	4,00 ± 1,00	10 účasť na aktivitách podporujúcich osobnostný rast	3,83 ± 0,99
12 vyjadrenie viery v iných	3,86 ± 0,73	13 vyjadrenie v zmysle sebakontroly	3,88 ± 0,60		
13 vyjadrenie v zmysle sebakontroly	3,83 ± 0,71	9 vyjadrenie optimizmu	3,88 ± 0,86		
15 praktizovanie denných rituálov	3,8 ± 0,83				

Výsledky uvádzame v poradí významnosti *vyjadrenie vôle žiť* (4,6 ± 0,50), *nájdenie vnútorného pokoja* (4,6 ± 0,60), *vyjadrenie dôvodov žiť / vyjadrenie zmyslu života* (4,54 ± 0,66), *vyjadrenie viery / dôvery* (4,4 ± 0,55), *vyjadrenie viery v samého seba* (4,31 ± 0,68), *vyjadrenie významu života* (4,31 ± 0,68), *vyjadrenie pozitívnej orientácie do budúcnost*i (4,17 ± 0,75), *stanovenie cieľov* (4,06 ± 0,73), *demonštrovanie chuti do života* (3,97 ± 0,71), *adekvátna pacientova odpoveď na podnety* (3,91 ± 0,74), *účasť na aktivitách podporujúcich osobnostný rast* (3,91 ± 0,98), *vyjadrenie optimizmu* (3,86 ± 0,69), *vyjadrenie viery v iných*

(3,86 ± 0,73), *vyjadrenie v zmysle sebakontroly* (3,83 ± 0,71), *praktizovanie denných rituálov* (3,8 ± 0,83).

Zo šesnástich ukazovateľov respondenti nezaradili len jeden: *definovanie rizikových faktorov,* ktorý je zároveň neutrálnym cieľom, nepatriacim do skupiny cieľov viažucich sa k diagnóze *Beznádej*.

Z ďalších neutrálnych ukazovateľov však boli medzi významné zaradené: *účasť na aktivitách podporujúcich osobnostný rast, praktizovanie denných rituálov* a *adekvátna pacientova odpoveď na podnety.*

Malá miera diferenciácie ukazovateľov respondetami z hľadiska ich významnosti môže súvisieť s ich všeobecným vymedzením, resp. ich nešpecifickosťou. Niektoré ukazovatele, napríklad vyjadrenie v zmysle sebakontroly, nájdenie vnútorného pokoja nie sú jednoznačne interpretovateľné k diagnóze *Beznádej.* Na diagnostické znaky *Beznádeje* by mali nadväzovať ukazovatele výsledku zameraného na hodnotenie nádeje. V našej štúdii sa však ukázali významné všetky ukazovatele výsledku z klsifikačného systému NOC a len dva diagnostické znaky diagnózy z NANDA taxonómie. Uvedené výsledky poukazujú na problematickosť vzájomného prepojenia medzi znakmi diagnózy a ukazovateľmi výsledku.

Záver

Výsledkom našej štúdie sú hierarchicky usporiadané súbory znakov, intervencií a ukazovateľov výsledku vo vzťahu k diagnóze *Beznádej*. Hierarchické usporiadanie vzniko na základe validizačnej metodiky a jeho cieľom bolo selektovať znaky, intervencie a ukazovatele výsledkov, ktoré sú významné v našom sociokultúrnom kontexte. Znaky, intervencie a ukazovatele výsledku, ktoré dosiahli vysoké hodnotenie významnosti môžeme považovať za prioritné pre používanie v klinickej praxi.

Príspevok vznikol ako súčasť grantovej výskumnej úlohy VEGA č. 1/2484/05.

Bibliografické odkazy

CREASON, S. N. 2004. Clinical Validation of Nursing Diagnoses. In. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications,* 15: 123-132.

DOENGES,M.E., MOORHOUSE,M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. přepracované a rozšírené vydání. Praha : GRADA Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8

GORDON, M. et al. *Nursing Diagnoses: Definitions@Classification 2001 – 2002*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001.

JOHNSON, M., BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J., M., MAAS, M., MOORHEAD, S. *Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions: NANDA, NOC & NIC linkages*. St. Luis: Mosby. 2001. ISBN 0-323-01212-4

FEHRING, R., J. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In M.E. HURLEY (Ed.) *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference.* St. Louis:Mosby, 1986.

Internetové stránky ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) [online], dostupné na World Wide Web:< http://www.acendio.net/english/english.htm

Internetové stránky ICN (International council of nurses) [online], dostupné na World Wide Web: <http://www.icn.ch/icnp.htm>

JAROŠOVÁ, D. Využití MSD-HC nástroje v domáci péči. In. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve.* Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005. s. 336-342. ISBN 80-88866-32-4

MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 87 s. ISBN 80-7368-030-0

NOWOTNY, M.L. 1989. Assessment of Hope in Patient With Cancer: Development of an Instrument. In *ONF*, VOL16, NO 1, pp 57-61

Nursing Interventions Clasification. Second edition. McCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. (eds). St. Luis:Mosby, 2000. p

Nursing Outcomes Clasisification. Second edition. JOHANSON,M., MAAS,M., MOORHEAD,S.(eds) St.Louis: Mosby, 2000. 610 p.
OGASAWARA, C., MATSUKI M., OHNO Y., MASUTANI, E. et al. 1999. Validation of the defining characteristics of body image disturbance in Japan. *Nurs Diag* 10: 15-20
RUSH, K.L., OUELLET, L.L. 1993. Mobility: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18: 486-492
WHITLEY, G., G. 1999. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nurs Diagn.* 10:5-14
ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. ml., HOLMANOVÁ, E., KUDLIČKA, J. Problematika nádeje v ošetrovateľstve. In: *Problemy współczesnej tanatologii.* Tom IX. - Wroclaw : Wroclawskie Towarzystwo Naukowe, 2005. s. 119-126. ISBN 83-7374-037-6

Doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Jesseniova lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5
036 32 Martin
Slovenská republika
e-mail: ziakova@lefa.sk