

2016

OŠETROVATEĽSTVO - TRADÍCIE A PERSPEKTÍVY



ZBORNÍK vedeckých prác

z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou

PIEŠŤANSKÝ DEŇ OŠETROVATEĽSTVA

21.- 22.04. 2016 Piešťany, Kúpeľný ostrov

**SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE
PIEŠŤANY, a. s.**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, n.o. Bratislava
detašované pracovisko bl. Sáro
Salkaháziovej v Rožňave

Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram,
Česká republika

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska
fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice

Názov zborníka: Ošetrovatel'stvo - tradície a perspektívy

Počet strán: 388

Zostavovateľ: PhDr. Viera Hulková, PhD.

Autor: Kolektív autorov

Recenzenti:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaháziovej v Rožňave

Rok vydania: 2016

Náklad: 300 ks

ISBN 978-80-8132-151-1

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Za obsahovú, odbornú, jazykovú správnosť a citáciu literárnych zdrojov zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Reprodukovanie je povolené s podmienkou uvedenia zdroja.

Témy

Tradície a perspektívy v ošetrovatel'stve

Ošetrovatel'ská starostlivosť v kúpeľnej liečbe

Multikultúrne ošetrovatel'stvo

Kvalita v ošetrovatel'stve

Organizačný výbor konferencie

PhDr. Viera Hulková, PhD.

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD., mim. prof.

Mgr. Beata Kubriczká

Mgr. Adriana Lazová

Mgr. Dagmar Vavrová

OBSAH

PREDHOVOR	7
DIMUNOVÁ Lucia	8
VERTEBROGÉNNY ALGICKÝ SYNDRÓM AKO INDIKÁTOR ZÁŤAŽE SESTIER	
DOBSONYOVÁ Andrea, BYSTRICKÁ Zuzana, LIBOVÁ Ľubica	15
TRADIČNÉ A MODERNÉ PRÍSTUPY OŠETROVANIA RÁN	
DRÁBKOVÁ Klára	31
SPOKOJENOST PACIENTŮ S DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ	
FOJTLÍNOVÁ Iveta, LÁNIKOVÁ Jana, VOJTEKOVÁ Iveta	43
KÚPELNÁ LIEČBA DETÍ V PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH SMRDÁKY	
FUNTOVÁ Veronika	50
VÝVOJ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE OD F. NIGHTINGALOVÉ PO QMS	
GLOZAROVÁ Alžbeta	62
ELEKTRONICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	
HORNÁČKOVÁ Veronika	67
VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V SÚLADE SO ZDRAVOTNÍCKOU LEGISLATÍVOU	
HULKOVÁ Viera	76
ŠTANDARDIZÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE 2003-2015	
CHOVANCOVÁ Viera, HULKOVÁ Viera	90
TRADÍCIE A PERSPEKTÍVY KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	
JANCOVÁ Erika, KILÍKOVÁ Mária	101
ELEKTRONIZÁCIA VZDELÁVANIA SESTIER AKO PERSPEKTÍVA A VÝZVA	
JANKECHOVÁ Monika, KOLLÁROVÁ Lívia, LIBOVÁ Ľubica	109
VODCOVSTVO V POVOLANÍ SESTRA	
JAVORKOVÁ Eva	118
KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV PO NÁHRADÁCH BEDROVÝCH KLBOV	

KILÍKOVÁ Mária	128
TRADÍCIA PRACOVNÉHO OBLEČENIA A PERSPEKTÍVY VÝVOJA UNIFORMY SESTIER AKO SYMBOL OŠETROVATELSTVA	
KRATOCHVÍL Tomáš.....	143
EVALUACE POUŽÍVÁNÍ VYBRANÝCH KONCEPČNÍCH MODELŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	
KUBRICZKÁ Beata	152
GULLIAN – BARRÉHO SYNDRÓM Z POHLADU SESTRY	
KVASNIČKOVÁ Věra, KILÍKOVÁ Mária	159
KONCEPT HUMANISMU A MÍRA JEHO IMPLEMENTACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	
LATKOVÁ Kateřina	175
INFORMOVANOST SESTER O VÝBĚROVÝCH ŘÍZENÍCH NA MANAŽERSKÉ POZICE KLINIK	
LAZOVÁ Adriana, CVECHO Marek, KUZMIAKOVÁ Mária	183
KÚPELNÁ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPELOCH PIEŠŤANY V KONTEXTE ZMIEN	
LIBEŠOVÁ Lucie, MANIAKOVÁ Dáša	185
HISTORIE LÁZEŇSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	
NOSIANOVÁ Martina	193
KULTURNÍ ASPEKTY V USPOKOJOVÁNÍ SPECIFICKÝCH POTŘEB U PACIENTŮ ISLAMSKÉHO VYZNÁNÍ	
PLATILOVÁ Markéta, KILÍKOVÁ Mária	210
VZNIK A VÝVOJ VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE SV. ALŽBETY BRATISLAVA A DETAŠOVANÉHO PRACOVISTĚ ÚSTAVU SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM	
PRUCHOVÁ Dominika, BOLEDOVIČOVÁ Mária, MACHOVÁ Alena	232
ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ – PŘEHLEDOVÁ STUDIE	
SCHÖNBAUEROVÁ Andrea, BOLEDOVIČOVÁ Mária	242
VÝVOJ PÉČE O NOVOROZENCE PO NAROZENÍ OD 1. POLOVINY 19. STOLETÍ PO SOUČASNOST	
SOTNEROVÁ Petra	253
DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCKÝCH ZAŘÍZENÍCH V ÚSTECKÉM KRAJI	
STÁRKOVÁ Blanka	272
SPECIFIKA NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE U KULTURNĚ ODLIŠNÝCH ETNIK	

ŠOPÍKOVÁ Martina	288
JAK PŘEDEJÍT MEDIKAČNÍMU POCHYBENÍ?	
ŠULCOVÁ Petra, KORCOVÁ Soňa	290
HISTORIE, SOUČASNOST A BUDOUCNOST LÁZNÍ V MARIÁNSKÝCH LÁZNÍCH	
VAVROVÁ Dagmar	307
KOMPLEXNÁ KÚPEĽNÁ LIEČBA A JEJ VPLYV PRI UDRŽIAVANÍ A PODPORE ZDRAVIA	
ZAMBORIOVÁ Mária, SIMOČKOVÁ Viera	325
PSYCHICKÁ ZÁŤAŽ ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV PRACUJÚCICH V HOSPICOCH	

POSTEROVÁ ČASŤ

BORSÍKOVÁ Anna, KABÁTOVÁ Mária, TRAJČÍK Slavomír	338
VYVÁŽENÁ STRAVA AKO SÚČASŤ KOMPLEXNEJ KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI	
KRIŽAN Štefan, VALOVIČ Roman, BALÁŽIKOVÁ Emília	349
KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE V ŠTATISTIKÁCH	
MANIAKOVÁ Dáša, LIBEŠOVÁ Lucie	354
LÁZEŇSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2014	
RAKOVÁ Jana	360
PROBLEMATIKA OŠETROVATEĽSKÉHO VÝSKUMU Z POHLADU SESTIER	
VALKOVÁ Monika	370
BEZPEČNOSŤ PACIENTA A MANAŽMENT RIZÍK	

PREDHOVOR

Vážené kolegyne, vážení kolegovia,

zborník s príspevkami, ktoré odznali na celoslovenskej konferencii s medzinárodnou účasťou PIEŠŤANSKÝ DEŇ OŠETROVATEĽSTVA, ktorú v dňoch 21.- 22.apríla 2016 organizovali SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s. v spolupráci s Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sály Salkaháziovej v Rožňave a Ústavom sv. Jana N. Neumanna, Příbram, Česká republika a Univerzitou Pavla Jozefa Šafárika, Lekárskou fakultou, Ústavom ošetrovateľstva Košice prináša prehľad histórie a zmien v ošetrovateľstve a kúpeľnej starostlivosti. Ústrednou témou konferencie boli tradície a perspektívy v ošetrovateľstve premietnuté do multikultúrnej, kúpeľnej starostlivosti a kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Účastníci konferencie na medzinárodnej úrovni prezentovali svoj postoj k daným témam, vlastné poznatky, skúsenosti, výsledky výskumov a práve široký obsahový záber konferencie poukazuje na opodstatnenosť, na kvalitatívny posun v pohľade na nutnosť čerpať z histórie, sledovať zmeny, previazať teóriu s praxou a výskumom.

Ošetrovateľstvo ako vedný odbor a aj ošetrovateľská prax, rovnako ako kúpeľná starostlivosť podlieha celosvetovej globalizácii. Je potrebné sledovať nové trendy, ktoré tento fenomén prináša a neustále sa prispôsobovať novým požiadavkám. Už profesorka Leiningerová v roku 1960 vizionársky predpovedala, že ošetrovateľská starostlivosť a kultúra musia byť zmysluplne prepojené, nakoľko zvýšená migrácia ľudí v 21. storočí spôsobí potrebu po znalostiach v starostlivosti o kultúrne odlišných jedincov.

Konferencia bola určená nielen sestram v praxi, ale aj študentom študijného programu ošetrovateľstvo a nelekárskym zdravotníckym pracovníkom s cieľom vymeniť si vedecké a praktické poznatky a informácie. Pre nás všetkých je dôležité čítať si tradície, vedieť čerpať z histórie, tušiť perspektívy a implementáciou nových trendov poskytovať pacientom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Ceníme si všetkých príspevkov a ďakujeme ich autorom za spoluprácu. Za organizačný výbor konferencie si dovoľujem vysloviť presvedčenie, že myšlienky, ktoré účastníci na konferencii počuli, budú aj prostredníctvom tohto zborníka odovzdávané, prezentované, stanú sa námetom pre mnohé odborné diskusie a aplikované do ošetrovateľskej praxe a vzdelávania.

PhDr. Viera Hulková, PhD.

VERTEBROGÉNNY ALGICKÝ SYNDRÓM AKO INDIKÁTOR ZÁŤAŽE SESTIER

DIMUNOVÁ Lucia

ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť problematiku vertebrogénneho algického syndrómu u sestier a uviesť výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na zistenie jeho výskytu a možné rizikové faktory pracovného prostredia, ktoré ho môžu ovplyvňovať. Súbor tvorilo 489 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Na zber údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník. Zber dát prebiehal on-line formou prostredníctvom portálu Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Výsledky prieskumu poukazujú na vysoký výskyt vertebrogénneho algického syndrómu u 49% (n=238) sestier. Vplyv typu oddelenia a práce na zmeny ako rizikových faktorov v súvislosti so vznikom vertebrogénneho algického syndrómu sa nejavý ako signifikantný. Výsledky prieskumu naznačujú problémy súvisiace s vertebrogénnymi ochoreniami u sestier v klinickej praxi a poukazujú na potrebu doplnenia pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania zameraného na prevenciu vertebrogénnych ochorení u sestier.

Kľúčové slová: Práca na zmeny. Pracovné prostredie. Sestry. Vertebrogénny algický syndróm.

ÚVOD

Vertebrogénny algický syndróm (VAS) je definovaný ako skupina ochorení, u ktorých je hlavným patogénnym činiteľom porucha chrbtice (Martuliak, 2006). Predstavuje degeneratívne zmeny na intervertebrálnych diskoch a telách stavcov, kĺbov, svalstve a väzoch chrbtice (Vojtašák, 2006). V užšom slova zmysle sú to ochorenia chrbtice spôsobené funkčnými alebo štrukturálnymi zmenami, u ktorých je dominantným symptómom bolesť (Martuliak, 2006). Pri komplexnom pohľade autori Malay, Nevolná (2014) uvádzajú, že tieto štrukturálne zmeny sú prevažne v dôsledku nerovnomernej záťaže pohybového aparátu, v dôsledku svalovej nerovnováhy. Vertebrogénne ochorenia patria medzi najčastejšie ochorenia pohybového aparátu (Knap a kol., 2009). Európska agentúra pre bezpečnosť a zdravie pri práci (EU-OSHA, 2015) uvádza, že ochorenia pohybovo – podporného systému patria k najčastejším ochoreniam súvisiacich s prácou.

Pracovné faktory môžu zapríčiniť vznik poškodenia, spôsobia zhoršenie alebo recidívu už v minulosti vzniknutých ťažkostí. Rizikové faktory, ktoré vplývajú na vznik vertebrogénnych ochorení môžu predstavovať dvíhanie a nosenie bremien, prácu vo vynútenej polohe ale taktiež môže ísť o pôsobenie psychosociálnych vplyvov ako je nízka sociálna podpora, nedostatočná organizácia práce a pod.

Povolanie sestry predstavuje výkon zdravotníckeho profesionála, ktorý poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v rámci svojich povinností a kompetencií, vymedzených rozsahom ošetrovateľskej praxe (Žiaková a kol., 2009). Sestry vykonávajú závislé, nezávislé a súčinné činnosti s vysokou mierou autonómie a zodpovednosti (Raková a kol., 2006). Pracujú v nepretržitej prevádzke v prostredí, ktoré prináša rôzne riziká. Autorky Beťková, Kórnyiová (2015) poukazujú, že na pracovný výkon najviac pôsobí psychická záťaž ako rizikový faktor pracovného prostredia, najviac pochybení sa vyskytlo v dennej zmene a dôvodom prečo pochybenie vzniklo bola neefektívna komunikácia. Ako najviac stresujúce sú pracovné preťaženie, práca v časovej tiesni, stretávanie sa s umierajúcimi pacientmi a smrťou, vyrovňovanie sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín (Sováriová Soósová, Varadyová, 2012). Na psychickú a fyzickú záťaž sestier má vplyv aj typ oddelenia, zdravotný stav pacientov, počet sestier v pracovnej zmene, počet pomocného zdravotného personálu, dostupnosť pomôcok či organizácia práce (Sušinková, Sováriová Soósová, 2011). Všetky tieto faktory vplývajú na zdravotný stav sestier a môžu byť spúšťačom rôznych somatických a psychických ochorení.

V našom príspevku sme sa zamerali na poruchy chrbtice a pohybového aparátu, ktoré vznikajú u sestier z niekoľkých dôvodov. Medzi hlavné patrí fyzická námaha, ktorá sa spája s manipuláciou pacientov - konkrétne polohovanie, dvíhanie, vysádzanie, presuny, výkony hygieny a ďalšie ošetrovateľské intervencie, ktoré sestra vykonáva väčšinou v predklone a vo vynútených polohách. Ďalšou oblasťou fyzickej námahy je dlhodobé státie a množstvo administratívnych úkonov. Výsledky z viac než 80-tich zahraničných štúdií uvádzajú, že poškodenie chrbtice u sestier má celosvetovú prevalenciu približne v 17%, ročnú 40-50% a celoživotnú prevalenciu 35-80% (Nelson et al., 2006).

Cieľom nášho prieskumu bolo zmapovať, aký je výskyt vertebrogénneho algického syndrómu (VAS) u sestier v klinickej praxi. Následne sme zisťovali, či typ oddelenia a práca na zmeny majú vplyv na častosť výskytu VAS u sestier.

MATERIÁL A METODIKA

Súbor tvorilo 489 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Ako metóda bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Zber údajov bol realizovaný v roku 2014. Výskum sa uskutočňoval on-line formou prostredníctvom portálu národnej stavovskej organizácie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) na základe písomného schválenia. Po prihlásení sa do portálu SKSaPA mohli sestry dotazník vyplniť pomocou linku v svojej mailovej schránke. Účasť na prieskume bola dobrovoľná a anonymná. Získané údaje boli spracované deskriptívne a na overenie hypotéz bol použitý jednorozmerový *t-test*.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Sledovaný súbor tvorilo 489 sestier. Priemerný vek respondentov bol 43 rokov ($SD \pm 10,59$), najmladší mal 19 rokov a najstarší 65 rokov. Priemerná dĺžka praxe 22 rokov ($SD \pm 9,93$), najkratšie odpracované obdobie bol 1 rok a najdlhšie 45 rokov. Súbor tvorilo 476 (97%) žien a 13 (3%) mužov.

V úvode dotazníka sme sa zamerali na zistenie výskytu diagnostikovaných vertebrogénnych ochorení u sestier. Najvyšší podiel zastupoval vertebrogénny algický syndróm (VAS), ktorý označilo 238 (49%) sestier, lumboischiatickým syndrómom (LIS) uviedlo 91 (19%) respondentov. Štruktúrne zmeny chrbtice ako skoliózu, blokádu LS chrbtice, degeneratívne zmeny na stavcoch a výskyt hernie platničky uviedlo 124 (24%) sestier. Žiadne vertebrogénne ochorenie nemalo diagnostikovaných 96 (20%) sestier. Tieto údaje sme nemali možnosť overiť v zdravotnej dokumentácii a z tohto dôvodu ich interpretujeme ako subjektívne. Avšak aj napriek tejto skutočnosti sú zistené fakty alarmujúce a svedčia o závažnosti sledovanej problematiky a nutnosti posilnenia prevencie v tejto oblasti. Problematikou vertebrogénnych ochorení u sestier sa zaoberajú viacerí autori (Ištoňová, 2012; Bednár, Majerníková, 2012; Bednár, 2010; Simon et al., 2008; Ištaňová a kol., 2008), ktorých zistenia sú v zhode s našimi výsledkami.

Keďže výskyt vertebrogénneho algického syndrómu bol zastúpený v najvyššom počte výskytu až 49% ($n=238$) sestier, zaujímalo nás, ktoré faktory pracovného prostredia môžu ovplyvňovať výskyt tohto ochorenia u sestier v súvislosti s výkonom ich povolania.

Jedným z rizikových faktorov pracovného prostredia v povolaní sestry je typ oddelenia, na ktorom pôsobí.

Percentuálne zastúpenie počtu sestier pracujúcich na jednotlivých oddeleniach je znázornené v tabuľke č. 1. Môžeme skonštatovať, že najčastejšia frekvencia výskytu VAS je u sestier pracujúcich na štandardných lôžkových oddeleniach. Tento nami zistený údaj je v zhode s výsledkami Komačekovej (2009), ktoré poukazuje na časté bolesti chrbta u sestier pracujúcich práve na štandardných oddeleniach.

Tabuľka č. 1

Typ oddelenia	n (%)
štandardné lôžkové oddelenie	65 (34,6)
oddelenie intenzívnej starostlivosti	30 (16,0)
ambulantné zložky	55 (29,3)
oddelenie následnej starostlivosti	38 (20,1)

Zisťovali sme, či miera výskytu VAS u sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach je častejšia ako u sestier pôsobiacich v ambulantnej starostlivosti. Na overenie tohto predpokladu sme použili *t-test* na hladine významnosti $p=0,05$, výsledná hodnota $t = -4,9071$ naznačuje, že tento predpoklad sa nepotvrdil (tabuľka č. 2). Na podobné výsledky uvádza aj Bednár (2010) keď v skupine sestier pracujúcich pri lôžku pacienta udávalo 64,2% bolesti chrbta a v ambulancii trpelo bolesťami 60,0% sestier.

Sestry v nami sledovanom súbore pracovali v jednozmennej prevádzke $n = 79$ (42,02%) a v nepretržitej prevádzke (t.j. aj na nočné zmeny) $n = 109$ (57,98%). Zisťovali sme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi výskytom VAS a prácou na zmeny, teda či je práca na zmeny rizikovým faktorom vzniku ochorenia VAS. Na overenie predpokladu sme využili *t-test* na hladine významnosti $p=0,05$. Výsledok šetrenia je $t = -11,6418$, čo značí, že tento vzťah je nesignifikantný (tabuľka 2).

Tabuľka č. 2

Faktory pracovného prostredia	<i>t- test</i>
typ oddelenia	$t = -4,9071$ n.s.
práca na zmeny	$t = -11,6418$ n.s.
n.s. nesignifikantný vzťah	

ZÁVER

Samotný výskyt vertebrogénnych ochorení u sestier poukazuje na potrebu posilnenia prevencie. Existuje množstvo intervenčných programov zameraných na prevenciu bolesti chrbta ako sú napr. škola chrbta, McKenzie metóda, metóda funkčnej stabilizácie a mobilizácie chrbtice - SM systém. V prevencii bolestí chrbta u sestier sa ako účinná javí napr. jogová zostava Khatu pranám (Bednár, 2014). V závere je nutné poukázať na skutočnosť, že len viacrezortnou spoluprácou a komplexným interdisciplinárnym prístupom je možné stúpajúci trend vo výskyte vertebrogénnych ochorení zvládnuť, načo upozorňuje aj Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BEDNÁR, R. 2014. Jogová zostava Khatu pranám účinná v prevencii bolestí chrbta sestier. In *Rehabilitace a Fyzikální lékařství*. 2014, roč. 21, č. 3, s. 141-150.

BEDNÁR, R., MAJERÍKOVÁ, G. 2012. Psychosocial strain in nurses as a risk factors of back pain. In *Lekársky obzor*. 2012, vol. 61, no. 4, p. 122-126.

BEDNÁR, R. 2010. Nurse load as the predictors of the spine pain. In *Rehabilitace a Fyzikální lékařství*. 2010, vol. 17, no.4, p. 194-201.

BEŤKOVÁ M., KÖRNYIOVÁ D. 2015. Rizikové faktory pracovného prostredia a ošetrovateľské pochybenia. In *Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami* : zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Piešťanský deň ošetrovateľstva, Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 2015, s.219. ISBN 978-80-8132-137-5.

EU-OSHA. Poškodenia podporno-pohybovej sústavy. [online]. 2015. [2015-12-29]. Dostupné na internete: <https://osha.europa.eu/sk/themes/musculoskeletal-disorders>.

IŠTOŇOVÁ, M. 2012. Pracovné riziká sestier v kontexte porúch muskuloskeletárneho systému a ergonomických aspektov. In *Quo vadis zdravotníctvo* : zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou [online]. Prešov : PU v Prešove, 2012, s. 93

[2015-10-29]. ISBN 978-80-55. Dostupné na internete:

<http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6>.

IŠTOŇOVÁ, M., PALÁT, M., ČECHOVÁ – ŠPIRKOVÁ, A. 2010. Ergonómia a prevencia v práci sestry. In *Globalizácia a kvalita života a zdravia: zborník príspevkov V. vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. [CD-ROM]. Košice: Equilibria a.s., 2010. s. 95-99. ISBN 978-80-89284-66-5.

KNAP, V., IŠTOŇOVÁ, M., ORAVCOVÁ, K. 2009. Vertebrogénny algický syndróm – kvalita života. In *Kvalita života a zdravia: zborník IV. Vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2009. ISBN 978-80-8927-165-8. s. 128-134.

KOMAČEKOVÁ, D. 2009. *Fyzická a psychická záťaž pri poskytovaní ošetrovateľskej péče – prevence, ochrana a podpora zdravia sestry*. In *Sestra 7-8/2009*. [online]. 2014. [citované 2014-10-14]. Dostupné na internete: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pace-pr-435429>.

MALAY, M., NEVOLNÁ, T. 2014. Vertebrogénne algické syndrómy a možnosti ich ovplyvnenia pohybovými aktivitami. In *Zdravotnícke listy*. 2014. roč. 2, č. 3, s. 6-12.

MARTULIAK, I. 2006. Možnosti algeziológie v liečbe bolestí v krížoch. In *Via practica*. 2006. roč. 3. č. 4. s. 177-180.

NELSON, A., MATZ, M., CHEN, F. et.al. 2006. Development and evaluation of multifaceted ergonomics with patient handing tasks. In *International Journal of Nursing Studies*. 2006. vol.43, no.6, p.717-733

RAKOVÁ, J. a kol. 2006. Implementácia Royovej modelu v súčasnej ošetrovateľskej praxi. In *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov : FZaSP bl. P.P. Gojdiča, 2006. ISBN 80-969449-1-6. s. 183-186.

SIMON, M., TACKENBERG, P., NIENHAUS, A., et al. 2008. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospital, nursing homes and home care seven countries – results

from European NEXT-Study. In *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no.1, p. 24-34.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., VARADYOVÁ A. 2012. Stres v práci sestry a možnosti jeho redukcie. In *Monitor medicíny SLS*. ISSN 1338-2551, 2012, č. 1-2.

SUŠINKOVÁ, J., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2011. Závažnosť sester v súvislosti s uspokojovaním ľudských potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľstvo - Pohyb – Zdravie*. Trenčín : Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2011. ISBN 9788080754877. s.194-203.

VOJTAŠÁK, J. 2006. *Ortopédia a traumatológia*. Bratislava : Slovak Academic Press. 2006. 577 s. ISBN 80-89104-95-9.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009. 218s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktná adresa autora:

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP č.1 040 01 Košice

e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

ABSTRAKT

Predmetom príspevku je priblížiť starostlivosť o rany v historickom kontexte od ranných dejín po súčasnosť a poukázať na perspektívy v ošetrovaní chronických rán. Cieľom príspevku je vyzdvihnúť efektívnosť využitia moderného terapeutického krytia a hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Príspevok poskytuje základné informácie o larvoterapii, ako o metóde, ktorej využitie predstavuje ďalší pokrok v modernom prístupe k ošetrovaniu rán. Aplikácia hyperbarickej oxygenoterapie ako dopĺňajúcej liečby v súčinnosti s využitím moderného terapeutického krytia má v procese hojenia rán pozitívne účinky na konečný výsledok liečby, čo prezentujeme kazuistikou s fotodokumentáciou. V prezentovanom prieskume sme skúmali využitie moderného terapeutického krytia v starostlivosti o rany a informovanosť sestier o využití hyperbarickej oxygenoterapie. Na dosiahnutie cieľov prieskumu sme zvolili dotazníkovú metódu a oslovili sme osemdesiatich respondentov. Získané údaje sme vyhodnotili kvalitatívnou a kvantitatívnou analýzou, v závere predkladáme odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Hyperbarická oxygenoterapia. Larvoterapia. Moderné terapeutické krytie. Starostlivosť o rany. Úloha sestry.

ÚVOD

Ošetrovanie rán prekonalo v histórii obrovský vývoj. Súčasný pohľad na manažment rán sa už neobmedzuje len na výber konkrétneho postupu či krytia, ale terapiu vníma komplexne a zároveň individuálne. Proces hojenia rán je prirodzený jav. Vďaka dodržiavaniu preventívnych opatrení a ošetrovaniu pomocou moderných obvazových materiálov, hyperbarickej oxygenoterapie, larvoterapie a iných moderných metód možno zvýšiť kvalitu života pacienta s ranou. Hlavným prínosom hyperbarickej oxygenoterapie je podpora procesov hojenia. Pri problematických ranách môže vhodne indikovaná hyperbarická oxygenoterapia znamenať záchranu končatiny, ktorú by z chirurgického hľadiska bolo nutné amputovať.

Žijeme v dobe, keď by už pre sekundárne sa hojace rany nemal pacient trpieť. No zatiaľ je realita iná. V oblasti starostlivosti o rany ustavične prebieha značný vývoj. Okrem vyššie uvedených postupov sa v praxi využívajú aj laserová terapia, liečba pomocou biolampy, pneumatickými prístrojmi, chirurgické plastiky, transplantácie kože a bunková terapia (Tereková a kol., 2004). Aby poskytovanie starostlivosti o rany bolo na čo najvyššej úrovni, mali by sme vziať do úvahy výsledky výskumov a klinické trendy. Uvádzané fakty nás viedli k napísaniu predkladaného príspevku. Sestra by mala mať teoretické vedomosti a praktické zručnosti v oblasti starostlivosti o rany, nevynímajúc spôsobilosti v oblasti moderných ošetrovateľských a terapeutických postupov.

OŠETROVANIE RÁN

„Ako ranu (vulnus) označujeme každé porušenie súvislosti kože, sliznice alebo povrchu niektorého orgánu“ (Bakoš, 2006, s. 13). Rany s poškodením len povrchových vrstiev označujeme ako jednoduché rany a rany, pri ktorých sú poškodené aj vnútorné orgány alebo nervovocievne zväzky označujeme ako rany komplikované. Pri každej rane je potrebné popísať jej lokalizáciu, veľkosť, tvar, smer, okraje a hrúbku, u hlbších rán aj vzťah k priľahlým orgánom alebo anatomickým štruktúram.

Rany sa rozdeľujú na akútne rany – pri ich vzniku sa predpokladá pôsobenie vonkajších činiteľov, ktoré vedú k poškodeniu kože a mäkkých tkanív. Hoja sa primárne, v krátkom čase (do 6 týždňov) a bez výrazných komplikácií. Chronické rany sú také, ktoré neprejavujú tendenciu k zahojeniu pri adekvátnej terapii 6 – 9 týždňov. Normálny reparačný proces hojenia je pri tomto type rán narušený, dochádza k poruche hojenia rany. Najčastejšou príčinou nehojajúcich sa rán je infekcia v rane, pridružené ochorenia, či celkový stav pacienta.

„Hojenie rán je fyziologický proces, pri ktorom dochádza k obnove porušenej štruktúry a funkcie kože“ (Bureš, 2006, s. 11). Primárne hojenie je charakterizované hojením rany so zachovaním pôvodných štruktúr, s minimálnou tvorbou väziva. Sekundárne hojenie rany je spojené s tvorbou granulačného tkaniva a so sekundárnou adaptáciou okrajov rany stiahnutím, hojí sa jazvou. Fázy hojenia sú exsudatívna, granulačná a reparačná. Exsudatívna, zápalová, čistiacia - v prvej fáze hojenia rany je cieľom organizmu odstrániť z rany všetky nežiaduce zložky. Dochádza k rozvoju zápalu, pre ktorý je charakteristický opuch, sčervenanie, bolesť, zvýšená teplota a porušená funkcia postihnutého miesta.

Granulačná, proliferačná fáza - v rane sa tvoria nové krvné cievy, ktoré zabezpečujú zásobenie jazvy krvou. Postupne sa začínajú množiť fibroblasty, tvorí sa kolagén, ktorý spevňuje ranu. Ak ranu vyplní granulačné tkanivo, rana sa začne uzavierať. Reparačná, epitelizačná fáza - je konečnou fázou hojenia rany. Faktory ovplyvňujúce hojenie rán možno rozdeliť do dvoch skupín, na vnútorné a vonkajšie. Ich poznanie je dôležité pre pochopenie patofyziológie hojenia rán. Rozpoznanie týchto faktorov má význam pre správnu voľbu lokálnej i celkovej terapie. Medzi vnútorné faktory patrí stav výživy, dostatok kyslíka a živín v hojaciach sa tkanivách, neadekvátne zápalové reakcie organizmu a vek. Medzi vonkajšie faktory patrí infekcia, farmakoterapia, nekróza, fyzikálne a chemické vplyvy.

Cieľom každého ošetrovania rany je čo najrýchlejšia funkčná regenerácia, prípadne reparácia poškodeného tkaniva, pretože „hojenie rán je prejavom schopnosti kože regenerovať epitel a zároveň obnovovať väzivové a podporné tkanivo“ (Tereková a kol., 2004, s. 8). Najčastejšie používaná metóda ošetrovania rán je ošetrovanie pomocou obväzu. Okrem ochrany rany môže obväz aktívne ovplyvňovať priebeh jej hojenia tým, že ju čistí, vytvára v nej vhodnú mikroklimu a udržiava ju v kľude. Miera v akej konkrétny obväz vyhovuje špecifickému procesu hojenia rany, závisí od vlastností použitého materiálu. Základné požiadavky na krytie rany sú absorpčná schopnosť, kapacita obväzu, priepustnosť pre plyny a znášateľnosť obväzov s ranou. Najčastejšie využívané spôsoby ošetrovania rán sa v praxi delia na suché a vlhké. Suché ošetrenie rán sa vykonáva v rámci prvej pomoci u primárne sa hojajúcich rán uzatvorených stehmi. Takéto ošetrenie zabezpečí ochranu pred sekundárnou infekciou a mechanickou iritáciou. Vlhké ošetrenie rán sa považuje za štandard pri ošetrovaní všetkých sekundárne sa hojajúcich rán s potrebou tvorby granulačného tkaniva na vyplnenie defektu (Vallusová, Labodová, 2001).

HISTORICKÝ POHĽAD NA STAROSTLIVOSŤ O RANY

Prvé zmienky o hojení rán pochádzajú z obdobia pred viac ako 25 000 rokov. Svedčí o tom najstaršia jaskynná kresba popisujúca hojenie rán. Ďalším dôkazom sú hlinené doštičky staré viac ako 4000 rokov, pochádzajúce z oblasti starovekej Mezopotámie. Starodávni šamani ošetrovali najmä rany, ktoré vznikli pri love, či boji. Používali antiseptiká ako sú med a cukor, ranu pred nečistotou chránili oplachovaním vodou, na hojenie používali balzamy, masti a bylinky ako aloe, skorocel, podbeľ, dokázali tiež uzavrieť ranu stehmi. Ako krytie používali tkaninu – súkno, neskôr plátno. V indickej medicíne používali v starostlivosti o rany mravce, ktoré nechali svojimi zúbkami zahryznúť do okrajov rany, potom im odtrhli

hlavičky. Týmto spôsobom fixovali oba okraje rany podobne ako stehy. Prvé poznatky o účinnosti terapie rán pomocou lariev pochádzajú z mayskej a čínskej kultúry. Mayovia namáčali tkaniny v krvi dobytká, nechali ich na slnku a neskôr vložili do rany. O niekoľko dní sa v rane rozmnožili larvy, ktoré infikované rany čistili. Prvou písomnou zmienkou o diagnostike a liečbe chirurgických ochorení je Smithov papyrus. Autor starovekých textov preukázal pozoruhodné medicínske vedomosti. Vznik dokumentu sa datuje asi do roku 1 600 pred n. l. Tento papyrus je jedinečný, nakoľko v Ebersovom papyruse sú texty založené na mágii, no papyrus Edwina Smitha predstavuje racionálny a vedecký prístup k medicíne. Hippokrates (460-370 pred n. l.) vytvoril koncept primárneho a sekundárneho hojenia rán a ako prvý vyzdvihol význam kompresívnej terapie v starostlivosti o chorých s vredom predkolenia.

Chirurgia ako medicínsky odbor sa významne rozvíjala do 3. storočia n. l. Potom začal vývoj chirurgie stagnovať, dokonca upadať, pomaly nadchádzala doba temného stredoveku.

Opätovný rozvoj odboru nastal až v období novoveku. Významnou osobnosťou v súvislosti s ošetrovaním rán bol Ambroise Paré (1517 – 1590). Odmietol vypaľovanie rán horúcim železom, položil základy správneho ošetrovania poranení a amputácií, využil čistenie rán larvami. V tomto období sa používali na krytie rán celulóza a bavlna, ktoré nasávali sekrét a bránili znečisteniu rany. Používala sa gáza napustená vazelínou a na zlepšenie hojenia sa prikladali strieborné plátky. K záveru, že infekciu rán spôsobujú mikroorganizmy prišiel chemik Louis Pasteur. Na jeho výskumy nadviazal anglický lekár Joseph Lister (Schott, 1994).

V 20. storočí sa do praxe zaviedli nové obväzové materiály. Začiatkom 60. rokov minulého storočia nastal obrat v starostlivosti o rany. Vlhké hojenie prinieslo zmiernenie bolesti a skrátenie hojenia rany u pacienta. Za zakladateľa modernej larválnej terapie je považovaný Wiliam Baer, profesor ortopedickej chirurgie v USA. Bol priekopníkom používania sterilných lariev, neskôr široko uznávanej metódy hojenia rán.

MODERNÉ KRYTIE RÁN

Moderné krytie rán pacientom zabezpečuje nielen vhodné prostredie na hojenie rany, ale aj komfort, pretože sa obväzy ľahšie snímajú a dôležitý je aj predĺžený interval prevázov. Výber obväzového materiálu závisí od typu rany. K ošetrovaniu nehojajúcich sa rán sa používajú rôzne druhy prípravkov.

Hydrogély - gél dokáže rehydratovať spodinu rany, podporuje ohraničenie nekrózy, uľahčuje jej odstránenie. Používa sa v kombinácii s inými typmi obväzov (Hydrosorb gel, Tender Wet active cavity, Atrauman Ag, Actisorb Plus, Silvercel).

Hydrokoloidy – absorbujú exudát, indikátorom výmeny je vykľutie obväzu. Toto krytie sa využíva pri málo až stredne secernujúcich ranách vo fáze granulácie a epitelizácie, nemožno ich používať pri infikovaných ranách (Granuflex, Hydrocol, Comfeel Plus, Adaptic).

Hydropolyméry – sú podobné hydrokoloidom. Po aplikácii obväz kopíruje reliéf rany, dochádza k mechanickému masírovaniu spodiny rany a k absorpcii prebytočného exudátu. Používa sa pri ranách mierne secernujúcich, neinfikovaných, na podporu granulácie a epitelizácie (Tielle).

Absorbenty s preplachovým účinkom - sú určené na ošetrovanie rán vo fáze čistenia a granulácie (Tender Wet).

Algináty – sú netkané vlákna z morských rias, ktoré absorbujú tekutinu z rany a vytvárajú rôsol. Používajú sa pri stredne až silno secernujúcich ranách. Vhodné sú pre infikované okraje rany, ktoré potrebujú druhotné krytie (Sorbagon, SeaSorb Soft, Kaltostat).

Semipermeabilné filmy – ide o tenké krytie, ktoré po priložení adheruje len na kožu, nie na ranu. Pôsobia ako bakteriálna bariéra. Ide o transparentné a ranu vizuálne kontrolovateľné krytie (Cutifilm, Bioclusiv, Suprasorb F).

Antiseptické obväzy – sa využívajú v profylaxii a terapii lokálnej infekcie, pretože sú napustené antibakteriálnou látkou. Potrebujú druhotné krytie. Chránia granulačné tkanivo a umožňujú voľný prechod exudátu (Inadine, Betadine masť).

Obväzy s aktívnym uhlím a striebrom – aktívne uhlie absorbuje mikroorganizmy a striebro svojimi antibakteriálnymi účinkami ničí baktérie absorbované na uhlík. Používajú sa pri silno secernujúcich a zápachajúcich ranách (Actisorb) (Mazanová, 2012).

HYPERBARICKÁ OXYGENOTERAPIA

Hyperbarickej oxygenoterapii je v posledných rokoch vo svete venovaná veľká pozornosť. Je to liečebná metóda, ktorá často prekvapivo rýchlo zlepši zhoršený celkový zdravotný stav pacientov. Jej použitie je často indikované vtedy, keď už ostatné terapeutické metódy zlyhali.

„Je vedecky dokázané, že zvýšená dodávka kyslíka do tkanív ochudobnených o kyslík zlepšuje metabolické, obranné, hojivé, regeneračné poruchy“ (Krutý, 1997, s.8). Hyperbarická oxygenoterapia (ďalej „HBO“) posilňuje prirodzené procesy hojenia v organizme

pomocou dýchania 100 %-ného kyslíka pri zvýšenom tlaku v špeciálne upravenej komore. Hladina kyslíka v krvi pacienta je zvýšená niekoľko násobne nad normálnu hodnotu, čo je veľmi dôležité pri vysporiadaní sa organizmu s infekciou, poranením alebo celkovým ochorením. Pri HBO sa kyslík rozpúšťa vo všetkých telesných tekutinách – v plazme, mozgovo-miechovom moku, lymfe a takto môže byť transportovaný aj na miesta so zníženou alebo úplne zablokovanou cirkuláciou krvi (Leichenbergová, 2011). Poškodené tkanivá získajú vysokú dávku kyslíka, ktorý je nevyhnutný pre proces hojenia. Je to jednoduchý, neinvazívny a bezbolestný spôsob liečby.

„Ak je kyslík pod zvýšeným tlakom, pracuje ako liek, má terapeutické účinky na DNA aj iné časti buniek a zároveň v nich aj v okolitom tkanive spôsobuje trvalé zmeny“ (Harch, McCullough, 2007, s. 3). Kyslík sa v krvi nielen chemicky viaže na hemoglobín, ale sa v nej aj rozpúšťa. Výsledkom je vyššia ponuka kyslíka pre cieľové orgány, ktoré pre akúkoľvek príčinu trpia jeho nedostatkom. Nedostatočná úroveň kyslíka ovplyvňuje všetky bunky v organizme rovnakým spôsobom. Takmer každý priebeh choroby bez ohľadu na to, či ho spôsobila trauma, toxíny, porucha krvného obehu, nedostatok kyslíka a podobne, spôsobuje sekundárne poškodenie, ktoré je rovnaké a nezávisí od príčiny jeho vzniku. Nastávajú zmeny, ktoré často vedú k zničeniu tkaniva a celých orgánových systémov. Hyperbarická oxygenoterapia tak v konečnom dôsledku lieči nielen akútny zápalový proces, ale aj jeho následky. Poskytuje sa rovnakým spôsobom každému, bez ohľadu na stav, menia sa iba dávky, tlak kyslíka a čas strávený v komore. Je to vlastne druh holistickej medicíny, pretože pôsobí na celé telo človeka. Kyslík vniká do každej bunky tela a všetky poškodené oblasti sú v rovnakom čase vystavené jeho terapeutickému účinku (Harch, McCullough, 2007). Liečba sa vykonáva v jedno alebo viacmiestnych komorách. Jednomiestne komory sa plnia spravidla čistým kyslíkom, veľké barokomory sa plnia vzduchom a chorí inhalujú kyslík maskou (Bláha, 1997).

K najčastejším indikáciám liečby hyperbarickou oxygenoterapiou patria hemoragický a kardiogénny šok, otravy oxidom uhoľnatým, celková a miestna ischémia centrálného nervového systému, ischemická choroba dolných končatín, percepčná porucha sluchu, polytrauma, anaeróbná infekcia, dekompresná choroba, vzduchová embólia, skleróza multiplex, popáleniny a omrzliny, chronické rany (ulcus cruris, diabetická gangréna), osteomyelitída, proktokolitída, Crohnova choroba, coma vigile, anoxie mozgu.

„Hyperbarická oxygenoterapia rozširuje možnosti liečby kyslíkom. Je súčasťou komplexu využívaných liečebných prostriedkov v súčasnej klinickej praxi“ (Moricová, Krutý, 1997, s. 114).

Liečbu HBO terapie navrhuje a odporúča všeobecný lekár pre dospelých, alebo lekár špecialista v rámci liečby základného ochorenia po dohode s odborným lekárom hyperbarickej komory, ktorý rozhodne, či HBO terapia je indikovaná u konkrétného pacienta a určí počet liečebných expozícií. Dĺžka liečby, t. j. počet liečebných expozícií, závisí od diagnózy základného ochorenia a od vývoja klinického stavu pacienta počas liečby. Väčšinou sa odporúča 10 - 40 liečebných expozícií.

LARVÁLNA TERAPIA

Larválna terapia je využívaná najmä na čistenie a dezinfekciu chronických rán, ktoré sú pokryté povlakmi, sú vlhké a nekrotické. Efekt larválnej terapie je viditeľný veľmi rýchlo. Predstavuje ekonomický benefit, nakoľko znižuje spotrebu antibiotík a dokáže skrátiť dĺžku pobytu pacienta v nemocnici. Rýchly debridement rany, eliminácia infekcie z rany, skrátenie doby hojenia, prevencia amputácie, odstránenie zápachu z rany, skrátenie doby hospitalizácie, počtu ambulantných kontrol, nižšia spotreba antibiotík, to všetko patrí medzi výhody pre pacienta (Stryja, 2008). Larválna terapia pôsobí na ranu tromi efektami. Sú to debridement, dezinfekcia a zlepšenie hojenia rany. Debridement je odstránenie bunkových zvyškov a neživotaschopného nekrotického tkaniva z lôžka rany. Ďalším dôležitým efektom larvoterapie je dezinfekcia. Aplikácia lariev do infikovanej rany vyústi do rýchlej eliminácie infikujúcich mikroorganizmov a teda infekcie. Ďalšou fázou terapie je zlepšenie hojenia rán. Medzi charakteristiky larválnej terapie patrí rýchlosť hojenia a objavenie sa zdravého granulačného tkaniva. Na liečbu larvami *Lucilia sericata* sú vhodné nasledujúce typy rán: diabetické ulcusy, venózne ulcusy, neuropatické ulcusy, arteriálne/ischemické ulcusy, dekubity, osteomyelitída, rany po protéze kolena, infekcia v rane po operácii prsníkov, infikované strelné rany, popáleniny a nehojace sa chirurgické rany.

KAZUISTIKA

62-ročný muž sa lieči 10 rokov na diabetes mellitus 2 typu kompenzovaný diétou a inzulínom. Ochorenie mal pacient diagnostikované v auguste 2003. V septembri 2013 bola pacientovi vykonaná amputácia IV. prsta pravej nohy pre gangrénu. Ťažkosti súvisiace s diabetickou nohou začali koncom leta v roku 2013. Na nohe pacienta vznikla otvorená kožná lézia, ktorá sa nehojila a zväčšovala sa. Pacient bol hospitalizovaný na cievnej chirurgii FNsP v Nových Zámkoch, za účelom amputácie IV. prsta pravej nohy, rana sa hojí per

secundam. Vlhká terapia ordinovaná lekárom a aplikovaná 5 mesiacov bola neúspešná, následne bola pacientovi odporučená hyperbarická oxygenoterapia. Pacient absolvoval od marca 2014 oxygenoterapiu, s počtom 20 expozícií pre pes diabeticum so septickým stavom, gangrénou, ktorá si vyžadovala amputáciu IV. prsta pravej nohy. Po HBO sa rana na nohe úspešne zahojila.

Prostredníctvom rozhovoru sme posúdili pacientove potreby pred a po liečbe hyperbarickou oxygenoterapiou. Pacient zaujal pozitívny postoj k liečbe. Pri rozhovore sme sa zamerali nielen na jeho odpovede na naše otázky, ale aj na jeho neverbálne prejavy. Sledovali sme zmeny aj v oblasti uspokojovania psychických a sociálnych potrieb. Zistili sme, že zdravotný stav pacienta a kvalita jeho prežívania sa po absolvovaní oxygenoterapie zlepšili.



Obr. 1 Vzhľad nohy pred amputáciou prsta – september 2013

Zdroj: autorka



Obr. 2 Vzhľad nohy pred začatím
HBO - marec 2014

Zdroj: autorka



Obr. 3 Vzhľad nohy pred začatím
HBO – marec 2014

Zdroj: autorka



Obr. 4 Vzhľad nohy po 20 expozíciách HBO
Zdroj: autorka



Obr. 5 Vzhľad nohy – jún 2014
Zdroj: autorka



Obr. 6 Vzhľad nohy – júl 2014

Zdroj: autorka

PRIESKUM

V nami realizovanom prieskume v roku 2012 sme posudzovali využitie moderného terapeutického krytia v starostlivosti o rany a venovali sme sa skúmaniu informovanosti sestier o využití hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Na dosiahnutie stanoveného cieľa sme použili dotazník. Získané údaje sme vyhodnocovali kvalitatívnou a kvantitatívnou metódou v tabuľkách a grafoch. Prieskumnú vzorku tvorilo 80 respondentov, sestier pracujúcich na lôžkových chirurgických oddeleniach FNŠP v Nových Zámkoch, ktoré vyjadrili súhlas s realizáciou prieskumu.

INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV

Predpokladali sme, že moderné terapeutické krytie rán sa využíva v praxi frekventovanejšie ako tradičné metódy ošetrovania rán. Predpoklad sme overovali v dotazníku siedmimi položkami. V druhej položke sme zisťovali, ktoré typy rán respondenti ošetrujú najčastejšie. 37,50 % (30) sestier uviedlo, že najčastejšie ošetrujú aseptické operačné rany. Následne sme zisťovali, ktorú z tradičných metód využívajú pri ošetrovaní rán najčastejšie.

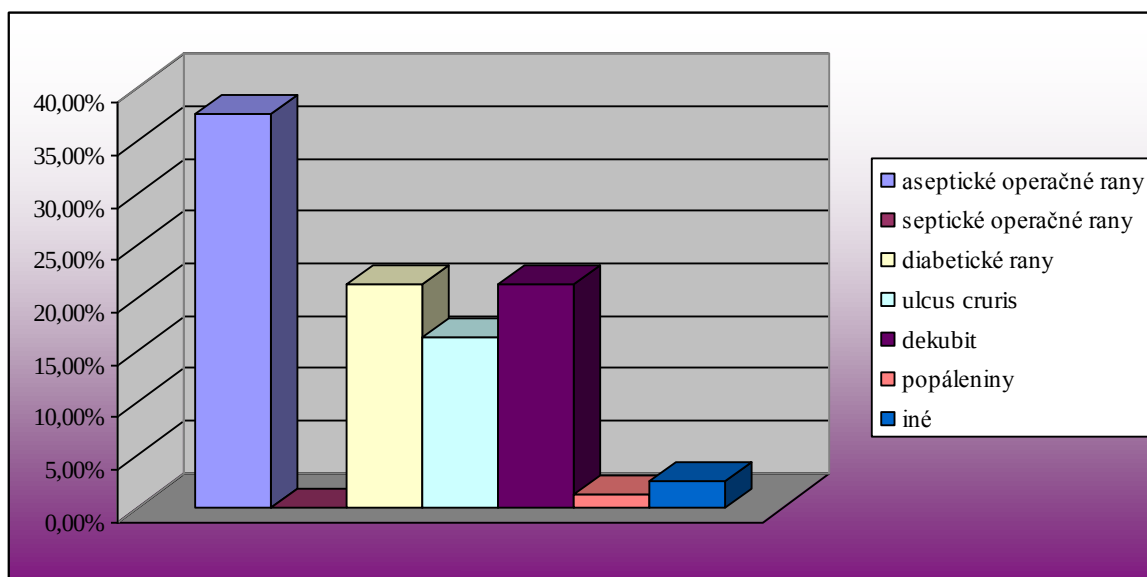
Zistili sme, že 93,75 % (75) sestier využíva aplikáciu Betadine roztok, Betadine masť a Inadine. Zaujímalo nás, ktorú z moderných metód ošetrovania rán sestry využívajú najčastejšie. 47,50 % (38) sestier uviedlo, že nepoužíva moderný obvazový materiál. Zistili sme, že 53,75 % (43) sestier nemá v ošetrovateľskej praxi možnosť porovnať tradičnú a modernú metódu pri ošetrovaní rán. 56,25 % (45) sestier si myslí, že má dostatok informácií o vlhkej terapii rán a 62,50 % (50) sestier uviedlo, že na ich pracovisku je dostupný informačný materiál o moderných metódach ošetrovania rán. Konštatujeme, že predpoklad vymedzený v našom prieskume nebol výsledkami prieskumu podporený.

Ďalším cieľom prieskumu bolo zistiť informovanosť sestier o využití hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Predpokladali sme, že viac ako 70 % opýtaných sestier má informácie o využití hyperbarickej oxygenoterapie. Naš predpoklad sme overovali v dotazníku piatimi položkami. Zistili sme, že 86,25 % (69) sestier pozná význam HBO, sestry správne uviedli, že ide o využitie 100 % kyslíka pri zvýšenom tlaku v špeciálne upravenej komore. V druhej položke sme sa respondentov pýtali, či sa stretli s možnosťou využitia hyperbarickej oxygenoterapie pri ošetrovaní rán. 72,50 % sestier sa s uvedenou liečebnou možnosťou stretlo. Ďalšou položkou dotazníka sme zisťovali skúsenosti sestier s hojením rán pri využití hyperbarickej oxygenoterapie. 47,50 % (38) sestier uviedlo, že sa urýchlí proces hojenia rán a zároveň identický počet sestier sa nevedelo vyjadriť. Následne sme zisťovali, či poznajú sestry indikácie využitia hyperbarickej oxygenoterapie. Medzi najčastejšie tri uvádzané indikácie sestry zaradili tieto (vyjadrené ako početnosť): 55 (22,92 %) diabetická gangréna, 37 (15,42 %) náhla cievna mozgová príhoda a 28 (11,67 %) ulcus cruris. Položkou č. 5 sme zisťovali, či sa sestry zúčastnili za posledných 5 rokov vzdelávacej aktivity súvisiacej s problematikou hyperbarickej oxygenoterapie. 3,75 % (3) sestry sa danej aktivity zúčastnili. Konštatujeme, že náš predpoklad bol výsledkami prieskumu podporený.

Cieľom našej práce bolo zistiť, či sestry edukujú pacientov o možnosti využitia hyperbarickej oxygenoterapie v procese hojenia rany. Vymedzili sme predpoklad, že viac ako polovica sestier edukuje pacienta o využití hyperbarickej oxygenoterapie. Naš predpoklad sme overovali v dotazníku tromi položkami. Zistili sme, že 63,75 % (51) sestier pacienta o tejto možnosti liečby rán informuje a najčastejším typom rany bola diabetická gangréna, ktorú uviedlo 31,25 % (25) sestier. Ďalšou položkou sme zisťovali, či má pacient záujem o informácie o hyperbarickej oxygenoterapii. 68,75 % (55) sestier uviedlo, že pacient má záujem o dané informácie. Môžeme konštatovať, že predpoklad bol výsledkami nášho prieskumu podporený.

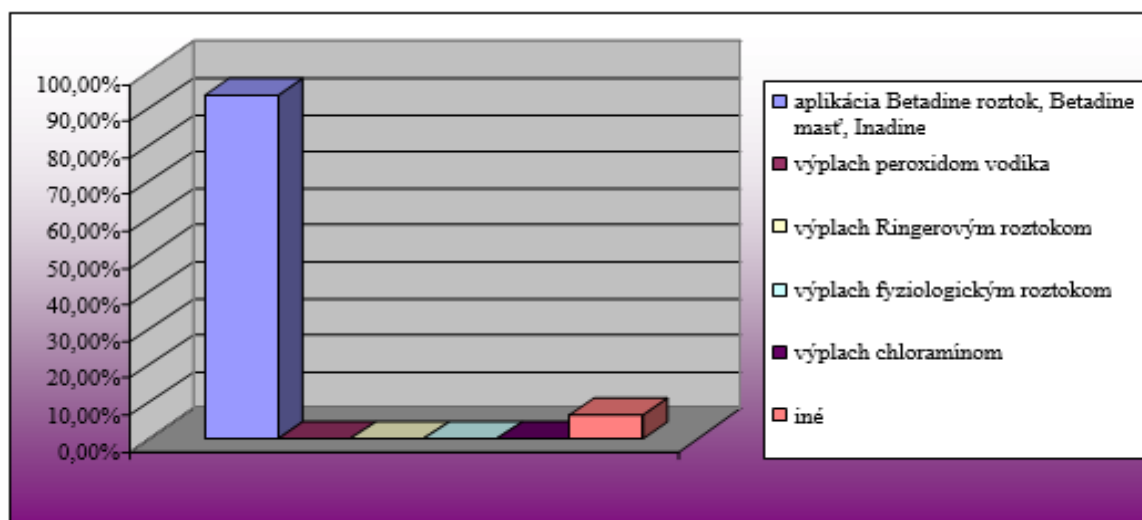
Ďalším cieľom našej práce bolo posúdiť dostupnosť informačného materiálu o hyperbarickej oxygenoterapii v zdravotníckom zariadení. Predpokladali sme, že väčšina sestier uvedie, že informačný materiál o využití HBO terapie určený sestram aj pacientom je dostupný v zdravotníckom zariadení. Hypotézu sme overovali v dotazníku dvomi položkami, pričom prvou položkou sme zisťovali, či sa nachádza na oddelení informačný materiál o hyperbarickej oxygenoterapii určený sestram. Zistili sme, že 67,50 % (54) sestier odpovedalo, že predmetný edukačný materiál sa na oddelení nenachádza. Následne sme zisťovali, či sa nachádza na oddelení informačný materiál o hyperbarickej oxygenoterapii určený pacientom. 75 % sestier uviedlo, že na oddelení materiál o HBO pre pacientov absentuje. Konštatujeme, že náš predpoklad nebol výsledkami prieskumu podporený. Najzaujímavejšie zistenia uvádzame v tabuľkách a grafoch.

Prehľad odpovedí na položku: Najčastejšie ošetrujete:



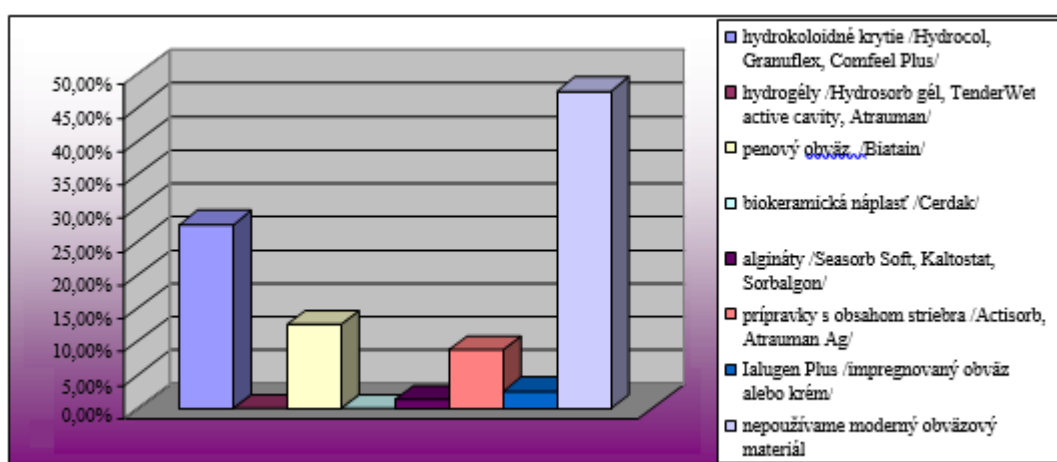
Graf 1 Najčastejšie ošetrované rany uvádzané sestrami

Prehľad odpovedí na položku: Ktoré z tradičných metód využívate pri ošetrovaní najčastejšie?



Graf 2 Využívanie tradičných metód pri ošetrovaní rán

Prehľad odpovedí na položku: Ktoré z moderných metód využívate pri ošetrovaní rán najčastejšie?



Graf 3 Využívanie moderných metód pri ošetrovaní rán

Prehľad odpovedí na položku: Stretli ste sa s možnosťou využitia hyperbarickej oxygenoterapie pri ošetrovaní rán?

odpoveď	n	%
áno	58	72,50
nie	22	27,50
Spolu	80	100,00

Prehľad odpovedí na položku: Aké máte skúsenosti s hojením rán pri využití hyperbarickej oxygenoterapie?

odpoveď	n	%
urýchľuje hojenie	38	47,50
neurýchľuje hojenie	4	5,00
neviem sa vyjadriť	38	47,50
Spolu	80	100,00

Prehľad odpovedí na položku: Zúčastnili ste sa za posledných 5 rokov vzdelávacej aktivity súvisiacej s problematikou hyperbarickej oxygenoterapie?

odpoveď	n	%
áno	3	3,75
nie	77	96,25
spolu	80	100,00

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Na základe analýzy výsledkov prieskumu odporúčame pre sestry tieto návrhy:

- sústavne si rozširovať a dopĺňovať vedomosti formou odborných seminárov zameraných na problematiku starostlivosti o rany a hyperbarickej oxygenoterapie,
- realizovať prieskumy zamerané na monitorovanie procesu hojenia rán pri využití moderného terapeutického krytia a hyperbarickej oxygenoterapie a následne analyzovať závery a tak skvalitňovať ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta,
- sústavne propagovať nové poznatky o výsledkoch liečby formou moderného terapeutického krytia na vzdelávacích aktivitách pre sestry,

- zvýšiť záujem pacienta o nové informácie týkajúce sa využitia hyperbarickej oxygenoterapie a moderného terapeutického krytia prostredníctvom informačných letákov, brožúr a iných edukačných zdrojov,
- zviditeľniť využitie hyperbarickej oxygenoterapie ako doplnujúcej liečby procesu hojenia rán vytvorením edukačného materiálu pre sestry a pacientov.

ZÁVER

V príspevku sme poukázali na význam využitia moderného terapeutického krytia a hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Poskytli sme základné informácie o larvoterapii ako o metóde, ktorej využitie predstavuje ďalší pokrok v modernom prístupe k ošetrovaniu rán. V prieskume sme sa zamerali na využitie moderného terapeutického krytia a hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Aplikácia hyperbarickej oxygenoterapie ako doplnujúcej liečby v súčinnosti s využitím moderného terapeutického krytia v procese hojenia rán má pozitívne účinky na konečný výsledok liečby, čo sme prezentovali kazuistikou s fotodokumentáciou. Na základe realizovaného prieskumu sme formulovali odporúčania pre prax.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BAKOŠ, E. a kol. 2007. *Chirurgia*. 2. vydanie. Nitra : Agrokomplex-výstavníctvo, 2007. s. 13-15. ISBN 978-80-8094-242-7.

BLÁHA, J. 1997. Hyperbarická oxygenoterapia. In *Zpravodaj klinické farmakologie a farmacie*. ISSN 1211-166X, 1997, roč.11, č.1, s. 27-29.

BUREŠ, I. 2006. *Léčba rány*. Praha : Galén, 2006. 78 s. ISBN 80-7262-413-X.

HARCH, P.G. – McCULLOUGH, V. 2007. *Kyslíková revolúcia*. Nové Zámky : Psychoprof. 232 s. ISBN 978-80-89322-04-6.

KRUTÝ, F. 1997. Využitie hyperbarickej oxygenoterapie. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 1997, roč.2/46, č.16, s. 8.

LABODOVÁ, Z. – VALLUŠOVÁ, Z. 2001. *Rany a ich ošetrovanie*. [online]. [citované 22.10.2011]. Dostupné na internete: http://www.szs.edu.sk/projects/advs2001/vallusova_labodova/rany.htm#ošetrovanie

LEICHENBERGOVÁ, K. 2011. *Hyperbarická oxygenoterapia*: seminárna práca. Bratislava : LFUK, 2011.15 s.

MAZANOVÁ, D. 2012. Využitie hyperbarickej oxygenoterapie v starostlivosti o rany. Bakalárska práca. Nové Zámky : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava. s. 89

MORICOVÁ, Š. – KRUTÝ, F. 1997. Využitie hyperbarickej oxygenoterapie v medicínskej praxi. *Recipe*. 1997, roč. 4, č. 4, s. 114-116.

SCHOTT, Heinz. *Kronika medicíny*. Translated by Zdeněk Bureš. 1. vydanie Praha : Fortuna Print, 1994. 648 s. ISBN 80-85873-16-8.

STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily : Geum, 2008. 199 s. ISBN 978-80-862-5660-3.

TEREKOVÁ, V. – KUBICOVÁ, Ľ. – OZOGÁNYOVÁ, M. 2004. Moderné trendy ošetrovania chronických rán. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 0457-4214, 2004, roč.1, č.1-2, s. 8-11.

Kontaktná adresa autora/spoluautorov

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

PhDr. Andrea Dobsonyová, andobs@centrum.sk

PhDr. Zuzana Bystrická, zuzana.bystricka@azet.sk

PhDr. Ľubica Libová, PhD.

SPOKOJENOST PACIENTŮ S DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ

DRÁBKOVÁ Klára

ABSTRAKT

Tématem našeho průzkumného šetření bylo zjišťování spokojenosti s domácí ošetrovatelskou péčí. Míra spokojenosti pacientů podává zásadní informaci o tom, na jaké úrovni je ošetrovatelská péče v daném zdravotnickém zařízení poskytována. Naším záměrem bylo zjistit spokojenost s domácí ošetrovatelskou péčí v různých oblastech – s její dostupností, pravidelností, organizací a délkou návštěv sester, s předáváním poznatků ze strany sester a nácvikem odborných zručností. Dále jsme se pokusili objasnit, zda se spokojenost odvíjí od schopnosti sester řešit náhle vzniklé problémy v domácím prostředí, a nakonec zjistit, spokojenost s osobním přístupem sester. Průzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami respondentů, a to pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Metodikou naší práce byla forma nestandardizovaného anonymního dotazníků, který jsme distribuovali v Praze a Středočeském kraji. Naše práce by měla přispět k větší informovanosti ohledně problematiky domácí ošetrovatelské péče. Z průzkumného šetření lze vyvodit návod pro neustálé zlepšování postavení agentur domácí ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu navrhuje v závěru naší práce určitá doporučení pro management agentur domácí ošetrovatelské péče, sestry, pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Klíčová slova: Domácí ošetrovatelská péče. Spokojenost. Pacient. Sestra.

ÚVOD

Hodnocení kvality domácí ošetrovatelské péče z hlediska pacienta je nezbytný zpětnovazebný mechanismus pomáhající k udržení standardu, zlepšování kvality i objevování nových směrů a možností. Nejen zřizovatel, ale i sám poskytovatel potřebuje informace o tom, jak na celý proces nahlíží ten, který je zde nejdůležitější, tedy sám pacient.

Z hledisek, která mohou pacienti domácí ošetrovatelské péče (a to bez odborného zdravotnického vzdělání) posoudit, je spokojenost s dostupností, organizovaností, schopností předávat informace ze strany poskytovatele, flexibilitou a osobním přístupem.

Všechny tyto okruhy otázek pomohou zmapovat stávající situaci a zároveň, což je nejdůležitější, definovat směry, kterými se mohou poskytovatelé těchto služeb ubírat. Pacient i jeho rodina ve chvíli, kdy se stanou potřebnými využívat služeb domácí ošetrovatelské péče, se nacházejí ve značné tísní, a to nejen časové. Zjistit způsob kam se mohou obrátit o pomoc a jak rychle se jí dočkají, je v tuto chvíli jeden z nejdůležitějších faktorů. Pokusíme zmapovat, za jak dlouho po objednání služby dojde k prvnímu kontaktu s pracovníkem agentury domácí ošetrovatelské péče a následnému započetí péče.

Dalším hlediskem bude organizovanost a soustavnost, tedy zjišťování pravidelnosti návštěv sestry domácí ošetrovatelské péče. Pacient nevnímá jen, zda se sestra dostaví k provedení odborného úkonu, ale pomůže i návštěva z důvodu „pouhé“ kontroly stavu vývoje onemocnění a výměny informací. Kontrola, zhodnocení stavu a tím vlastně projevení zájmu jsou neoddiskutovatelné součásti procesu, které ocení i ošetřující lékař, který péči indikuje. Délka návštěv je jistě relativní a je velmi spjata s názorem hodnotícího, ale jako kritérium vnímání kvality z pohledu pacienta hraje velmi důležitou roli.

Sestra si v rámci své ošetrovatelské činnosti všímá okolností, které je potřeba řešit na jiné úrovni a někým druhým. Zda pouze reaguje na nové stesky pacienta (které jsou dle jejího odborného názoru neobvyklé a závažné), nebo sama aktivně zjišťuje tyto okolnosti, aniž by na ně musel pacient sám upozorňovat, je významný faktor, který v některých situacích (například prohlubující se kognitivní deficit nebo neuropatie se zvyšujícím se vnímání bolesti) může hrát i rozhodující roli. Otázka jak reagovat a kam se obrátit patří do odborné erudice sestry, ale včasnost, rychlost a účelnost řešení pacient jistě vnímá.

Celkový dojem, kterým sestra domácí ošetrovatelské péče působí na své pacienty, je pochopitelně ovlivněn mnoha faktory. Jedná se o určité shrnutí předchozích a určitě i dalších kritérií. Někomu je dáno udělat dojem na první pohled, ale ošetrovatelský proces probíhající určitou dobu v domácím prostředí, vynaložené úsilí empaticky a profesionálně řešit dané problémy, nakonec odhalí kvalitu a lidský přístup, které jsou vnímány a oceněny. Právě tyto skutečnosti nás inspirovaly k výběru tématu průzkumu s cílem zjistit, jaká je spokojenost s domácí ošetrovatelskou péčí.

CÍLE PRÁCE

Cílem našeho šetření bylo zjistit, jaká je spokojenost pacientů a jejich rodinných příslušníků s domácí ošetrovatelskou péčí v následujících oblastech:

Cíl 1: dostupnost domácí ošetrovatelské péče,

Cíl 2: pravidelnost, organizace a délka návštěv sester,

Cíl 3: předávání poznatků ze strany sestry a nácvik odborných zručností,

Cíl 4: schopnost sester řešit náhle vzniklé problémy v domácím prostředí,

Cíl 5: osobní přístup sester.

METODIKA PRÁCE

Základní empirickou metodou byla forma nestandardizovaného anonymního dotazníku, který jsme distribuovali dvěma skupinám respondentů – pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Dotazník pro pacienty byl rozdělen na dvě části – první, obecnou část, která obsahovala demografické položky (věk, pohlaví, rodinný stav a typ bydlení). Druhá část obsahovala průzkumné otázky, které byly cíleně zaměřeny na zjišťování spokojenost v námi vytýčených oblastech.

Dotazník pro rodinné příslušníky se také věnoval zjišťování spokojenosti s poskytováním domácí ošetrovatelské péče.

Před vlastním průzkumem jsme provedli pilotní průzkum s 20 respondenty z každé skupiny. Všechny dotazníky se nám vrátily správně vyplněné. Tím jsme si ověřili srozumitelnost a jednoznačnost námi položených otázek.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

První průzkumný soubor (pacienti) byl tvořen 153 respondenty, druhý (rodinní příslušníci) 107 respondenty. Dotazníky jsme distribuovali dvěma způsoby:

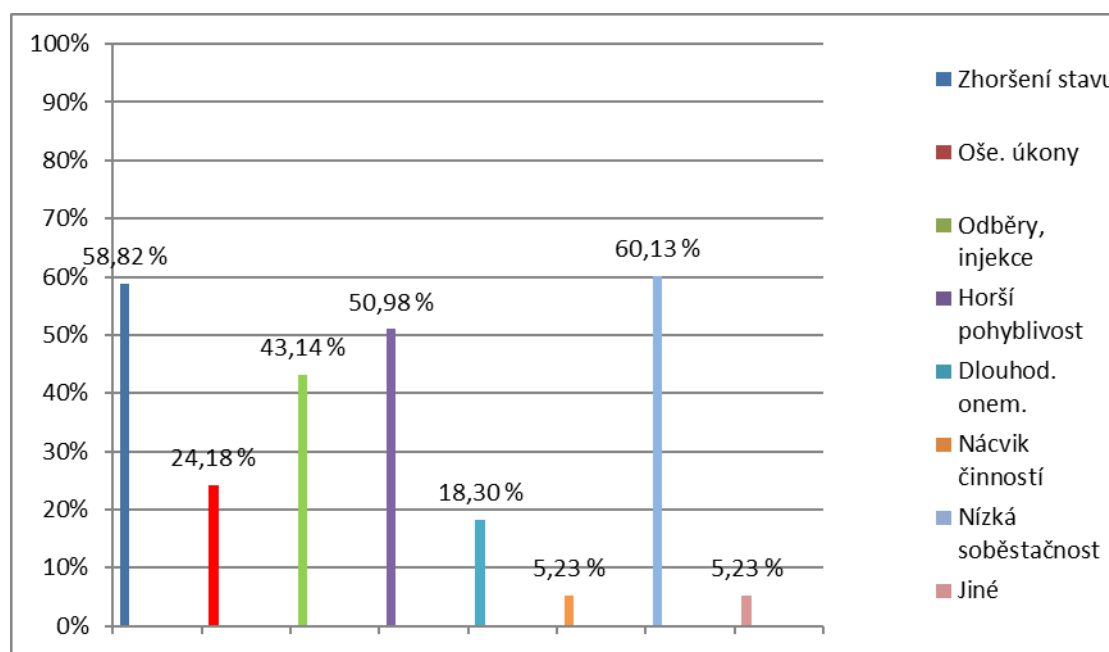
- 1) přes 4 agentury domácí ošetrovatelské péče - vždy po písemném souhlasu vrchních sester, ve spolupráci s terénními sestrami,
- 2) osobní roznáškou po domácnostech pacientů – s dotazníky zanechána odpovědní obálka se zpáteční adresou.

Veškeré získané údaje jsme zpracovali v počítačovém programu Microsoft Excel.

Demografické údaje

Pohlaví - 70,50 % ženy, 29,50 % muži. **Věk** - nejpočetnější kategorie byla věk 70 let a více (78,43 %), nejméně početná byla kategorie věk do 30 let (1,96 %). **Rodinný stav** - 56,20 % tvořili lidé ovdovělí, 21,57 % byli lidé žijící v manželství, osamoceně žilo 62,75 % lidí. Z **místa bydlení** převládali respondenti žijící v bytě ve městě (79,74 %), z toho pouze 46,40 % má k dispozici výtah. Je jasné, že tato skutečnost bývá často pro pacienty velmi limitující a pro hůře mobilní jedince může být jeden z důvodů k vyhledání služeb domácí ošetrovatelské péče, zvláště je-li nezbytné provádět některé intervence vícekrát denně (např. aplikace injekcí).

Dalším důležitým aspektem byla informace o tom, **z jakého důvodu byla domácí ošetrovatelská péče zavedena:**



Graf č. 1 Důvod zavedení domácí ošetrovatelské péče

Z hlediska **délky trvání** domácí ošetrovatelská péče převládali možnosti 1 měsíc až 1 rok (46,41 %) a déle než 1 rok (36,60 %). **Frekvence návštěv** sestrou je nejčastěji několikrát týdně (39,22 %) a jednou denně (33,97 %).

V druhé části průzkumu kategorizujeme výsledky průzkumu dle cílů.

CÍL 1 - DOSTUPNOST DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

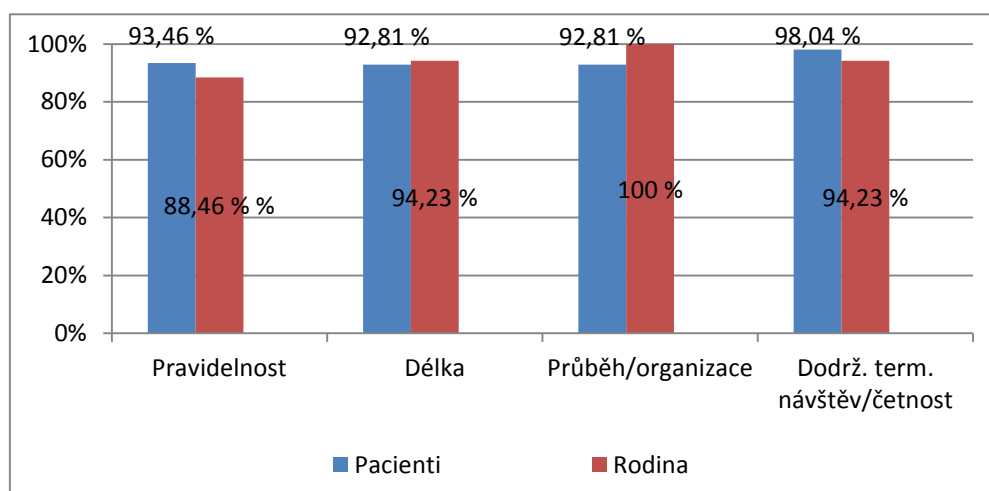
Výsledky pacientů

- v 81,70 % dal **podnět k vyhledání lékaře**, 18,30 % vyhledali sami pacienti. **První návštěva** sestry domácí ošetrovateľské péče proběhla v 66,67 % do 3 dní od jejího vyžádání. Ve 27,45 % do týdne a v 5,88 % uběhlo od vyžádání více jak týden.

Výsledky rodinných příslušníků

- v 71,15 % informoval lékař, v 19,24 % příbuzní nebo známí a vlastní zdroje informací využilo méně než 5 % respondentů.

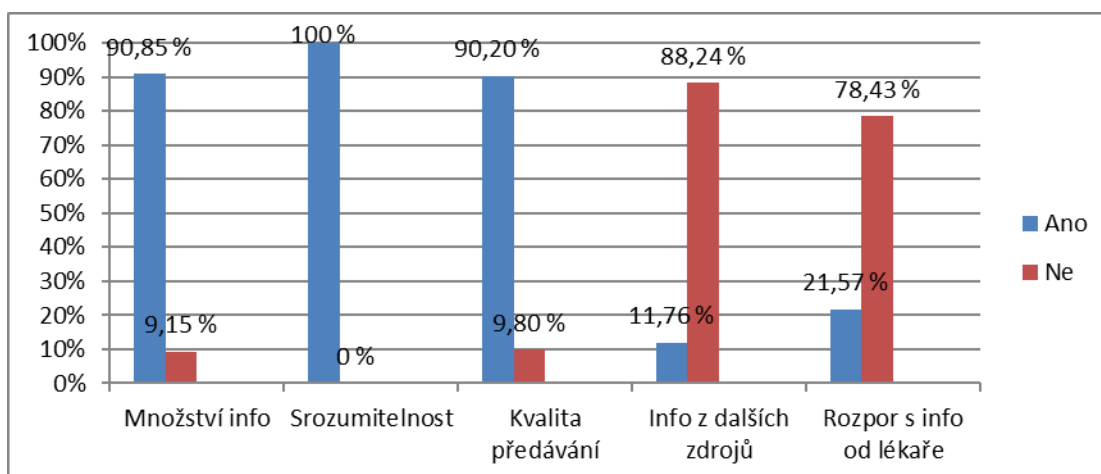
CÍL 2 - PRAVIDELNOST, ORGANIZACE A DÉLKA NÁVŠTĚV SESTER



Graf č.2 Spokojenost s návštěvami sester

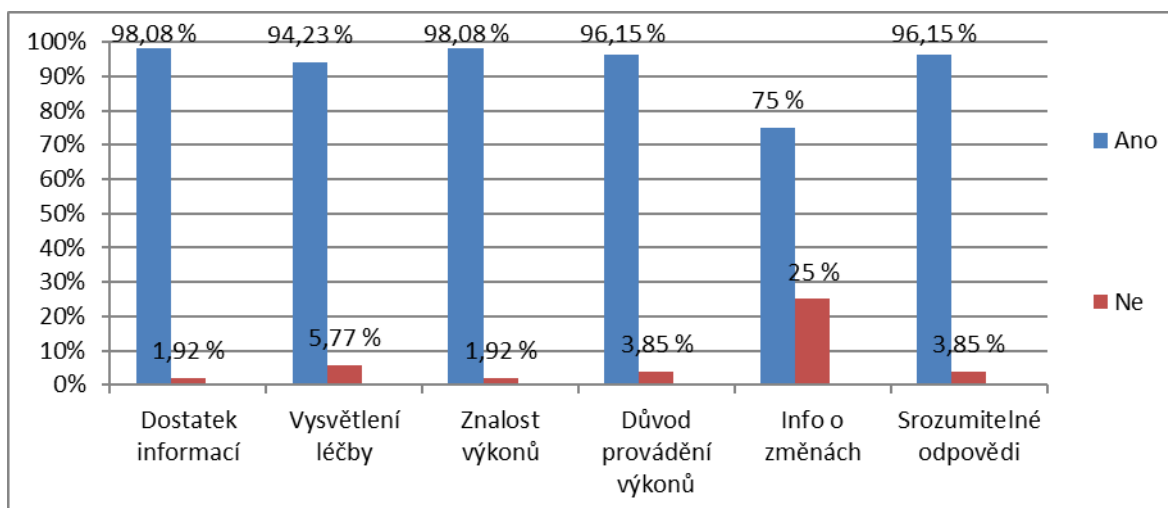
CÍL 3 - PŘEDÁVÁNÍ POZNATKŮ SESTROU A NÁCVIK ODBORNÝCH ZRUČNOSTÍ

Výsledky pacientů



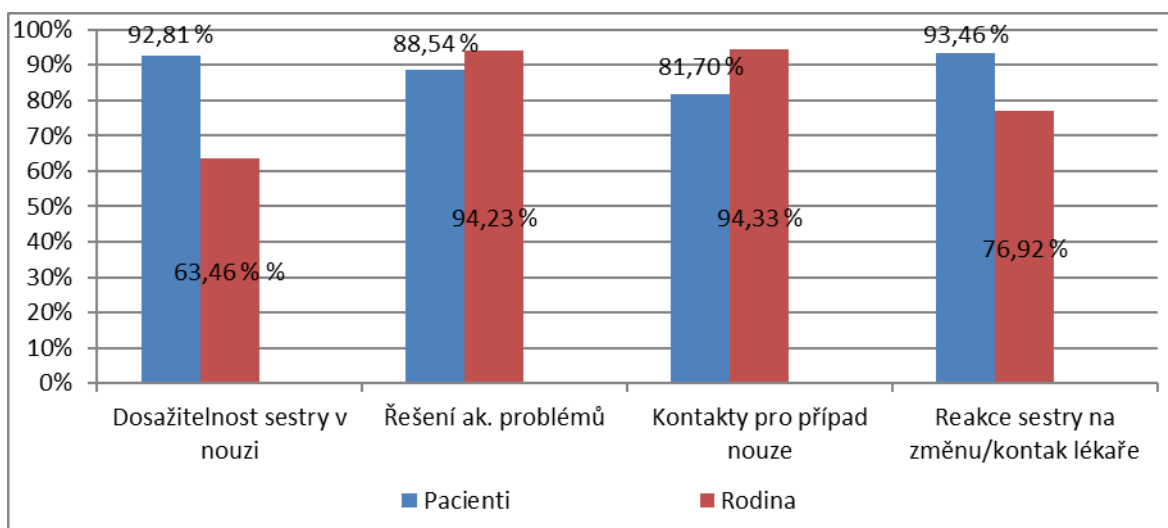
Graf č.3 Spokojenost s informacemi – pacienti

Výsledky rodinných příslušníků



Graf č. 4 Spokojenost s informacemi – rodinní příslušníci

CÍL 4 - SCHOPNOST SESTER ŘEŠIT NÁHLE VZNIKLÉ PROBLÉMY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ



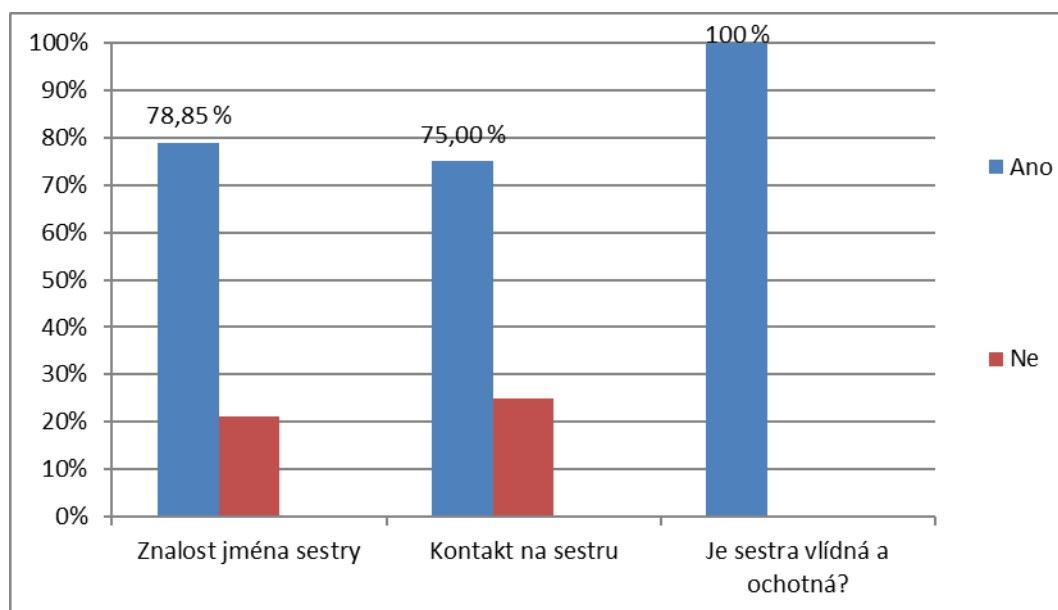
Graf č. 4 Sestra a řešení náhle vzniklých problémů

CÍL 5 - OSOBNÍ PŘÍSTUP SESTRY

Výsledky pacientů

Sestrám domácí ošetrovatelské péče důvěřuje 92,81 % pacientů a 88,54 % pacientů je spokojeno se spoluprací se sestrami.

Výsledky rodinných příslušníků



Graf č. 5 Spokojenost s osobním přístupem sester - rodinní příslušníci

Celkovou spokojenost s domácí ošetrovatelskou péčí vykazuje 96,15 % rodinných příslušníků. Důvodem nespokojenosti je to, že se na každou návštěvu dostaví jiná sestra, či neznalost a nepochopení spektra služeb (záměna ošetrovatelských úkonů za úkony ze sociální sféry).

DISKUZE

Analýzou výsledků našeho průzkumu zjišťujeme ve všech parametrech vysokou spokojenost pacientů i jejich rodinných příslušníků se službami agentur domácí ošetrovatelské péče. Spokojenost s dosažitelností, délkou, pravidelností, průběhem a dodržováním termínů návštěv udávalo přes 90 % pacientů. Rovněž s úplností, srozumitelností a kvalitou informací poskytnutých sestrami domácí ošetrovatelské péče bylo spokojeno více než 90 % pacientů.

Nižší čísla týkající se akutní dostupnosti domácí péče (83,35 % respondentů uvádí akutní dostupnost sestry při náhle vzniklých potížích a 81,70 % respondentů, kteří mají k dispozici kontakt v případě nouze) lze spatřovat spíše v omezených možnostech provozovatelů služeb. Tyto služby jsou sice flexibilní, ale plánované a nejedná se o akutní zásahy.

Další parametry, tedy hodnocení přístupu sestry, schopnost reagovat na akutní potíže, dostatečná četnost a délka návštěv, organizace péče, se výsledky pacientů shodovaly s odpověďmi rodinných příslušníků.

Pohybovaly se na hladině 90 %. 7,19 % pacientů považuje délku návštěv sestrou za nepostačující. Příčiny tohoto problému mohou být různé. Jedním z důvodů může být to, že pacient není informován o délce ošetrovatelské návštěvy, která je stanovena pojišťovnou. Tato problematika se jeví jako aktuální zejména u pacientů seniorského věku, a zejména u těch, kteří žijí osamoceně a nemají dostatek komunikačních příležitostí. V souvislosti s touto problematikou jsme též narazili na problém, že klienti domácí ošetrovatelské péče nejsou obeznámeni s charakterem poskytovaných služeb. Velmi často jsme zaznamenávali poptávku po službách, které jsou v kompetenci sociálních pracovníků. Nesporně velký přínos by mělo během úvodních návštěv sestrami vysvětlení dané problematiky a obeznámení s rozdíly mezi domácí ošetrovatelskou a sociální péčí, kontakt na sociální pracovnice, pomoc v orientaci se sociálními službami (vysvětlení na co mají lidé nárok - příspěvky na péči, rozvážka obědů apod.).

Mírně nižší výsledky spokojenosti rodinných příslušníků s pravidelností návštěv sester (88,46 %) a dostatečnosti poskytovaných úkonů (také 88,46 %) může být způsobena faktem, že pouze v 23,08 % případů byli rodinní příslušníci přítomni vždy a jen 61,54 % případů občas. 15,38 % případů nikdy. Zde lze namítnout, že o některých návštěvách rodinní příslušníci nevěděli, a proto zodpovězení otázky pravidelnosti a dostatečnosti může vykazovat nižší číslo. S tímto pak souvisí i nižší procento informovanosti (75 %) rodinných příslušníků o náhlých změnách stavu nemocných. Rezervy jsou v oblasti zájmu rodiny.

Spokojenost s osobním přístupem sester můžeme také vyhodnotit jako vysokou. Z hlediska analýzy údajů od pacientů jsme zjistili, že důvěru v sestru vykazovalo 92,81 %. Celkovou spokojenost se sestrami a spoluprací s nimi udalo 90,20 % respondentů. Vysoký počet rodinných příslušníků (94,23 %) je ujistěn o tom, že se jejich příbuznému dostává nejlepší možná péče a celý průzkumný soubor (100 %) se shodoval na tom, že sestry jsou vlídné a ochotné.

Na podkladě našeho průzkumného šetření se ukázalo, že spokojenost pacientů i jejich rodinných příslušníků s domácí ošetrovatelskou péčí je na vysoké úrovni, a to ve všech námi sledovaných oblastech. Součástí našeho průzkumu bylo posoudit rozdíly v míře spokojenosti s domácí ošetrovatelskou péčí mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Vyhodnocením a porovnáním získaných údajů jsme zjistili, že míra spokojenosti s domácí ošetrovatelskou péčí v námi vytyčených oblastech je téměř na stejné úrovni a výrazné rozdíly v míře spokojenosti tedy nejsou. Po důkladné analýze odpovědí obou skupin respondentů jsme došli k závěru, že se odpovědi velmi často shodují.

Došli jsme k podobnému závěru jako Gulášová (2009), která říká, že můžeme usuzovat, že je mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky pozitivní vztah a komunikace mezi nimi probíhá na velmi dobré úrovni.

Zjištěné výsledky průzkumu ukazují, že vnitřní organizace práce agentur domácí ošetrovatelské péče, odborná erudice, profesionalita sester a osobní přístup sester je na velmi dobré úrovni a musí mít tendenci stále se zlepšovat.

Dle našeho názoru prostor pro zlepšování těchto služeb musí být v koordinaci s lékaři a rodinami pacientů. Tento aspekt tvoří jeden z klíčových momentů pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím agentur domácí ošetrovatelské péče.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě analýzy výsledků našeho průzkumu navrhuje:

Pro management agentur domácí ošetrovatelské péče

- pravidelně informovat lékaře a sestry o kontaktech na agentury domácí ošetrovatelské péče (též kontakty aktualizovat). Opakovaně připomínat možnosti a rozsah služeb poskytovaných agenturami domácí ošetrovatelské péče. Případnou formou seminářů udržovat lékaře v povědomí o existenci příslušných agentur v jejich okolí tak, aby byli schopni sami tyto služby pacientům či jejich rodinným příslušníkům nabízet. Nezbytné je vysvětlit zdravotnickým pracovníkům to, aby informovali pacienty i jejich rodinné příslušníky, že domácí ošetrovatelská péče je hrazena zdravotní pojišťovnou.
- zvyšovat povědomí laické veřejnosti o účelu poskytovaných služeb agenturami domácí ošetrovatelské péče, zdůraznit zdravotnické zaměření a fakt, že nesupluje sociální péči nebo nenahrazují služby lékařské pohotovosti. Vhodná je forma jednoduchého informačního letáku nebo brožury, kde se pacientům a jejich rodinným příslušníkům vysvětlí, jaké služby jsou poskytovány a jaké jsou možnosti sester, čímž lze předejít mnoha nedorozuměním. Informační materiál je třeba distribuovat do ambulancí a také ústavních zařízení.
- zajistit pro zaměstnance agentur domácí ošetrovatelské péče kontinuální vzdělávání prostřednictvím seminářů, přednášek, diskuzí či konferencí s aktivní i pasivní účastí, periodicky provádět kontroly znalostí zaměstnanců v oblasti odborných a legislativních novinek,
- zajistit kontinuální zvyšování kvality poskytované péče, například vytvořením anonymních dotazníků, které se budou distribuovat po ambulancích a pacient

a/nebo jeho rodinní příslušníci budou moci vyjádřit svůj názor na poskytovanou péči, a následně se bude moci zpětnovazebně zlepšit kvalita poskytované péče,

- adekvátně motivovat zaměstnance agentur domácí ošetrovatelské péče, včetně ohodnocení jejich práce, aktivně projevovat zájem o připomínky, návrhy a názory ze strany zaměstnanců,
- z hlediska legislativních změn podat návrh na změnu v proplácení zdravotnických výkonů, kdy zdravotní pojišťovny redukovat výkony tak, aby za péči proplácely agenturám domácí ošetrovatelské péče co nejméně. Z vyšších příjmů by bylo možné nakoupit zdravotnickou techniku, přístroje a zajistit dostatek zdravotnického materiálu, což vede ke zvýšení kvality poskytované péče a/nebo rozšíření okruhu poskytovaných služeb.
- přijmutí a sjednocení ošetrovatelských standardů na národní úrovni, což opět zvyšuje kvalitu poskytované péče, zvyšuje prestiž agentur domácí ošetrovatelské péče, které se tím stávají rovnocennými partnery praktických lékařů. Ošetrovatelské standardy jsou přínosné i tím, že výrazně pomáhají sestřím domácí ošetrovatelské péče v adaptačním procesu. Standard funguje jako předloha k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a chrání sestry i pacienty před pochybením.

Pro sestry domácí ošetrovatelské péče

- podílet se na tvorbě ošetrovatelských a edukačních standardů v agenturách domácí ošetrovatelské péče,
- zvyšovat kvalitu edukačního procesu rodinných příslušníků v domácích podmínkách,
- účast na vzdělávacích aktivitách.

Pro pacienty a rodinné příslušníky

- oznamovat sestřím domácí ošetrovatelské péče všechny změny zdravotního stavu a nové skutečnosti, které se dozvěděli pacienti při kontaktu s lékařem (nové instrukce, diagnóza, léčba, doporučení apod.),
- oznamovat ošetřujícímu lékaři všechny změny, které nastaly při domácím ošetrování (za účelem lepší a rychlejší informovanosti ošetřujícího lékaře),
- u nemocných se zhoršenými kognitivními funkcemi by měl být při návštěvě sestry přítomen rodinný příslušník (pokud sestra jeho přítomnost navrhne).

ZÁVĚR

Služby poskytované agenturami domácí ošetrovateľské péče jsou dnes již samozřejmou součástí zdravotnických systémů. Jako každá služba musí být zpětnovazebně kontrolována na základě spokojenosti pacientů. Cílem naší práce bylo zaměřit se na některé aspekty poskytovaných služeb a jejich hodnocení pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Formou dotazníkového šetření jsme získali od více než 250 subjektů odpovědi na stanovené otázky.

Rozdíly v procentech spokojenosti pacientů a rodinných příslušníků spatřujeme v míře účasti rodinných příslušníků v celém procesu. Jedná se o oblast pouze omezeně aktivně ovlivnitelnou agenturami domácí ošetrovateľské péče (lepším podáváním informací, ale v hlavní míře závislou na vůli spolupráce ze strany rodinných příslušníků). Pokusili jsme se alespoň částečně definovat kategorie, podle kterých se může také posuzovat poskytovaná domácí ošetrovateľská péče. Výsledky takových zjištění mohou svým zpětnovazebným účinkem udržovat a zlepšovat kvalitu jedné z lidských činností, která bude nepochybně čím dále více žádanější a potřebnější.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

CIBULKOVÁ, M. 2002. Trendy vývoja DOS. In *Revue profesionální sestry*. ISSN 1335-1753, 2002, č. 3, roč. 9, s. 4-5.

ČELEDOVÁ, L. a kol. 2005. Zdravotně sociální problematika ošetrovaných v agenturách domácí zdravotní péče. In *Geriatría*. ISSN 1335-1850, 2005, č. 3, roč. 11, s. 117-119.

FOGLAROVÁ, P. 2005. Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2005, č. 11, roč. 15, s. 34-35.

GULÁŠOVÁ, I. 2007. Význam ADOS v súčasnom systéme poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. In *Medical practice*, ISSN 1336-8109, 2007, č. 12, roč. 2, s. 39-40.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.

HULKOVÁ, V. 2005. Domáca ošetrovateľská starostlivosť v SR. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, č. 12, 2005, s. 31.

HULKOVÁ, V., PAVLICOVA, J., MORAVCOVA, K. 2014. Edukačné štandardy v ošetrovateľstve. In *Sestra*. 2014, č. 3 – 4, s. 19 – 24. ISSN 1335-9444.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. 1. Vydanie. Praha, Bratislava : GRADA Publishing, a.s., 2016, 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.

KOVÁČOVÁ, E. 2006. Agentúry majú pevné miesto. In *Medical practice*, ISSN 1336-8109, 2006, roč. 1, č. 4, s. 4-5.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta, 2014. 244 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

ONDŘIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., PAVELKOVÁ, M. 2013. *Spokojenosť pacientů jako indikátor kvality péče*. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2013, č. 1, roč. 23, s. 33.

POCHMANOVÁ, K. a kol. 2015. *Průvodce domácí péčí*. Copyright : Cesta domů, 2015. 45 s. ISBN 978-80-905809-2-3.

TABAKOVÁ, M., BUŠOVÁ, M. 2007. Spokojnosť pacientov s poskytovaním domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Zborník Ošetrovateľstvo – Téoria, výskum a vzdelavanie*. Martin, 2007. ISBN 978-80-88866-43-5, s. 575 – 583.

VLHOVÁ, H. 2015. Faktory ovlivňující efektivitu spolupráce praktického lékaře a domácí péče v přímé péči o seniory. In *Geriatric a gerontologie*, ISSN 1805-4684, 2015, č.1, roč. 4. 47-48.

Kontakt na autora:

Bc. Klára Drábková

tel. č.: +420 608 909 127

email:drabkovaklara@seznam.cz

KÚPEĽNÁ LIEČBA DETÍ V PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH SMRDÁKY

FOJTLÍNOVÁ Iveta, VOJTEKOVÁ Iveta, LÁNIKOVÁ Jana

ABSTRAKT

Prírodné liečebné kúpele Smrdáky patria medzi unikátne liečivé zdroje, ktoré sú predurčené a využívané na liečbu kožných ochorení u detí. Nikde na svete nie sú kúpele s tak vysokou hladinou sírovodíka treťohorného pôvodu a komplexne prepracovanou efektívnou liečbou, ktorá je založená na uznávaných balneoterapeutických metódach.

Kľúčové slová: Kúpele Smrdáky. Kožné ochorenia. Liečba detí.

ÚVOD

Kúpele Smrdáky ležia na Záhorí v okrese Senica na upätí Bielych Karpát v nadmorskej výške 241 m.n.m. Povešť o vzniku kúpeľov hovorí, že minerálne pramene objavil kedysi dávno pastier, ktorý si kúpaním v neobvykle páchnucej vode prameňa vyliečil svoje „boľavé“ nohy. Zvesť o liečivom účinku prameňa sa rýchle šířila a ľudia zo širokého okolia ho začali vyhľadávať. To bol podnet na založenie kúpeľov. V rokoch 1832 – 1833 postavil šľachtic Jozef Vietoris v Smrdákoch kaštieľ a kúpeľnú budovu. Pre dobrú povest' kúpeľov boli postavené aj ďalšie hotely. V roku 1975 bola otvorená detská liečebňa „Mladosť“ s vlastným balneo-rehabilitačným zariadením pre deti. V súčasnosti sú dospelí pacienti ubytovaní v kúpeľných hoteloch: Morava, Centrál, Vietoris, Záhorie. Celková ubytovacia kapacita pre dospelých pacientov je 280 lôžok. Od roku 2005 je možné ubytovať v liečebnom hoteli Eva deti s celkovou kapacitou 35.

Kúpeľná liečba, balneoterapia (lat. balneum = kúpeľ, gr. terapia = liečenie) patrí k najstarším formám liečby. Je špeciálnou časťou širokej oblasti vodoliečby - hydroterapie. Balneoterapia pôsobí na ľudský organizmus najmä prostredníctvom kože nielen mechanickou a tepelnou energiou, ale aj obsahom chemických látok a ich účinkom na kožu.

CHARAKTERISTIKA LIEČIVÝCH PRAMEŇOV

V Smrdákoch sú navŕtané dva pramene minerálnej sírovodíkovej vody, z ktorých v súčasnosti sa používa najmä Jozef I. Oba pramene, s hĺbkou 50-75 metrov patria k sírovodíkovým prameňom s najvyššou koncentráciou v Európe.

Jozef I.: prírodná, liečivá, studená, slabo mineralizovaná, hydrouhličitanovo, chloridovauhličitanová, sódna, sírna voda, so zvýšeným obsahom kyseliny boritej, hypotonická, obsah sírovodíka 597 mg/l, zásaditá.

Jozef II.: prírodná, slabo mineralizovaná, hydrouhličitanovo - chloridová, sódna, sírna voda so zvýšeným obsahom kyseliny kremičitej, studená, hypotonická, obsah sírovodíka 673 mg/l vody.

KÚPEĽNÁ LIEČBA DETÍ

V Prírodných liečebných kúpeľoch poskytujeme kúpeľnú liečbu deťom od 3 do 18 rokov. Deti od 3 do 6 rokov absolvujú liečbu v sprievode dospeléj osoby. Kúpeľná liečba trvá 21 – 28 dní podľa zdravotnej poisťovne a taktiež môže byť poskytovaná aj samoplatiacim a ambulantným detským klientom.

Najčastejšie detské ochorenia liečené v Prírodných liečebných kúpeľoch Smrdáky:

- dermatitis atopica,
- psoriasis vulgaris,
- acne,
- stavy po popáleninách,
- sclerodermia.

Liečba pozostáva najmä z balneoterapie, fototerapie a lokálneho ošetrovania, no pri niektorých ochoreniach je doplnená o rehabilitáciu prípadne masáže a ďalšie vodoliečebné procedúry.

BALNEOTERAPIA

Základom liečby detí sú minerálne sírovodíkové kúpele podávané formou celkových vaňových kúpeľov alebo čiastočných kúpeľov.

Vaňové minerálne kúpele

Pri vaňových kúpeľoch využívame minerálnu sírovodíkovú vodu v koncentrácii : 1/40, 1/20, 1/10. Teplota vody sa pohybuje v rozmedzí od 36 do 37 °C (vyššia teplota sa neodporúča z dôvodu úniku sírovodíka do ovzdušia). Dĺžku trvania procedúry ako i koncentráciu sírovodíka a teplotu vody určí vždy lekár počas lekárskej konzultácie a podľa zdravotného stavu dieťaťa (podľa veku dieťaťa 3–15 min). Po absolvovaní procedúry nasleduje suchý zábal a odpočinok v trvaní 10-15 minút. Následne sa neodporúčajú vaňové kúpele ani sprchovanie v obyčajnej vode.

Minerálne ručné a nožné vane

Pri tejto procedúre používame minerálnu sírovodíkovú vodu v koncentrácii 1/4 alebo 1/2 s teplotou 37-38 °C. Trvanie procedúry je 5-10 minút a využíva sa pre zlepšenie vstrebávania sírovodíka pri ťažkých dlhotrvajúcich, chronických kožných procesoch na končatinách najmä na chodidlách, dlaniach a laktách, kde je koža oveľa hrubšia ako na ostatnom tele.

Minerálna misa

Pri tejto procedúre používame minerálnu sírovodíkovú vodu v koncentrácii 1/4 alebo 1/2 sírovodíka s teplotou 37-38 °C. Trvanie procedúry je 5 - 10 minút a využíva sa pre zlepšenie vstrebávania sírovodíka pri ťažkých dlhotrvajúcich, chronických kožných procesoch najmä na tvári a vo vlasatej časti, kde je koža oveľa mastnejšia ako na ostatnom tele a menej dostupná pre lokálnu liečbu.

Prísadové kúpele

Využíva sa hydratačný účinok kúpeľa a upokojujúci účinok pridaných látok. Do kúpeľa sa pridávajú rôzne príklady (ovsené vločky, otruby, oleje), ktoré priaznivo pôsobia na chorú či podráždenú kožu. Použitie prípad sa riadi podľa toho, či prebieha akútny alebo chronický proces ochorenia.

Hypermangánový kúpeľ

Patrí tiež medzi prípadové kúpele. Má dezinfekčný a upokojujúci účinok na podráždenú pokožku a je vhodný predovšetkým pre deti, ktoré majú podráždenú pokožku najmä v dôsledku alergickej reakcie alebo nadmerného slnenia. Doba a teplota kúpeľa je taktiež predpísaná lekárom, zvyčajne 5 -10 minút pri teplote 36-38 °C.

Individuálny perličkový kúpeľ

Perličkový kúpeľ individuálny využíva obyčajnú vodu 37-38 °C, do ktorej sa vpúšťajú drobné bublinky vzduchu. Procedúra trvá 5-10 minút, počas ktorých deti ležia a relaxujú v kúpeli. Drobné bublinky príjemne hladia a obalujú pokožku. Procedúra je všeobecne

vhodná na relaxáciu, pretože má príjemný upokojujúci efekt spôsobený bublinkami. Kúpeľ končí celotelovým suchým zábalom.

Škótske streky

Škótske streky sú stimulujúcou a výrazne intenzívnou procedúrou, pri ktorej masér poskytuje procedúru zo vzdialenosti troch až štyroch metrov teplým prúdom vody pod tlakom. Procedúra je zakončená studeným strekom. Škótske streky pomáhajú zlepšiť imunitný systém, krvný obeh a metabolizmus.

Striedavý nožný kúpeľ – šlapačky

Táto procedúra zahŕňa striedavé prešľapovanie vo vaničkách naplnených vodou s kontrastnými teplotami. Procedúra začína v kúpeli s teplotou vody v rozmedzí 40-42°C, v ktorom dieťa prešľapuje po dobu jednej až dvoch minút. Potom prestúpi do studeného vodného kúpeľa s vodou ochladenou na 10-16°C, v ktorej opäť aktívne prešľapuje asi 15 až 30 sekúnd. Celý tento cyklus sa opakuje a vždy je ukončený v studenom kúpeli.

FOTOTERAPIA

UVA

Počas tejto procedúry sa využíva najmodernejšia úzkospektrálna forma aplikácie UV žiarenia, spektrum je sústredené iba na úzku oblasť UVA (340-370 nm). Ako zdroj sa používajú trubicové žiariče s fotoluminiscenčnou vrstvou, ktorá vyžaruje požadovanú vlnovú dĺžku UVA. Trubice sú umiestnené v paneloch. Počas procedúry sa dieťa otáča, aby sa zabezpečila aplikácia na celú kožu. Pri aplikácii tejto procedúry sa používajú špeciálne ochranné okuliare a znamienka kože sa zatierajú zinkovou pastou.

UVB

Táto forma najmodernejšej úzkospektrálnej aplikácie UV žiarenia je sústredená iba na úzku oblasť UVB 311 nm, ktorá je najúčinnnejšou na liečbu psoriázy, parapsoriázy, vitiliga a ďalších ochorení kože. Ako zdroj sa používajú trubicové žiariče s fotoluminiscenčnou vrstvou, ktorá vyžaruje požadovanú vlnovú dĺžku UVB 311 nm. Trubice sú umiestnené v paneloch. Počas procedúry sa dieťa otáča, aby sa zabezpečila aplikácia na celú kožu. Pri aplikácii tejto procedúry sa používajú špeciálne ochranné okuliare a znamienka kože sa zatierajú zinkovou pastou. Je zakázaná súčasná aplikácia tohto UV žiarenia a prírodného slnenia, pretože výrazne zvyšuje riziko spálenia.

UVB hrebeň

Táto procedúra využíva najmodernejšiu úzkospektrálnu formu aplikácie UV žiarenia, spektrum je sústredené iba na úzku oblasť UVB 311 nm, ktoré je najúčinné na liečbu psoriázy v kapilíciu. Ako zdroj sa používajú krátke trubicové žiariče s fotoluminiscenčnou vrstvou, ktorá vyžaruje požadovanú vlnovú dĺžku UVB 311 nm. Sú umiestnené v ručnom držadle s hrebeňom, ktorý umožňuje pohodlnú aplikáciu na vlasatú časť hlavy, kde je koža inak vlasmi skrytá pred aplikáciou žiarenia.

V letných mesiacoch využívajú deti prírodné solárium.

OŠETRENIE

Nemenej dôležité je aj lokálne ošetrovanie aplikované formou masť, olejov alebo tinktúr. Dôležitá je edukácia detí k samostatnosti, aby sa naučili správne ošetrovať. Zdravotnícky personál edukuje aj rodičov, upozorní ich na najčastejšie chyby, ktoré môžu predĺžiť dobu hojenia.

Diétny režim

K celkovej úspešnosti liečby detí zohrávajú dôležitú úlohu diétne a režimové opatrenia. S pribúdajúcimi alergénmi sa zvyšuje počet potravín, ktoré spôsobujú alergickú reakciu na koži dieťaťa. V minulosti medzi najčastejšie potravinové výluky patrili: čokoláda, kakao, citrusy, mak, orechy. Dnes pribúdajú napr.: zeler, jablká, banány, koreňová zelenina, ryža, zemiaky, sója a iné. V ostatnom čase sa často stretávame s bezlepkovou diétou a histamínovou intoleranciou.

Aktivita

Deti, ktoré u nás absolvujú kúpeľnú liečbu sú zdravé a aktívne, preto máme pre nich pripravené voľnočasové aktivity: kino, spoločenské hry, športové ihriská-futbal, volejbal, basketbal, detské ihrisko, telocvičňu, herňu a tvorivé dielničky. Školopovinné deti navštevujú počas kúpeľnej liečby školu a môžu využiť aj školský klub.

Minulosť a prítomnosť

V minulosti sa v Prírodných liečebných kúpeľoch v Smrdákoch liečilo 100 detí v jednom „turnuse“. Keďže sa nám nedarilo naplniť lôžkovú kapacitu, boli sme nútení z ekonomických dôvodov upraviť priestory a lôžkovú kapacitu znížiť na 35 detí v kúpeľnom hoteli Eva. V súčasnosti máme problém naplniť aj tento stav, pretože napriek informovanosti dermatológov a pediatrov nám lekári neposielať detské návrhy v počte, ktorými by sme plne obsadili naše priestory i napriek tomu, že patríme medzi jediné zariadenie určené na kúpeľnú

liečbu detských pacientov s kožnými diagnózami. Priestory detskej balneoterapie sme i pri nízkej lôžkovej obsadenosti v tomto roku zrekonštruovali. Od februára 2016 priestory pre deti oživujú kreslené postavičky z rozprávok a detský kútik. Nové priestory umožňujú kvalitné poskytovanie kúpeľnej starostlivosti pre ústavné aj ambulantné deti.

Optimálny liečebný program je zameraný na bio-psycho-sociálne potreby dieťaťa. Dôležitá je spolupráca dieťa-lekár-zdravotnícky personál. Pekné slovo, úsmev, pohladenie, povzbudenie a milý pohľad sú neoddeliteľnou súčasťou komplexnej kúpeľnej liečby dieťaťa.

ZÁVER

V súčasnosti sa snažíme zachovať tradíciu kúpeľnej liečby detí v Smrdákoch. Dlhoročné odborné skúsenosti, z ktorých naši lekári a zdravotnícky personál vychádzajú prinášajú úľavu a pozitívne výsledky detským pacientom, ktorí tu nachádzajú nielen skúsenosťami overenú pomoc, ale aj sebavedomie a psychickú pohodu, o ktoré ich choroba pripravila. Najväčším ocenením našej práce je spokojnosť našich detí a ich opakovaný návrat do našich kúpeľov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BENÁKOVÁ, N. 2006. *Ekzémy a dermatitídy*. Praha : Maxdorf s.r.o. 125 s.
ISBN 80-7345-078-X.

BUCHVALD, J. et. al. 2002. *Dermatovenerológia*. Bratislava : Osveta. 281 s.
ISBN 80-2231-68-14.

ČELKO, J. et.al. 2006. *Liečivé vody a kúpele na Slovensku*. Bratislava : Media Svatava, 159 s.
ISBN 80-969210-2-9.

FARKAŠOVÁ, D. et.al. 2009. *Ošetrovatel'stvo teória*. 3.vyd. Martin : Osveta. 155 s.
ISBN 978-80-8063-326-4.

HEGYI, V. – HEGYI, E. 2003. *Aktuálne kapitoly klinickej dermatológie a venerológie*. 2.vyd. Bratislava : September spol. s.r.o. 312 s. ISBN 80-9690-66-0-7.

JANDOVÁ,D. 2009. *Balneologie*. Praha : Grada Publishing, a.s. 424 s.
ISBN 978-80-247-2820-9.

KOLÁŘ,P. et.al. 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén. 713 s.
ISBN 978-80-7262-657-1.

PODĚBRADSKÝ,J. – PODĚBRADSKÁ,R. 2009. *Fyzikální terapie*. Praha : Grada
Publishing, a. s. 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.

SEDLÁŘOVÁ,P. et.al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada. 248 s.
ISBN 978-80-247-1613-8.

Kontakt na autorku:

Iveta Fojtlínová
PRÍRODNÉ LIEČEBNÉ KÚPELE SMRDÁKY
PLK Smrdáky
Tel.: +421 - 34 - 6959 680
Mobile: +421 - 902 956 182
Fax: +421 - 34 - 6575 135
iveta.fojtlinova@spasmrdaky.sk
www.smrday.danubiushotels.com

VÝVOJ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE OD F. NIGHTINGALOVÉ

PO QMS

FUNTOVÁ Veronika

ABSTRAKT

Za zakladatelku moderní ošetrovateľskej péče, hľadajúcu kvalitu bola bezesporu Florence Nightingalová. Pri svojich cestách po Európe navštevovala nemocnice, zapisovala si své dojmy, poznatky, organizaci a řízení nemocnic, hygieny a stavebního uspořádání jednotlivých oddělení. Podporovala vzdělávání sester a věřila, že vzdělané sestry mohou ovlivnit péči o pacienty a pomohou tím i samy sobě. Během desetiletí až století se ošetrovateľská péči neustále vyvíjela. Od prostého plnění lékařských ordinací až k samostatné ošetrovateľské činnosti. Stala se součástí ucelené zdravotní péče, kterou poskytuje zdravotnické zařízení. Vzhledem k technologizaci medicíny a finančnímu nárůstu začaly i v tomto prostředí platit ekonomické zákony. Pro stanovení objektivní míry kvalitní péče, bylo nutné definovat i kvalitní ošetrovateľskou péči vytvořením standardů ošetrovateľské péče. Zda je poskytovaná péče opravdu kvalitní, hodnotí nejen samo zdravotnické zařízení, ale také externí organizace jakou jsou například Spojená akreditační komise nebo Mezinárodní organizace pro standardizaci.

Klíčová slova: Kvalita. Ošetrovateľská péče. Pacient. Sestra. Standardy.

ÚVOD

Vývoj kvality ošetrovateľskej péče se s největší pravděpodobností datuje do druhé poloviny 19. století a je spojeno se jménem Florence Nightingalové. Ta položila první základy kvality ošetrovateľskej péče, když sledovala prostředí tehdejších nemocnic a posléze vojenských lazaretů v době krymské války. Zavedla první zásadní změny ve struktuře nemocnic. Staňková (2001) konstatuje, že F. Nightingalová se už za svého života stala legendou, její rozsáhlé reformy podstatně ovlivnily moderní ošetrovateľskou péči. Napsala přes 200 publikací – článků, knih, zpráv atd. na téma zlepšení kvality ošetrovateľskej a zdravotní péče a její sebrané spisy můžou být dodnes inspirací pro sestry ve vedoucích funkcích.

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE POHLEDEM FLORENCE NIGHTINGALOVÉ

Angličanka F. Nightingalová měla nadání nejen pro cizí jazyky, plyně hovořila latinsky, francouzsky, německy, italsky i řecky, ale i pro matematiku a statistiku. Sledovala vše, co se týkalo nemocnic, zdravotnictví, stavebního uspořádání a práce lékařů. Z každé cesty a z každého navštíveného města Evropy si přivezla mnoho zápisků o nemocnicích, které nikdy neopomněla navštívit. Zajímalo ji stavební uspořádání, organizace provozu nemocnice, hygiena a práce personálu. V roce 1853 se stala vrchní sestrou - superintendantkou londýnského Ústavu pro nemocné šlechtičny. Zde mohla konečně uplatnit poznatky ze svých cest, zavedla výtah z kuchyně pro rozvoz stravy, signalizační zařízení od lůžka pacienta, v podstatě se stala vlivným odborníkem na veřejné zdravotnictví nemocnic. O rok později byla požádána anglickým ministrem války o pomoc při ošetřování raněných vojáků v krymské válce. Odjela s týmem 48 ošetřovatelek do Scutari, kde našla ve zpustlých kasárnách ležet raněné vojáky na holých zemích, často bez stravy, bez toalet a hygienických zařízení. Samotné zranění často vojáky neohrožovalo na životě tak, jako onemocnění, kterými se během pobytu nakazili. Nejvíce je sužovali průjmy, tyfus ale i cholera. Opět se s vervou pustila do organizace tohoto zařízení. Uvedla do provozu prádelnu s dostatečným počtem lůžkovin a prádla, zajistila zásobování nemocnice potravinami, zřídila dietní jídelnu. Dokázala překonat překážky ze strany britské byrokracie i nevoli lékařů. Úmrtnost výrazně poklesla a se svým týmem ošetřovatelek sklídila za krymskou „ misi“ veliký úspěch (Kutnohorská 2010).

Datuje se, že historicky první ošetřovatelské audity byly podle manželů Škrlových uskutečněny v době krymské války v letech 1853 - 1856. Během této války Florence Nightingalová nasbírala spoustu zkušeností a v roce 1863 prohlásila: „*Zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům, jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody, než užitku.*“ Škrlovi (2003, s. 54). A jak dále uvádí, tím se stala první sestrou, která vyjádřila opravdový smysl ošetřovatelského auditu. V knize Florence Nightingalové „Notes of nursing“ se zaměřila na čistotu prostředí a prevenci infekcí, sledovala efektivitu ošetřovatelské péče a tím výrazně snížila mortalitu raněných vojáků.



Ošetřovatelka F. Nightingalová vlastně popsala první ošetřovatelské standardy i audity. Byly zaměřené na ošetřovatelský proces a zároveň stanovila první indikátory kvality ošetřovatelské péče.

Rok 1860 byl pro F. Nightingalovou významný, vyšla knižně její nejznámější publikace „**Poznámky o nemocnicích**“ (v českém překladu vyšla r. 1874). Farkašová (2006) shrnula poznatky o F. Nightingalové, která v knize hodnotí úroveň poskytované péče, s cílem dosažení výsledku standard. Za důležité aspekty kvality poskytované péče označila např.:

- hluk,
- čas podání a kvalita stravy,
- typy lůžek a jejich rozmístění v místnosti,
- vhodné matrace a lůžkoviny,
- hygiena personálu a čisté prostředí.

Tyto požadavky by byly dnes zařazeny do strukturálních kritérií poskytované péče. Teprve později se zaměřila na výsledky poskytované péče, organizaci služeb a potřeby pacientů. Je až s podivem, že její odkaz a hodnota jsou přínosem dodnes.

V témže roce 1860 založila první ošetřovatelskou školu při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Z krymské války se vrátila s podlomeným zdravím, a proto jí zdravotní stav nedovoloval osobně řídit školu. Stanovila však rozsah studia - sestry studovaly v ročním kurzu, který zahrnoval současně studium i praxi u lůžka nemocného, pod vedením zkušené sestry. Dále následovala tříletá zkušební doba, tzv. ošetřovatelka na zkoušku, ve které byly sestry stále žákyněmi školy. Po absolvování těchto povinných aktivit mohla absolventka nastoupit do jiné nemocnice jako samostatná sestra.

Odkaz F. Nightingalové je aktuální dodnes, kvalita poskytované péče ji zajímala stejně, jako dnes zajímá nás – uspokojování hygienických potřeb, odpočinku, komfortu – pohodlí, příjemného a podnětného nemocničního prostředí a v neposlední řadě např. význam pozorování nemocného. I přesto, že měla vleklé zdravotní obtíže, dožila se 90 let a až do své smrti se věnovala zlepšení kvality ošetřovatelské péče.

STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Funtová (2014) uvádí, že první standardy péče byly lékařské a začaly vznikat v 50. letech minulého století, kdy se američtí chirurgové snažili o první standardizovanou péči sestavením

12 základních standardů. Byly zaměřeny na provoz chirurgických oddělení, jejich význam však přesahoval do celonemocniční péče např. tím, že požadovali, aby každý pacient měl svůj chorobopis. K chirurgům se začaly přidávat další lékaři s jinou odborností i celé nemocnice. V 70. letech byla vyhlášena první Charta práv pacientů a jako odezva zdravotníků začaly vznikat první standardy péče. Po 2. světové válce se přidaly Kanada a Austrálie.

Nedílnou součástí ošetrovatelského managementu kvality jsou standardy ošetrovatelské péče. Tyto standardy zajišťují jednotnou, kvalitní úroveň poskytovaných služeb v daném zdravotnickém zařízení a zároveň zabraňují variabilitě ošetrovatelské péče a přináší koordinaci jednotlivých procesů. Pro pacienty znamenají ochranu a bezpečnou ošetrovatelskou péči, sestrám přináší právní ochranu před neoprávněným postihem. Ošetrovatelské standardy napomáhají objektivně hodnotit poskytovanou péči a jsou důležitým akreditačním nástrojem pro posuzování úrovně péče v nemocnicích. Proto cílem standardizace ošetrovatelských postupů je zvýšení kvality, tím se činnost stává hospodárnější a zároveň je zajištěna kvalita. Standardy jsou odborníky popsány činnosti (závazné normy) tak, aby umožnily objektivní hodnocení poskytované péče. Zároveň jsou cenným nástrojem k posuzování úrovně péče ve zdravotnických zařízeních. Všechny standardy by měly obsahovat měřitelné a hodnotitelné parametry. MZ (2013) na svých internetových stránkách uvádí, že každé zdravotnické zařízení si tvoří vlastní systém ošetrovatelských standardů, ve kterých zohledňuje podmínky poskytování péče a musí vycházet z platných zákonů, vyhlášek nebo doporučených metodických pokynů.

Každý standard by měl obsahovat:

- název standardu,
- pořadové číslo,
- označení,
- typ standardu (např. strukturální),
- platnost (oblast uplatnění) kde je používán,
- komu je určený,
- místo užití (standardní lůžk. odd., JIP, ARO),
- autor,
- přílohy (kritéria provedení, ošetrovatelský cíl).

Vojtová (2014) podotýká, že standardy jsou závazné normy, které umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Není přesně stanovena forma zpracování standardů a ani

neexistuje formální předpis, ale měly by obsahovat měřitelné a hodnotitelné parametry a vyjmenovává druhy zásadních standardů:

Standard výkonu ošetrovateľskej praxe – stanovuje kategórie ošetrovateľského personálu, sesterské kompetence a pracovnú náplň sester a porodných asistentek,

Standardy ošetrovateľskej péče – popisuje jednotlivé ošetrovateľské činnosti,

Standard ošetrovateľskej dokumentace – stanovuje rozsah povinné ošetrovateľskej dokumentace,

Standard vybavení pracovísk – stanovuje minimálne vybavenie jednotlivých pracovísk,

Standard personálneho vybavení pracovísk – určuje personálnu štruktúru, počet sester a špecializáciu,

Standardy pracovných postupů – popisujú normy pro jednotlivé ošetrovateľské výkony.

Kolektív autorů (2002) upozorňuje na dôležitosť standardu vedení zdravotníckej dokumentace, ktorý by mal jasne vymezovať súčasť choroby. Management nemocnice by mal vnútornými smernicami určiť tiskopisy, do ktorých sa zaznamenáva diagnostická, liečebná a ošetrovateľská péče. Smernice by mala určovať i tzv. dodatkové listy dokumentace (napr. Akutná karta, karta diabetika, plán RHB). Zdravotnícke prostredie je často veľmi chaotické, a pokiaľ nie je správne vedená zdravotnícka dokumentace, môžeme si situáciu ešte viac zkomplikovať. Neopomínejme, že hlavným účelom zdravotníckej dokumentace je informovať ostatných členov multidisciplinárneho tímu o skutočnostiach, ktoré súvisia s diagnózou, liečbou a ošetrovateľskou péčou o pacienta. Každý zdravotník by mal mať na pamäti toľko parafrázovaný citát – **co není zapsáno, není uděláno**, pretože bezchybná zdravotnícka dokumentace má cenu zlata. M. C. Berry v predmluve k tejto knihe uvádza, že chyby a opomenutia vo zdravotníckej dokumentácii predstavujú pre sestry stále významné právne riziko. Chorobopis, ako najdôležitejší dokument je dôležitým predmetom, pokiaľ sú obvinené z nedbalosti. Nečitelné a nedbale vedené záznamy vedú k neúspešnej obhajobe ošetrovateľských postupů.

Jak konstatujú Škrloví (2003), zdravotníctvo pro svoju komplexnosť vyžaduje standardizáciu mnohým viac než priemysel. Postupná globalizácia sveta vyžaduje standardizáciu na medzinárodnej úrovni. V ekonomicky rozdielných krajinách sa nelze spoliehať iba na národné systémy standardizácie. Je potreba vytvoriť takéto standardy, ktoré idú naprieč celým spektrom národů, napr. EÚ.

K zásadní změně ve sledování kvality poskytované péče a tím i výraznému pokroku v Systému řízení kvality došlo v roce 1970 v USA, kdy hlavní federální plátce Medicare podmínil úhradu zdravotní péče akreditací udělenou organizací JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). První podobný kontrolní systém v Evropě vznikl v 80. letech v Katalánsku, další se postupně zaváděly v Nizozemsku a ve Velké Británii. V té době docházelo k výrazné technologizaci medicíny, zdravotnictví se začalo prodražovat a hledaly se nástroje ke kontrole nákladů, aby vynakládání peněz bylo co nejefektivnější součinně s nejvyšší mírou kvality a bezpečí. Tento problém řešily všechny státy tzv. Západní Evropy. Otevřením hranic a spoluprací s ostatními evropskými státy se tyto poznatky implementovaly do podmínek českého i slovenského zdravotnického systému. V roce 1997 vydala Rada Evropy doporučení pro členské země k zavádění nezávislých externích systémů kontroly kvality ve zdravotnictví. V roce 1998 vznikla v České republice Spojená akreditační komise, která jako jediná splňovala daná kritéria. Jak uvádí Marx a Vlček (2013), minulá léta přinesla mnoho změn ve vnímání kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních a ta se samozřejmě zobrazila v platné legislativě. „*Akreditace spojené akreditační komise o.p.s. je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“ Marx a Vlček (2013, s. 11). Akreditace SAK o.p.s. je dobrovolný proces, jehož cílem je podle hodnotících standardů posoudit organizační úroveň poskytování zdravotních služeb z hlediska kvality a bezpečí. V roce 2012 vstoupil v platnost zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Devátou částí tohoto zákona je i hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb:

- „*hodnotící standardy jsou souborem požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.*
- *hodnocení kvality a bezpečí může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti podle tohoto zákona.*
- *udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí rozhoduje ministerstvo“.* (Zákon č. 372/2011, část devátá).

Podle Funtové (2014) patří zavádění Systému řízení kvality, neboli Quality management systém do oblasti zdravotní péče mezi obtížné, ale velmi důležité úkoly. Systém řízení kvality představuje koordinovanou činnost při usměrňování a řízení činností zabezpečovaných

zdravotnickým zařízením v oblasti poskytování zdravotní péče. Tato činnost vychází z předem stanovené koncepce a definovaných cílů, které kladou důraz na systematičnost, pořádek, zavedení dokumentace všech činností a odstraňování nedostatků. Důvodem k zavedení Systému řízení kvality patří posílení důvěryhodnosti organizace, ochrana výsledků vlastní práce, neustálé zlepšování služeb, zvýšení konkurenční výhody, snížení variability při provádění činností a eliminace chyb. Podstatou systému řízení kvality se stává standardizace procesů při současném zavedení kontrolních mechanismů, mezi které řadíme interní audity. Interní audity sedmi Rezortních bezpečnostních cílů, které na podnět WHO, Rady Evropy a MZ ČR představují nový cíl na cestě ke kvalitní zdravotní péči, protože zahrnují nejrizikovější oblasti a možnosti poškození pacienta.

Jak uvádí na svých internetových stránkách MZ (2013) v článku „Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb“ je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Minimální požadavky, které vypracovalo MZ, jsou zveřejněny ve Věstníku MZ ČR č.5/2012. Ten hovoří zcela jasně a vymezuje požadavky, které formulovala Rada EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“. Podstatou tohoto dokumentu je vyhledávání slabých míst ZZ formou tzv. sebehodnocení, což by měl být komplexní, systematický a pravidelný proces. Institucionální sebehodnocení podle předem stanovených standardů by mělo zachovat objektivitu, sebekritičnost, kontinuitu a sledovat dynamiku vývoje jednotlivých, předem stanovených kritérií. Cílem sebehodnocení je sledovat a shromažďovat údaje, minimalizovat rizikové činnosti a odhalit potencionální možnosti zlepšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Na základě výsledků sebehodnocení si poskytovatel zdravotní péče sám stanoví priority, plány a cíle dalšího zvyšování kvality. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí stanovuje minimální spektrum požadavků, které budou dle potřeby aktualizovány a doplňovány.

Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče platí tato doporučení:

1 Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů

RBC 1 *Bezpečná identifikace pacientů* – cílem standardu je nastavit jednotný postup k identifikaci pacienta před podáním léčivého přípravku, odebráním vzorku biologického materiálu a před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem. Požadavkem jsou minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození).

RBC 2 Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti – cílem standardu je stanovení seznamu léčiv s vyšší mírou rizika a zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků. Mezi léčiva s vyšší mírou rizika patří injekční roztok KCL v koncentraci vyšší než 7,45 %, neředěné hepariny a inzuliny. Na pracovištích nejsou umístěna léčiva s vyšší mírou rizika, pokud to není z klinického hlediska nutné, v případě jejich umístění jsou přijata opatření zabraňující nesprávnému podání.

RBC 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech – cílem standardu je přijmout taková komplexní opatření, které zohledňují bezpečnou komunikaci, identifikaci pacienta a zabraňují poškození pacienta. Požadavkem je před zahájením operačního výkonu ověření identifikace pacienta, výkonu, strany, dostupnosti potřebných technologií a zdravotnických prostředků včetně zobrazovací dokumentace.

RBC 4 Prevence pádů – cílem standardu je minimalizovat rizika pádu, evidovat, vyhodnocovat a analyzovat všechny pády pacientů, dále stanovovat nápravná a preventivní opatření.

RBC 5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče – cílem standardu je zbránit přenosu infekce, zavést postupy hygieny rukou a vybavit pracoviště desinfekčními prostředky. Mezi základní požadavky patří nastavení programu prevence a kontroly infekcí vzhledem ke klinickému spektru ošetřovaných pacientů, oborovému zaměření a používaným diagnostickým a léčebným technologiím.

RBC 6 Bezpečná komunikace – cílem standardu je nastavení jasných a jednotných pravidel pro interní komunikaci a zabránění nedorozumění s následným poškozením pacienta. Požadavkem je jasné vymezení telefonických ordinací, přesná standardizace zkratk včetně zakázaných.

RBC 7 Bezpečné předávání pacientů – cílem standardu je nastavení jednotného systému předávání pacientů a informací o něm. Požadavkem je a stanovení postupů při předávání pacienta mezi klinickými pracovišti včetně dokumentace a vymezení kompetencí při transportu pacienta.

RBC 8 Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů – cílem standardu je nastavení vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných pacientů, včetně opakovaného/periodického hodnocení. Požadavkem je jednotný postup pro prevenci vzniku dekubitů, jejich evidenci, ošetřování a terapeutické postupy, systém vzdělávání a způsob ověření efektivity standardu.

2. Standard: Řešení neodkladných stavů – cílem standardu je proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a zajištění potřebných pomůcek včetně nastavení frekvence pravidelných kontrol.

3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých – cílem standardu je sledování dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkým.

4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí – cílem standardu je evidence nesankčního sledování počtu nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče a jejich analýza.

5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů – cílem standardu je sledování, vyhodnocování a analýza validního sběru dat o spokojenosti pacientů se zdravotní péčí.

6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče – cílem standardu je zpracování popisů pracovních činností v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání, sledovat a vyhodnocovat spokojenost pracovníků s pracovními podmínkami a stanovit program celoživotního vzdělávání.

7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony – cílem standardu je sledování objednacích dob na plánované zdravotní výkony, zveřejňování těch, které u plánovaných výkonů přesahují 2 měsíce a vyšetření přesahující 3 týdny v referenčním období 6 měsíců.

Pro poskytovatele ambulantní péče platí tato doporučení:

1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2) - cílem standardu je stanovení seznamu léčiv s vyšší mírou rizika a zajisti bezpečné skladování těchto léčivých přípravků. Mezi léčiva s vyšší mírou rizika patří injekční roztok KCL v koncentraci vyšší než 7,45 %, neředěné hepariny a inzuliny.

2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5) - cílem standardu je zbránit přenosu infekce, zavést postupy hygieny rukou a vybavit pracoviště desinfekčními prostředky.

3. Standard: Řešení neodkladných stavů - cílem standardu je proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a zajištění potřebných pomůcek včetně nastavení frekvence pravidelných kontrol. Na viditelném místě vyznačit čísla linek tísňového volání 112, 150, 155, 158.

3. Pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby platí tato doporučení

1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2) - cílem standardu je stanovení seznamu léčiv s vyšší mírou rizika a zajisti bezpečné skladování těchto léčivých přípravků. Mezi léčiva s vyšší mírou rizika patří injekční roztok KCL v koncentraci vyšší než 7,45 %, neředěné hepariny a inzuliny.

2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5) - cílem standardu je zbránit přenosu infekce, zavést postupy hygieny rukou a vybavit pracoviště desinfekčními prostředky.

3. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče - cílem standardu je zpracování popisů pracovních činností v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání, sledovat a vyhodnocovat spokojenost pracovníků s pracovními podmínkami a stanovit program celoživotního vzdělávání.

4. Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů – cílem standardu je nepřetržitá funkčnost pomůcek pro neodkladnou péči, stanovení frekvence kontrol včetně expirace léčivých přípravků a dokumentace kontrol.

21. století je vnímáno jako „století kvality“. A jaký má význam sledování kvality a bezpečí? Podle Podstatové si v první řadě zavedeme „pořádek v domě“. Zavedením systémového přístupu, stanovením kompetencí a zaváděním jednotných postupů vymezíme jasná pravidla. To vše je signálem pro pacienty i plátce, že instituce splňuje předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče a zároveň tím posiluje důvěru veřejnosti, což je nejefektivnější reklama.

ZÁVĚR

Cílem zdravotnických zařízení je poskytovat kvalitní, účinnou, hospodárnou, vysoce odbornou a bezpečnou péči v prostředí, které je nutné za tímto účelem vytvářet a v němž lze takové cíle uskutečňovat. Každé zdravotnické zařízení se snaží zkvalitňovat zdravotní péči z mnoha důvodů. Například proto, aby si zajistilo spokojenost a bezpečí pacientů, dobrou pověst, přiblížilo se standardu Evropské unie nebo jen přežilo v tvrdších konkurenčních podmínkách. Pro management na všech úrovních je základním pilířem řízení cenná zpětná vazba – srovnání skutečnosti s vizemi. Kvalita zdravotní péče, jejíž nedílnou součástí tvoří i

kvalita ošetrovateľskej péče, je v súčasnosti veľmi aktuálna a sledované téma. Kvalitná péče sa stále viac dostáva do popredia zájmu nejen zdravotníkov, ale také verejnosti. Stále viac jsou používané výrazy jako kvalita péče, bezpečnosť péče, indikátory kvality, standardizace apod. Sami pacienti požadujú informácie, ktoré prokazujú kvalitnú péču. Zavádzenie systémů řízení kvality je dlhodobý proces, vyžaduje hlboké zásahy do štruktúry, provozu, financování a řízení organizace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

FARKAŠOVÁ, D., KOŇOŠOVÁ, H., KUBICOVÁ, L. et al. 2006. *Ošetrovateľství - teorie*. Martin : Osveta s.r.o., 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FUNTOVÁ, V, 2014. Interní audity v procesu poskytování ošetrovateľskej péče. Rigorózní práce. Bratislava : VŠ ZSP sv. Alžbety, 2014. 149 s.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Průvodce ošetrovateľskou dokumentací od A do Z*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2002. 389 s. ISBN 80-247-0278-9.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovateľství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARX, D., VLČEK, F. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha : SAK o.p.s. a Tigris s.r.o., 2013, 161 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013. *Standardy ošetrovateľskej péče*. [on line]. Praha : MZ ČR. 2013. [citované 2014-02-18]. Dostupné na internetu: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-osetrovateľske-pece_2889_15.html.

PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení, 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

STAŇKOVÁ, M. 2001. *Galerie historických osobností*. Brno : IPVZ, 2001. 86 s. ISBN80-7013-329-5.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha : Advent - Orion spol. s.r.o., 2003. 445 s. ISBN 807172-841-1.

VOJTOVÁ, M. 2014. *Ošetrovatelské standardy*. [on line]. VOŠZ a SZŠ Hradec Králové 2014. [citované 2014-04-06]. Dostupné na internetu:
http://www.zshk.cz/sites/default/files/kvalita_ospece.pdf.

ZÁKON č. 372/2011 Sb. *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. [on line]. Praha : Sbírka zákonů ČR. 2011. [citované 2014-02-21]. Dostupné na internetu:
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast9>.

Kontakt

Veronika Funtová, PhDr.

Urologická klinika

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK

Šrobárova 50

100 34 Praha 10

Kontaktní adresa:

Janovská 374

109 00 Praha 10

e-mail: funtova@seznam.cz

ABSTRAKT

Zavedení elektronické ošetrovateľskej dokumentácie a celkovo elektronizácie zdravotníctví je moderným a perspektívnym trendom vo vývoji informačných technológií v ošetrovatelství. Z forenzného hľadiska prináša zvýšenie validity a kvality. Cieľom príspevku je ukázať spôsob vedenia elektronickej dokumentácie v Ústrednej vojenskej nemocnici - Vojenskej fakultnej nemocnici Praha, kde využitie elektronickej dokumentácie je mnohostranné a vzájomne kompatibilné. Vytvorenie elektronickej dokumentácie spôsobilo na jednej strane navýšenie potrieb na digitalizáciu, na druhej strane prínos pre sestry v oblasti rozšírenia PC gramotnosti. Veľmi významným prínosom je zlepšenie kontinuity plánovanej starostlivosti vďaka integrácii dát v rámci jedného celku zdravotníckej dokumentácie v jednom systéme. Ďalšou výhodou je propojiteľnosť, jednoznačnosť dát, ich čitateľnosť, nezameniteľnosť a vývoj v čase.

Kľúčová slova: Ošetrovateľská dokumentácia. Elektronizácia. Digitalizácia. Čtečka. Tablet. E-pilulka. eSestra.

ÚVOD

Ministerstvo zdravotníctví Českej republiky si v rámci národnej stratégie zdravotníckeho systému stanovilo ako jeden z strategických cieľov zvýšenie efektivity zdravotníckeho systému. Požiadavky na elektronizáciu zdravotníctví vychádzajú tiež zo smernice Európskeho parlamentu 2011/24/EU platnej pre členské štáty EÚ. Vedenie ošetrovateľskej dokumentácie nám ukladá Zákon o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania č. 372/2011 Sb., konkrétne časť šestá - Zdravotnícká dokumentácia a národný zdravotnícky informačný systém §54, §55. Zákon uvádza, že zdravotnícká dokumentácia má byť vedená v listinnej alebo elektronickej forme za presne definovaných podmienok. V elektronickej podobe je vedenie dokumentácie definované čitateľne, preukázateľne a pravdivo. Obsah zápisu má byť nezmeniteľný, opatrený identifikátorom záznamu, nepochybniteľný a obsahuje overiteľnosť údajov, akými sú identifikácia pracovníka, ktorý záznam vykonával a dátum vykonania záznamu.

Zdravotnickou dokumentací pacienta se myslí jak lékařská, tak i ošetrovatelská dokumentace, která je její nedílnou součástí.

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha jako první akreditovaná nemocnice ve střední Evropě (2004 JCI) klade důraz na rozvoj a zvyšování kvality péče komplexně.

Zpočátku byla vedená ošetrovatelská dokumentace v ÚVN - VFN Praha v listinné podobě formou předtištěných formulářů ošetrovatelské dokumentace. V roce 2012 proběhla implementace listinné podoby do elektronické formy, čímž dochází k realizaci strategického systému a rozvoji informačních technologií.

ELEKTRONICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Postupnou digitalizací a elektronizací v systému poskytování ošetrovatelské péče a s tím související vedení zdravotnické dokumentace, bylo nutné navýšit počty pomůcek a přístrojů k tomu potřebných. Ošetrovatelská dokumentace v ÚVN - VFN je vedená výhradně elektronickou formou v systému SW aplikace pod názvem AMIS*HD. Sběr dat probíhá zaznamenáváním do PC, či pomocí přenosných tabletů. Ošetrovatelská dokumentace je vedená formou ošetrovatelského procesu. Získáním údajů od pacienta, které se zaznamenají v AMIS*HD jako vstupní ošetrovatelské vyšetření, nám vzniknou údaje potřebné k vytvoření a stanovení ošetrovatelských diagnóz. Zároveň nám slouží vstupní data jako podklady k provedení rizikových screeningů, např. riziko pádu, dekubitu, malnutrice a zhodnocení úrovně soběstačnosti pacienta. Jelikož je délka hospitalizace závislá od druhu hospitalizace, ošetrovatelská dokumentace nabízí dvě varianty vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace a to krátkodobou hospitalizaci (do 72 hod) a standardní (po celou dobu hospitalizace). Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz je aplikace schopná navrhnout ošetrovatelský plán. V ošetrovatelském plánu si sestra stanoví frekvence jednotlivých naplánovaných intervencí a určí, zda se jedná o intervenci jednorázovou či opakující se. Ošetrovatelský plán je aktualizován sestrou každých 24 hod. a naplánován na následujících 24 hod. Následně sestra vygeneruje realizaci ošetrovatelských intervencí. Realizace ošetrovatelských diagnóz je nastavená nejméně 1 x za den. Jako poslední fáze ošetrovatelského procesu je provedení záznamu. Záznam provádí každý pracovník dle specifikace poskytnuté péče pacientovi a to tak, že si zvolí typ záznamu dle směny R, O, CD, N nebo dle druhu záznamu např. nutriční terapeut, psycholog, fyzioterapeut, edukační specialista, proces informování pacienta a jeho blízkých, epikríza, péče o rány a dekubity,

sociálně zdravotní záznam, propuštění, invazivní vstupy. Pravidelné změny a evidence záznamů v ošetrovateľskej dokumentaci jsou prováděné na základě platných standardů ošetrovateľskej péče a směrnic. Z ošetrovateľskej dokumentace, potažmo z ošetrovateľskej anamnézy lze vygenerovat ošetrovateľskou prekladovou zprávu, která obsahuje veškeré ošetrovateľské údaje a souhrn hospitalizace. Nedílnou součástí elektronické dokumentace je i evidence fyziologických funkcí, bilance tekutin, binární data a emergency protokol. Fyziologické záznamy dovedou barevně rozpoznat patofyziologické hodnoty. Jejich součástí je i evidence bolesti dle VAS a jiné. Bilance tekutin zvládá vypočítat celkovou bilanci tekutin na základě evidence dat příjmu a výdeje pacienta / 24 hod. Binární data poskytují elektronickou fotodokumentaci ran či dekubitů nebo také možnost přidání obrázku, dokumentace naskenováním, ale také možnost přidáním videa např. pokroky pacienta v RHB. Jak již bylo uvedeno výše, postupnou elektronizací a digitalizací informačních technologií došlo k vzájemnému propojení systému a shromažďování dat a tím přenášení dat do jednoho společného informačního systému. Používáním síťového glukometru, který přenese aktuálně naměřené hodnoty u pacienta za pomoci skenování identifikačního patientského náramku, je možné vidět data online v PC. Podobný postup skenování a přenosu dat je i při odběru krve či biologického materiálu po předchozím vytvoření elektronické žádanky dle druhu laboratoře a požadavku odběru např. na mikrobiologii nebo biochemické vyšetření za pomoci čtečky. Pro možné používání čtečky je nutné zalogování se na základě osobního čísla zaměstnance a hesla. Čtečka nabízí široké spektrum využití např. podávání medikace, provádění odběrů, přesunem léčiv v rámci nemocnice a v budoucnosti např. skenování použitých přístrojů a oxygenoterapie u konkrétního pacienta nebo elektronické evidence spotřebního zdravotnického materiálu.

Podávání medikace a plnění ordinací lékaře je realizováno po preskripci lékaře ve strukturované medikaci, přihlášením sestry do čtečky, přenesením dat do čtečky, naskenováním identifikačního patientského náramku, naskenováním ordinovaného léčiva a následně jeho podání za kontroly denního dekurzu. Čtečkou lze elektronicky přesouvat stav zásob daného léčiva na jiné oddělení v rámci nemocnice. Čtečka také umožňuje vedoucím pracovníkům na oddělení provést inventuru na léčiva a kontrolu medikace a správnost podání. Pro evidenci léčiv a úkony s tím spojené, slouží propojená aplikace E-pilulka.

ZÁVĚR

S vývojem elektronického systému a jeho používáním v praxi přichází ze strany pracovníků nové požadavky pro další vývoj elektronizace ve smyslu propojení dalších přístrojů a přenosu dat do PC. Automatické odeslání žádanek, které jsou vygenerované na základě vstupních dat při ošetřovatelském vyšetření. Dále také vyvinutí tzv. balíčku předdefinovaného ošetřovatelského plánu u pacienta po operačním výkonu dle specifikace pracoviště. Poslední požadavek je možná inspirován podobným balíčkem u krevních výsledku, kdy má každé oddělení možnost nastavit filtr hodnot dle specifik daného oddělení. K dosažení cílu ÚVN - VFN Praha být bezpapírovou nemocnicí zbývá dořešit implementaci elektronického podpisu zdravotníka do elektronického nemocničního systému. Elektronizace dokumentace je určitě velkým přínosem pro personál, i když začátky nebyly jednoduché. Za zmínku stojí transparentnost údajů v ošetřovatelské dokumentaci, bezpečné podávání medikace, finanční úspory za předtištěné formuláře ošetřovatelské dokumentace a finanční úspora ve výdajích za léčiva. V neposlední řadě nedochází k záměně krevních vzorků při dodržení správného postupu eventuálně je dohledatelná chybovost pracovníků, kteří nepostupují dle platných standardů. Pozitivní výsledky elektronizace ÚVN - VFN Praha jsou prokazatelné nejenom snížením počtu nežádoucích událostí nebo ušetřením financí, ale také oceněním nemocnice za IT projekt roku 2014 eSestra.

Kontaktní adresa autora:

Bc. Glozarová Alžbeta

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha a.s.

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN

U Vojenské nemocnice 1200

169 00 Praha 6

Česká republika

e-mail: alzbeta.glozarova@uvn.cz



VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V SÚLADE SO ZDRAVOTNÍCKOU LEGISLATÍVOU

HORNÁČKOVÁ Veronika

ABSTRAKT

Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotná dokumentácia, súčasťou ktorej je aj ošetrovateľská dokumentácia. Zdravotná dokumentácia sa vedie u všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súlade so zdravotníckou legislatívou. Za jej vedenie zodpovedá poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Kontrolou zdravotnej dokumentácie zo strany zdravotnej poisťovne v zmysle zákona boli zistené viaceré nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie. Nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie môže viesť k poškodeniu zdravia poistenca a k sťaženiu kontroly správnosti diagnostického, liečebného a ošetrovateľského postupu. Na základe uvedeného je edukácia v danej oblasti stále aktuálna a potrebná.

Kľúčové slová: Zdravotná dokumentácia. Zdravotná starostlivosť. Zdravotnícka legislatíva.

ÚVOD

Podľa § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým poskytuje úhradu za zdravotnú / ošetrovateľskú starostlivosť. Kontrolná činnosť vykonávaná revíznymi lekármi, revíznymi sestrami a revíznymi farmaceutmi je zameraná na rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti, na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na dodržiavanie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Revízne sestry kontrolujú rozsah a kvalitu sestrami poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na zdravotný stav poistenca, účtovné doklady a dokumentáciu súvisiacu s rozsahom poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti.

VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V SÚLADE SO ZDRAVOTNÍCKOU LEGISLATÍVOU

Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je poskytovateľ povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. **„Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy“.**

Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je zdravotná dokumentácia, súčasťou ktorej je aj ošetrovateľská dokumentácia. Povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu zákon ukladá všetkým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Vykonanou kontrolou vedenia zdravotnej dokumentácie sú najčastejšie zistené nasledujúce nedostatky a pochybenia:

- chýbajú časové údaje o jednotlivých zápisoch (vzhľadom na možnosť náhlych zmien zdravotného stavu poistenca v priebehu krátkeho času je potrebné pri jednotlivých zápisoch uvádzať nielen dátum, ale aj hodinu a minútu zápisu),
- nečitateľnosť zápisov (hodnotí sa ako zápis nezrealizovaný),
- dopisovanie, prepisovanie zápisov,
- chýba alebo je neúplný popis zrealizovaného výkonu,
- nezaznamenanie riešenia zisteného a zapísaného zhoršenia zdravotného stavu poistenca (záznam slúži ako preukázateľný doklad, ktorý pri vznesenej pochybnosti o správne poskytnutej zdravotnej starostlivosti je jedinou právnou ochranou poskytovateľa),
- chýba vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti (určenie rozsahu dosiahnutia cieľov, resp. potreby modifikovať ošetrovateľské intervencie),
- chýba slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy (zapisovanie kódov je nepostačujúce a nevyžaduje sa),
- nesúlady medzi zápisom vo „Vstupnom zázname sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta“, stanovením sesterských diagnóz pri prijímaní, vypracovaným plánom ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľskými intervenciami zapísanými v dekurze,

- chýba písomná forma „Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta“, resp. nie je podpísané osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje (prípadne jej zákonným zástupcom),
 - chýba písomná forma „Poverenie na intravenóznou aplikáciu liekov a parenterálnej výživy“, resp. je neplatné (platnosť poverenia v ústavnej starostlivosti trvá do ukončenia hospitalizácie pacienta, v ambulantnej starostlivosti pol roka), chýba podpis sestry potvrdzujúci súhlas s poverením,
 - poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti nie je zapísané na predpísanom dekurse,
 - na prednej strane dekuru chýbajú identifikačné údaje poistenca a zdravotníckeho zariadenia, nie sú číslované strany dekuru,
 - zdravotná dokumentácia nie je vedená v chronologickej postupnosti, je neprehľadná,
 - zdravotná dokumentácia nie je uchovávaná a archivovaná v súlade s legislatívou, vyhľadanie konkrétnej dokumentácie na vyžiadanie je obtiažné,
 - záznam nie je potvrdený identifikačnými údajmi zdravotníckeho pracovníka,
- čo vždy vedie k nastoleniu otázky, či bola zdravotná starostlivosť správne poskytnutá.

Vedenie zdravotnej dokumentácie upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS, účinné od 15.10.2009.

Účelom legislatívy je zabezpečiť jednotnú obsahovú štruktúru vedenia zdravotnej dokumentácie. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti si môžu v prípade potreby niektoré špecifické údaje doplniť, no doplnenie údajov, resp. formulárov je nad rámec legislatívne stanoveného rozsahu.

Zdravotná dokumentácia je definovaná ako „súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tejto osobe“.

Súčasťou zdravotnej dokumentácie je dekurz, denný záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Dekurz je spoločný pre lekára, sestru a iného ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. Na každom dekurse sú uvedené identifikačné údaje poistenca, rodné číslo, odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia a poradové číslo strany dekuru.

Zdravotná dokumentácia sa vedie v písomnej forme alebo v elektronickej forme.

Identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka sa preukazuje v zdravotnej dokumentácii vedenej v písomnej forme menom a priezviskom, podpisom ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, a ak má zdravotnícky pracovník číselný kód pridelený Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou aj odtlačkom pečiatky.

V zdravotnej dokumentácii vedenej **v elektronickej forme** sa ošetrojúci zdravotnícky pracovník preukazuje **zaručeným elektronickým podpisom.**

Zdravotnú dokumentáciu ako celok vedie všeobecný lekár, iný ošetrojúci zdravotnícky pracovník vedie zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Zápis v zdravotnej dokumentácii musí obsahovať dátum a čas zápisu, musí byť pravdivý a čitateľný. Oprava zápisu sa vykonáva novým zápisom zdravotníckeho pracovníka, ktorý vykonal pôvodný zápis. Nový zápis musí obsahovať dátum opravy, znenie opravy a identifikáciu zdravotníckeho pracovníka, ktorý opravu vykonal. Pôvodný zápis musí zostať čitateľný.

Údaje do zdravotnej dokumentácie v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošetrojúci zdravotnícky pracovník v chronologickej postupnosti a v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Zapísané musia byť nielen všetky výkony, ale aj všetky údaje týkajúce sa zmien zdravotného stavu poistenca. Zápis terapie a zápis o zmene terapie je výlučne v kompetencii lekára.

Nesmú sa používať odvolávky, odkazy a opakovacie znaky (ako predchádzajúci chorobopis, Th. idem, bpn), pri popise nálezu nezmeneného zdravotného stavu možno použiť formuláciu „stav rovnaký ako“ s odvolaním sa na presný dátum a hodinu.

Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach vedie ošetrojúca sestra. Tvorí ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu poistenca, zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľská prepúšťacia správa, ktorá je súčasťou lekárskej prepúšťacej správy.

Zápis o vykonanom výkone musí obsahovať dátum a čas, stručný popis výkonu, vyhodnotenie a čitateľný podpis sestry alebo zdravotníckeho asistenta.

Zápis o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch poistenca musí obsahovať dátum a čas, slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy, stručný popis poskytnutého výkonu, vyhodnotenie a čitateľný podpis sestry.

Ošetrovateľskú prepúšťaciu správu vyhotovuje sestra pri prepustení pacienta z ústavnej starostlivosti. Správnosť vyhotovených informácií potvrdí čitateľným podpisom.

Zdravotná dokumentácia má byť k dispozícii vždy danému zdravotníckemu pracovníkovi po dobu, počas ktorej s ňou pracuje. **Miesto uchovávanía zdravotnej dokumentácie musí byť prístupné všetkým ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom pacienta** (upravuje vnútorný predpis zdravotníckeho zariadenia).

Zápis do zdravotnej dokumentácie je možné realizovať aj dodatočne s uvedením času zápisu a času realizácie výkonu, v ojedinelých prípadoch (napr. zdravotná dokumentácia je odoslaná na farmakologické konzílium, ...) sa môže v prípade potreby založiť nový dekurz.

Poistenec musí byť poučený v plnom rozsahu o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poskytnuté informácie týkajúce sa zdravotného stavu a zdravotníckych služieb umožňujú poistencovi aktívnu spoluúčasť pri rozhodovaní o jeho zdraví.

Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie. Písomná forma sa vyžaduje pred vykonaním invazívnych zákrokov v celkovej alebo lokálnej anestézii, pri zmene diagnostického alebo terapeutického postupu, ktorý nebol obsahom predošlého informovaného súhlasu, pri sterilizácii, biomedicínskom výskume, darcovstve, prenose orgánov a tkanív.

Poskytnutie informácií pred výkonom a liečbou musí byť zrozumiteľné, ohľaduplné, bez nátlaku, primerané rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu poučanej osoby, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Zdravotnú starostlivosť možno poskytnúť aj bez informovaného ohlasu v prípade neodkladnej starostlivosti, ochranného liečenia uloženého súdom, šírenia prenosnej choroby, duševnej choroby alebo príznakov duševnej poruchy, ak osoba ohrozuje seba, okolie, alebo hrozí zhoršenie zdravotného stavu.

Poistenec má právo na odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti, lekár/sestra o tejto skutočnosti vykoná zápis do zdravotnej dokumentácie.

Poverenie na intravenóznú aplikáciu liekov a parenterálnej výživy treba viesť pri každom poistencovi osobitne. Platnosť poverenia v ústavnej starostlivosti trvá do ukončenia hospitalizácie pacienta, v ambulantnej starostlivosti pol roka. Sestra svojím podpisom potvrdí, že s poverením súhlasí na základe vlastného rozhodnutia a poverujúcim lekárom bola zrozumiteľne poučená o postupe pri výskyte komplikácií pri intravenóznej aplikácii.

Výpis zo zdravotnej dokumentácie je všeobecný lekár povinný bezodkladne poskytnúť inému ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi v rozsahu jeho vyžiadania. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť na vyžiadanie výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti všeobecnému lekárovi alebo lekárovi, ktorý odporučil poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný na základe písomného vyžiadania poskytnúť výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu, ktorý priamo súvisí s účelom vyžiadania príslušnému orgánu na účely sociálnej pomoci, inšpektorátu práce, príslušnému orgánu pri medzištátnom osvojení dieťaťa a osobám oprávneným nahliadať do zdravotnej dokumentácie.

Údaje zo zdravotnej dokumentácie sa sprístupňujú formou nahliadnutia, výpisu alebo kópie. V celom rozsahu sa sprístupňujú osobe alebo jej zákonnému zástupcovi, manželovi / manželke, dieťaťu, rodičovi alebo ich zákonnému zástupcovi po smrti tejto osoby, úradu pre dohľad na účely dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a na účely prešetrovania sťažností, revíznemu lekárovi, revíznemu farmaceutovi a revíznej sestre príslušnej zdravotnej poisťovne na účely kontrolnej činnosti, ministerstvu zdravotníctva, lekárovi a sestre samosprávneho kraja na účely dozoru, posudkovému lekárovi úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na účely lekárskej posudkovej činnosti, posudkovému lekárovi na účely lekárskej posudkovej činnosti pri výkone sociálneho poistenia.

Osobe splnomocnenej na základe písomného plnomocenstva sa sprístupňujú v nevyhnutnom rozsahu uvedenom v plnomocenstve, znalcovi, ktorého ustanovil súd v rozsahu nevyhnutnom na vyhotovenie znaleckého posudku, poisťovní vykonávajúcej individuálne zdravotné poistenie na účely kontrolnej činnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa vzťahuje poistné plnenie, stavovskej organizácii v rozsahu kontroly výkonu príslušného zdravotníckeho povolania.

Osoba oprávnená nahliadať do zdravotnej dokumentácie má právo robiť si na mieste výpisky alebo kópie zo zdravotnej dokumentácie.

Nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie možno odmietnuť osobe, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť v špecializovanom odbore psychiatria alebo klinická psychológia, ak by to malo negatívne ovplyvniť jej liečbu.

Každý, komu sa poskytnú alebo sprístupnia údaje zo zdravotnej dokumentácie, je povinný zachovávať o nich mlčanlivosť a zabezpečiť ich ochranu tak, aby nedošlo k ich strate alebo zneužitiu.

Skompletizovaná zdravotná dokumentácia v ústavnej starostlivosti obsahuje nasledovný súbor údajov zoradený v chronologickom poradí:

- chorobopis,
- záznam o hospitalizácii,
- zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu poistenca vykonaného sestrou,
- dekurzy,
- údaje o poučení osoby a informovanom súhlase (spôsob, obsah, odmietnutie),
- poverenie na intravenóznou aplikáciu liekov a parenterálnej výživy,
- výsledky spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (laboratórne vyšetrenia, zobrazovacie metódy),
- záznamy konziliárnych vyšetrení,
- lekársku prepúšťacu správu vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy,
- údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti a iných vystavených potvrdeniach.

Skompletizovaná zdravotná dokumentácia v ambulantnej starostlivosti obsahuje nasledovný súbor údajov zoradený v chronologickom poradí:

- zápis o zdraví a chorobách,
- dekurzy,
- zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu poistenca v agentúrach domácej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti poskytnutej sestrou samostatne vykonávajúcou ošetrovateľskú prax a ošetrovateľskej starostlivosti poskytnutej v zariadeniach sociálnych služieb,
- údaje o poučení osoby a informovanom súhlase (spôsob, obsah, odmietnutie),
- poverenie na intravenóznou aplikáciu liekov a parenterálnej výživy,
- výsledky spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (laboratórne vyšetrenia, zobrazovacie metódy),
- záznamy konziliárnych vyšetrení,
- údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti a iných vystavených potvrdeniach.

Zdravotná dokumentácia je súčasťou zdravotnej starostlivosti, považuje sa za službu a preto z právneho hľadiska nemôže byť predmetom vlastníctva. **Podľa zákona zdravotná dokumentácia nie je majetkom lekára, poistenca, ani zdravotníckeho zariadenia.**

Lekárovi karta nepatrí preto, lebo obsahuje údaje o poistencovi a má význam len pre tohto poistenca. Nepatrí ale ani poistencovi, pretože informácie ktoré obsahuje sú výsledkom práce zdravotníckych pracovníkov. Preto sa medzi všeobecným lekárom a poistencom uzatvára v písomnej forme, najmenej na šesť mesiacov „**Dohoda o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti**“ (v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa dohoda uzatvára medzi jej odborným zástupcom a poistencom / zákonným zástupcom).

Poskytovateľ ambulantnej starostlivosti je povinný z dôvodu odstúpenia od dohody preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do siedmich dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu. Odstúpenie od dohody pri zmene lekára musí mať písomnú formu. Poistenec nemusí uvádzať dôvod svojho odstúpenia, na rozdiel od poskytovateľa, ktorý môže odstúpiť od dohody iba z dôvodov ustanovených zákonom. Pri dodržaní polročnej lehoty dohoda zaniká prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody. O zmene lekára informuje zdravotnú poisťovňu pôvodný a nový lekár.

Pri dočasnom pozastavení licencie na výkon samostatnej zdravotnej praxe a povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, resp. pri ich zániku, je každá osoba, ktorá má prístup k zdravotnej dokumentácii, povinná bezodkladne umožniť jej prevzatie lekárovi/ sestre príslušného samosprávneho kraja.

Za zabezpečenie zdravotnej dokumentácie zodpovedá poskytovateľ. Poskytovateľ je povinný ukladať a ochraňovať zdravotnú dokumentáciu tak, aby nedošlo k jej poškodeniu, strate, zničeniu alebo k zneužitiu, a to aj počas jej uchovávania.

Zdravotnú dokumentáciu, ktorú vedie všeobecný lekár, uchováva poskytovateľ 20 rokov po smrti osoby, ostatnú zdravotnú dokumentáciu 20 rokov od posledného poskytnutia zdravotnej starostlivosti osobe.

ZÁVER

Pri vzrastajúcom právnom vedomí, kedy možno očakávať nárast občianskoprávných, trestnoprávných žalôb či podnetov na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zo strany poistencov, je správne vedená zdravotná dokumentácia jedinou právnou ochranou zdravotníckeho pracovníka.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR č. 07594/2009-OZS o vedení zdravotnej dokumentácie.
In *Vestník MZ SR*. 2009, roč.57, čiastka 42-48.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

ZÁKON č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Veronika Hornáčková, PhD.

revízna sestra

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., generálne riaditeľstvo,

Odbor zdravotný a revízny

Panónska cesta 2

851 04 Bratislava

ŠTANDARDIZÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE 2003-2015

HULKOVÁ Viera

ABSTRAKT

Kvalita sa stala súčasťou zdravotníctva a šandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti je dnes už nevyhnutnosťou. Vysokú kvalitu v ošetrovateľstve možno dosiahnuť ovplyvnením myslenia a správania všetkých, ktorí sa na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti podieľajú, a to zabezpečením poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti postupmi v súlade s aktuálnymi a vedecky podloženými poznatkami založenými na dôkazoch. História šandardizácie v ošetrovateľstve v Slovenskej republike sa datuje od roku 2003, kedy bola na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej iba „MZ SR“) vytvorená skupina sestier, ktorá sa podieľala na tvorbe prvých štandardov v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii. Celkovo bolo vypracovaných a vydaných 130 rámcových ošetrovateľských štandardov zoradených do siedmych častí, pričom ďalšie sa postupne vypracovávali. Štandardy boli zamerané do rôznych oblastí ošetrovateľstva tak, aby presne vymedzovali základné kritériá pre výkon ošetrovateľskej profesie a pre poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Štandardy v ošetrovateľstve vznikali ako reakcia na spoločenskú potrebu kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Audit. Edukačné štandardy. Ošetrovateľské štandardy. Štandardizácia.

ÚVOD

1. septembra 2004 nadobudlo účinnosť Odborné usmernenie pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii číslo 16138-2/2004-OO, uverejnené v osobitnom vydaní Vestníka MZ SR, ročník 52. Po vyše desiatich rokoch autorka vydala v spolupráci s vydavateľstvom Grada Publishing a.s. vedeckú monografiu, ktorá je výsledkom práce na aktualizácii a revidovaní pôvodných ošetrovateľských štandardov a mala by slúžiť ako pomôcka pre implementáciu ďalších štandardov do ošetrovateľskej praxe.

Zo strategického hľadiska je dôležité, aby mali zdravotnícke zariadenia implementované postupy kontinuálneho zvyšovania kvality a efektivity zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. V praxi využívajú okrem medzinárodných, najmä národné a lokálne štandardy. Tvorbou lokálnych ošetrovateľských štandardov podporujú sestry svoju zodpovednosť za kvalitu. „Štandardy majú slúžiť na zabezpečenie poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pre každého pacienta, na edukáciu a motiváciu pracovníkov, hodnotenie kvality starostlivosti manažmentom zariadenia, na prezentovanie kvality zariadenia k vonkajšiemu prostrediu, porovnávanie kvality starostlivosti medzi jednotlivými zariadeniami a na porovnávanie kvality starostlivosti v rámci odboru“ (Koňošová, 2009, s.14). Kilíková, (2013, s.304) uvádza, že „štandard je určitý vzor s ktorým sa porovnáva ošetrovateľský výkon. Sú základnou normou pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Upriamuje pozornosť na skúsenosti z praxe, ktoré potvrdzujú, že štandardy v ošetrovateľskej starostlivosti poskytujú určitú istotu ošetrovaným a pacientom. Zaisťujú to, že pacientom bude poskytnutá taká starostlivosť na ktorú majú zákonné a morálne právo“. Z uvedeného vyplýva, že štandardy jasne odrážajú špecifické činnosti, ktoré sestry poskytujú na rozdiel od iných zdravotníckych pracovníkov, a preto si sestry musia kontrolovať svoju prax. Zároveň kladú veľký dôraz na samostatný výkon a zodpovednosť sesterského povolania s prísnyimi kritériami na obsah, rozsah a kvalitu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti. „Štandard predstavuje úroveň kvality výkonu alebo služby, ktorá je žiadatel'ná, dosiahnuteľná a s ktorou sa porovnáva aktuálny výkon alebo služba. Štandard vymedzuje požadovanú normu na zabezpečenie kvality praxe a stanovuje minimálne požiadavky na zabezpečenie najvyššej úrovne bezpečnej a kvalitnej služby alebo výkonu, rozsahu a obsahu služby alebo výkonu“ (Odborné usmernenie MZ SR, 2004). Štandard je dohodnutá a definovaná norma pre úroveň poskytovanej starostlivosti v daných podmienkach.

HISTÓRIA ŠTANDARDIZÁCIE V OŠETROVATEĽSTVE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Prvé ošetrovateľské štandardy v Slovenskej republike vznikali v čase, keď prebiehala reforma zdravotníctva a transformácia zdravotníckych zariadení. Vláda Slovenskej republiky prijala uznesenie č. 90/2003 z 24. septembra 2003, ktorým bol prijatý Národný program kvality SR na roky 2004-2008. V rámci hlavných priorít programu bolo pre Ministerstvo zdravotníctva SR jednou z priorít i zavádzanie štandardizácie v zdravotníctve.

Tento proces bol vnímaný ako úprimná snaha pomôcť odbornej verejnosti orientovať sa v záplave nových postupov a poznatkov. MZ SR v mene väčšej ochrany pacientov rozšírilo okruh svojich aktivít okrem iného aj na iniciovanie spustenia systémov kvality u jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s cieľom štandardizácie ich procesov a postupného zavedenia štandardných diagnostických, ošetrovateľských a liečebných postupov do liečby pacienta.

Tvorba štandardov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii v SR bola aktivita jednotlivých odborných pracovných skupín vytvorených pri Odbore ošetrovatelstva MZ SR s cieľom vypracovať jednotné odporúčané postupy a ich predloženie odbornej verejnosti k užívaniu. Vzhľadom k uvedenému a na základe niekoľkoročných skúseností je zrejmé, že autori predložili MZ SR iba také postupy, ktoré prešli oponentským konaním v odborných kruhoch. Každá z autoriek štandardov disponovala niekoľkoročnými praktickými skúsenosťami, preštudovala si rozsiahlu literatúru k danej problematike a v rámci diskusie konzultovala s členkami pracovnej skupiny.

Do gremiálnej porady ministra zdravotníctva bola v roku 2003 predložená „Informácia o rámcových procesuálnych štandardoch ošetrovateľských výkonov“ v súlade s uznesením č.361/GP z 28. 7. 2003 ako informatívny materiál.

Materiál pozostával z piatich častí:

1. Tvorba Rámcových procesuálnych štandardov ošetrovateľských výkonov.
2. Uverejňovanie Rámcových procesuálnych štandardov ošetrovateľských výkonov.
3. Odozva odbornej verejnosti na vydané Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov.
4. Plán tvorby ďalších častí štandardov.
5. Kontrola implementácie ošetrovateľských štandardov v praxi.

Autorkami prvých štandardov boli sestry zo zdravotníckych zariadení NOÚ Klenova Bratislava, SÚSCH Bratislava, DFNSP Bratislava, MFN Martin, FNSP Trnava, NsP Komárno, NÚaRCH Bratislava, Ústavu ošetrovatelstva JLF UK Martin a SZŠ Skalica.

Cieľom vypracovávania Rámcových procesuálnych štandardov ošetrovateľských výkonov bolo zabezpečenie dôsledného vykonávania „lege artis“ ošetrovateľskej starostlivosti. Odbor ošetrovatelstva MZ SR vypracoval návrhy prvých rámcových procesuálnych štandardov ošetrovateľských výkonov v spolupráci s pracovnou skupinou sestier z vybraných zdravotníckych zariadení. Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov boli uverejňované po častiach v mimoriadnych prílohách

Zdravotníckych novín a časopisu Sestra. K vydaným Rámcovým procesuálnym štandardom ošetrovateľských výkonov zaznamenal Odbor ošetrovateľstva MZ SR veľmi pozitívny ohlas odbornej verejnosti, ale aj nespokojnosť s ich nedostupnosťou v praxi spôsobenú predovšetkým nízkym počtom výtláčkov. Odbor ošetrovateľstva MZ SR plánoval vydať ďalšie časti štandardov podľa predložených návrhov sestier zo zdravotníckych zariadení, a to nielen štandardy ošetrovateľských postupov pri výkonoch, ale aj štandardy ošetrovateľských činností v rámci ošetrovateľského procesu, ktoré budú zamerané na jednotlivé ošetrovateľské problémy (napr. spánok, sebestačnosť, bolesť, atď.) alebo vychádzajúce z ochorenia (napr. štandard starostlivosti o pacienta po operácii, o diabetika, atď.).

Na základe vyššie uvedeného sa zvýraznila potreba zabezpečiť právnym predpisom postupné zavádzanie štandardov do praxe. Jedným z legislatívnych cieľov Odboru ošetrovateľstva MZ SR bolo vypracovanie Odborného usmernenia k tvorbe a implementácii štandardov, aby tieto centrálné štandardy po implementácii do praxe boli rešpektované a dodržiavané.

RETROSPEKTÍVNA ANALÝZA PRÁVNÝCH PREDPISOV O ŠTANDARDIZÁCIU V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Po analýze nosných problémov ošetrovateľstva v Slovenskej republike po roku 2003 sa objavila potreba legislatívne upraviť štandardy v ošetrovateľstve. Odbor ošetrovateľstva MZ SR vypracoval Odborné usmernenie pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii číslo 16138-2/2004-OO, uverejnené v osobitnom vydaní Vestníka MZ SR, ročník 52, ktoré nadobudlo účinnosť 1. septembra 2004 s cieľom presadiť kompetencie sestier v právnej úprave v prospech ich záujmov, potrieb a možností. Odborné usmernenie obsahuje 60 ošetrovateľských štandardov. MZ SR vydalo toto odborné usmernenie, aby tvorilo východisko pre vypracovávanie lokálnych štandardov pre konkrétne zdravotnícke zariadenia.

Štandardy boli zamerané do rôznych oblastí ošetrovateľstva tak, aby presne vymedzovali základné kritériá pre výkon ošetrovateľskej profesie a pre poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Štandardy vypracovával odbor ošetrovateľstva MZ SR v spolupráci s pracovnými skupinami sestier z vybraných zdravotníckych zariadení s cieľom zabezpečiť dôsledné vykonávanie „lege artis“ ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľské štandardy sú aplikovateľné vo všetkých druhoch zdravotníckych zariadení i pri výkone povolania sestry na základe licencie. Na túto skutočnosť upozorňuje Kilíková (2012 a), s. 86), ktorá uvádza, že „držiteľ licencie na výkon samostatnej ošetrovateľskej praxe je považovaný za osobu, ktorá je udržiava a zvyšuje štandard ošetrovateľskej praxe“. Sestry sú schopné prevziať zodpovednosť za svoju prácu i v podmienkach zdravotníckych zariadení, ktoré nie sú práve najoptimálnejšie. Znakom zodpovednosti je štandardizovaná starostlivosť, ktorá je dôkazom moderného pohľadu sestry na ošetrovateľskú prax (Kilíková, 2012, b).

15. novembra 2004 nadobudlo účinnosť odborné usmernenie - „Dodatok k odbornému usmerneniu MZ SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii“. Dodatok odborného usmernenia tvorilo 20 štandardov pôrodnej asistencie, ktoré sú zamerané na fyziologický pôrod, fyziologické šesťnedeľie a fyziologickú neonatológiu. Odborným garantom a súčasne vedúcou autorského kolektívu bola V. Simočková, ktorá zastávala v roku 2004 post hlavnej odborníčky MZ SR pre pôrodnú asistenciu.

Ďalším právnym predpisom, ktorý v SR upravoval štandardizáciu v ošetrovateľstve je vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanou sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom. V § 1 Vymedzenie základných pojmov písm. a) sa uvádza: „Na účely tejto vyhlášky sa rozumie a) štandardom dohodnutá a definovaná norma pre úroveň poskytovanej starostlivosti v daných podmienkach.“

V § 2 odsek 1 písm. c a d sa uvádza: „Pri výkone ošetrovateľskej praxe sestra registrovaná podľa § 62 až 64 zákona poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s právnymi predpismi, v rozsahu štúdiom a odbornou praxou získaných vedomostí a zručností podľa osobitného predpisu, štandardmi a lekárskou diagnózou, ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť, a samostatne

c) podieľa sa na zavedení systému kvality a hodnotí kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti,

d) podieľa sa na tvorbe štandardov v ošetrovateľstve a v ošetrovateľskej starostlivosti.“

Z chronologického hľadiska je ďalším právnym predpisom, ktorý v SR upravoval štandardizáciu v ošetrovateľstve, Koncepcia odboru ošetrovateľstva z roku 2006, číslo: 14535/2006-OO, 29. mája 2006 uverejnená v osobitnom vydaní Vestníku MZ SR 6. júla 2006, ročník 54. V bode 2 Rozvoj starostlivosti v odbore je uvedené: „Prioritou vývoja ošetrovateľstva v súlade s odporúčaniami Medzinárodnej rady sestier, Svetovej zdravotníckej organizácie a smernicami Rady Európskej únie je:

- a) vypracovať lokálne ošetrovateľské štandardy vo všetkých aplikovaných odboroch ošetrovateľstva,
- b) vypracovať štandardy hodnotenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- c) pracovať podľa ošetrovateľských štandardov v ošetrovateľskej praxi.“

VÝZNAM ŠTANDARDIZÁCIE V OŠETROVATEĽSTVE

Ošetrovateľské štandardy majú kľúčový význam pre zvyšovanie kvality poskytovanej starostlivosti, pretože jednoznačne vymedzujú minimálnu úroveň starostlivosti, ktorá má byť poskytnutá. Ak nie je štandard dodržaný, ošetrovateľská starostlivosť sa stáva rizikovou, pretože je ohrozený zdravotný stav pacienta. Používaním štandardov dostáva každý pacient rovnaký, minimálny štandard kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v priebehu celej dĺžky jej poskytovania. Štandard predstavuje dohodnutú, profesijnú, záväznú normu kvality. Ide o požadovanú a dosiahnuteľnú úroveň výkonu, s ktorou je porovnávaná skutočná prax. Štandardy v ošetrovateľstve dávajú sestram, či už absolventkám alebo sestram s mnohoročnou skúsenosťou, istotu, že svoju prácu vždy vykonajú „lege artis“ a pacient nebude poškodený nesprávne uskutočneným výkonom. Zároveň predstavujú aj nenásilnú formu kontinuálneho vzdelávania (Hulková, 2009). Vymedzenie záväzných kritérií požadovanej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti umožňuje jej objektívne hodnotenie a chráni sestry pred neoprávneným postihom.

Štandardizácia jednotlivých výkonov a postupov pomáha sestram v rozhodovacom procese, zároveň ho zrýchľuje, pomáha pri voľbe najvhodnejšieho postupu a pri predchádzaní omylom zapríčineným ľudským faktorom. Štandardizácia musí vychádzať z vedeckých dôkazov založených na praxi. Súčasne vzniká potreba pravidelnej aktualizácie a revidovania štandardov vzhľadom k veľmi rýchlemu napredovaniu a pokrokom v ošetrovateľstve, v zdravotníctve, napr. aj v súvislosti s technickým pokrokom. Rigidné trvanie na starých postupoch je nekonštruktívne, kontraproduktívne. (Hulková, 2009).

Štandardizácia zefektívňuje metódu ošetrovateľského procesu, predstavuje jeho oporný bod, pretože napr. vytvorený štandard plánu ošetrovateľskej starostlivosti pomôže sestre v rozhodovaní pri identifikovaní problémov pacienta, zásahov na ich vyriešenie a hodnotení výsledkov. Správne vytvorený štandard okrem toho, že má byť jasne a zrozumiteľne formulovaný, má vyhovovať potrebám a možnostiam zdravotníckeho zariadenia.

Ošetrovateľské štandardy eliminujú riziká pre pacienta a pre zdravotnícky personál, pomáhajú zlepšiť hospodárenie so zdravotníckym materiálom, zjednocujú náročné a špecifické postupy, uľahčujú komunikáciu medzi sestrami, podporujú samostatnosť a autonómiu v rozhodovaní sestry (Koňošová, in: Žiaková a kol., 2009).

REVIDOVANIE OŠETROVATEĽSKÝCH ŠTANDARDOV

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii nebolo od roku 2004, kedy bolo vydané, aktualizované. Slúži ako vzor pre vypracovávanie lokálnych štandardov pre sestry, ale aj pre študentov ošetrovatelstva, a preto sme pristúpili k úpravám vybraných štandardov, nakoľko sa v nich vyskytujú metodologické nedostatky, najmä v kontrolných listoch auditu, v ktorých absentuje vyhodnotenie kritérií štandardu či už v bodoch a/alebo percentách, a teda nie je možné skonštatovať, za akých podmienok – kedy je štandard splnený a kedy nie. Tento nedostatok autorka zistila pri implementácii ošetrovateľských štandardov v praxi počas pôsobenia manažérky ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach.

V Odbornom usmernení MZ SR sa v Čl. 4, ods. 2 písm. g uvádza: „Štandard zahŕňa: g) stanovenie spôsobu vyhodnotenia štandardu a kvantifikácia miery dosiahnutia štandardu“. Doposiaľ nikto nepoukázal na tieto metodologické nedostatky i napriek tomu, že uplynulo viac ako desať rokov, a to nás núti zamyslieť sa nad tým, či a ako sa realizujú v praxi audity ošetrovateľských štandardov a či majú v zdravotníckych zariadeniach v lokálnych ošetrovateľských štandardoch doplnené bodové alebo percentuálne vyhodnotenie kritérií. Domnievame sa, že v mnohých zdravotníckych zariadeniach majú lokálne ošetrovateľské štandardy vypracované nesprávne a sú implementované najmä pre potreby akreditácie alebo zavedenia systému manažmentu kvality a následnej recertifikácie.

Ďalším dôvodom pre aktualizáciu ošetrovateľských štandardov je skutočnosť, že mnohé postupy sa zmenili, trendy v ošetrovatelstve sa stávajú sofistikovanejšie už aj z dôvodu pokroku v technike, ale aj praxe založenej na najnovších vedeckých dôkazoch. Autorka práce sa stretáva s rovnakými nedostatkami v ošetrovateľských štandardoch aj v rôznych publikáciách, článkoch a pod., ktoré sú venované štandardom. Rovnako sú metodologické nedostatky aj v prvej publikácii o štandardoch, ktorá bola v Slovenskej republike vydaná: KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. 2005. *Štandardy v ošetrovatelstve*. Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063-198-0. V ďalších publikáciách autoriek: KONTROVÁ, L., BORBELYOVÁ, V. a kol. 2006. *Ošetrovateľské*

štandardy v nefrológii. Osveta, Martin, 2006, 83 s. ISBN 80-8063-237-5 a ZÁČEKOVÁ, M. a kol. 2006. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. Martin: Osveta, 2006, 120 s. ISBN 80-8063-221-9 takisto absentuje vo všetkých kontrolných listoch auditov vyhodnotenie kritérií, v stĺpcoch „Áno“ a „Nie“ nastavené bodové hodnotenie jednotlivých kritérií štruktúry, procesu a výsledku a celkové vyhodnotenie štandardu – t.j. pri akom počte bodov a/alebo percent môže audítor skonštatovať, či bol štandard splnený alebo nie.

Autorka pri vypracovávaní aktualizovaných ošetrovateľských štandardov vychádzala z vlastných vedomostí a manažérskych skúseností s tvorbou a implementáciou ošetrovateľských štandardov do praxe, z osobnej realizácie veľkého množstva auditov a poznatkov v rámci svojho pôsobenia na národnej úrovni a aj v mnohých zdravotníckych zariadeniach. Autorka sa výraznou mierou podieľala na tvorbe a vydaní národných rámcových ošetrovateľských štandardov v odbornom usmernení počas svojho pôsobenia ako riaditeľka odboru ošetrovateľstva na MZ SR, a preto dôkladne pozná celú chronológiu ich vzniku a tvorby.

Požiadavky na dokumentáciu určujú ISO normy: ISO 9001 Systémy manažérstva kvality – požiadavky, ISO/TR 10 013 Návod na dokumentovanie systému manažérstva kvality a ISO 19011 Návod na auditovanie systému manažérstva. ISO norma 9001 stanovuje požiadavky na dokumentáciu a na riadenie dokumentácie. Z toho dôvodu je nutné, aby každý ošetrovateľský štandard spĺňal aj požiadavky ISO normy, preto sme navrhli a v praxi implementovali nasledovnú grafickú korekciu štandardov, na základe ktorej deklarujeme umiestnenie dokumentu v hierarchii, jeho poradové číslo, verziu dokumentu, dátum platnosti a číslovanie strán.

Logo zdravotníckeho zariadenia	Ošetrovateľský štandard č. Názov	Číslo dokumentu:	
		Verzia:	
		Dátum platnosti od:	
		Strana:	

Súčasťou dokumentácie systému manažérstva kvality je aj firemné logo, ktoré môže byť slovné, obrazové alebo kombinované. Charakterizuje identitu firmy, spoločnosti, jej výrobkov alebo služieb. Ošetrovateľské štandardy ako súčasť riadenej dokumentácie systému manažérstva kvality v zdravotníckych zariadeniach by podľa nášho názoru mali tiež obsahovať logo, preto sme ho zakomponovali do návrhu grafickej podoby identifikácie dokumentu.

Ďalšie zmeny sme uskutočnili v predpísaných bodoch, ktoré musí štandard obsahovať. Vypustili sme pojem „vrchná sestra“ na základe Odborného usmernenia MZ SR o riadení poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zariadení. VESTNÍK MZ SR, čiastka 35-46, ročník 53 v časti „Podpis zodpovedného pracovníka“.

Navrhli sme doplniť údaje: kto štandard vypracoval, kto ho skontroloval a kto štandard schválil v súlade s požiadavkami ISO noriem, nakoľko každý dokument musí mať „vlastníka“.

Charakteristika štandardu:

Cieľ:

Skupina starostlivosti:

Dátum použitia:

Dátum kontroly: (najmenej 2 krát za rok, priebežne, nepravidelne)

Kontrolu vykonal/a:

Podpis zodpovedného pracovníka:

Vypracoval/a:

Kontroloval/a:

Schválil/a:

Zmeny sa týkajú aj grafickej podoby kontrolného listu auditu, kde sme navrhli na základe osvedčenia v praxi, rozdelenie auditovaných kritérií do troch samostatných tabuliek z dôvodu lepšej prehľadnosti, čo umožní audítorovi ľahšiu orientáciu a zaznamenávanie počas samotného auditu ošetrovateľského štandardu.

Autorkiným zámerom nebola aktualizácia všetkých cca 130 rámcových ošetrovateľských štandardov, preto sme vybrali tie, ktoré sú najčastejšie sestrami používané vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení. Ošetrovateľské štandardy sme podrobili retrospektívnej obsahovej analýze a následne vypracovali návrhy upravených, doplnených, modifikovaných štandardov. Čitateľom, ale najmä sestram v praxi poskytujeme jednotnú metodiku vyhodnotenia splnenia ošetrovateľských štandardov, kde sme videli najväčšie nedostatky v praxi pri uskutočňovaní auditov ošetrovateľských štandardov.

Navrhujeme implementovať do všetkých ošetrovateľských štandardov nasledovnú jednotnú schému vyhodnotenia štandardu:

Celkový počet dosiahnutých bodov _____ / _____ %

Štandard je splnený pri dosiahnutí počtu	x bodov	(100 %)
Štandard je splnený čiastočne pri dosiahnutí počtu	x - y bodov	(99 - 81 %)
Štandard je ne splnený pri dosiahnutí počtu	x bodov	(80 % a menej)

Predložený návrh vyhodnotenia máme overený v praxi od roku 2009.

I napriek uvedenému pokladáme za dôležité uviesť, že to boli historicky prvé rámcové ošetrovateľské štandardy vydané v Slovenskej republike, ktoré výraznou mierou ovplyvnili úroveň poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach v rámci celej Slovenskej republiky. Osobitné poďakovanie a rešpekt patrí prvému autorskému kolektívu, ktorý vypracoval návrhy štandardov a autorky možno oprávnenne označiť za priekopníčky štandardizácie v Slovenskej republike: E. Bednáriková, V. Gomolčáková, E. Holmanová, G. Hrnčírová, V. Hulková, M.M. Kurillová, E. Lacková, A. Obertová, A. Reháková a M. Sklenková. (Autorky uvádzame v abecednom poradí, nie podľa miery participácie na tvorbe štandardov). Celý proces tvorby historicky prvých štandardov sa niesol v atmosfére veľkého entuziazmu, nadšenia a zanietenia pre novú problematiku. Každé pracovné stretnutie bolo veľmi konštruktívne a pre autorský kolektív nesmierne obohacujúce.

AUDIT OŠETROVATEĽSKÝCH ŠTANDARDOV

Každý štandard uvedený do praxe sa musí priebežne posudzovať, hodnotiť a podľa požiadaviek praxe upravovať. „Hodnotenie plnenia štandardu sa vykonáva formou auditu. Audit je ukazovateľom kvality poskytnutej služby alebo výkonu. Audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces. Je nástrojom na monitorovanie, meranie a hodnotenie kritérií kvality vzťahujúcich sa k štruktúre, procesu a výsledku konkrétneho štandardu. Cieľom auditu je zlepšiť a zefektívniť kvalitu praxe. Audit vykonáva manažér kvality v ošetrovateľstve alebo pôrodnej asistencii v spolupráci s internými audítormi alebo externými audítormi podľa vypracovaného časového harmonogramu“ (Odborné usmernenie MZ SR, 2004, s. 4).

Neoddeliteľnou súčasťou každého ošetrovateľského štandardu je kontrolný list – ošetrovateľský audit, ktorý obsahuje metódu monitorovania jednotlivých kritérií štruktúry, procesu a výsledku. V priebehu auditu sa zapisujú výsledky hodnotenia do stĺpca „Áno“ a „Nie“. Štandard za dosiahnutý považujeme vtedy, keď všetky odpovede kladené na otázky v audite boli zodpovedané „Áno“.

ZÁVER

Prvé ošetrovateľské štandardy vznikli v 70. rokoch 20. storočia v USA ako ohlas zdravotníckych pracovníkov na vyhlásenie prvej Charty práv pacientov v nemocniciach. Štandardy určovali správnu ošetrovateľskú prax a konkretizovali, na akú starostlivosť majú pacienti právo (Gomolčáková, 2003).

Pri tvorbe národných štandardov sme v SR vychádzali zo svojich vlastných, špecifických podmienok. Súbor profesijných štandardov je jednotne daný a tieto štandardy slúžia k uľahčeniu kontroly ošetrovateľskej praxe. Pre tvorbu štandardov v ošetrovatelstve je dôležité, aby boli uznané ako dohodnuté profesijné normy kvality a úrovne vykazovania práce, uznané a kontrolované profesionálmi, dynamické, funkčné a hodnotené. Proces tvorby lokálnych ošetrovateľských štandardov je založený na tímovej a interdisciplinárnej spolupráci v rámci pracoviska, pričom musí byť rešpektovaná jeho špecifickosť. Štandard musí zodpovedať potrebám pracoviska, len tak môžu byť sestry zodpovedné za jeho dodržiavanie, a preto je nevyhnutné zvoliť taký spôsob, ktorý je pre sestry najpriateľnejší, ktorý akceptujú a skutočne plnia.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

GOMOLČÁKOVÁ, V. a kol. 2003. Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov časť I. Bratislava : MZ SR a Sanoma Magazine. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 41*, 2003.

GOMOLČÁKOVÁ, V. a kol. 2004. Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov časť II. Bratislava : MZ SR a Sanoma Magazine. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 8/ 2004 a časopisu Sestra č. 3/ 2004*.

GOMOLČÁKOVÁ, V. a kol. 2004. Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov časť III. Bratislava : MZ SR a Sanoma Magazine. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 21/ 2004 a časopisu Sestra č. 6/ 2004*.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. 1. Vydanie. GRADA Publishing, a.s. Praha, Bratislava, 2016. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.

HULKOVÁ, V. a kol. 2009. *Štandardy v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii*. Bratislava : ProCare, 2009, 157 s. ISBN 978-80-970155-6-5. EAN 9788097015565.

HULKOVÁ, V. 2012. Edukačné štandardy v ošetrovatel'stve. In *Recenzovaný Zborník z 5. medzinárodnej vedeckej konferencie: Podiel zdravotníckych pracovníkov na zdraví obyvateľ'stva*, 22.11. 2012, Bratislava. Vydala SZU Bratislava, 2012. ISBN 978-80-89352-84-5.

HULKOVÁ,V. 2004. Rámcové procesuálne štandardy II. časť. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 8 a časopisu Sestra*, 2004, č. 3.

HULKOVÁ,V. 2004. Rámcové procesuálne štandardy III. časť. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 21 a časopisu Sestra*, 2004, č. 6.

HULKOVÁ,V. 2004. Rámcové procesuálne štandardy v pôrodnej asistencii – fyziologický pôrod, fyziologické šesťnedeľie, fyziologická neonatológia. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 34 a časopisu Sestra č. 10*, Predhovor, 2004, s. 3.

HULKOVÁ,V. 2004. Ad: Stanovisko k rámcovým procesuálnym štandardom. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, č.10, s. 7.

HULKOVÁ,V. 2005. Rámcové procesuálne štandardy v domácej ošetrovatel'skej starostlivosti, V. časť. In *Mimoriadna príloha Zdravotníckych novín č. 6 a časopisu Sestra č. 3*, Predhovor, 2005, s. 3.

HULKOVÁ,V., KONTROVÁ,L., ZÁČEKOVÁ, M. 2005. Informácie k aplikačnej praxi vyhlášky č. 364/2005 Z. z.. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, č.10, 2005, s. 42-43.

KILÍKOVÁ, M. a kol. 2012. *Teorie moderního ošetrovatel'ství I*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.

KILÍKOVÁ, M. 2012. *Teorie moderního ošetrovatelství II*. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.

KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatel'stve*. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnem práce sv. Alžbety, Ústav sv. J.N. Neumanna. Příbram : 2013, 391 s. ISBN 978-80260-3845-0.

KONTROVÁ, L., BORBELYOVÁ, V. a kol. 2006. *Ošetrovatel'ské štandardy v nefrológii*. Martin : Osveta, 2006, 83 s. ISBN 80-8063-237-5.

KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. 2005. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063-198-0.

KOŇOŠOVÁ, H. 2009. Systémové prístupy k zvyšovaniu kvality ošetrovatel'skej starostlivosti. In *Ošetrovatel'ský obzor*. ISSN 1336-5606, č.1, 2009, s. 14 – 17.

KOŇOŠOVÁ, H. 2009. Štandard ošetrovatel'skej starostlivosti. In Žiaková a kol. (eds.) *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin : Osveta, 2009, s. 67-68. ISBN 978-80-8063-315-8.

Odborné usmernenie MZ SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii. Vestník MZ SR, Osobitné vydanie, vyd. Obzor, Bratislava, 30.8.2004, ročník 52, 216 s.

Odborné usmernenie MZ SR č. 22701/2004- OO z 18. októbra 2004, ktorým sa mení a dopĺňa Odborné usmernenie MZ SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii. Vestník MZ SR, Osobitné vydanie, vyd. Obzor, Bratislava, 15.11.2004, ročník 52, 55 s.

STN EN ISO 9001 Systémy manažérstva kvality. Požiadavky.

STN EN ISO 19011:2002 Návod na auditovanie systému manažérstva kvality

STN EN ISO 19011:2012 Návod na auditovanie systému manažérstva kvality

Vyhláška MZ SR č. 364 z 2. júna 2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Viera Hulková, PhD.

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

viera.hulkova@spapiestany.sk

VŠ sv. Alžbety, n.o. Bratislava

Detašované pracovisko Příbram, ČR

TRADÍCIE A PERSPEKTÍVY KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

CHOVANCOVÁ Viera, HULKOVÁ Viera

ABSTRAKT

Slovenská republika je považovaná za tradičnú kúpeľnú destináciu s bohatou históriou. Na základe listiny z roku 1247 je dokázaná existencia kúpeľných miest na Slovensku. V minulosti sa v kúpeľoch konal bujarý spoločenský život, dohadovali sa tu obchody, svadby, politické schôdzky, jednanie, nadväzovali kontakty, organizovali kongresy, ale aj iné spoločenské aktivity. Významným medzníkom v rozvoji kúpeľníctva na Slovensku bolo 18. storočie, kedy v dôsledku rozvoja vedeckého bádania o blahodarných účinkoch minerálnych a termálnych prameňov na zdravie človeka, dochádza k budovaniu kúpeľných miest.

Kľúčové slová: Kúpeľná starostlivosť. Perspektívy. Piešťany. Tradície. Trendy.

ÚVOD

Význam kúpeľnej starostlivosti neustále rastie v súvislosti so zvyšujúcim sa uvedomením ľudí v starostlivosti o vlastné zdravie a zdravý spôsob života. Slovensko je ako krajina rozlohou síce malé, ale bohaté na prírodné zdroje, najmä na pramene minerálnych a termálnych vôd. Podľa prírodných zdrojov sa kúpele rozdeľujú na termálne, klimatické a bahenné. Podľa Matlovičovej (2013) pochádza pojem „spa“ z latinského „sanitas per aqua“ – k zdraviu za pomoci vody/ liečba vodou.

HISTORICKÉ MEDZNÍKY KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI

Slovenská republika je v rámci Európy pokladaná za tradičnú kúpeľnú destináciu a z historického hľadiska sa spája so vznikom prvých osídlení pri termálnych a minerálnych prameňoch.

18.-19. storočie

V tomto období vznikalo veľké množstvo kúpeľov najmä vďaka pokroku vo vede a vzdelaní. Stavali sa honosné kúpeľné domy a kolonády, kúpeľníctvo bolo doménou najmä bohatých vrstiev, pričom nešlo o samotné liečenie, ale najmä o spoločenskú úroveň. Väčšina kúpeľných miest má špecifickú podobu, ktorá vznikla práve v 19. storočí. Na konci 18. a počas 19. storočia bolo založených mnoho kúpeľných miest, ktoré existujú až dodnes. Návštevnosť kúpeľov sa počas 19. storočia zvyšovala. Pre chudobnejších ľudí sa v 19. storočí zakladali charitatívne nemocnice, ktoré získavali peniaze na fungovanie z dobročinných akcií a tiež z poplatkov, ktoré platili kúpeľní hostia, tzv. kúpeľná taxa. Taxa sa vyberala už v 16. storočí, potom však bola na určité obdobie zrušená, keďže panovala myšlienka, že liečivé pramene sú od Boha, a teda sú pre všetkých (Vajsáblova, 2011). Kúpeľnú taxu začali niektoré kúpeľné miesta vyberať znova až v 19. storočí, pričom boli vo väčšine prípadov odstupňované podľa sociálnej vrstvy. V 19. storočí bola odštartovaná mohutná marketingová činnosť, kúpele začali vydávať propagačné materiály, brožúry, sprievodcovia, plagáty, známe boli aj kúpeľné almanachy, ktoré predstavovali informačný materiál.

Tabuľka č. 1 Cena za služby a procedúry v kúpeľoch Piešťany na konci 19.stor.

Názov služby, procedúry	Cena v grajciaroch
Vaňový kúpeľ I. triedy	70
Obyčajný vaňový kúpeľ	35
Zrkadlisko	40
Bahnisko	40
Pohybový kúpeľ	40
Ženský kúpeľ	20
Mužský kúpeľ	20
Spoločný kúpeľ	10
Lokálny vaňový bahnový kúpeľ s 1 dávkou	40
Lokálny vaňový bahnový kúpeľ s 2 dávkami	80
Kúpeľná plachta	5
Kúpací plášť	5
Zábal do vlnenej prikrývky	10
Dovoz do kúpeľov z kúpeľnej časti Piešťan	12/osoba, 20/2 osoby

Zdroj: Šípoš, 1992

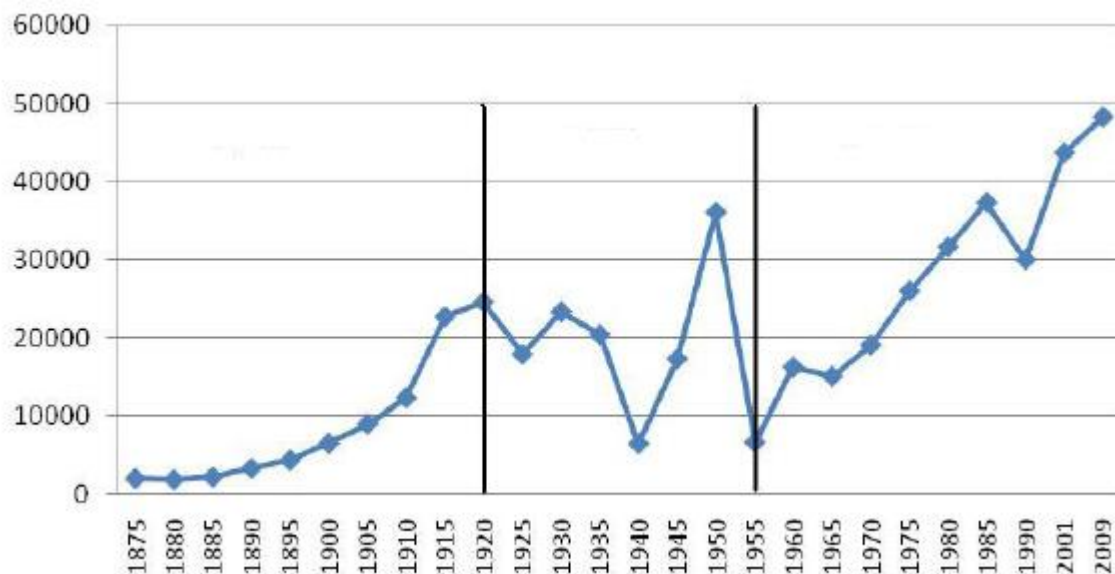
Počas medzivojnového obdobia zažívali slovenské kúpeľné mestá rozkvet, predovšetkým vďaka klientele z Českej republiky. Toto obdobie popisuje Eliášová (2009) ako etapu poznačenú snahami o odstránenie rakúsko-byzantského a maďarsko-židovského charakteru vtedajšieho slovenského kúpeľníctva.

20. storočie

Za obdobie najväčšieho úpadku sa považuje povojnové obdobie, kedy došlo k masívnemu znárodňovaniu súkromného majetku, a teda aj kúpeľov. Pozitívnu zmenu priniesli až 60. roky 20. stor., kedy sa začalo s postupnými investíciami do obnovy infraštruktúry a pristúpilo sa k zmenám v manažmente a propagácii slovenských kúpeľov v zahraničí (Eliášová, 2009). Posledným výrazným zlomovým momentom vo vývoji slovenského kúpeľníctva bol rok 1989, kedy v dôsledku celospoločenských zmien, došlo k mnohým zásadným zmenám v oblasti majetkovoprávných pomerov kúpeľných komplexov. Vo výpočte historických medzníkov v neposlednom rade nemožno opomenúť ani r. 2004, kedy sa Slovensko stalo súčasťou Európskej únie. To nepochybne prispelo k otvoreniu priestoru pre ich ďalší rozvoj, avšak prinieslo aj nové výzvy v podobe zvýšenej konkurencie najmä zo strany okolitých krajín. Aktuálna situácia v slovenskom kúpeľníctve je teda do značnej miery poznačená snahou o zlepšenie kvality poskytovaných služieb, ktoré ešte stále v mnohých smeroch nedosahujú požadovanú úroveň. Toto úsilie je potrebné vnímať v kontexte snáh o celkové posilnenie postavenia cestovného ruchu v národnom hospodárstve. (Matlovičová et al., 2013)

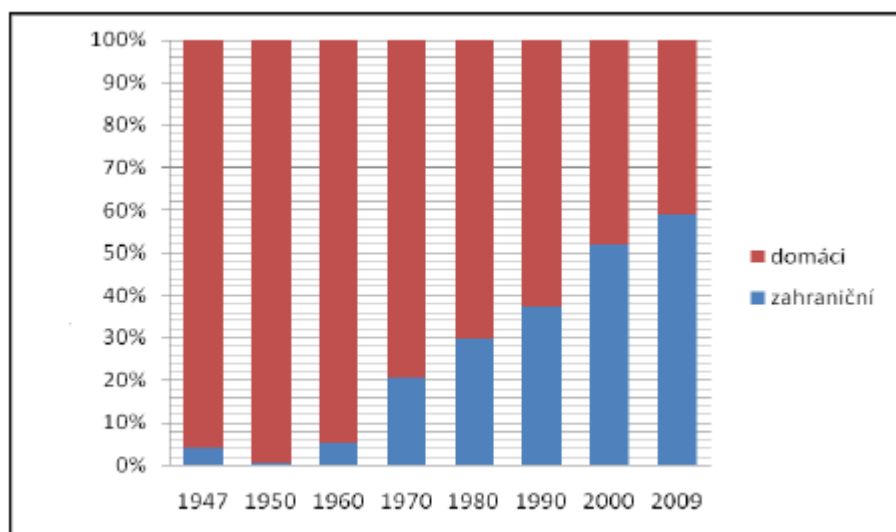
SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY

Najvýznamnejším kúpeľným mestom Slovenska sú Piešťany, je to pilier, na ktorom by kúpeľníctvo malo stavať, pretože dokáže pritiahnuť veľké množstvo turistov, ktorým má čo ponúknuť. Kúpele Piešťany sú kúpeľným miestom medzinárodného významu s najvyšším počtom lôžok na Slovensku. Najdôležitejším medzníkom v dejinách československého kúpeľníctva a Piešťan bolo vydanie zákona o čs. kúpeľoch č. 43/1955 Zb. (Vajsáblova, 2011). Piešťany určovali smerovanie kúpeľníctva, poskytovali služby, ktoré iné kúpele nemali, podieľali sa na výskume, našli napr. nové trhy – arabské krajiny. Ostatné kúpeľné zariadenia si brali od nich príklad. Ako prvé začali spolupracovať s poisťovňami zo zahraničia.



Graf 1 Vývoj počtu hostí v kúpeľoch Piešťany v rokoch 1875 – 2009

Zdroj: Vajsáblova, 2011



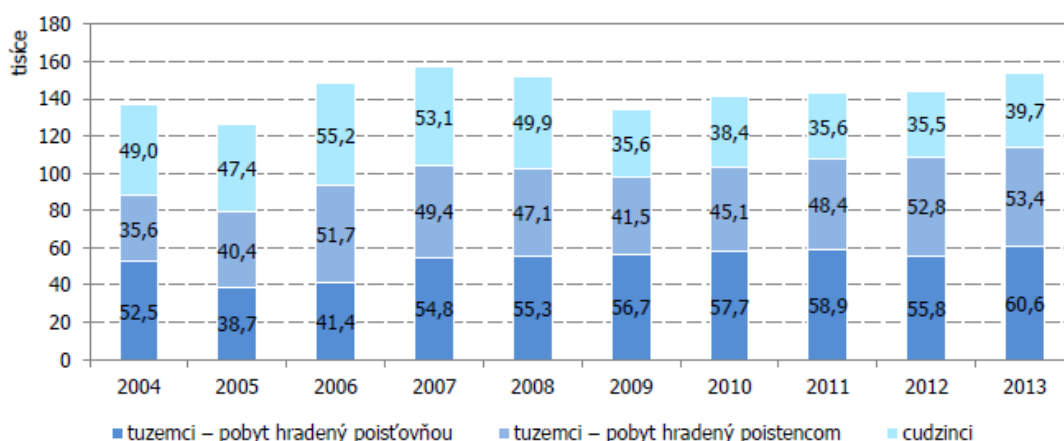
Graf 2 Podiel zahraničných hostí (v %) v kúpeľoch Piešťany 1947 - 2009

Zdroj: Vajsáblova, 2011

SÚČASNOSŤ KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI

Za ostatných päť rokov stúpol počet pacientov liečiacich sa v slovenských kúpeľoch o takmer 20-tisíc. Kým v roku 2009 navštívilo slovenské kúpele 133 891 pacientov, v roku 2013 to bolo už 153 711. Z celkového počtu pacientov, ktorí sa v roku 2013 liečili v 30 zariadeniach

poskytujúcich kúpeľnú starostlivosť na Slovensku, bolo 114 001 tuzemcov a 39 710 cudzincov. Pomer samoplatcov voči pacientom, ktorým časť pobytu hradila zdravotná poisťovňa bol približne 50 na 50, samoplatcovia však uprednostňujú kratšie pobyty. Zdravotné poisťovne uhradili v roku 2013 kúpeľnú starostlivosť väčšiemu počtu svojich poistencov než v roku 2012. Zo štatistiky Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP) vyplýva, že medziročne zaznamenala takmer 10 % nárast počtu poistencov liečených v kúpeľoch. Náklady VšZP na kúpeľnú liečbu dosiahli 30,7 milióna eur. Možno predpokladať, že nárast pacientov v kúpeľoch súvisí s nárastom počtu operácií. Podľa štatistických zistení VšZP navštevujú kúpele častejšie ženy než muži. Môže to súvisieť s tým, že ženy viac dbajú o svoje zdravie. Najväčší záujem je o pobyty v letných mesiacoch a najčastejším dôvodom sú ochorenia pohybového systému. Kúpele navštívilo aj viac poistencov Dôvery. Počet poistencov sa medziročne mierne mení a má stúpajúcu tendenciu, rovnako ako aj náklady na kúpeľnú liečbu. Tie presiahli v roku 2013 sumu 11,3 milióna eur. Súvisí to so zdravotným stavom poistencov, s rozšírením a zmenami v indikačnom zozname, ktorý určuje, ktoré diagnózy v kúpeľoch zo zákona preplácajú zdravotné poisťovne (TASR, 2014).



Graf č. 3 Počet pacientov/ klientov kúpeľnej starostlivosti v rokoch 2004 - 2013

Zdroj: NCZI, Bratislava, 2014

V rámci Slovenskej republiky je Prešovský kraj najbohatší na kúpele, nachádza sa tu desať kúpeľov, nasledujú Banskobystrický kraj so šiestimi, Žilinský kraj so štyrmi, Trenčiansky s tromi, Trnavský kraj s dvomi a Košický kraj s jednými kúpeľmi. Dva slovenské kraje: Bratislavský a Nitriansky nemajú žiadne kúpele.

VÝZNAM KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI

Attl (2006) stanovil tzv. „6R“ kúpeľníctva - jeho šesť základných funkcií:

1. **remedy** (liečenie) – vlastný proces balneácie, použitie prírodných liečebných zdrojov;
2. **rehabilitation** (rehabilitácia) – odstránenie následkov úrazov, zranení a iných zdravotných problémov;
3. **revitalization** (obnova, rekondícia) – obnovenie fyzických a duševných síl;
4. **relax** (odpočinok) – zotavenie, oddych;
5. **reflect** (uvoľnenie) – odpútanie sa od negatív súčasného životného štýlu;
6. **rejoice** (potešenie) – získanie nového optimizmu, životnej energie a radosti zo života.

Význam kúpeľov sa najvýraznejšie prejavuje v zdravotnom hľadisku, v poskytovaní liečebne preventívnej starostlivosti, v liečbe chronických ochorení, v prevencii prechodu choroby do chronického štádia a vzniku komplikácií, v rehabilitácii po závažných akútnych ochoreniach, operáciách a úrazoch. V ostatných rokoch sa kúpeľníctvo podieľa aj na ovplyvňovaní primárnych rizikových faktorov: nedostatok aktívneho pohybu, fajčenie a stres. Kúpeľná starostlivosť má aj ekonomické prínosy: ovplyvňuje príchod turistov do štátu, prispieva k rozvoju zamestnanosti, zníženie spotreby liekov, zníženie invalidných dôchodkov.

Z marketingového hľadiska je dôležitých „7P“:

1. **product** (produkt) - komplex produktov, ktoré majú charakter balíkov služieb alebo liečebných programov;
2. **price** (cena) – záleží od typu klientely, od výšky hradenia poisťovňou;
3. **publicity** (propagácia) – významná pre predaj produktov a programov kúpeľov;
4. **place** (miesto) – distribučné a logistické funkcie, ktoré zaisťujú dostupnosť produktov a Programov;
5. **provider customer service** (služba zákazníkov);
6. **people** (ľudské zdroje) – kladú sa vysoké nároky na profesionalitu zamestnancov, ale i u zamestnávateľov je dôležitá lojalita a poctivosť;
7. **process** (proces) – ako sú dané postupy a rutiny realizované, ich kontrola je základným prvkom k zvyšovaniu kvality služieb (Vajsablová, 2011).

Slovenská republika má dlhoročnú tradíciu v kúpeľníctve, ale aj kúpeľná starostlivosť podliehajú trendom. Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť v našich kúpeľoch je v súčasnosti na európskej úrovni, ale pre podporu jej konkurencieschopnosti ju treba ďalej rozvíjať. Každý jeden klient je pre kúpele veľmi dôležitý (Vajsábllová, 2011).

Perspektívy a trendy kúpeľnej starostlivosti:

1. vplyv globalizácie na kúpeľnú starostlivosť;
2. demografické zmeny, najmä nárast počtu starých ľudí;
3. druhy ochorení v populácii;
4. záujem o úpravu životného štýlu, pohybová aktivita, eliminácia obezity v populácii;
5. obohatiť ponuku v kúpeľoch o inovatívne produkty.

Vplyv globalizácie na kúpeľnú starostlivosť

Návštevnosť kúpeľov sa za ostatných desať rokov zmenila, pričom zmeny nastali aj vo vekovom, sociálnom, národnostnom i zdravotnom zložení klientov. Stále menej klientov prichádza do slovenských kúpeľov zo zdravotných poisťovní, naopak každoročne stúpa podiel samoplatcov, skrátila sa však priemerná ošetrovacia doba z 23 dní v roku 1995 na 16 dní v roku 2006. Každoročne tiež stúpa podiel zahraničných klientov (ich priemerná ošetrovacia doba je 17 dní). Z hľadiska marketingovej podpory je dôležité vedieť, z akých krajín do SR kúpeľní hostia a návštevníci prichádzajú. Vstupom SR do EU a postupným začleňovaním ďalších krajín sa otvoril nový priestor pre klientov z týchto krajín.

V súvislosti s bezpečnostnou situáciou v Európe možno sledovať narastajúci záujem o aktívnu dovolenku v SR. V roku 2013 viac ako tri štvrtiny všetkých návštevníkov, ktorí prenocovali v slovenských kúpeľoch, boli Slováci (Vajsábllová, 2011).

V štruktúre zahraničných návštevníkov má jednoznačne dominantné postavenie klientela z Českej republiky ktorá tvorí takmer 50 % všetkých zahraničných kúpeľných hostí (v roku 2011 predstavovali 46,3 % podiel v rámci celkového počtu zahraničných hostí). Z ďalších početných skupín sú Nemci (15,7 %), Poliaci (8,3 %) a Izraelci (6,13 %) (údaje sú z r. 2011). Počet prenocovaní bol v roku 2011 u slovenských kúpeľných hostí 9,2 dňa. Najdlhšie pobyty v priemere dva týždne (14,8 dňa v r. 2011) strávili v slovenských kúpeľoch hostia z Nemecka a Izraela (13,9 dňa v r. 2011) (Matlovičová, 2013, ŠÚ SR 2012).

Menia sa klienti a tým ovplyvňujú aj kúpeľnú starostlivosť. Zvyšuje sa náročnosť a očakávania klientov, sú viacej informovaní, k čomu prispievajú aj informačné technológie, porovnávajú svoje skúsenosti z pobytov v iných kúpeľoch. Kúpele musia zvyšovať svoj štandard, materiálne – technické vybavenie, garantovať odbornosť personálu, podporovať a zabezpečovať celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.

Demografické zmeny

„Hodnota spoločenskej formácie bude raz posudzovaná podľa toho, ako sa starala o svojich starých ľudí.“ A. Einstein

V ekonomicky vyspelých krajinách sledujeme v ostatných desaťročiach zmeny, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú nielen súčasnosť, ale najmä budúcnosť. Sú to zmeny v štruktúre obyvateľstva vyplývajúce zo znižovania pôrodnosti a najmä zvyšovania strednej dĺžky života, a tým narastania počtu starších obyvateľov a zmeny v ochoreniach, ktoré sa u týchto ľudí vyskytujú. V kúpeľoch sa každoročne zvyšuje počet klientov vo veku 80+ a sledujeme pokles vo vekových skupinách 30 – 50 ročných.

21. storočie prinieslo výzvu na zvládnutie úloh, ktoré pred vlády nielen vyspelých, ale aj rozvojových krajín stavia narastajúci počet starých ľudí.

Podľa strednej varianty prognózy OSN vypočítanej pre jednotlivé krajiny do r. 2050 sa dá očakávať, že takmer 29 % populácie Európskej únie bude tvoriť obyvateľstvo staršie ako 65 rokov (Matlovičová,2013).

Druhy ochorení v populácii

Rozvoj kúpeľníctva závisí na výskyte ochorení v populácii. Liečba bude závisieť na rozvoji lekárskej vedy v oblasti využívania prírodných zdrojov. Predpokladá sa, že rovnako ako dnes aj v budúcnosti bude zdravie ľudí ovplyvňovať stres, depresie, únava, obezita, závislosti a pod.

Záujem o úpravu životného štýlu, pohybová aktivita, eliminácia obezity v populácii

Pohybová aktivita je veľmi dôležitým faktorom pri podpore a udržiavaní zdravia. Už v roku 2002 bolo v Svetovej správe o zdraví (WHO) uvedené, že fyzická pasivita spolu s nezdravou

výživou a fajčením sú najzávažnejšie príčiny, ktoré prispievajú ku globálnej predčasnej úmrtnosti. Celosvetovo sa odhaduje, že viac než 60 % dospelaj populácie nemá žiadny zdraviu prospešný pohyb a pritom existuje jednoduché riešenie – 30 minút pohybu primeranej intenzity denne. Pohyb je silným prostriedkom pre každého z nás v rámci prevencie a zo spoločensko-ekonomického hľadiska je lacným prostriedkom na posilnenie zdravia obyvateľstva. S nedostatkom pohybu a nesprávnou výživou úzko súvisí nárast nadváhy a obezity u ľudí. Podľa WHO je na svete až miliarda ľudí s nadváhou a vyše 300 miliónov je obéznych. Tieto čísla sú alarmujúce, nadváha a obezita sú svetovým zdravotným problémom epidemických rozmerov. Odborníci uvádzajú, že už mierny pokles hmotnosti o 5 -10 % môže zlepšiť zdravotný stav obéznych jedincov.

Americká spravodajská stanica CNN v cestovateľskej sekcii na svojej internetovej stránke začiatkom roka 2014 zverejnila rebríček najlepších destinácií pre záujemcov o chudnutie. Na siedmom mieste sa ocitol najreprezentatívnejší hotel SLKP – Thermia s viac ako storočnou tradíciou.

Zmeny v ponuke kúpeľných pobytov

Klienti kúpeľov stále najviac využívajú liečebné a preventívne pobyty, preferujú prírodný liečivý zdroj a komplexnú starostlivosť. Klienti zo zahraničia uprednostňujú tradičné kúpeľné pobyty zamerané na liečbu chronických ochorení. Stúpa záujem o wellness pobyty.

K trendom patrí skracovanie pobytov v kúpeľoch. Kúpele začínajú smerovať svoju ponuku aj na primárnu prevenciu a rekondíciu, pričom ponúkajú i krátkodobé pobyty (4-7 dní) či víkendové pobyty. Do popredia sa dostávajú kratšie relaxačné pobyty, kým v minulosti bola kúpeľná starostlivosť zameraná prednostne na iba zdravotné pobyty po operáciách a chorobách.

Skracovanie zdravotných pobytov v kúpeľoch je veľkou nevýhodou. Tento trend však neplatí vo všetkých kúpeľných zariadeniach. Ekonomicky aktívne obyvateľstvo nemá čas tráviť dlhé týždne v kúpeľoch. Pred niekoľkými rokmi prichádzali prevažne klienti poisťovní na trojtýždňový pobyt. Je veľa dôvodov, prečo klienti uprednostňujú krátke pobyty, napr. obava zo straty zamestnania, starostlivosť o člena rodiny, či domáceho miláčika, nedostatok finančných zdrojov, iné záujmy ako tráviť voľný čas a pod. Najideálnejší sú klienti, ktorí prichádzajú na dlhšiu dobu a pravidelne. Väčšina kúpeľných zariadení si preto uvedomuje, že

ich možno získať iba kvalitnými službami a investíciami do opráv nielen ubytovacích zariadení, ale i stravovacích zariadení, parkov, areálov a pod.

Záujem o zdravie a zdravotný stav sa dnes zvyšuje, predovšetkým to súvisí so spoločenskými, politickými i ekonomickými zmenami a so zvyšujúcim sa znečistením životného prostredia.

Na základe demografického vývoja na Slovensku i v Európe a taktiež odhadovaného vývoja zdravotného stavu obyvateľstva je možné predpokladať, ktoré produkty v rámci kúpeľníctva budú žiadané. Možno sledovať postupné starnutie obyvateľstva. Z toho vyplýva záujem o programy pre obyvateľstvo vyššieho veku, na udržanie kvality života v starobe, udržanie sebestačnosti. Predstavujú tak dôležitú skupinu kúpeľných návštevníkov. Keďže populácia starne a pribúdajú zdravotné problémy, v budúcnosti majú perspektívu nielen liečebné pobyty, ale aj pobyty primárnej prevencie. Ľudia si uvedomujú, že sa oplatí investovať do prevencie, aby neskôr neboli chorí a neproduktívni.

Kúpele inovujú typy pobytov pre cieľové skupiny klientov, napr. manažérov, tzv. preventívny udržiavací pobyt, antistresový.

Novinkou je tzv. terapeutická pláž, miestnosť s ležadlami, kde je na zemi vyhriaty piesok, na stenách sú obrazy mora, modrej oblohy, na strope sú povesené špeciálne fototerapeutické svetla. Terapia je vhodná pre ľudí s depresiou, na posilnenie imunity, endokrinného systému, pri liečbe Alzheimeru, na zlepšenie spánku, na zníženie agresie, počas dlhých zimných mesiacov, kedy nám chýba slnečné svetlo, na odstránenie únavy. Terapeutická pláž posilňuje všetky zmysly a vnímanie: teplý piesok, hudba, liečba svetlom.

ZÁVER

Tradícia kúpeľov je jedným z predpokladov pre ich úspešný rozvoj. Potenciál spočíva v rastúcom a silnejúcom trende starostlivosti o telo a zdravý životný štýl. Slovensko ako destinácia uprostred Európy má silný potenciál, ktorý spočíva najmä vo výskyte vhodných prírodných liečivých zdrojov, odbornej zdravotnej starostlivosti, stále sa zlepšujúceho stavu a modernizácii materiálno-technického vybavenia kúpeľov, taktiež v rozširovaní produktu kúpeľov, ktoré okrem klasických liečebných pobytov rozširujú svoju ponuku o rôzne relaxačné, rekondičné, i skrášľujúce pobyty, pobyty na redukciu telesnej hmotnosti a iné. Piešťany z hľadiska kúpeľnej starostlivosti predstavujú významné jadro a spoločne s prichádzajúcimi novými trendmi sa podrobujú šíreniu inovácií.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ATTL, P. 2005. *Když se řekne wellness*. Praha, 2005.

ELIAŠOVÁ, D. 2009. Slovenské kúpeľníctvo v historickom kontexte. In *Kontexty kultúry a turizmu*. 2. vyd. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2009. ISSN 1337-7760.

HUSOVSKÁ, Ľ. 2001. *Kúpele: Prechádzky za zdravím a krásou*. 1. vyd. Bratislava : Príroda, 2001. 148s. ISBN 80-07-00266-9.

MATLOVIČOVÁ, K., KOLESAROVÁ, J., ŽIDOVÁ, A. 2013. *Slovenské kúpeľníctvo v kontexte zmien – aktuálny stav, problémy a výzvy*. 1. vyd. Krakow : Institute of Urban Development, 2013. s. 161 – 173. ISBN 978-83-89440-67-9.

SEIFERTO VÁ, V. 2003. *Marketing v lázeňském cestovním ruchu*. 1. vyd. Praha : Pragoline, 2003. 120 s. ISBN 80-86592-00-6.

TASR. 2014. Na kúpeľnú starostlivosť dávajú poisťovne desiatky miliónov eur. [online]. 2014. [citované 25.02.2016]. Dostupné na internete: www.teraz.sk/zdravie/kupele-starostlivost-poistovne-peniaze

TASR. 2014. Čoraz viac Slovákov dovolenkuje v kúpeľoch. [online]. 2014. [citované 25.02.2016]. Dostupné na internete: www.aktuality.sk/clanok/258341/slovaci-si-letnu-dovolenku-nahradzaju-kupelmi/

VAJSÁBLOVÁ, P. 2011. *Kúpeľný cestovný ruch na Slovensku v komparácii s Českom a jeho vplyv na rozvoj regiónu Piešťany*. Diplomová práca. Praha, Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, 2011. 124 s.

Kontaktné údaje autoriek:

Viera Chovancová, viera.chovancova@spapiestany.sk

PhDr. Viera Hulková, PhD. , viera.hulkova@spapiestany.sk

SLKP a.s., Piešťany

ELEKTRONIZÁCIA VZDELÁVANIA SESTIER AKO PERSPEKTÍVA A VÝZVA

JANCOVÁ Erika, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Moderné informačné a komunikačné technológie prinášajú dramatické zmeny do vzdelávacieho systému na celom svete, pretože umožňujú vnímanie vedomostí viacerými zmyslami. V porovnaní s tradičnými formami vzdelávania, tak umožňujú docieľiť vyšší efekt vo vzdelávaní. V súčasnosti je e-learning považovaný za najmodernejšiu formu virtuálneho vzdelávania. Naším cieľom bolo definovať e-learning ako formu vzdelávania a upriamiť pozornosť na možnosti jej integrácie do procesu vzdelávania ošetrovujúcich v 21. storočí.

Kľúčové slová: Distančné vzdelávanie. E-learning. Kombinované vzdelávanie. Nevýhody e-learningu. On-line vzdelávanie. Virtuálne vzdelávanie. Vzdelávací systém. Výhody e-learningu.

ÚVOD

Technickým a hospodárskym pokrokom, vplyvom nárastu nových vedomostí v jednotlivých odboroch, rozvojom a zavádzaním moderných informačných a komunikačných prostriedkov sa stupňujú aj nároky na vzdelávací proces. Dáva nám to príležitosť zoznámiť sa s novými formami vzdelávania. Jedným z nich je vzdelávací systém prostredníctvom elektronickej formy vzdelávania ako je on-line vzdelávanie, e-learning alebo distančné vzdelávanie. Dôležitou úlohou pedagógov vzdelávajúcich v odbore ošetrovatel'stvo je vo vzdelávacom procese využívať všetky prostriedky, ktoré by vzdelávanie ošetrovujúcich zefektívnili.

VZDELÁVACÍ SYSTÉM – VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA

Vzdelávací systém bol po mnohé roky charakterizovaný ako systém, ktorý mal za úlohu vzdelávať, a to verbálnou a neverbálnou formou, za pomoci kriedy a tabule. V súčasnosti tento systém vzdelávania na školách je podporovaný aj inými materiálnymi a nemateriálnymi

prostriedkami, ktoré sú potrebné k naplneniu vzdelávacích cieľov. Technické napredovanie a ekonomické možnosti v spoločnosti ovplyvňujú kvantitu a kvalitu týchto materiálnych prostriedkov (Lepiš, 2006).

V popredí novodobých trendov vysokoškolského vzdelávania ošetrojúcich majú v súčasnej dobe vysokú frekvenciu pojmy ako on-line vzdelávanie, distančné vzdelávanie, kombinované vzdelávanie, virtuálne vzdelávanie a e-learning (Švejda, et.al., 2006).

On-line vzdelávanie je vzdelávanie, ktoré vyžaduje zapojenie pracovnej stanice do počítačovej siete (internet, intranet). Prostredníctvom sieťových komunikačných prostriedkov sa realizuje distribúcia učebných materiálov a komunikácia medzi účastníkmi výučby. Internet vo vzdelávacom procese môžeme využiť ako :

- učebný prostriedok v tradičnej forme výučby,
- zdroj učebných informácií pre distančnú formu výučby,
- výučbové prostredie pri riadenej výučbe (Tetřevová, 2002).

Distančné vzdelávanie je taká forma vzdelávania ošetrojúcich kde „učiteľ a študujúci nie sú v priamom kontakte“. Prídavné meno distančný je odvodené od slova distance, čo znamená vzdialenosť alebo odstup. Pojem distančné vzdelanie sa začalo používať koncom 20. storočia. Zlámalová a Průcha (1996) definujú distančné vzdelávanie takto : „Distančné vzdelávanie je forma riadeného štúdia, kedy dospelý účastníci študujú samostatne, na základe multimediálnej prezentácie učiva a kontakt s vyučujúcimi/konzultantmi je im sprostredkované technickými komunikačnými prostriedkami. Multimediálna prezentácia využíva rôzne nosiče informácií (audiovizuálne materiály, počítačové interaktívne programy a pod.). Štúdium distančného vzdelávania je teda individuálne, prebieha mimo priestory vzdelávacej inštitúcie, ktorá študujúcim poskytuje podporné vzdelávacie služby v konzultačných strediskách“ (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Kombinované alebo zmiešané vzdelávanie (blendet learning) je vzdelávanie s použitím počítačov, doplnené prednáškami, seminármi, workshopmi a pod., teda prezenčnou formou (Lepiš, 2006). Kombinácia prezenčnej formy s e-learningom je zásadou moderného chápania distančného vzdelávania. Pretože naviazanie sociálnych kontaktov a väzieb je hlavným predpokladom úspešného štúdia. Kombinované vzdelávanie kompenzuje niektoré nevýhody e-learningu využívaním prvkov prezenčného vzdelávania, napr. e-learningový kurz kombinovaný s úvodným a záverečným seminárom alebo workshopom. Tento prístup je

vhodný najmä tam, kde cieľová skupina nie je zvyknutá používať moderné komunikačné nástroje, ako je chat, diskusné fórum, videokonferencie, virtuálne triedy a pod. (Podlahová, et al., 2012).

Virtuálne vzdelávanie je vzdelávanie face-to-face na diaľku s využitím moderných informačných a komunikačných technológií. Virtuálne triedy sú navzájom prepojené satelitmi alebo ďalšími technológiami, ale študenti a lektori nie sú v tom istom momente v identickej miestnosti. Študenti sa navzájom vidia aj počujú, tak ako lektor vidí a počuje svojich študentov a študenti jeho, aj keď sú na miestach od seba vzdialených aj stovky kilometrov. Takýmto spôsobom môže prebiehať vyučovanie, diskusia, testovanie, podobne ako v bežnej prezenčnej triede. Komunikácia prebieha pomocou chatu alebo audiokonferencie. Vo virtuálnom vzdelávaní sa používajú časové synchrónne technológie, spojenie virtuálnych tried je v pevne stanovenom čase a dni, veľakrát sa aplikujú finančne náročné technológie, lektori (aj študenti) musia mať špeciálne znalosti k prezentácii, k vývoju učebných materiálov a k realizácii výučby (Lešková, Švač, 2001).

Tieto elektronické formy vzdelávania vytvárajú akýsi most medzi samoštúdiom bez prítomnosti lektora a kontaktným štúdiom, pre ktorý je charakteristický priamy vzťah pedagóg – študent (Průcha, 2009). V univerzitnom prostredí a v procese vzdelávania ošetrojúcich tieto formy elektronického vzdelávania sa realizujú v rámci pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania, v rámci špecializačného a kontinuálneho/celoživotného vzdelávania. Pri týchto formách vzdelávania je nevyhnutná sebadisciplína študenta, jeho silná motivácia a predovšetkým ovládanie práce s počítačom a internetom (Meško, et.al., 2005).

Elektronickou formou distančného vzdelávania je e-learning. Relatívne často dochádza k tomu názoru, ale v súčasnosti však nachádzame odlišnosti v postavení a rolách tútorov a študujúcich, v špecifických procesoch vzdelávania e-learningu a distančného vzdelávania. V e-learningu ide o distribúciu vzdelávacích materiálov jednoduchou, rýchlou, lacnou cestou a vždy riadeným procesom (Štefánčíková, 2012).

E-LEARNING

E-learning – fenomén 21. storočia je vyjadrený celou radou definícií. Možno ho definovať ako „... formu vzdelávania využívajúcu multimediálne prvky, prezentácie a texty s odkazmi na animované sekvencie, videosnímky, zdieľané pracovné plochy, komunikáciu s lektorom a spolužiakmi, testy, elektronické modely procesov atď. v systéme riadeného štúdia“ (Průcha, 2009).

Aj zakladateľ e-learningového priemyslu E. Masie definuje e-learning „ako nástroj využívajúci sieťové technológie na využívanie, distribúciu, výber, administráciu a neustálu aktualizáciu vzdelávacích materiálov“.

Za veľmi výstižné vymedzenie e-learningu, ktoré zodpovedá súčasným trendom, považujeme definíciu Kamila Kopeckého (2005) : „E.learning je v akékoľvek využívanie elektronických materiálov a didaktických prostriedkov k efektívnemu dosiahnutiu vzdelávacieho cieľa“.

Jiří Zoůnek (2009) upozorňuje, že spojovník medzi „e“ a „learning“ môže symbolizovať postupné prepojenie technologických možností a princípov učenia, ale môže tiež naznačovať, že vývoj technologických prostriedkov ide svojou vlastnou cestou“ (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Z jednotlivých definícií nám vyplýva, že e-learning :

- je elektronické vzdelávanie,
- využíva predovšetkým počítačovú sieť na realizáciu, interakciu a podporu výučby,
- on-line prístupňovanie informácií, komunikácia, tréning,
- nenahradzuje klasické triedy, ale ich pozdvihuje na vyššiu úroveň,
- reprezentuje zbližovanie vzdelávania a technológií,
- zahŕňa rôzne procesy a aplikácie na distribúciu obsahu vzdelávania (Tetřevová, 2002).

Hlavnou podstatou e-learningu je vzdelávací proces, jeho plánovanie, využívanie foriem, metód a didaktických prostriedkov k dosiahnutiu vzdelávacích cieľov. Technické prostriedky majú slúžiť tomuto cieľu, ale nemôžu byť vlastným cieľom. E-learning v súčasnosti preniká do rôznorodých oblastí vzdelávania (školsťo, vnútrofremné vzdelávanie, kurzy pre verejnosť poskytované vzdelávacími agentúrami a pod.).

V e-learningu je distribúcia obsahu vzdelávania a komunikácia medzi študentmi a pedagógom realizovaná on-line formou internetu a intranetu, off-line formou dátových nosičov typu CD-ROM a DVD-ROM (Podlahová, et al., 2012). On-line forma e-learningu sa uskutočňuje synchronným alebo asynchronným spôsobom.

Synchronná forma e-learningu je charakteristická tým, že všetci účastníci komunikujú spolu v reálnom čase a využívajú komunikačné prostriedky ako chat, virtuálne triedy, videokonferencie, počítačové konferencie, zdieľanie aplikácií, interaktívnu TV a pod. (Rohlíková, Vejvodová, 2012).

Spoločnou vlastnosťou týchto komunikačných prostriedkov je účasť všetkých poslucháčov v rovnakom čase, ale na rôznych miestach a možnosť skupinovej spolupráce a vzájomnej komunikácie (Podlahová, et al.,2012).

Asynchrónna forma e-learningu je kedy účastníci nemusia byť v rovnakom čase na rovnakom mieste (diskusné skupiny, www, e-mail, korešpondenčné kurzy a pod.) (Rohlíková, Vejvodová, 2012). To znamená, že v asynchrónnej podobe e-learningu študent využíva samoštúdium, pripraveným vzdelávacím programom prechádza samostatne, kedykoľvek a kdekoľvek. Na druhej strane je potlačená skupinová spolupráca, motivácia a podpora zo strany ostatných študentov.

E-learning je spektrum aplikácií a procesov, ako je **web-based-training** (WBT) – on-line forma vzdelávania, kde je vzdelávací obsah prenášaný cez sieť, **computer-based training** (CBT) – of-line vzdelávanie, kde je vzdelávací obsah prenášaný na nosičoch a **learning management systém** (LMS) – okrom počítača a siete je nainštalovaný špeciálny software, ktorý umožňuje tvorbu, správu a distribúciu vzdelávacieho obsahu, komunikáciu medzi študujúcimi a pedagógom, riadenie celého procesu vzdelávania, ako aj hodnotenie študijných výsledkov (Podlahová, 2012).

VÝHODY A NEVÝHODY E-LEARNINGU

E-learning ako jedna z foriem distančného vzdelávania má svoje výhody, ale aj nevýhody.

Výhody

Průcha (2009) poukazuje na flexibilné učenie; individuálne štúdium; rozvoj schopnosti samoštúdia; zodpovednosť jednotlivca za vlastné učenie. Žultáková, Andraščíková, Rybárová (2011) apelujú predovšetkým na možnosť vzdelávať sa kedykoľvek a kdekoľvek; štúdium je prispôsobené individuálnemu tempu študenta; študent si sám určí, ktoré znalosti si chce prehliť; možnosť vrátiť sa kedykoľvek už k absolvovanému vzdelaniu; náklady sú obmedzené vzhľadom na priestory; jednoduchá organizácia; neexistuje obmedzenie v komunikácii so študentmi alebo lektormi a predovšetkým získanie vyššej úrovne počítačovej gramotnosti. Rohlíková, Vejvodová (2012) prezentujú samostatne študujúceho, ktorý riadi a organizuje svoje vzdelávanie v on-line systéme; núti študenta prevziať zodpovednosť za svoje vzdelávanie, kontrolovať svoje výsledky a hodnotiť dosiahnuté pokroky. Zounek, Sudický (2012) definujú výhodu v rýchlom a ľahkom prístupe k informáciám a vzdelávacím zdrojom; možnosť rýchleho vyhľadávania informácií; ľahké uloženie, spracovanie, úprava a archivácia materiálov; možnosť učiť sa kedykoľvek

a kdekoľvek; individualizácia a flexibilita vzdelávania; spolupráca pri vzdelávaní; zvyšovanie počítačovej a informačnej gramotnosti; úspora času, zdrojov a finančných prostriedkov; ľahká komunikácia so všetkými aktérmi vzdelávania.

Nevýhody

Průcha (2009) považuje za nevýhodu obmedzený alebo žiadny sociálny kontakt s vyučujúcimi, aj medzi účastníkmi vzdelávacieho kurzu; nevhodná motivácia, neschopnosť učiť sa samostatne; zvýšená časová náročnosť prípravy a realizácie kurzov; voľba nevhodných zdrojov alebo didaktického spracovania obsahu. Žultáková, Andraščíková, Rybárová (2011) posudzujú vysoké náklady na tvorbu obsahu; časovú náročnosť na prípravu študijných materiálov; časovú náročnosť na kontrolu vypracovaných úloh; zvýšené nároky na technologickú infraštruktúru; pravdepodobný odmietavý postoj užívateľov; neistú návratnosť investícií; možný nezáujem zo strany študentov o štúdium odporúčanej literatúry. Zoůnek, Sudický (2012) poukazujú na vysoké ceny za pripojenie k internetu; nedostatočné vedomosti a zručnosti vo využívaní on-line technológií; negatívne postoje k informačným a komunikačným technológiám; nedostatočnú motiváciu, neschopnosť samostatného vzdelávania; nevhodnosť on-line prostriedkov pre vzdelávanie všetkých odborov, predmetov; absencia alebo zlá kvalita technologickej infraštruktúry; obmedzená funkčnosť alebo poruchovosť technológií.

Vyššie uvedené formy a metódy vzdelávania ošetrojúcich je možné aplikovať v procese sústavného vzdelávania. Prínosom je, keď univerzity a vysoké školy vzdelávajúce rôzne povolania komunity ošetrojúcich disponujú materiálno-technickými podmienkami a odborne spôsobilými ľudskými zdrojmi pre potreby kontinuálnej elektronizácie procesu vzdelávania a výzvy 21. storočia.

ZÁVER

Elektronické vzdelávanie má v súčasnosti vo svete informačno-komunikačných technológií nezastupiteľné miesto. Práve e-learning ako moderná forma vzdelávania so svojim kreatívnym spôsobom multimediálnej výučby na báze internetu odporúča značné alternatívy využitia nie len pre pedagógov, ale aj študentov a stáva sa tak progresívnym doplnkom vzdelávania. E-learning je prístupný, prospešný a výkonný na zvyšovanie vedomostí, schopností a zručností u jednotlivcov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

JANCOVÁ, E. 2014. *Metódy a formy v sústavnom vzdelávaní sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb*. Diplomová práca. Bratislava : VŠZ a SP sv. Alžbety, 2014, 132s.

LEPIŠ, F. 2006. *E-learning - komunikácia zajtrajška*. [citované 2013-01-10]. Dostupné na internete: www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Pavelka1/subor/8.pdf.

LEŠKOVÁ, A., ŠVAČ, V. 2001. *Nové formy vzdelávania založené na moderných informačných technológiách*. [citované 2013-01-10]. Dostupné na internete: www.sjf.tuke.sk/transferinovacii/pages/archiv/transfer/3-2001/.../26-28.pdf.

MEŠKO, D. a kol. 2005. *Medinfo 1:praktická príručka pre lekárov, zdravotníkov a študentov*. Martin : Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-197-2.

PODLAHOVÁ, L. a kol., 2012. *Didaktika pro vysokoškolské učitele*. Praha : Grada Publishing, 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-4217-5.

PRŮCHA, J. 2009. *Pedagogická encyklopedie*. Praha : Portál, 2009. 936s. ISBN 978-80-7367-546-2.

ROHLÍKOVÁ, L., VEJVODOVÁ, J. 2012. *Vyučovací metody na vysoké škole: praktický průvodce výukou v prezenční a distanční formě studia*. Praha : Grada Publishing, 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9.

ŠTEFANČIKOVÁ, A. 2012. *Evalvácia kvality e-learningu*. Trnava : Fakulta masmediálnej komunikácie UCM, 2012. 286 s. ISBN 978-80-8105-353-5.

ŠVEJDA, G., PALKOVÁ, Z., DRLÍK, M., HORVÁTHOVÁ, Z., BELÁKOVÁ, T. 2006. *Vybrané kapitoly z tvorby e-learningových kurzov*. Nitra : UKF, 2006. 136 s. ISBN 80-8050-989-1.

TETŘEVOVÁ, M. 2002. *Vzdelávanie v digitálnom svete : vybrané „e – pojmy“ a ich charakteristika.* [citované 2013-01-01]. Dostupné na internete: <http://www.cvtisr.sk/itlib/itlib022/tetrev.htm> 1.1.2013.

Kontaktná adresa:

Mgr. Erika Jancová
SUBSIDIUM – ŠZ, ZpS a DSS
Betliarska 18
048 01 Rožňava
e-mail: jancova.e@gmail.com

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava,
Detašované pracovisko Rožňava – vedúca pracoviska
e-mail: m.kilikova@gmail.com

VODCOVSTVO V POVOLANÍ SESTRA

JANKECHOVÁ Monika, KOLLÁROVÁ Lívia, LIBOVÁ Ľubica

ABSTRAKT

V predkladanom príspevku reagujeme na aktuálne spoločensko-politické dianie v ošetrovatel'stve. Škrlovi (2003, s. 249) vymedzujú vodcu s nasledujúcimi charakteristikami: „má zdieľať pevné presvedčenie, že transformácia je nutná, prezentovať jasne a presvedčivo nutnosť transformácie a vízie a pevné rozhodnutie uviesť presvedčenie a víziu v realitu podporou tímovej práce a príkladným vodcovstvom“. Transformačné vodcovstvo sa v súčasnom svete stáva nutnosťou a sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov majú významnú vodcovskú a politickú možnosť ovplyvniť svoju budúcnosť.

Kľúčové slová: Manažér. Ošetrovatel'stvo. Transformačné vedenie. Vodca.

ÚVOD

Zdravotníctvo je otvoreným a dynamickým systémom. Dynamika a rozmer zmien v zdravotníctve vyžadujú rýchlosť a flexibilitu, efektívny tok informácií a predovšetkým trpezlivosť a efektívnu komunikáciu na všetkých úrovniach (Škrlovi, 2003).

Koncom roka 2015 stavovská a odborová organizácia sestier prostredníctvom štrajku výrazne upozornili na aktuálne a dlhodobo neriešené problémy v slovenskom ošetrovatel'stve. My – sestry – sme pozorne vnímali vývoj situácie vzťahujúcej sa ku štrajku sestier, nášho profesijného stavu. Naším zámerom nie je hodnotiť úspešnosť/ neúspešnosť, pripravenosť/nepripravenosť sestier k štrajku alebo výhry či prehry. V nedávno prebehnutých udalostiach vnímame prítomnosť atribútov, ktoré pomenovala aj Hanzlíková (2011, s. 124) „ešte stále existujúci strach pred riskovaním, nedostatočná dôvera v seba a vo vlastné schopnosti a neschopnosť odolávať tlaku a podceňovaniu“.

Vyššie uvedená spoločenská situácia, ktorá sa nás nepopierateľne dotýka, nás však motivovala k úvahe o jednej z rolí sestier - sestra ako vodca.

Myslíme si, že žiť a pracovať v turbulentnom prostredí vyžaduje nový druh manažérov. Aj Hanzlíková (2011) uvádza, že k víziám 21. storočia bude patriť zväčšovanie autonómie ošetrojúcich a ošetrovateľského manažmentu pri riadení ľudských zdrojov. Aj Deloughery a Christman (In Hanzlíková, 2011, s. 127) predikujú vývoj v sebaovládaní (self-governance) teda profesionálnej hrdosti či sebazobrazovaní sestier a klinickom zviditeľňovaní. Autorky Kilíková, Jakušová (2008) uvádzajú vo svojej publikácii závery štúdie Hunta z London Business School o potrebe disponovať rolou – vodcu politickou aktivitou. „Prezentovať ciele, plány, perspektívy ošetrovateľstva na politickej pôde je predpokladom k celkovej úspešnosti odboru a vytvára podmienky pre prijímanie legislatívno-právnych noriem, ktoré určujú postavenie a kompetencie ošetrovateľstva“ (Kilíková, Jakušová, 2008, s. 38).

Vodca alebo leader je (www.euroekonom.sk/manazment/manazer/manazer-verzus-vodca/) tvorivý, vysoko flexibilný vizionár, často s experimentálnejším prístupom riešenia problémov ako manažér. Ekvivalentom slova „*leadership*“ v slovenskom jazyku je termín „vedenie ľudí“. *Leader* znamená v preklade vodca, vedúci pracovník a *ship* je odvodené zo slov *relationship* (vzájomný vzťah) a *friendship* (priateľský vzťah) a znamená určité vzťahy. Moderný leadership preto inklinuje ku koncepcii morálneho leadershipu, založeného na prirodzenej autorite a vodcovstve, osobnom príklade a charizme.

Na Slovensku sa používajú oba spomínané názvy – líderstvo aj vodcovstvo, no ich význam nie je rovnaký. Vodcovstvo spolu s vedením sú dva základné významy, z ktorých sa skladá slovo líderstvo. Vedenie sa využíva skôr v rámci organizácie a v organizačných štruktúrach. Vodcovstvo sa historicky spája s mocou v štáte alebo v rámci skupín a hnutí. Na druhej strane, pri uplatňovaní moci – vodcovstve, sa využívali rovnaké princípy ako sa využívajú pri vedení v rámci manažmentu. Presnejšie je rozdiel medzi vodcovstvom a vedením možné ilustrovať na príklade od Kottera (1995), ktorý na neho poukazuje vo vojenskom prostredí nasledovne: „V bezvojnovom období sa môžu vedúci, lídri, manažéri vyskytovať na rôznych stupňoch riadenia, no vo vojnovom stave je potrebné mať vodcov na všetkých stupňoch armády. Pretože nestačí len dobrý manažment, nestačí, že vojak bude riadený, vojak vo vojne potrebuje mať vodcu, ktorého môže nasledovať, ktorý mu bude oporou v každodenných situáciách a bude ho motivovať k dobrému výsledku vojny“.

Vodcovstvo ICN definuje ako proces, ktorý obhajuje profesionálne záujmy sestier. Sestry s vodcovskými kvalitami sú v ošetrovateľstve potrebné, očakáva sa, že podniknú kroky, aby

sa zvýšila pravdepodobnosť, že dosiahnu to, čo považujú za správne pre svoju profesiu (Kilíková, Jakušová, 2008).

Vodcovstvo predstavuje pomoc ľuďom, aby vydali zo seba všetko, na čo majú. Je potrebné stanoviť víziu do budúcnosti, povzbudzovať ich v ich úsilí, koučovať, dávať im dobré rady a udržať úspešné medzilidské vzťahy. Vodcovstvo na rozdiel od manažmentu nespočíva vo vrchole hierarchie spoločnosti, je dôležité všade, kde žijeme a pracujeme. Vodcovstvo taktiež nespočíva v stotožnení sa s nejakou osobnosťou, ale v tom, aby vodca zostal sám sebou (Antalová, 2011, s. 67-68).

Manažér je analytik, predstavuje štruktúrovanejší, kontrolovanejší a úspornejší prístup. Manažér a líder sú pozície, ktoré svojim zmýšľaním stoja na opačnom konci jedného kontinua (Antalová, 2011, s. 67-68). Každý z nás disponuje kombináciou určitých manažérskych a vodcovských schopností, ale každý jednotlivito preferuje určitý aspekt – buď vodcovstvo alebo manažerstvo. Diferencie medzi manažérom a vodcom prezentuje Tabuľka A.

Tabuľka A Diferencie medzi manažérom a vodcom

MANAŽÉR	VODCA
STRATÉGIA	
– je znepokojený problémami organizácie, ktoré môžu ohroziť jej stratégiu	– víta problémy, on ich dokonca vyhľadáva a tvrdí, že problémy udržiavajú organizáciu v aktivite
ORGANIZAČNÁ KULTÚRA	
– využíva techniku MBO (management by objectives) – uprednostňuje kontrolu	– využíva techniku MBWA (management by walking around), t. j. rozpráva sa s ľuďmi a uprednostňuje neformálny styk s ľuďmi – uprednostňuje podporu
PRÍSTUP K ZMENÁM	
– túži po stabilite a snaží sa kopírovať úspechy iných – fixuje a dáva veci na miesto – preferuje kompromisy – plánuje kvôli zmene	– zakladá nové trendy a nepotrebuje stabilitu – neustále niečím v organizácii hýbe, odstraňuje či uvoľňuje – vodca sa nebojí polarizácie ľudí a extrémov – vodca experimentuje so zmenou
INDIVIDUÁLNY PRÍSTUP	
– je skeptik – tvrdí, že všetko je záležitosťou vedy – hovorí „dajte mi povinnosti, ktoré mám vykonať“	– je ohromný optimista vo všetkom, čo v organizácii prebieha – tvrdí, že všetko je záležitosťou umenia – hovorí „dajte mi ideály, ktoré mám realizovať“
VÝSLEDKY	
– chce materiálne výsledky	– usiluje sa o nemateriálne výsledky

Drucker odporúča integráciu priorít manažéra a vodcu, inovácie so stabilitou a poriadok s flexibilitou. Ak sa manažér má stať úspešným je nevyhnutná jeho vnútorná motivácia k efektívnemu a účinnému vykonávaniu manažérskych úloh.

Hittmár uvádza (2006, s. 67 – 68), že motiváciu manažérov možno merať siedmimi dimenziami:

- priaznivý prístup k tým, ktorí sú v pozícii autorít, napríklad v pozícii nadriadených,
- túžba zvíťaziť v rozličných hrách nad vyššie postavenými osobami,
- túžba získať v pracovnom vzťahu lepšie postavenie ako všeobecne uznávané osoby,
- túžba veriť sám sebe a dosiahnuť vytýčenú zmenu,
- túžba vyskúšať si a porovnať sily a schopnosti s inými,
- túžba správne reagovať na neznámych cestách, bez cudzej pomoci,
- zmysel pre zodpovednosť pri plnení bežných povinností spojených s výkonom práce.

Otázky vedenia ľudí patria v manažmente organizácií medzi najdôležitejšie. Od spôsobu práce manažéra vo veľkej miere závisia výsledky jeho práce i práce celých pracovných tímov. Lukas a Smolík (2008) klasifikovali tieto typy a štýly líderstva: transakčné, transformačné, charizmatické, ideologické, pragmatické, heroické a revolucionárske.

Transakčné vedenie je postavené na vzájomnej výmene - transakcii. Pracovník poskytuje svoje skúsenosti, talent a úsilie a vedúci ho za to odmeňuje.

Transformačný štýl vedenia je postavený na uspokojovaní vyšších potrieb všetkých pracovníkov v spoločnosti, ktoré ich vedie k mimoriadnemu úsiliu. Vodca rozvíja svojich nasledovateľov k sebaaktualizácii, sebakontrolu a sebaregulácii.

Transformáciu možno dosiahnuť tromi spôsobmi:

- pozdvihnutím úrovne uvedomenia o význame a hodnotových výsledkoch práce, ako aj o cestách, akými ich dosiahnuť,
- pôsobením na ľudí tak, aby svoje osobné záujmy previedli na záujmy tímu či organizácie,
- zmenou alebo rozšírením pôvodného, nedostačujúceho spektra potrieb (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2001, s. 160-161).

Lídri určujú smer a získavajú ľudí k tomu, aby vynaložili svoje najlepšie sily a schopnosti k dosiahnutiu výsledkov, získavajú ich oddanosť a motivujú ich k splneniu stanovených cieľov (Armstrong, 2008, s. 28).

K podmienkam potrebným k transformácii radíme: pripravenosť, dostatočné a nevyhnutné zdroje a existenciu schopných lídrov.

Škrlovi (2003, s. 249) vymedzujú, že vodca má mať nasledujúce charakteristiky: „zdieľať pevné presvedčenie, že transformácia je nutná, prezentovať jasne a presvedčivo nutnosť transformácie a vízie a pevné rozhodnutie uviesť presvedčenie a víziu v realitu podporou tímovej práce a príkladným vodcovstvom“.

Hickman v roku 1996 povedal, že transformačné vodcovstvo identifikuje základné hodnoty a zjednocovacie faktory organizácie a ich členov, uvoľňuje ich potenciál a prináša spokojnosť zamestnancov. Základné morálne hodnoty spoločnosti – autencita, integrita, pravdivosť a dôveryhodnosť – sa neodrážajú iba v slovách človeka, ale predovšetkým v ich činoch. Transformačné vodcovstvo sa v súčasnom svete stáva nutnosťou.

Transformačný typ vodcu uskutočňuje všetky svoje ciele a zmeny prostredníctvom nástrojov vedenia ľudí ako sú charizma, individuálna úcta, inšpiratívne vedenie a intelektuálne stimulácie (Bass, 1985, s. 36).

Filozofia v rôznych historických obdobiach definovala lídra na základe nasledovných charakteristík:

- absolvovanie niekoľkých stupňov vzdelania, mal by byť múdry,
- mal by byť spravodlivý, statočný, mal by neustále bojovať za pravdu a nenávidieť klamstvo,
- nemal by sa zaoberať len aktuálnymi problémami, ale problémy by mal predvídať a vyvarovať sa im,
- mal by nieť zodpovednosť za prípadný neúspech a problémy,
- mal by správne a dobre motivovať nielen seba ale aj ostatných,
- mal by byť pracovitý,
- mal by byť mravný, cnostný,
- mal by byť bohatý, pred vstupom do politiky by nemal byť chudobný, aby nebral svoje postavenie ako finančné obohatenie,
- je prínosom, ak má dokonalý vzhľad.

Bass (2008) definoval bližšie lídra resp. líderstvo nasledovnými atribútmi:

- „líder ako ohnisko skupinových procesov: líder je definovaný ako človek, ktorý robí zmeny a prevraty,
- vodcovstvo ako prejav osobnosti – na lídrovi sú dôležité jeho osobnostné črty a vlastnosti,
- líderstvo ako spôsob uplatňovania vplyvu – líder využíva svoju moc a vplyv pri riadení ľudí,
- vodcovstvo ako prejav správania sa – vodcu vnímajú ľudia prostredníctvom jeho činov,
- vodcovstvo ako presvedčovanie - vodca musí byť schopný presvedčiť svojich podriadených o svojich schopnostiach,

- vodcovstvo ako mocenský vzťah - vodcovstvo ako nástroj na dosahovanie cieľov – vodca je tu vnímaný ako človek, ktorý dokáže dosiahnuť ciele organizácie,
- vodcovstvo ako vytváranie štruktúry - vodcovstvo ako kombinácia viacerých hľadísk“.

Každý z nás má možnosť zamyslieť sa nad vlastnými kvalitami a hodnotami a môže si v duchu odpovedať na otázku: Čo potrebujem zmeniť, aby som získal vyššie definovanú kvalitu vodcu?

Daniel Goleman (2006, In Škrlovi, 2003) tvrdí, že nie vlastnosti, IQ a technické zručnosti robia lídra lídrom, ale emocionálna inteligencia, ktorá zahŕňa sebaopoznanie, samoreguláciu, motiváciu, empatiu a sociálne zručnosti.

Škrlovi (2003) uvádzajú, že existujú aj tzv. pseudotransformační vodcovia. Ako ich rozpoznáme? Nešetria výzvami k udržaniu morálky, sú vysoko manipulatívni. Nie všetko hovoria, aj keď otvorenosť proklamujú. Riešia projekty so suverenitou, ale nie sú si istí tým čomu sa venujú. Predstierajú nadšenie pre projekty, s ktorými sa nestotožňujú. Otvorene sú ochotní uskutočniť kompromis, ale neskôr nie sú schopní ho rešpektovať. Pretvarujú sa, cielene zameriavajú podriadených na fantáziu ako reálne ciele.

Vodca využíva tri základné nástroje efektívneho leadershipu, ktorými sú hodnotenie pracovného výkonu, motivácia a stimulácia.

Prostredníctvom hodnotenia pracovného výkonu je možné odhaliť a ukázať reálny obraz potenciálu každého pracovníka, príp. odhaliť jeho rezervy a príležitosti na zlepšenie. Východiskom pre vypracovanie efektívneho a kvalitného systému hodnotenia pracovného výkonu je definovanie správnych kritérií hodnotenia, ktoré by mali predovšetkým vychádzať z popisu práce a zo špecifikácie požiadaviek na pracovníka (Hittmár, 2006, s. 155-157).

Pri motivácii ide vo všeobecnosti o vnútorné podnety, ktoré človeka vedú a inšpirujú k určitému správaniu. Naša motivácia determinuje naše správanie. Ak vodca pochopí motívy určitého človeka, je schopný pochopiť aj jeho správanie a konanie. Motivácia v organizácii slúži na podnecovanie činnosti, podporu pokračovania v rôznych úkonoch, ako aj zameriavanie činnosti určitým, požadovaným smerom.

Pri stimulácii zas hovoríme o akomsi súbore vonkajších podnetov - nástrojov, ktoré usmerňujú správanie zamestnancov a následne pôsobia na ich úroveň motivácie.

Líderstvo v rámci organizácie prináša, okrem iných, aj nasledovné výhody: vyššia motivácia a lojalita pracovníkov, vyššia efektivita práce, odstránenie komunikačných problémov, harrashmentu, mobbingu a závesti medzi jednotlivými členmi tímu, nahradenie direktívneho

štýlu riadenia demokratickým, zamestnanci získavajú pocit spolupatričnosti, vzniká vzťah medzi riadiacimi líniami a vyššia angažovanosť v plnení cieľov organizácie.

Líderstvo neprináša len pozitíva. Ak sa moc koncentruje v rukách jednotlivca, môže dochádzať k jeho kontraproduktívnemu konaniu, ktoré ohrozuje celú organizáciu. Medzi najčastejšie dôsledky nezvládnutia moci patria: oslabenie organizačnej štruktúry, nekritické vyzdvihovanie zásluh lídra, líder vyzdvihuje a nadraduje lojálnych pracovníkov a kritikov neustále zhadzuje pred ostatnými, v komunikačných kanáloch sa vytvárajú bariéry a dochádza k neefektívnosti komunikácie, znižuje sa autorita iných riadiacich pracovníkov a dochádza k fluktuácii pracovnej sily.

Sestry predstavujú najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov a majú teda aj významnú vodcovskú a politickú možnosť ovplyvniť svoju budúcnosť. Škrlovi (2003) uvádzajú, že problém – čierny Peter je na našej strane, je v nás. My držíme kľučku od dverí zmien! Zmena predstavuje angažovanosť za zdravý image sestier, lepšie pracovné podmienky a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry sa musia politicky angažovať a musia byť vo svojich požiadavkách jednotné.

ZÁVER

Teória kreatívneho manažmentu odporúča posilniť aktivitu sestier v profesijných organizáciách v role - vodcu, všetky aktivity sestier dokumentovať a zverejňovať, sestry potrebujú vystupovať takým spôsobom, aby vzbudzovali rešpekt, profesijne si musia udržiavať najvyšší možný štandard, verejnosť má vnímať a poznať hodnotu ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry potrebujú o sebe zmýšľať pozitívne. Zdravá sebadôvera a túžba po profesionálnom image sú základnými podmienkami zmeny. Vzhľadom k tomu, že masmédiá silne ovplyvňujú myslenie verejnosti, je dôležité, aby sestry reagovali na to, ako sú na verejnosti predstavované nielen ako jedinci - vodcovia, ale aj ako profesijná organizácia.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANTALOVÁ, M. 2011. *Ľudské zdroje a personálny manažment*. Bratislava : Ekonóm, 2011. 159 s. ISBN 978-80-225-3234-1.

ARMSTRONG, M. 2008. *Management a leadership*. Praha : Grada Publishing, 2008. 264 s. ISBN 978-80-247-2177-4.

BALÁŽ, M. 2012. *Leadership a jeho úloha v manažmente*. Banská Bystrica : Bankovní institut. Katedra bankovníctva a poisťovníctva. Vysoká škola Praha., 2012. Bakalárska práca. s. 51.

BASS, B. 1985. *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press, 1985. 256 s. ISBN 978-0029018101.

BASS, B. 2008. *Handbook of Leadership: Theory of Leadership*. New York : Free Press, 2008. 1516 s. ISBN10:07432-1552-3.

BĚLOHLÁVEK, F. - KOŠŤAN, P. - ŠULEŘ, O. 2001. *Management*. Olomouc : Rubico, 2001. 642 s. ISBN 80-85839-45-8.

DRUCKER, P. F. 1992. *Efektivní vedoucí*. Praha : Management Press, 1992. 127 s. ISBN 80-85603-02-0.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2011. s. 154. ISBN 978-80-8063-360-8.

HICKMAN, C. R. 1995. *Manažéri a lídri*. Bratislava : Open Windows, 1995. 318 s. ISBN 80-85741-08-3.

HITTMÁR, Š. 2006. *Manažment*. Žilina : Edis Žilinská univerzita, 2006. 300 s. ISBN 80-8070-558-5.

KILÍKOVÁ M. - JAKUŠOVÁ V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KOTTER, J. 1995. What Leaders Really Do, The Leader's Companio., In Harward Business Review, New York, 1995. s. 114-123. [Online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné na internete: www.hbr.org

KOVÁČOVÁ, Z. 2011. *Manažér – líder. Nová dimenzia v riadení. Ako sa stať lídrom?* Trenčín : Vysoká škola manažmentu v Trenčíne, 2011. Diplomová práca. s. 61.

LUKAS, J. - SMOLÍK, J. 2008. *Psychologie vodcovství*. Praha : CoPress, 2008. s. 9 – 22. ISBN 978-80-251-2139-9.

ŠKRLOVI, P. a M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský manažment*. Praha : Advent - Orion s. r. o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841.

Kontaktná adresa autora/spoluautorov

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD., jankechova.monika@gmail.com

PhDr. Lívia Kollárová, PhD., livia.kollar@gmail.com

PhDr. Ľubica Libová, PhD.

ABSTRAKT

Hlavným cieľom práce bolo potvrdenie predpokladu, že operačná liečba má pozitívny efekt na kvalitu života a poukázať na dôležitosť poučenia pacienta o spôsobe života s umelým bedrovým kĺbom s nezastupiteľnou úlohou sestry. Ťažiskom práce bol výskum. Vzorku tvorili respondenti, ktorí absolvovali kúpeľnú liečbu do jedného roka po operácii bedrového kĺbu. Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť, do akej miery sa zlepšila kvalita života pacientov po operácii bedrového kĺbu a určiť hlavné faktory, ktoré sa na jej zmene po operácii podieľajú. Kvalitu života sme zisťovali neštandardizovaným dotazníkom, ktorý pozostával zo zdravotných, demografických údajov a dotazníka na princípe škálovej stupnice a pomocou štandardizovaného dotazníka SF- 36. V závere konštatujeme, že došlo k výraznému zníženiu intenzity bolesti a k ústupu ťažkostí pri vykonávaní bežných denných činností po operácii, čo považujeme za hlavné faktory podieľajúce sa na zmene kvality života po operácii.

Kľúčové slová: Koxartróza. Kvalita života. Umelé náhrady bedrového kĺbu.

ÚVOD

Artróza bedrového kĺbu patrí medzi najčastejšie degeneratívne ochorenie, ktoré je príčinou najmä výrazných bolestí a obmedzenia pohyblivosti, čoho následkom je i zníženie kvality života. Má neustále stúpajúcu tendenciu a tento trend zaznamenávame i na Slovensku (Červeňová, M, 2001). Nadváha, neprimerané zaťažovanie a nedostatok pohybu sú rizikovými faktormi, ktoré sa spolupodieľajú na rozvoji artrózy bedrového kĺbu. Jednoznačne najčastejšou a najúspešnejšou metódou liečby v pokročilých štádiách artrózy bedrového kĺbu je implantácia umelej kĺbovej náhrady. Pre ľudí trpiacich dlhodobo bolesťou je možnosť výmeny bedrového kĺbu jednou z významných možností návratu do bežného života bez bolestí a výrazného pohybového obmedzenia a tým i zlepšenia kvality života ako takej.

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV PO NÁHRADÁCH BEDROVÝCH KLBOV

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť kvalitu života pacientov po operácii bedrového kĺbu a určiť hlavné faktory, ktoré sa na zmene kvality života po operácii podieľajú. Čiastkovými cieľmi boli: zistiť vzťah medzi pohlavím a celkovým hodnotením kvality života po operácii bedrového kĺbu, zistiť mieru ťažkostí pri vykonávaní bežných denných činností v porovnaní pred a po operácii a zistiť mieru absolvovania predoperačnej rehabilitácie, alebo kúpeľnej liečby.

METODIKA VÝSKUMU

Prezentované údaje sú výsledkom kvantitatívneho výskumu a použitím empirickej metódy. Údaje boli zozbierané metódou neštandardizovaného dotazníka a pomocou generického dotazníka SF-36 o kvalite života podmienenej zdravím. Neštandardizovaný dotazník pozostával z medicínskych, demografických údajov a dotazníka na princípe numerickej škálovej stupnice. Prioritnou a najvýznamnejšou časťou výskumu bolo zisťovanie kvality života pacientov po operácii bedrového kĺbu pomocou generického dotazníka SF-36 (Nagyová, 2009). V dotazníku sa hodnotí 8 základných domén ovplyvňujúcich kvalitu života:

- Fyzická aktivita (Physical functioning - PF).
- Obmedzenie fyzickej aktivity (Role limitations psychical - RP).
- Bolest' (Bodily pain - BP).
- Všeobecné hodnotenie zdravia (General health perception - GH).
- Vitalita (Vitality - VT).
- Spoločenská aktivita (Social functioning - SF).
- Obmedzenie emočnými problémami (Role limitations due to emotional problems-RE).
- Psychické zdravie (Mental health - MH).

Jednotlivé domény sa agregujú do výstupov, z ktorých sa hodnotí celkové fyzické zdravie, celkové psychické zdravie a index celkovej kvality života.

Základné údaje boli spracované programom Microsoft Excel. Vyhodnocovanie výsledkov neštandardizovaného dotazníka, generického dotazníka SF- 36 a verifikácia hypotéz pomocou štatistického programu Minitab 17 v jeho 30 dňovej trial verzii určenej pre akademické účely.

CHARAKTERISTIKA RESPONDENTOV

Výskumnú vzorku tvorilo 118 respondentov, z toho muži počtom 58 (49,15 %), ženy v počte 59 (50 %), 1 (0,85 %) respondent pohlavie neuviedol. Priemerný vek respondentov bol 62, 24 rokov. Najpočetnejšou skupinou boli dôchodcovia počtom 63 (53,39 %). Priemerná doba od operácie činila 6,61 mesiacov. Až 2/3 tvorili respondenti, ktorí vykonávali pred operáciou prácu v sede a kombinovanú 83 (70,34 %). 76 (64,61 %) respondentov podstúpilo operáciu pre koxartrózu bez zjavných príčin.

Výskum bol realizovaný v Kúpeľoch Trenčianske Teplice v období od decembra 2013 do júla 2014.

ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV NEŠTANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKA

Z celkového počtu respondentov malo nadváhu 43 (36,44 %) a obéznych bolo až 48 (40,68 %) respondentov. Teda až 91 (77,12 %) respondentov bolo s nadváhou a obezitou. Zisťovali sme i **výskyt komplikácií** po operácii. Až 108 (91,53 %) respondentov uviedlo, že pooperačný priebeh bol bez komplikácií. 9 (7,63 %) respondenti uviedli, že mali iné komplikácie po operácii, ktoré sme bližšie v dotazníku nezisťovali. Nakoľko až 91 (77,12 %) respondentov nášho výskumu bolo s nadváhou a obezitou, zaujala nás retrospektívna štúdia McLaughlin JR. a Lee KR. (2006), ktorá bola vykonaná v USA na vzorke 285 pacientoch po operácii bedrového kĺbu a autori došli k záveru, že nie je rozdiel vo výsledkoch obéznych a neobéznych pacientov, čo potvrdzujú i výsledky nášho výskumu. Ďalej sme zisťovali, či respondenti absolvovali v predoperačnom období **rehabilitačnú, alebo kúpeľnú liečbu**. 21 (17,80 %) respondentov uviedlo, že absolvovali kúpeľnú liečbu a presne ten istý počet 21 (17,80 %) rehabilitačnú liečbu. Avšak až 75 (63,56 %) respondentov neabsolvovalo ani kúpeľnú liečbu, ani rehabilitačnú liečbu. Macek (2007) vo svojom výskume na vzorke 914 respondentov po implantácii TEP analyzoval účelnosť predoperačnej rehabilitácie. Z celkového uvedeného počtu respondentov absolvovalo predoperačnú rehabilitačnú liečbu len 21 a kúpeľnú liečbu 6 respondentov. Ďalej uvádza, že u tých pacientov, ktorí absolvovali predoperačnú prípravu boli výsledky výrazne lepšie, mali menšie problémy pri vertikálizácii, chôdzi a zvládání sebestačnosti a boli v lepšej fyzickej i psychickej kondícii.

V minulosti jednou z indikácií pre poskytnutie kúpeľnej liečby bola i predoperačná príprava pred plánovanou náhradou bedrového kĺbu. **Intenzitu bolesti** sme hodnotili pomocou vizuálnej analógovej škály od 0 – 10, pre prehľadnosť sme rozdelili do kategórií (0- žiadna bolesť, 10-najhoršia). Priemerná dosiahnutá hodnota pred operáciou 7,84, po operácii 3,32. Medián pred operáciou 8,00, po operácii 3,00. Došlo k výraznému zníženiu intenzity bolesti po operácii, čo vyplýva z odstránenia bolestivej aferentácie z poškodených tkanív. Zisťovali sme taktiež intenzitu bolesti na začiatku a na konci kúpeľného pobytu. Priemerná dosiahnutá hodnota 3,04 na začiatku kúpeľného pobytu, na konci 2,03. Medián na začiatku pobytu 3,00, na konci 2,03. Došlo k miernemu poklesu intenzity bolesti u pacientov po kúpeľnej liečbe. Kúpele v termálnej vode znižujú svalové napätie s následným znížením bolesti zo svalových úponov, čo zefektívňuje pohybovú liečbu. Sírne termálne kúpele zvyšujú prah dráždivosti, čo sa podieľa na znížení vnímania bolesti. Zisťovali sme i mieru ťažkostí pri vykonávaní bežných denných činností pred a po operácii. **Mieru ťažkostí** sme hodnotili pomocou škálovej stupnice od 0 – 10 (0 - žiadne ťažkosti, 10 - nezvládam bežné denné činnosti). Priemerná dosiahnutá hodnota pred operáciou 6,38, po operácii 3,45. Medián pred operáciou 7,00, po operácii 3,00. Pri vykonávaní bežných denných činností nastal po operácii u respondentov významný ústup ťažkostí a potvrdil sa náš predpoklad. Predpokladali sme, že operácia bedrového kĺbu má významný pozitívny vplyv na kvalitu života. Respondenti hodnotili celkovú **kvalitu života** pred a po operácii na škálovej stupnici od 0 -10 (0 – najhoršia kvalita života, 10- najlepšia). Priemerná dosiahnutá hodnota pred operáciou 4,24, po operácii 6,30. Výsledok považujeme za významný, k zlepšeniu kvality života došlo viac ako polovici respondentov.

Tabuľka č. 1 Celková kvalita života po operácii- neštandardizovaný dotazník

	n- pred operáciou	% – pred operáciou	n-po operácii	%- po operácii
Najhoršia – 0,1	20	16,95	1	0,85
Zlá- 2,3	33	27,97	15	12,71
Stredná- 4,5,6	39	33,05	34	28,81
Lepšia- 7,8	22	18,64	58	49,15
Výborná- 9,10	4	3,39	10	8,47
Spolu	118	100,00	118	100,00

Celková kvalita života po operácii (lepšia a výborná) N= 68 (57,62 %)

Analýza a interpretácia výsledkov výskumu kvality života pomocou dotazníka SF-36

Prioritou výskumu bolo zisťovanie kvality života pomocou generického dotazníka SF-36. Hypotetické optimum v dotazníku je 100% dosiahnutých v každej doméne. Vo výskume sme hodnotili kvalitu života len po operácii. Výsledky nášho výskumu sme porovnali s Európskym normálom výsledkov (Oxford) a regionálnym štandardom normálnych výsledkov (Polícia ČR). Nakoľko priemerná doba od operácie našich respondentov činila 6,61 mesiacov, rozhodli sme porovnať vlastné výsledky s výsledkami výskumu Ng,C.Y. et al. (2007), uskutočnenom v Škótsku v r. 1998- 2000, kde zisťovali kvalitu života po TEP bedrového kĺbu na vzorke 627 respondentov pomocou dotazníka SF- 36 a zaujímali sme sa o výsledky 6 mesiacov od operácie, ktoré sme porovnali s výsledkami nášho výskumu.

V doméne - Obmedzenie fyzickej aktivity respondenti výskumu dosiahli priemernú hodnotu 31,36 bodu, pričom medián mal 25,00 bodu. V tejto doméne dosiahli naši respondenti najnižšie skóre zo všetkých domén. Výsledok nie je pre nás prekvapivý, zodpovedá priemernému obdobiu respondentov od operácie (6,61 mesiacov). Vypovedá o tom, že pri vykonávaní fyzických aktivít je ešte potrebné vynaložiť väčšie úsilie, alebo obmedziť niektoré činnosti.

V doméne - Spoločenská aktivita respondenti nášho výskumu dosiahli priemernú hodnotu 69,60 bodov, medián mal 75,00 bodov. Výsledky sú pozitívnym prekvapením, naši respondenti získali v tejto doméne najviac bodov. Kúpeľná liečba je dôležitou súčasťou pooperačnej rehabilitácie, kedy sa využívajú nielen liečivé účinky prírodných zdrojov, ale ponúka sa pacientom kultúrne a spoločenské vyžitie, čo priaznivo vplyva na psychiku pacientov.

U agregovaného výstupu - Celkové fyzické zdravie respondenti nášho výskumu dosiahli priemernú hodnotu 50,53 bodov, medián 48,12. Výsledok považujeme ho za primeraný vzhľadom k priemernému obdobiu respondentov od operácie - 6,61 mesiacov.

U agregovaného výstupu – Celkové psychické zdravie respondenti nášho výskumu dosiahli priemerné skóre 65,41 bodov, medián 68, 02 bodov. Očakávali sme, že respondenti sa budú cítiť po operácii lepšie po stránke psychickej ako po stránke fyzickej.

V hodnotení- Index celkovej kvality života respondenti nášho výskumu dosiahli priemernú hodnotu 57,98 bodov. Medián 57, 19 bodov. Výsledok hodnotíme veľmi pozitívne, vnímanie kvality života respondentmi výskumu bolo na hornej polovici celkovej škály. Ng,C.Y. et al.

dosiahli celkovú priemernú hodnotu 58,67 bodov. Konštatujeme, že vo všetkých doménach sme dosiahli porovnateľné výsledky.

Tabuľka č. 2 Porovnanie výsledkov SF- 36 Vlastný výskum- Škótsky výskum

Domény SF-36	Vlastný výskum N=118	Škótsky výskum N=627
Fyzická aktivita (PF)	55,30	47,06
Obmedzenie fyzickej aktivity (RP)	31,36	34,84
Bolesť (BP)	61,41	54,47
Všeobecné hodnotenie zdravia (GH)	54,70	64,08
Vitalita (VT)	55,93	52,63
Spoločenská aktivita (SF)	69,60	69,19
Obmedzenie emočnými problémami (RE)	68,93	59,36
Psychické zdravie (MH)	67,18	73,3
Celkové fyzické zdravie (PCS)	50,53	50,94
Celkové psychické zdravie (MCS)	65,41	66,40
= INDEX CELKOVEJ KVALITY ŽIVOTA	57,97	58,67

Jedným z našich čiastkových cieľov bolo zistiť vzťah medzi pohlavím a hodnotením kvality života. Muži dosiahli najvyššie skóre v doméne- Duševné zdravie - 72,41bodov a ženy v doméne- Vitalita - 74,01 bodov. Vo všetkých doménach dosiahli muži a ženy porovnateľné výsledky a potvrdil sa náš predpoklad, že vo vnímaní celkovej kvality života vo vzťahu k pohlaviu nebudú výrazné rozdiely.

Tabuľka č. 3 Porovnanie výsledkov SF- 36 Muži- Ženy

SF- 36 Doména	Muži N = 58	Ženy N= 59
Fyzická aktivita (PF)	58,79	51,19
Obmedzenie fyzickej aktivity (RP)	31,03	30,51
Bolesť (BP)	56,72	54,41
Všeobecné hodnotenia zdravia (GH)	67,03	66,78
Vitalita (VT)	63,22	74,01
Spoločenská aktivita (SF)	55,60	52,12
Emočné obmedzenie rolí (RE)	61,55	60,64
Duševné zdravie (MH)	72,41	66,31
= INDEX CELKOVEJ KVALITY ŽIVOTA	58,29	56,99

Tabuľka č. 4 Porovnanie SF- 36 v jednotlivých doménach – Oxford - Polícia ČR -

Vlastný výskum

Doména	Oxford	Polícia ČR	Vlastný výskum	% voči Oxfordu	% voči Polícii ČR
Fyzická aktivita (PF)	88,40	92,57	55,30	62,55%	59,74%
Obmedzenie fyzickej aktivity (RP)	85,82	82,28	31,36	36,54%	38,11%
Bolesť (BP)	81,49	81,23	61,42	75,37%	75,61%
Všeobecné hodnotenie zdravia (GH)	73,52	73,35	54,07	73,54%	73,51%
Vitalita (VT)	61,13	67,33	55,93	91,50%	83,07%
Spoločenská aktivita (SF)	88,01	86,29	69,60	79,08%	80,65%
Emočné obmedz. rolí (RE)	82,93	81,23	68,93	83,11%	84,85%
Duševné zdravie (MH)	73,77	77,71	67,19	91,08%	86,46%
Celkové fyzické zdravie (PCS)	82,31	82,36	50,54	61,40%	61,36%
Celkové psychické zdravie (MCS)	76,46	78,14	65,41	85,55%	83,71%
= Index celkovej kvality života	79,38	80,25	57,98	73,03%	72,24%

ZÁVER

Totálna náhrada bedrového kĺbu je najvýznamnejším pokrokom v histórii kostnej operatívy (Ištoňová, 2009). V práci sme sa snažili predstaviť komplexnosť danej problematiky. Zamerali na zistenie vnímania kvality života pacientov po totálnych náhradách bedrových kĺbov a na hodnotenie faktorov, ktoré najviac vplývajú na jej zmeny pred a po operácii. Našou snahou bolo taktiež poukázať na dôležitosť poučenia pacienta o dodržiavaní zásad správnej životosprávy, najmä o spôsobe života s umelým bedrovým kĺbom s nezastupiteľnou úlohou sestry, ktorá je pri poskytovaní ošetrovateľskej a rehabilitačnej starostlivosti dôležitou súčasťou multidisciplinárneho tímu. Výsledky výskumu potvrdili zlepšenie kvality života pacientov po náhradách bedrových kĺbov. Došlo k výraznému zníženiu bolesti a významnému ústupu ťažkosti, ktoré respondentov obmedzovali v bežnom dennom živote.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANDREW, J.G. PALAN, J., KURUP, H. V., GIBSON, P., MURRAY, D. W. BEARD, D. J. 2008. Obesity in total hip replacement. In *Bone and Joint Journal*. ISSN: 2049- 4394, 2008, roč. 90- B, č.4 s. 424- 429.

CARL, J, 2011. Actievetes After Hip Replacement. [online]. Boston: Shapiro Department of Orthopedics Beth Israel Deacones Medical Center, 2011, 26 s. [cit. 2014-20-05]. ISBN 617-667- 3940. Dostupné na internete:
www.bidmc.Org/YorHeaôlth/BIDMC/Interactive/Healthy/s/NonesandJoints/Hip/ActivitiesAfterHipReplacement.aspx.

FITZGERALD, E. J. D., ORAV, J. E., LEE, T. H-. MARCANTONIO, E.R., POSS, R., GOLDMAN, L., MANGIONE, C.M. 2004. Patients Quality of Life During the 12 Month Following Joint replacement Surgery. In *Arthritis&Rheumatism*. [online]. 2004, roč.51, č.1, 100- 109 s. [cit. 2014-09-10]. ISSN: 1529- 0131. Dostupné na internete:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pibmed/14872462

GULÁŠOVÁ, I. 2008. Význam rehabilitácie v procese komplexnej liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta pred a po operácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2008, roč. XLV, č.4, s.193-256.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovateľský výzkum*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s. 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

IŠTOŇOVÁ, M., KOCIOVÁ, K., JUDIČÁKOVÁ, M. 2009. Spolupráca fyzioterapeuta a sestry v rehabilitačnej starostlivosti o pacienta. In *Medicínsko- ošetrovateľské listy Šariša*. Vyd. Prešov, Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978- 80- 555-0048- 5. 54-58 s.

KALOVÁ, H., PETR, P., SOUKUPOVÁ, A., VONDROUŠ, P. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelu zdraví a nemoci. In *Klinická farmakologie a farmacie*. ISSN 1212- 7973, ročník 19, s.165- 168.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a. s. 2002, 187 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽ, V., ČELKO, J., BURAN, V. 2002. Artrózy a TEP kyčle, rehabilitace a lázeňská léčba. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. ISSN 1211- 2658. 2002, roč.9, č.1, s.14-22.

MACEK, J. 2007. Početnosť predoperačnej rehabilitácie a rehabilitačné prístupy pri totálnych endoprotézach veľkých kĺbov dolných končatín. In *Rehabilitácia*, ISSN 0375-0922. 2007, roč. XLIV, č.2, s.85-96.

MACHÁLEK, Z. 2010. Je lázeňská léčba v Lázeňských Sanatoriích Klimkovice vhodná pro časnou léčebnou rehabilitaci po ortopedických kloubních náhradách? In *Ortopedie*. ISSN 1802-1727. 2007, roč.1, č.2, s.104- 105.

MUSIL, D. 2011. *Přínos miniinvazivní MIS- AL techniky při implantaci totální náhrady kyčelního kloubu, zdravotně sociální aspekty MIS- AL přístupu*. Dizertačná práca. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2011. 135 s.

NAGYOVA, I . 2009. *Measuring health and quality of life in the chronically ill*. 1.vyd. Košice : EQUILIBRIA Ltd, 2009. 267s. ISBN 978-80-89284-46-7.

NG,C.Y., BALLANTYNE, J.A., BRENKEL, I.J. 2007. Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. In *The Journal of Bone and Joint surgery*. [online]. 2007. roč.89-B, č.7, 868- 873s. [cit. 2014-09-10]. ISSN: 1535- 1386. Dostupné na internete: <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/89-B/7/868.full.pdf+html>.

NILSODETER, A, PETERSON, I , ROOS, E, LOHMANDER, L. 2003. Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study. In *Rheumatic diseases* [online]. 2003. roč.62, č.10, 923-930 s. [cit. 2014-03-04]. ISSN 1468-2060. Dostupné na internete: www.annrhemdis.com.

OSTENDORF, M., van STELL, H.F., BUSKENS, E., SCHRIJVERS, A.J.P., MARTING, L.N., VERBOUT, A.J., DHERT, W.J.A. 2004. Patient- reported outcome in total hip replacement. In *The Journal of bone and join surgery*. [online]. 2004. roč. 86-B, č.6. s.801-807. [cit. 2014-24-10]. ISSN 1535- 1386. 2004. Dostupné na internete: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15330018

RECABARRENOVÁ, K. 2011. Komplexná kúpeľná liečba u pacientov po implantácii TEP bedrového kĺbu. In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2011, ročník XLVIII, č.1, s 39- 40.

ŠŤASTNÁ, L. 2008. Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programu. [online]. 2008. [cit.2014-29-05]. Dostupné na internete: www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/dotaznik-SF-36

UIBERLAYOVÁ, I. 2010. Rehabilitace pacientu po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu, lázeňská léčba. In *Ortopedie*. ISSN 1802-1727. 2010, roč. 4, č.2 s.79-88.

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Eva Javorková
Kúpele Trenčianske Teplice, a.s.
T. G. Masaryka 21
e- mail: javorkova@slktn.sk

TRADÍCIA PRACOVNÉHO OBLEČENIA A PERSPEKTÍVY VÝVOJA UNIFORMY SESTIER AKO SYMBOL OŠETROVATEĽSTVA

KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Príspevok je stručným retrospektívnym a historickým prierezom základných informácií o vzniku a vývoji pracovného oblečenia sestier na území dnešnej Českej a Slovenskej republiky. Pozornosť je venovaná úlohe Spolku diplomovaných sestier, ktorý mal významný vplyv na formovanie uniformy sestier. Predmetom historickej analýzy bolo aj nosenie uniformy v rokoch prvej a druhej svetovej vojny. Dôraz sme kládli na sprístupnenie poznania o zmenách v pracovnom oblečení sestier na konci 20. storočia až do obdobia tzv. nežnej revolúcie. Cieľom príspevku je stručne sumarizovať historické znaky a kultúrne prvky vývoja a zmien v skladbe a v nosení uniformy ako symbolu ošetrovateľstva. Príspevok je spracovaný teoretickou metódou štúdia historických prameňov, ktorých prehľad uvádzame v zozname bibliografických odkazov.

Kľúčové slová: Čepiec. Diplomovaná sestra. Pracovné oblečenie. Sestra. Spolok diplomovaných sestier. Uniforma.

ÚVOD

Tradícia sú zvyky, názory, spôsoby, správanie, inštitúcie vzniknuté v minulosti a zachovávané generáciami. Tradícia je charakterizovaná aj ako súbor javov kultúry, ktorá sa preberá z generácie na generáciu. Symbol je taký objekt, obraz, písané slovo, zvuk alebo konkrétny znak, ktorý zastupuje či reprezentuje niečo iné na základe istej podobnosti, asociácie, alebo čisto len dohody (Paralová, 2013). Slovo uniforma je francúzskeho pôvodu a v preklade znamená rovnaké. V slovníku slovenského jazyka sa uvádza, že uniforma jednotný odev, osobitného strihu pre určitú skupinu ľudí, príslušníkov určitých organizácií (Veda, 1989). Nosenie uniformy v iných povolaniach (remeselníci, vojaci) sa datuje od 17. storočia a spája sa s menom a pôsobením Ľudovíta XIV.

VÝVOJ PRACOVNÉHO OBLEČENIA

Ošetrovatel'stvo sa navonok prezentuje ako nový obor, ktorý verejnosť vníma najmä cez symboly, akými sú uniforma, odznaky či brošne, vyznamenania a ocenenia, poprípade hymna ošetrovujúcich. Druhá polovica 19. storočia je charakteristická zmenami v systéme vzdelávania ošetrovateľského personálu, čo je dôvodom na postupné zavedie a uplatnenie požiadavky stavovského oblečenia - uniformy. U žien (ošetrovateliiek) sa nosenie jednotného oblečenia ako symbolu povolania objavuje počas Krymskej vojny (1853-1856). Ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pigorov s sebou priviedol na front 32 starostlivo vybraných vyškolených ošetrovateliiek, ktoré ruská veľkovojevodkyňa Jelena Pavlovna vybavila rovnakým pracovným oblečením. Pracovné oblečenie (obrázok 1) - uniforma pozostávala z dlhých hnedých šiat, cez ktoré mali oblečenú bielu zásteru, ktorá šaty chránila pred znečistením. Ošetrovatel'ky na krku nosili strieborný kríž zavesený na modrej stuhe.



Obrázok 1 Pracovné oblečenie ošetrovateliiek z čias Krymskej vojny (Zdroj: Brynychová, 2007).

Jednotne boli oblečené aj ošetrovatel'ky na druhej strane barikády, na strane Anglicka, kde pôsobila Florence Nightingaleová s ďalšími 38 ošetrovatel'kami (obrázok 2). Všetky boli oblečené tmavé, čierne šaty s dlhými rukávmi, ktoré si pri ošetrovaní čiastočne chránili bielu zásterou. Na hlave nosili biely čepiec, ktorý bol neoddeliteľnou súčasťou vtedajšieho bežného civilného oblečenia. Uniformu v podobe šedých šiat s dlhými rukávmi so sukňou až k členkom, bielym čepcom zásterou zaviedla Florence Nightingaleová (Brynychová, 2007).



Obrázok 2 Pracovné oblečenie anglických ošetrovateliek (Zdroj: Paralová, 2013).

Vo vývoji uniformy ošetrojúcich sa zaznamenala zmena v období vzniku Medzinárodného červeného kríža (1864). Henry Dunant ovplyvnený spomienkami bitky pri Solferíne, podmienil organizovanie prípravy dobrovoľných ošetrovateliek pre potreby možnej vojny. Postupne vznikajú národné spoločnosti červeného kríža. Členky a najmä dobrovoľníci pokrývali svoje civilné oblečenie bielou zásterou a na rukáve nosili bielu pásku s znakom organizácie (obrázok 3).



Obrázok 3 Dobrovoľníci Medzinárodného červeného kríža (Brynychová, 2007).

V roku 1916 vznikla prvá česká Štátna ošetrovateľská škola a bola založená Všeobecná nemocnica v Prahe. Do štvormesačného skúšobného obdobia boli prijaté uchádzačky za veľmi prísnych podmienok. Po zhodnotení skúšobného obdobia bolo rozhodnuté o možnosti pokračovať alebo zanechať štúdium. V skúšobnej dobe nosili žiačky tmavé šaty so zásterou, po uplynutí štyroch mesiacov mohli nosiť uniformu žiačok, ktorá sa skladala z šedých dlhých šiat s okrúhlym bielym golierikom, biele zástery a bieleho čepčeku. Cez rovnošatu sa nosila vlnená tmavomodrá pláštenka, ktorá bola svetlo modro podšitá (obrázok 4).

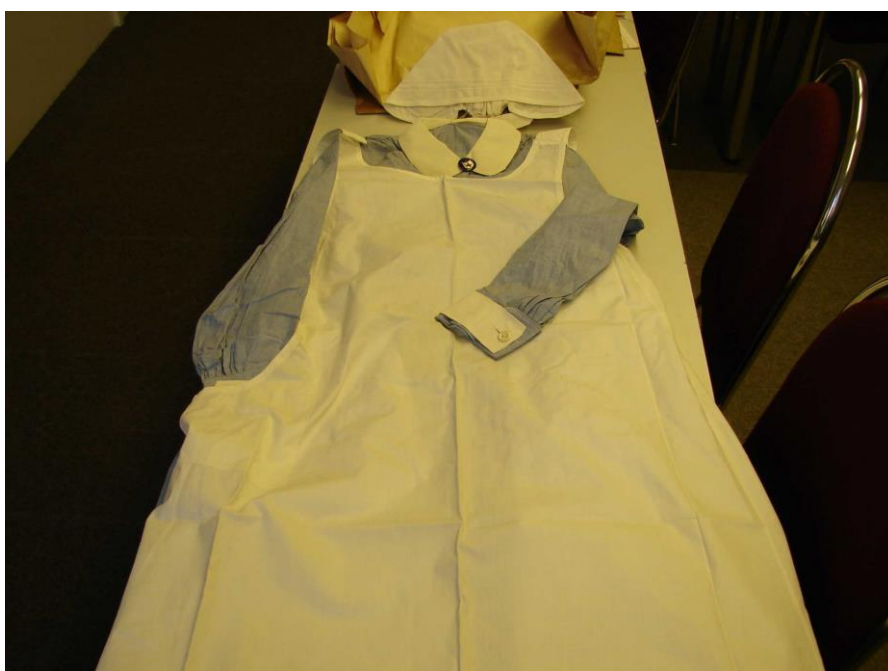


Obrázok 4 Uniformy žiačok Štátnej ošetrovateľskej školy v Prahe (Zdroj: Kršková, Vránová, 2004).

V dobe (r.1918) kedy vstupovali do praxe prvé absolventky diplomované ošetrovatelky chorých - v literatúre uvádzane aj ako diplomované sestry (Vrbatová, 1990). Prvý rok oficiálneho vzniku sesterskej uniformy je rokom prvej Československej republiky (r.1920). Nosili sa uniformy v troch variantoch. **Pracovná uniforma prvých diplomovaných sestier.** Uniforma sa skladala zo svetlomodrých šiat, ktorých dĺžka siahala až k členkom a boli zdobené s bielym golierikom. Šaty mali dlhé rukávy s vysokými bielymi manžetami, ktoré si sestry museli pri ošetrovaní vyhrňovať (obrázok 5). Ďalej súčasťou pracovného odevu bola biela zástera (obrázok 6). K tejto uniforme nosili čierne, alebo hnedé pančuchy a topánky rovnakej farby. Hlava bola zakrytá veľkým bielym skladaným čepcom (obrázok 7) a neoddeliteľnou súčasťou rovnošaty bol aj odznak (Čechová, 2013). Odznak diplomovanej sestry patrí medzi najvýznamnejšie symboly profesie.



Obrázok 5 Pracovná uniforma diplomovanej sestry



Obrázok 6 Uniforma diplomovanej sestry s zásterou



Obrázok 7 Skladaný čepiec diplomovanej sestry

Druhý variant uniformy bola tzv. **slávnostná uniforma**. Na každodenné nosenie boli určené sestrám vo funkcii staničnej alebo vrchnej sestry (obrázok 8). Na slávnostné príležitosti ju nosili rehoľné sestry. Skladala sa z tmavomodrých dlhých šiat s bielym golierikom a odznakom. Šaty dopĺňala krátka pláštenka. Na hlave nosili sestry čepiec s bielym okrajom, na ktorom bol pripevnený tmavomodrý mušelínový závoj. Postupne sa táto uniforma zjednodušovala a mušelínový závoj bol nahradený skladaným čepcom. Pre ošetrovanie v teréne si obliekali vrchné ošatenie - tmavomodrú vlnenú pláštenku (Čechová, 2013).



Obrázok 8 Slávnostná uniforma vrchnej sestry (prvý rad v strede)

Tretiu variantu oblečenia tvorila **uniforma pre sestry v teréne - návštevnú službu** (obrázok 9). Pozostávala zo šiat šedej farby s bielym golierom a dlhým rukávom s bielou manžetou. Na uniformu sa pripínal odznak „Slúžim zdraviu ľudu“. Šaty boli doplnené o dlhú pláštenku a čepiec bol nahradený tmavočerveným baretom. Ako vrchné oblečenie sestry nosili zložitý tmavý hubertus (Grznárová, Staňková, 1984).



Obrázok 9 Uniforma sestry pre návštevnú službu (Zdroj: Paralová, 2013).

Status diplomovanej sestry v medzivojnovom období bol veľmi vysoký. Verejnosť vnímala diplomované sestry ako prestížne, úctyhodné osoby vďaka ich samostatnej práci v teréne. V roku 1921 prvé absolventky štátnej ošetrovateľskej školy založili „Spolok absolventiek ošetrovateľskej školy“. V roku 1928 (premenovaním spolku absolventiek) vzniká Spolok diplomovaných sestier Československej republiky. Symbolom spolku je odznak, ktorý sa stal artefaktom spolku. Spolok sa usiloval o inováciu pracovného oblečenia sestier, ktorú nakoniec vyriešila anketa medzi diplomovanými sestrami. Na základe výsledkov ankety sa od roku 1937 začali nosiť tzv. **rovnošaty**, a to vo všetkých nemocniciach, kde ošetrovateľskú starostlivosť poskytovali diplomované sestry. Bol popísaný vyjadrený význam slova rovnošata. Rovnošata predstavovala viac ako pracovné oblečenie, znamenala inteligentné pridržovanie sa predpisov, prejav disciplinovanosti, jednotnosti a sily (Brynychová, 2007). **Sestry v ústavnej službe** nosili svetlo modré šaty s bielou zásterou a k nej biele črievice a biele pančuchy, alebo čierne črievice a šedé pančuchy (obrázok 10). Obe tieto varianty boli považované za pohodlné, hygienické. Črievice mali byť na nižšom podpätku. Bolo povolené nosiť ku rovnošate sveter tmavomodrej farby a na zapínanie vpredu. Výstrih mal byť tvarovaný do špičky, aby pri zapnutí svetra bol stále vidieť odznak, ktorý sestry nosili. Diplomované sestry v pozícii vrchnej sestry nosili jednoduché biele pracovné šaty, k nim biele črievice a pančuchy. Na vonkajší pohyb - prechod mimo budovy slúžili diplomovaným sestram tmavomodré pláštenky, ktoré boli podšité svetlo modrou podšívku.



Obrázok 10 Uniforma sestier v ústavnej službe (Zdroj: Paralová, 2013).

Sestry mimo ústavnej služby nosili tmavomodré šaty s bielym golierom a manžetami, k tomu čierne črievice, šedé pančuchy. Goliere a manžety boli vyrobené z bieleho piké a na odev sa pripínali pomocou patentiek. Na ulici sa nosil tmavomodrý anglický plášť a klobúk. V zimnom období si sestry obliekali teplejšiu obuv a tmavomodrý sveter, ktorý nosili sestry v ústavoch. Doplnkom bol biely šál, sivé alebo čierne rukavice. Pomôcky k ošetrovaniu nosili v čiernej aktovke (obrázok 11).



Obrázok 11 Pracovné oblečenie sestry mimo ústavnej služby (Brynychová, 2007).

Uniforma a odznak boli tradičnými symbolmi diplomovaných sestier, ktorými sa líšili od ošetrovateliek. Tak tomu bolo do roku 1941, kedy spolok zrušili, ale členovia naďalej rozvíjali aktivity (Kršková, Vránová, 2004). V období druhej svetovej vojny sa mení uniforma sestier na svetlomodré šaty a na hlave sa nosil skladaný čepiec. Zmeny nastali aj v uniforme diplomovaných sestier, ktoré nosili modro-biele prúžkované šaty s krátkym rukávom. V roku 1941 bol zrušený spolok diplomovaných sestier. Sesterskou uniformou a otázkou zjednotenie pracovného oblečenia vo všetkých zariadeniach sa zaoberal Jubilejný pracovný zjazd diplomovaných sestier v roku 1946. Dokazuje to zmienka v rezolúcii jubilejného pracovného zjazdu diplomovaných sestier. Od roku 1946 sa datuje aj existencia Vyššej ošetrovateľskej školy v Prahe. Študentky nosili pracovné oblečenie, ktoré bolo odlišné pre potreby účasti na prednáškach, exkurziách a praktických vyučovaniach.

Prednášky a exkurzie navštevovali v tmavomodrých šatách s bielym golierikom a manžetami. Na prax nosili biele šaty a čepiec. V rokoch 1948 - 1970 v súlade s Zákonom o základnej úprave jednotného školstva, ošetrovateľské školy spravuje ministerstvo zdravotníctva. Zaradené boli medzi vyššie odborné školy III. stupňa a pomenované boli ako vyššie sociálno-zdravotné školy (Kršková, Vránová, 2004). Z politického hľadiska sa vláda snaží vytlačiť všetky prejavy buržoázie vrátane stavovskej hrdosti diplomovaných sestier. A tak bola najskôr zrušená slávnostná tmavá uniforma s pláštenkou (Brynychová, 2007). V roku 1949 zasadala odborná komisia ministerstva zdravotníctva, ktorá rokovala o normalizácii ústavného ošatenia. Riešila aj otázku pracovného oblečenia ošetrovateľského personálu. Odborná komisia mala za úlohu vypracovať typy jednotlivých druhov ústavného pracovného oblečenia. Tiež sa uvažovalo aj o odlíšení jednotlivých profesií v zdravotníctve pomocou pracovného oblečenia (Zväzok XIV. zložka XIV/1, 1949). V tomto období zanikol titul diplomovaná sestra. V ostatných rokoch pracovná uniforma sa zjednodušila. Dĺžka šiat a zástery sa skracovala, čierne pančuchy nahradili biele ponožky, čierne topánky nahradila biela zdravotná obuv. Šaty boli bledomodrej farby s krátkymi rukávmi. Biely golier sa pripínal na gombíky. Na šatách sa nosila biela zástera a skladaný čepiec nahradili biele čepce, ktoré sestry povinne nosili až do roku 1990.



Obrázok 12 Uniforma sestry v 50. rokoch 20. storočia (Zdroj: Brynychová, 2007).

V 50. rokoch sestry zaznamenali ďalšiu zmenu v pracovnom oblečení (obrázok 12). Žiačky ošetrovateľských škôl nosili svetlomodré šaty s hlbokými vreckami. Skrátil sa dĺžka sukne a rukávy. Sestry v riadiacich funkciách sa obliekali do čisto bielej uniformy. Oblečenie pre školské sestry malo praktický rukáv, ktorý sa mohol predĺžiť v prípade chladnejšieho počasia. Veľkou zmenou prešli čepce. V 50. - 60. rokoch 20. storočia skladané čepce (obrázok 13) boli nahradené čepcami, ktoré sa zapínali na dva gombíky (obrázok 14) a neskôr na jeden gombík. Uvažovalo sa zmene čepca za tylovej sieťky inšpirované "východnej módou." Tento návrh sa neosvedčil kvôli náročnosti na materiál. Preto sa opäť pristúpilo k čepcom vyrobeným z bieleho plátna. (Staňková, 2002, Martincová, Vránová 2006).



Obrázok 13 Skladaný čepiec



Obrázok 14 Čepiec na dva gombíky

V tejto dobe sa uvažovalo o zmenách v uniforme detských sestier pracujúcich v nemocniciach a v jasliach. V návrhoch sa objavujú miesto jednofarebných modrých šiat s bielou zásterou a čepcom šaty vzorové s veselými farbami. V 70. rokoch sa začali testovať nové pracovné oblečenia. Testovala sa kvalita materiálu a strihy, ktoré mali byť jednoduché. Dôraz sa kládol na ľahkú údržbu oblečenia. Do obehu sa dostáva anglický strih - fazóna. Šaty majú kryté zapínanie a môžu sa nosiť s opaskom a bez opasku. Bolo schválené farebné odlíšenie podľa profesijného zaradenia. Radové sestry zo všetkých odborov mali nosiť šaty vo farbe bledomodrej až odtieň tyrkysovej. Pre žiačky stredných zdravotníckych škôl bola vybraná pre 4-ročné štúdium farba ružová a žltozelená pre 2-ročné štúdium. Pre vedúcich sestry, učiteľky na ŠZŠ a diétne sestry boli šaty v bielom prevedení. Pre prácu v teréne boli vybrané kostýmové šaty v šedo-modrom prevedení. 3/4 zástera sa vyrábala z ľanu a polyestru.

Čepiec mali používať iba niektoré sesterské profesie. Nový typ šatové zástery bol strihovo podobný predchádzajúcemu. Líšil so zapínaním vzadu na dva gombíky, ktoré boli vyberateľné. Vrecko bola všité do bočného švu. Pre niektoré pracoviská bola vyrábaná zástera s dvoma vreckami (Syrovátková, 1971, 1972). Dbalo sa na praktickosť a z hygienických dôvodov bolo zakázané nosiť šperky (obrázok 15). Ministerstvo zdravotníctva vydáva opatrenie, ktoré zjednocuje pracovné oblečenie ošetrovateľov. Uniforma pozostávala zo modrých šiat, ktoré boli vyrobené z materiálu Callot. Strihovo vyhovoval návrh s názvom Irena. Sestry na lôžkových oddeleniach mali ešte k dispozícii kuli kabát modrej farby z materiálu Arktic. Zástera bola tradične biela s trakmi. Materiál, z ktorého bola vyrábaná, sa nazýval molino a strihový vzor Zora. Čepiec bol tradične biely, tvar T, materiál molino-veba. Vrchné sestry nosili ten istý strih v bielej farbe.



Obrázok 15 Uniforma sestry v 80. rokoch 20. storočia.

Klasické rovnošaty sestry v poslednom období (21. storočie) nenosia. Charakter nosenia pracovného oblečenia je liberálny. V obliekaní prevládajú biele nohavice a biele, bledomodré prípadne pásikované košele. Trh ponúka rôzne typy oblečenia ako aj rôzne farebné kombinácie.

ZÁVER

Doba, kedy po chodbe dôstojne prechádzala sestra v naškrobenom čepci a v šuštíacej bielej zástere dĺžky pod kolená, je nenávratne preč. Je otázne, že do akej miery prispela liberalizácia, rozvoj modernej technológie výroby, dizajnu a nosenia pracovného oblečenia k posilneniu spoločenského statusu povolania sestra? Do akej miery prispela k zmene imidžu a vnímania dôležitosti roly sestry - autonómnej osoby, poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti? Domnievame sa, že odpovede je potrebné hľadať výskumom verejnej mienky v 21. storočí. Predpokladáme, že perspektívy vývoja predmetu témy sú v rukách budúcich generácií ošetrovateľov. Príspevok má inšpirovať študentov, odborníkov a akademikov v rozhodnutí vedecky analyzovať a projektovať alternatívy riešenia vyššie uvedených problémov ošetrovateľskej praxe.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AUTOR NEZNÁMY. 1970. Pracovní náplň sestry u lůžka. *Zdravotnická pracovnice*. Praha : 1970, roč. 20, č. 11, s. 596-598.31.

BRYNYCHOVÁ, M. 2007. Sesterská uniforma v minulosti a dnes. [online]. *Diplomová práce*. České Budějovice: ZSF JCU, 2003. [citované 2016.03.01] Dostupné na internete http://theses.cz/id/rg9l7n/downloadPraceContent_adipIdno_7368.

ČECHOVÁ, H. 2003. Historický vývoj odznaků a ošetrovateľských uniforem v naší zemi. *Seminární práce*. Olomouc : LF UPOL, Ústav teorie a praxe ošetrovateľství, 2003.

GRZNÁROVÁ, J., STAŇKOVÁ M. 1984. Přínos absolventek první ošetrovateľské školy pro československého zdravotnictví. *Diplomová práce*. Praha : FF UK, 1984.

KRŠKOVÁ, M., VRÁNOVÁ, V. 2004. Historie ošetrovateľství. *Diplomová práce*. Olomouc : PF UPOL, Katedra antropologie a zdravotvědy, 2004. 134 s.

VEDA vydavateľstvo SAV. 1989. *Krátky slovník slovenského jazyka*. Bratislava : 1989. 480 s. ISBN 80-224-0003-3.

VRBATOVÁ, N., STAŇKOVÁ, M. 1990. Přínos absolventek první ošetrovateľské školy pro československé zdravotníctví. *Diplomová práca*. Praha : FF UK, 1990. 80 s.

MARTINCOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. 2006. Image zdravotních sester v ČR a USA. *Diplomová práca*. Olomouc : PF UPOL, Katedra antropologie a zdravovedy, 2006.

NÁVRHY NA UNIFORMY DĚTSKÝCH SESTER. Asi rok 1965, NCONZO.

PARALOVÁ, L. 2013. Symboly ošetrovateľstva. *Seminárna práca*. VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko Rožňava : 2013. 11.s.

STAŇKOVÁ, M. 2002. K 80. výročí založení první profesní organizace českých sester. *Sestra*. Praha : 2002. roč. 12. č. 1. s. 16-17. ISSN 1210-0404.

SYROVÁTKOVÁ, L. 1970. Jak se budeme strojit do práce. *Zdravotnická pracovnice*. Praha : 1970. roč. 20. č. 8. s. 413-417.

SYROVÁTKOVÁ, L. 1971. Nové oblečení v palbě kritiky. *Zdravotnická pracovnice*. Praha : 1971. roč. 21. č. 12., s. 632-633.

Svazek XIV. složka XIV/1: Zápis z porady odborné komise Ministerstva zdravotnictví pro normalizaci ústavního prádla. Liberec : 15. prosince 1949.

VRBATOVÁ, N., STAŇKOVÁ, M. 1990. Přínos absolventek první ošetrovateľské školy pro československé zdravotníctví. *Diplomová práca*. Praha : FF UK, 1990. 80 s.

VZNIK A VÝVOJ SESTERSKÝCH UNIFORM. [online]. [citované: 2013-01-04]. Dostupné na internete : <http://studentka.sms.cz/referat/vznik-a-vyvoj-sesterskych-uniform>

ZÁVAZNÉ OPATŘENÍ 9. Směrnice pro poskytování osobních ochranných pracovních prostředků a stejnokrojů a pro vybavení společenských zařízení. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČSR*. Praha: Avicenum, 1968. roč. 16. částka 5-6. s. 38-39.

Kontaktná adresa autorky:

Prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

VŠZ aSP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko Bl. Sóry Salkaháziovej

Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava

e-mail: m.kilikova@gmail.com

EVALUACE POUŽÍVÁNÍ VYBRANÝCH KONCEPČNÍCH MODELŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

KRATOCHVÍL Tomáš

ABSTRAKT

V průzkumném šetření jsme se zabývali problematikou využívání vybraných koncepčních modelů v ošetrovateľské praxi. Za cíl této práce jsme si stanovili přinést nový pohled na důležitost používání koncepčních modelů v ošetrovateľské praxi. V praktické části jsme zpracovali analýzu dotazníkového šetření pomocí kvantitativní metody. Dotazníkového šetření se zúčastnila vždy dvě zdravotnická zařízení z každého kraje v ČR a cílovou skupinou byly sestry z oddělení lůžkové péče. Výsledky byly zpracovány pomocí tabulek a doplněny komentářem. Toto téma si autor vybral na základě vnitřní potřeby zjistit, zda panují rozdíly v používání koncepčních modelů v praxi mezi jednotlivými kraji v ČR.

Klíčová slova: Evaluce. Koncepční modely. Ošetrovateľství. Ošetrovateľská praxe.

ÚVOD

Koncepční modely se v ošetrovateľské praxi v České republice používají jako východiska v oblasti vzdělávání, klinické praxe, řízení ošetrovateľství a výzkumu. Sestry by měly pochopit, jaký význam mají koncepční modely pro ošetrovateľství a jaký je důvod jejich vzniku. Dále je žádoucí, aby sestry pochopily teorie ošetrovateľství (vztahy a souvislosti mezi jednotlivými pojmy) a hlavní smysl pro ošetrovateľství, pacienty a sestry. Koncepční modely nabízejí sestře filozofické a pragmatické zaměření na službu, kterou poskytuje (Farkašová, 2006). Snížená kvalita poskytované ošetrovateľské péče, která by měla být poskytována na základě koncepčních modelů, může být způsobena nedostatkem sester. Odrazí se tento fakt v každodenní ošetrovateľské praxi sester v kontrastu s idealistickým vykreslením teorií ošetrovateľství? Dalo by se říct, že každým dnem se nároky na kvalitu ošetrovateľské péče zvyšují a sestry se tak dostávají do konfliktu s nedostatkem času. Od sester se mnohdy požaduje nadlimitní výkon - dochází k jejich přetěžování.

Na sestry jsou, během přípravy na jejich budoucí povolání, kladeny vysoké nároky. Vystává otázka, do jaké míry jsou sestry schopny získané znalosti a dovednosti, za těchto podmínek, následně využít i v praxi. Hlavní myšlenkou průzkumného šetření bylo zhodnotit používání

koncepčních modelů v České republice, jež by měly být součástí každodenní ošetrovatelské praxe sester. Je rozdíl mezi teorií a praxí a praxí v praxi? Jak jsou koncepční modely vnímány sestrami v České republice (dále jenom „ČR“)? V průzkumu jsme se zabývali otázkami používání koncepčních modelů v ošetrovatelské praxi sester. Cílem průzkumu bylo přinést nový pohled na důležitost používání koncepčních modelů během ošetrovatelské praxe sestry. Pozornost jsme zaměřili na zjištění rozdílů v používání koncepčních modelů mezi jednotlivými kraji ČR.

PRŮZKUM

Problém průzkumu byl zaměřen na analýzu používání vybraných koncepčních modelů během ošetrovatelské praxe sester v České republice. Snažili jsme se nalézt odpověď na otázku: Používají sestry v ošetrovatelské praxi koncepční modely?

Cíl: Porovnat rozdíly ve využívání koncepčních modelů v jednotlivých krajích v ČR.

METODIKA PRÁCE

Kvantitativní výzkum jsme vytvořili na základě metody anonymních dotazníků. Při tvorbě dotazníku jsme se také zaměřili na obsahovou důležitost a způsob formulace otázek, ve kterých nám v teoretických znalostech byla nápomocna publikace Výzkumu v ošetrovatelství (Bártlová, et. al., 2009). Začátek dotazníku se skládal z 20 otázek, které jsme vytvořili na základě předem stanovených cílů, na které jsme hledali odpovědi. Závěr dotazníku obsahoval 5 otázek identifikačních. Otázky byly otevřené a uzavřené. Uzavřené otázky byly koncipovány jako: dichotomické, trichotomické, polytomické - výběrové, polouzavřené – výběrové a Likertova škála, u které jsme hodnotili postoje k dané problematice (Chrásky, 2007). Informace jsme získali od sester pracujících na lůžkových odděleních poskytovatelů zdravotnických služeb na základě anonymních dotazníků, které jim byly předány k vyplnění od svých vedoucích pracovníků, které jsme s žádostí o vyplnění oslovili. Výsledek průzkumu dotazníkového šetření se stal objektem průzkumu, resp. je zaměřen na používání koncepčních modelů během ošetrovatelské péče sestrami.

Získaná data pak jsme zpracovali v programu MS Excel 2010, verze Ultimate. Dotazník jsme vytvořili na základě kvantitativní vědecké metody a zahrnoval 25 otázek. Otázky jsme vytvořili na základě předem stanoveného cíle práce, abychom mohli na jejich základě ověřit

stanovené průzkumné otázky. Výsledky jsme vyjádřili buď pomocí absolutní, nebo relativní četnosti. Získané výsledky jsme vyjádřili po jednotlivých cílech spolu s příslušnými průzkumnými otázkami.

Otázky jsme vyhodnotili na základě statistického vzorce $fz = (nz / n) * 100$. Tento vzorec sloužil k určení procentuálního vyhodnocení. Výsledky jsme následně zpracovali v počítačovém programu Microsoft Excel. Pomocí tohoto tak určíme relativní a absolutní četnost.

Použité znaky ve vzorci:

- **fz** – relativní četnost (%);
- **nz** – absolutní četnost (počet odpovědí);
- **n** – celkový počet respondentů.

CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Kvantitativní průzkum za pomoci dotazníku jsme prováděli na lůžkových odděleních poskytovatelů zdravotních služeb v České republice. Z každého kraje jsme oslovili alespoň dva poskytovatele, kteří obdrželi každý po pěti kusech dotazníků. Důvodem k realizaci průzkumu bylo zjistit, jak jsou koncepční modely používány v ošetrovatelské praxi. Oslovení poskytovatelé svolili k provedení průzkumu za podmínky, že bude zaručena anonymita daného zařízení. Na základě toho mohl být průzkum proveden i bez zasedání etické komise. Vzhledem k anonymitě jednotlivých pracovišť jsme se rozhodli rozčlenit pracoviště na základě územního celku (kraje), ve kterém se nacházejí. Kódové označení jednotlivých Krajů ČR, sloužící pro větší přehlednost při zpracování analýzy a interpretaci výsledků z průzkumného šetření, jsme předložili v tabulce níže:

Tabulka č. 1 Kódové označení jednotlivých Krajů ČR

Kraj ČR	Kódové označení	Kraj ČR	Kódové označení
Hl. město Praha	A	Moravskoslezský	T
Jihočeský	C	Olomoucký	M
Jihomoravský	B	Pardubický	E
Karlovarský	K	Plzeňský	P
Kraj Vysočina	J	Středočeský	S
Královéhradecký	H	Ústecký	U
Liberecký	L	Zlínský	Z

Kvantitatívneho průzkumu se zúčastnilo celkem 140 respondentů z řad sester, které pracovaly ve zdravotnických zařízeních na odděleních lůžkové péče. Průzkum byl cílen na všechny sestry bez ohledu na věk, pohlaví, délku praxe, atp. Jediným kritériem bylo, aby respondenti byli z řad sester, resp. ti, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry dle Zákona České republiky č. 96/2004 Sb., § 5, a zároveň funkci sestry vykonávali - výběr sester byl záměrný.

Cíl: Porovnat rozdíly ve využívání koncepčních modelů v jednotlivých krajích v ČR

Stanoveným pátým cílem průzkumu byla analýza a porovnání rozdílů ve využívání koncepčních modelů v jednotlivých krajích v ČR.

Vyhodnocení tohoto cíle proběhlo na základě komparativní analýzy vybraných průzkumných otázek z dotazníkového šetření.

Tabulka č. 2 Kódovací tabulka ke komparativní analýze mezi kraji

Odpověď	kód	Odpověď	kód
Zastoupení respondentů nepoužívající koncepční modely při poskytování ošetrovatelské péče (otázka č. 5)	1	Zastoupení respondentů, kteří neví, podle jakého koncepčního modelu je tvořena jejich ošetrovatelská dokumentace (otázka č. 13)	6
Zaměstnavatel nepodporuje v používání koncepčních modelů následující zastoupení respondentů (otázka č. 6)	2	Zastoupení respondentů, kteří zaujímající negativní postoj ke koncepčním modelům nebo se o ně nezajímají (otázka č. 14)	7
Celková znalost koncepčních model (otázka č. 7)	3	Zastoupení respondentů, jimž zaměstnavatel nevytváří vhodné podmínky pro používání koncepčních modelů	8
Zastoupení respondentů nespokojených se současným stavem používání koncepčních modelů v daném zdravotnickém zařízení (otázka č. 11)	4	Zastoupení respondentů, kteří neznají koncepční model Royové (otázka č. 17)	9
Zastoupení respondentů nepoužívající koncepční modely (otázka č. 12)	5	Zastoupení respondentů, kteří neznají koncepční model Leiningerové (otázka č. 20)	10

Tabulka č. 3 Komparativní analýza mezi kraji

	Odpovědi (dle kódových označení)										Celkem
Kraj	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	„fz“
A	78%	100%	90%	56%	67%	67%	78%	56%	22%	22%	64%
C	78%	100%	79%	67%	78%	78%	78%	44%	22%	0%	62%
B	67%	100%	97%	44%	56%	89%	56%	67%	22%	11%	61%
K	33%	100%	99%	22%	44%	67%	56%	33%	33%	0%	49%
J	67%	100%	83%	44%	44%	44%	67%	44%	44%	11%	55%
H	67%	100%	90%	56%	78%	67%	56%	56%	11%	11%	59%
L	78%	100%	88%	44%	67%	78%	78%	33%	22%	11%	60%
T	22%	89%	83%	56%	67%	67%	44%	44%	33%	0%	51%
M	78%	100%	83%	33%	22%	56%	67%	44%	33%	11%	53%
E	89%	100%	83%	67%	78%	67%	78%	56%	0%	11%	63%
P	67%	100%	82%	56%	67%	67%	56%	44%	22%	11%	57%
S	44%	100%	90%	56%	67%	78%	67%	56%	44%	0%	60%
U	56%	100%	83%	22%	33%	44%	44%	22%	22%	0%	43%
Z	67%	100%	87%	56%	67%	67%	78%	67%	44%	22%	66%
Celkem „fz“	64%	99%	87%	49%	60%	67%	65%	48%	27%	9%	

Nejnižší výsledek v tomto případě 43 % poukazuje na kraj Ústecký, ve kterém přístup ke koncepčním modelům je nejpozitivnější, následuje ho kraj Karlovarský 49 %. Porovnávali jsme znalosti respondentů ke koncepčním modelům, přístup sester a zaměstnavatelů ke koncepčním modelům. Naopak negativní prostor pro koncepční modely mají nejvíce v kraji Zlínském 66 % a v Hlavním městě Praha 64 %.

DISKUZE

Z průzkumného šetření vyplynulo, po zodpovězení průzkumné otázky č. 1 stanovené k prvnímu výše uvedenému dílčímu cíli, že **panují rozdíly ve využívání koncepčních modelů mezi jednotlivými kraji ČR**. Příčinou by mohlo být mnoho faktorů, nad kterými bychom mohli jenom spekulovat. Nicméně, výsledky průzkumu, nám ukazují, že by za tím mohlo stát finanční ohodnocení ve formě osobního ohodnocení, protože jenom respondenti z Moravskoslezského kraje uvedli, že jsou k používání koncepčních modelů finančně motivováni zaměstnavatelem. Při analýze dalších otázek jsme zjistili, že nejvíce respondentů Moravskoslezského kraje prohlásilo, že nejsou spokojeni se současným stavem používání koncepčních modelů a že by se situace měla řešit. Dále respondenti viděli největší překážku v používání koncepčních modelů právě v nedostatku motivace, kterou by mohlo vyřešit právě finanční ohodnocení, a nedostatku času. Nedostatek času je nejspíše způsoben nedostatkem sester ve zdravotnických zařízeních, ve kterých je počet klientů na jednu sestru procentuálně vysoký. Situaci jsme vyhodnotili tak, že používání koncepčních modelů v ošetrovatelské praxi se odvíjí od finančního ohodnocení a nedostatku času, nikoliv tolik na přístupu a pohledu sestry na koncepční modely.

Při komparativní analýze krajů jsme zjistili, že nejnižší výsledek v tomto případě 43 % poukazuje na kraj Ústecký, ve kterém přístup ke koncepčním modelům je nejpozitivnější, následuje ho kraj Karlovarský 49 %. Porovnávali jsme znalosti respondentů ke koncepčním modelům, přístup sester a zaměstnavatelů ke koncepčním modelům. Naopak negativní prostor pro koncepční modely mají nejvíce v kraji Zlínském 66 % a v Hlavním městě Praha 64 %. Výsledky se mezi jednotlivými kraji pochopitelně liší, nicméně konstatujeme, že koncepční modely zaujímají mezi kraji postoj negativní, celkově v 57 %.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě analýzy a interpretace výsledků jsme identifikovali klíčové faktory a problémy pro používání koncepčních modelů v ošetrovateľské praxi sester a navrhli jsme pro management zdravotnických zařízení následující doporučení, které by mělo zajistit zvýšení zájmu sester o koncepční modely všeobecně, a to na základě zjištění plynoucí z průzkumných otázek:

- navýšení platového (mzdového) ohodnocení sester, ve kterém se řadíme k jedněm z nejnižších v Evropě (Žitníková (2015) tvrdí, že platy sester nedosáhnou ani třetinou na platové/mzdové ohodnocení sester v Německu), a to i ve srovnání s indexem PPS (Holanová, 2016). S tím by se mělo vázat i výše osobního ohodnocení, které by mělo korelovat spolu s intenzitou používání koncepčních modelů, samozřejmě i s jejich kvalitou;
- navýšení personálního zastoupení nelékařského zdravotnického personálu – sester, které by zajistilo navýšení časového fondu sester, na jejímž základě by sestry mohly aplikovat koncepční modely ve větší míře;
- kvalitnější propojení teoretických znalostí získaných na školách s praxí v daných zdravotnických zařízeních. Management zdravotnických zařízení by měl vyčlenit více osob, které by se věnovali více výuce studentům na praxích a nově nastupujícím zaměstnancům, aby byla zajištěna větší frekvence a kontinuita v používání koncepčních modelů;
- umožnit zaměstnancům - sestrám provádět na pracovištích pravidelné výzkumy kvality poskytované ošetrovateľské péče se zaměřením na efektivnost používaných koncepčních modelů;
- do témat celoživotního vzdělávání zařadit přednášky na téma věnujícím se koncepčním modelům;
- zajistit možnost podílet se na chodu oddělení i řadovým pracovníkům se zaměřením na zvýšení kvality ošetrovateľské péče ve vztahu ke koncepčním modelům;

- umožnit sestrám placené stáže v zahraničí;
- finanční ohodnocování studentů na praxi ve zdravotnických zařízeních;
- snížení rozdílů mezi kraji v používání koncepčních modelů by bylo možno, dle názoru autora diplomové práce, dosáhnout jen tehdy, pokud by bylo řízení jednotlivých nemocnic na centrální úrovni, tj. aby všechny nemocnice byly zřizovány státní správou, nikoliv soukromým subjektem, jako je tomu třeba u nemocnic fakultního typu, které spravuje MZČR. Bohužel na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, a tím i rozdíly mezi jednotlivými kraji, okresy a výsledně i nemocnicemi, může mít i tzv. politické „klima“, jak zaznělo v pořadu DVTV, který byl moderován Martinem Veselovským (2016).

DOPORUČENÍ PRO SESTRY

- věnovat se více studiu cizích jazyků a studiu cizojazyčné literatury se zaměřením na ošetrovatelskou péči, hlavně na výzkumy a nové trendy v oblasti zvyšování kvality ošetrovatelské péče a koncepčních modelů;
- podílet se na výzkumech kvality poskytované ošetrovatelské péče se zaměřením na efektivnost používaných koncepčních modelů a na tvorbě nových standardů ošetrovatelské péče, a to nejen v daném zdravotnickém zařízení;
- aktivní vyhledávání a studium literatury věnující se koncepčním modelům;
- v rámci studia na vysokých školách (obor všeobecná sestra, denní forma studia) navýšit časový fond, ve kterém by se studenti mohli více věnovat praktické aplikaci koncepčních modelů do praxe;
- prezentovat a publikovat kazuistiky pacientů, u kterých byl použit koncepční model v ošetrovatelské praxi.

ZÁVĚR

Stěžejním cílem práce bylo analyzovat situaci v oblasti používání koncepčních modelů v ošetrovatelské praxi a přinést nový pohled na důležitost používání koncepčních modelů během ošetrovatelské praxe sestry a na základě výsledků průzkumného šetření jsme se pokusili vytvořit návrhy k optimalizaci stavu.

Stanovený cíl byl saturován. Došli jsme k závěru, že intenzitu, efektivitu, kvalitu a frekvenci používání koncepčních modelů v ošetrovatelské praxi ovlivňuje řada faktorů, mezi které patří vnější a vnitřní.

Hlavním bodem práce bylo zjistit, zda se používání koncepčních modelů liší mezi jednotlivými kraji ČR. V empirické části jsme použili standardizovaný dotazník, který nám poskytl cenné informace o používání koncepčních modelů v ošetrovateľskej praxi sestrami v ČR. Věnovali jsme se použité metodice, stanoveným cílům a jejich obsahu, průzkumným otázkám, analýze výsledků a jejich vyhodnocení.

Na základě analýzy jsme zjistili, že panují rozdíly ve všech aspektech otázek vztahujících se k používání koncepčních modelů mezi jednotlivými kraji v ČR.

Záměr práce se primárně neorientoval na návrh změn v poskytování ošetrovateľskej péče na základě koncepčních modelů, ale úkolem bylo zmapovat variabilitu úrovně v používání koncepčních modelů v ČR a zároveň mezi jednotlivými kraji. Racionální změny v používání koncepčních modelů lze provést jen na základě znalostí empiricky podložených dat, jež jsou získána z podrobné a komplexní analýzy soudobého stavu v ČR. Naše práce by mohla sloužit k diskuzím, které se touto problematikou zabývají.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BÁRTLOVÁ, A., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2009. *Výzkum v ošetrovateľství*. Brno : NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

FARKAŠOVÁ, D., et. al. 2006. *Ošetrovateľství - Teorie*. Martin : Vydavateľství Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

HOLANOVÁ, T. 2016. *Minimální mzda v EU je až 52 tisíc korun - V Česku zůstává pátá nejnižší, ukazuje nové porovnání*. [Online]. [Citované 2016-03-01]. Dostupné na internetu: <<http://zpravy.aktualne.cz/ekonomika/minimalni-mzda-v-eu-je-az-52-tisic-korun-v-cesku-zustava-pat/r~c7468096a3e111e594520025900fea04/>>.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

VESELOVSKÝ, M. Proč je právě Ústecký kraj líhní korupce? Jak s ní bojovat? In DVTV [televizní pořad]. Aktuálně.TV, 28.2.2016.

ŽITNÍKOVÁ, D. 2015. *Šéfka odborů: Nedělejme další chyby ve vzdělávání sester*. [Online]. [Citované 2016-03-01]. Dostupné na internetu: <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/sefka-zdravotnickych-odboru-nedelejme-zbrkle-dalsi-chyby/>>.

Kontaktní adresa autora:

Bc. Tomáš Kratochvíl

e-mail: tomas.krato@atlas.cz

GUILLAIN – BARRÉHO SYNDRÓM Z POHĽADU SESTRY

KUBRICZKÁ Beata

ABSTRAKT

Guillain – Barrého syndróm je ochorenie, pri ktorom imunitný systém napáda časti periférneho nervového systému. Ochorenie je zriedkavé a postihuje približne 1 osobu zo 100 000. Vyskytuje sa v každom veku u oboch pohlaví. Často ochoreniu predchádzajú respiračné alebo gastrointestinálne vírusové infekcie. Niekedy i očkovanie. Postihnutí pocítujú mravčenie alebo slabosť v dolných končatinách, pridávajú sa ruky, v závažných prípadoch dochádza k ochrnutiu. Včasnou diagnostikou a nasadenou liečbou i následnou rehabilitáciou sa postupne vracia do končatín cit a hybnosť. Môže to však trvať od niekoľkých týždňov po niekoľko rokov. U niektorých pacientov zostávajú doživotné následky.

Kľúčové slová: Guillain – Barrého syndróm. Imunitný systém. Nervový systém. Rehabilitácia. Vírusové infekcie.

ÚVOD

Polyradikuloneuritída (Guillain – Barrého syndróm ďalej „GBS“) je akútne zápalové postihnutie periférnych nervov, vrátane miešnych koreňov. Je charakterizovaná progresívnou svalovou slabosťou (obrnou), parestéziami a areflexiou. Typická forma má vzostupný priebeh. U závažných stavov dochádza v dôsledku obrny k respiračnému zlyhaniu s nutnosťou umelej pľúcnej ventilácie.

POHĽAD DO MINULOSTI

Opísanie vzostupnej meravosti a zoslabnutosti sa objavilo v lekárskech dokumentoch už v polovici 19.storočia. Nakoľko periférna nervová sústava nebola ešte veľmi pochopená, nebolo ani možné vysvetlenie symptómov. Prvý opis paralýzy prichádzajúcej z vnútorného priestoru nervovej sústavy, popísal v roku 1848 R.J.Graves. V roku 1859 urobil najlepší opis „vzostupnej paralýzy“ Jean Baptiste Octave Landry de Thézillat. Jeho štúdiá sa opierala o päť prípadov prevzatých z lekárskej literatúry a piatimi sa stretol osobne.

V jednom z nich popisoval, že pacient zomrel na nedostatok vzduchu. Po prvýkrát sa termín „Landryho vzostupná paralýza“ použil vo Westpahle v roku 1876. Strychnín bol jediným dostupným liekom, avšak skôr škodil ako liečil.

Georges Guillain a Jean Alexandre Barré ako spolužiaci, ktorí navštevovali medicínsku univerzitu v Saltpetriere v Paríži a špecializovali sa na neurológiu. Pôsobili aj ako lekári francúzskeho pozemného vojska. V tom čase zaznamenali dvoch vojakov, ktorí postupne ochrnuli, ale rýchlo vyzdraveli.

V roku 1916 s André Strohlom napísali a uverejnili článok, v ktorom vyjadrili svoju teóriu. Príčina ťažkostí nebola odhalená. Predpokladalo sa, že ide o neznáme infekčné ochorenie, alebo otravu. Znáмым bolo, že reflexy sa znižujú a proteiny v cerebrospinálach sa zvyšujú, čo bolo doložené vysokým počtom leukocytov. Guillain bol ale presvedčený, že nimi popísané ťažkosti súvisia s Landrym. Ďalším skúmaním vedcov bol prvýkrát v roku 1927 prednostne použitý termín Guillain – Barrého syndróm.

V roku 1949 W. Haymaker a JW. Kernokan navrhli po mnohých štúdiách, že vzostupná paralýza a Guillain-Barrého syndróm sú nerozpoznatelné a nazvali ho Landryho Guillain-Barrého syndróm. Guillain pôsobiaci vo funkcii profesora však zdôraznil svoj nesúhlas, pretože táto definícia je podľa neho užšie zameraná. Jeho posledný článok vyšiel v roku 1953, kde vyjadril vieru v benígnu formu syndrómu. Svoje presvedčenie musel zmeniť, nakoľko po smrti pacienta bolo dodatočne nájdené porušené periférne nervstvo. Neznámu infekciu podozrieval stále.

Americký lekár C. Miller Fisher v roku 1956 popísal troch pacientov s ostrou očnou paralýzou, pomalými reflexmi, pomalými pohybmi, stratou rovnováhy a chýbajúcimi šľachovými reflexmi. Na základe prejavov, ktoré mali jeho pacienti spoločné prišiel k názoru, že jeho pacienti trpeli Guillain-Barrého syndrómom. O dva roky neskôr popísal v článku lekár J.H Austin štúdiu 30-tich prípadov ochorení, z toho dva vlastné, ktoré sa vo svojich črtách výrazne podobali. Pokúšal sa túto dlhodobú podobu pomenovať a prešla rôznymi názvami napríklad CIDP- autoimunitná periférna polyneuropatia.

Dodnes sa vedci a neurológovia zaoberajú sledovaním týchto prejavov a zlepšovaním diagnostiky i samotnej liečby syndrómu (Polakovič, 2002).

PRÍČINY OCHORENIA

Známym je, že imunitný systém začne sám útočiť, čiže ide o autoimúnne ochorenie. Asi dve tretiny postihnutých s GBS udávajú prekonanie infekcie respiračnej alebo gastrointestinálnej. To naznačuje, že porucha môže vyvolať nesprávnu imunitnú odpoveď na predchádzajúce ochorenie, napríklad tým, že vírus zmení charakter buniek v nervovom systéme tak, že s nimi imunitný systém zaobchádza ako s cudzími. Alebo tiež, že bunky imunitného systému, napr. lymfocyty alebo makrofágy uzná vírus ako svoje a tie zaútočia na myelín. Neustálou spoluprácou sa venuje skupina neurológov, imunológov a virológov skúmaniu týchto dejov. Medzi prekonané ochorenia patria:

- vírusové ochorenia: chrípka, Epstein – Barré vírusové infekcie alebo mononukleóza, cytomegalovírus, HIV infekcie, coxkasie, herpes simplex, vírus hepatitídy A a C, ostatné (mumps, rubeola, varicella),
- bakteriálne infekcie: campylobakter jejuni, lymfská borelioza, mycoplasma pneumonie, escherichia coli,
- systémové ochorenia: Morbus Hodgkin, CLL, systémové autoimúnne ochorenia,
- ostatné vplyvy: očkovanie, operácie, epidurálne anestézie, tehotenstvo, transplantácia kostnej drene (Cibulčík, 2016).

PREJAVY OCHORENIA

Nakoľko GBS napáda periférny nervový systém, pri prenose signálu z periférneho nervového systému do mozgu nie je možné signál spojiť so zvyškom tela, pretože sa neprenášajú signály do svalov. Prvým príznakom je zvyčajne mravčenie v prstoch na nohách, postupuje ďalej do členkov a pokračuje smerom nahor. Priebeh môže byť veľmi rýchly a vážny do niekoľkých hodín. Príznaky sa objavujú zvyčajne 2-4 týždne po prekonaní infekčného ochorenia.

Ťažkosti:

- brnenie alebo pichľavý pocit v prstoch na rukách a nohách,
- svalová slabosť v nohách pokračujúca do hornej časti tela a zhorší sa v priebehu času,
- ťažkosti pri chôdzi- udržanie stability,
- obmedzený pohyb očí alebo tváre, rozprávanie, žuvanie, prehĺtanie,

- závažná bolesť v dolnej časti chrbta,
- poruchy videnia – diplopia,
- inkontinencia,
- tachykardia,
- ťažkosti s dýchaním,
- paralýza,
- poruchy videnia – diplopia (Cafasso, Red-Guy, 2015).

DIAGNOSTIKA

Dôležitý je klinický obraz, likvor- lumbálna punkcia, EMG vyšetrenie, MRI v indikovaných prípadoch.

Rozoznávame viacero typov GBS napr.:

- AIDP – akútna zápalová polyneuropatia => najbežnejší typ. Je to zápalové demyelinizačné postihnutie nervov a miešnych koreňov,
- CIDP – chronická zápalová polyneuropatia,
- AMSAN – akútna motorická senzitivna axonálna neuropatia,
- AMAN – akútna motorická axonálna neuropatia (Minks, Bareš, 2007).

Tabuľka č. 1 Závažnosť neurologického poškodenia určuje funkčný test Ordinal disability score.

Ordinal disability score	
Score	funkčná schopnosť
0	normálna
1	schopný behu
2	schopný samostatnej chôdze 5 metrov
3	schopný chôdze s pomocou
4	neschopný chôdze, schopný zdvihnúť nohy
5	neschopný chôdze, neschopný dvihnúť nohy
6	nutnosť intubácie a arteficiálnej ventilácie

(Zdroj: Havranek, 2016).

Syndróm je ťažko diagnostikovateľný, pretože príznaky môžu signalizovať aj iné neurologické poruchy alebo stavy ovplyvňujúce nervovú sústavu, ako botulizmus, myasthenia gravis, otravy ťažkými kovmi, lymskú boreliózu či meningitídy. Napríklad aj vzácne prisatý kliešť môže spôsobiť ascendentne postupujúcu paralýzu, po jeho odstránení klinické obtiaže vymiznú.

LIEČBA

Monitorujeme vitálne funkcie, diurézu, hodnotíme sebestačnosť a funkčnú zdatnosť pomocou Barthelovej indexu. Tiež FIM test, ktorý vychádza z Barthelovej testu a je doplnený o kognitívne funkcie, dotazník kvality života Short form obsahuje 36 otázok v ôsmich okruhoch – jeho nevýhodou je obmedzenie detailného popisu charakteru ťažkostí pre individuálneho pacienta. Liečba je zameraná na dve základné možnosti:

- podanie vysokých dávok i.v. imunoglobulínov – podávajú sa v celkovej dávke 2g/kg
- plazmaferéza – môže byť vysoko a nízko objemová. Znižuje závažnosť ochorenia a skracuje priebeh. Princípom je odstránenie protilátok, cytokínov a potom sa krv vracia do tela bez plazmy. Odporúča sa 4 – 5 plazmaferéz v rozpätí 5 – 10 dní.

Indikácia intubácie a UPV: uvažujeme o nej pri znížení vitálnej funkcie < 5ml/kg alebo pri preukázaní hypoxie.

Dôležitá je prevencia hlbokkej žilovej trombózy najmä pri dlhodobej paralýze. Nemenej dôležitá je prevencia a liečba dekubitov, zaistenie adekvátnej výživy, riešenie vyprázdňovania, adekvátna analgetická liečba, prevencia a liečba infekčných ochorení. Obzvlášť významná je včasná rehabilitácia a prevencia kontraktúr u pacientov s dlhotrvajúcim priebehom (Havranek, 2016).

ZÁVER

Hoci prvé zmienky o polyradikuloneuritíde sú ešte v minulom storočí, stále nie je jednoduché tento syndróm diagnostikovať a následne liečiť. Priebeh ochorenia je individuálny a vyžaduje si vždy vysokú pozornosť. Pokračujúci výskum sa snaží zistiť príčinu Guillain – Barrého syndrómu a vývoj nových lepších liečiv. Vzhľadom k tomu, že prevažne začína po vírusovej alebo bakteriálnej infekcii, sa snažia vedci zistiť, ako môžu byť vlastnosti týchto patogénov zapojené do vývoja stavu pacientov.

Pacienti sa po prekonaní ochorenia zotavujú ešte 3 – 6 mesiacov, niekedy to trvá i dlhšie, kým sa vrátia k pravidelným aktivitám. Mnoho ľudí dlhodobo pociťuje necitlivosť a mravčenie v prstoch, niektorí majú vážnejšie problémy - napríklad dlhodobá slabosť alebo skrátenie väzov. Neodmysliteľná je sociálna podpora rodiny, pretože je potrebná pomoc s dennými aktivitami a domácimi prácami, kým sa pacienti zotavia. Nebolo by to možné bez posilnenia svalov vhodnou rehabilitáciou, pracovnou a cievnou rehabilitáciou, nácvikom ovládania sfinkterov, nacvičovaním chôdze postupne bez pomoci podpory, nácvik stravovania, obliekania, toalety a ďalších bežných činností. To všetko si vyžaduje veľké úsilie postihnutého a neodmysliteľnú trpezlivosť opatrovateľov či príbuzných.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

CAFASSO, J., RED-GUY, L. 2015. *Guillain – Barre syndrome*. [online]. [cit. 2016-03-23]. Dostupné na internete: < <http://www.healthline.com/health/guillain-barre-syndrome#Symptoms3>.

CIBULČÍK, F. 2016. Polyradiculoneuritis Guillain Barré. [online]. In *Neurológie pro praxi* 2016; 17(1): 11–15. [cit. 2016-03-15] Dostupné na internete: <http://www.snmo.sk/publikacie/subory/F.%20Cibul%C4%8D%C3%ADk%20Polyradiculoneuritis%20Guillain%20Barr%C3%A9.pdf>.

HAVRANEK, J. 2016. *Polyradikuloneuritidy*. [online]. [cit. 2016-03-19]. Dostupné na internete: <<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Polyradikuloneuritidy>.

MINKS, E., BAREŠ, M. 2007. Elektromyelografická diagnostika u akutní zánětlivé demyelinizační polyradikuloneuritidy. Retrospektivní hodnocení a srovnání s mezinárodními diagnostickými kritérii. In *Neurológie pro praxi*, 2007; 1: 43–48. [cit. 2016-03-21] Dostupné na internete:< <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/11.pdf>.

POLAKOVIČ, P. 2002. *Guillan Barrého syndróm (GBS)*. [online]. [cit. 2016-03-13]. Dostupné na internete: < www.gbs.sk.

Kontaktná adresa autorky:

Mgr. Beata Kubriczká

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

beata.kubriczka@spapiestany.sk

KONCEPT HUMANISMU A MÍRA JEHO IMPLEMENTACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

KVASNIČKOVÁ Věra, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Humanismus jako filozofie, by měl být základem osobnosti každého pracovníka v pomáhajících profesích, mezi které bezpochyby patří i osobnost sestry. Teoretickými východisky je odkaz sester humanistek, který se prolíná z historie až do dnešního moderního ošetrovatelství. Cílem průzkumu bylo prověřit implementaci kognitivních, psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče v ošetrovatelské praxi. Průzkum jsme realizovali kombinací kvalitativní metody nezúčastněného strukturovaného pozorování sester a metodou standardizovaného rozhovoru s pacienty. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny na respektování a dodržování Práv pacientů sestrami. Průzkumný vzorek tvořilo 10 pacientů, jejichž společným znakem byla ADL vysoké závislosti v základních všedních činnostech a 10 pacientů, jejichž společným znakem byla ADL lehké závislosti v základních všedních činnostech. Pozorování bylo realizováno u 20 sester. Mezi pozorované prvky byla zařazena schopnost sester respektovat lidskou důstojnost, schopnost empatie a schopnost zachování autonomie pacienta a kolegiality. Výsledky průzkumu ukázaly, že v implementaci kognitivních, psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče v ošetrovatelské praxi stále existují deficity. V praxi bychom doporučili posílit vzdělávání sester v deficitních prvcích humanistické péče tak, aby si sestry uvědomily podstatu svého konání. K tomuto účelu jsme vypracovali poster.

Klíčová slova: Empatie. Humanismus. Humanistická péče. Profese sestry. Respekt lidské důstojnosti.

ÚVOD

Každá vědecká disciplína má svoji filozofii. Mezi filozofické směry vědecké disciplíny ošetrovatelství patří humanismus. Humanismus by měl být základem osobnosti každého pracovníka v ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče založená na humanismu v sobě zahrnuje vše to, co musí sestra ovládat, čím by měla disponovat a co by měla poskytnout pacientovi.

Na jeho základě by měla být poskytována péče našim klientům a pacientům. Profese sestry je v mnoha pohledech krásná, ale i velmi náročná. Každý z nás měl jiný důvod pro volbu svého povolání, ale cíl máme všichni společný, a tím je spokojený pacient. Když se kolem sebe rozhlédneme, jsme někdy nepříjemně překvapeni, co vše se v dnešním moderním, humanisticky zaměřeném ošetrovatelství, ještě může občas stát. Toto byl důvod, proč jsme se na problematiku humanistické péče zaměřili.

PROMĚNY HUMANISMU V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem humanismus vznikl překladem z latinského slova *humanus* a znamená: „ **1** láska k člověku **2** orientace na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, osobní rozvoj a uplatnění „(Hartl, Hartlová, 2009, s. 198).

Kořeny humanismu v ošetrovatelství sahají až do dob neprofesionálního ošetrovatelství. Lidé od nepaměti pomáhali potřebným, trpícím hladem, žízni, zimou, únavou či nemocí. Tuto pomoc ošetřující brali jako přirozenou a samozřejmou. V dobách profesionálního ošetrovatelství byla průkopnicí humanistické péče Florence Nightingalová, jejíž filozofií a základem péče bylo přesvědčení: „*že aktivity pre dobro druhých sú pravou cestou, ako slúžiť Bohu.*“ (Judičáková, Ištoňová, 2014, s. 53). Na počátku 20. století v ošetrovatelství převládl filozofický směr materialismus. Člověk jako holistická bytost stála v pozadí, zejména na potřeby psychické a spirituální nebyl brán zřetel. Ošetrovatelství bylo orientováno na nemoc a výkony, sestra byla vykonavatelkou péče na základě indikace lékaře, pacient byl pasivním příjemcem péče. V tomto období došlo k tzv. dehumanizaci ošetrovatelství (Judičáková, Ištoňová, 2014). Do popředí se humanismus dostává opět v 80. letech 20. století, kdy se ošetrovatelství zaměřuje na péči v souladu s holismem, pacient je respektován se svými biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami, upřednostňována je prevence a péče o zdraví, rozvíjí se komunitní a domácí péče, která je preferována před ústavní. Ošetrovatelská péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu a sestra se stává plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu.

V souvislosti s humanizací ošetrovatelství v České republice musíme zmínit doc. PhDr. Martu Staňkovou, CSc., která se ve své celoživotní práci zaměřila na změny vedoucí k humanizaci ošetrovatelství. Provedla změny v systému vzdělávání sester a v jejich profesní přípravě k povolání se snažila o to, aby sestry do své profese uměly implementovat společenskovední obory, a aby se změnil způsob jejich chování a poskytování ošetrovatelské péče.

Tohoto se snažila dosáhnout aktivní prací na změnách legislativy a přímými intervencemi u sester, které navštěvovala, přednášela a předávala jim své zkušenosti (Škubová, Chvátalová, 2004).

Sestra humanistka respektuje lidskou důstojnost, práva pacientů a úctu k životu, poskytuje pomoc pacientům a jejich rodinám. Péči poskytuje na základě lidského přístupu a schopnosti pomáhat. Profese sestry se vyvíjela spolu s ošetrovatelstvím. Prošla dlouhým historickým vývojem, a proto bychom měly být na svou profesy právem hrdé. Profese sestry je vnímána jako poslání a tomto duchu by měla být i vykonávána.

ATRIBUTY HUMANISTICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hlavní podstatou moderní ošetrovateľské péče je podpora a udržení zdraví, aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb jednotlivce a komunity. Poskytování ošetrovateľské péče je založené na lidskosti a na právu pacienta na lepší životní podmínky v průběhu nemoci. Ošetrovateľskou teorií uvádí v život sestry ve prospěch pacientů.

Každý autor humanistického ošetrovateľského modelu popisuje humanistickou péči dle svého úhlu pohledu. Ale v podstatě můžeme konstatovat, že všichni svůj pohled směřují na aktivity ve prospěch pacienta. **Vědomostní kritéria** patří do kognitivní dimenze učení a praxe. Sestra projevuje **znalosti o nemocech**, jejich průběhu a léčení, při kterých vychází z medicíny. Její znalosti jsou důležité pro pochopení nemoci, jejich příznaků a zejména jejich prevenci, která je jedním z poslání ošetrovateľství. **Znalosti o lidském zdraví**, jeho prevenci a zachování, předává pacientům v rámci edukace a výchovy ke zdraví. V této oblasti humanistické péče se odrážejí veškeré získané **informace o pacientovi**, které byla sestra schopna v průběhu své péče získat, a které díky svým zkušenostem a vědomostem uplatní v plánování a realizaci ošetrovateľské péče. Sestra uplatňuje **znalosti práv pacientů** a respektuje je (Hanzlíková, 2011; Kilíková, 2013). Práva pacientům zajišťují zachování lidské důstojnosti, respektování autonomie a individuality, rovnocennou péči a zohlednění potřeb jistoty a bezpečí. V rámci humanistické péče je nutné pozastavit se nad právy pacienta, poněvadž pod znalostí písemné formy si mnohdy nedokážeme reálnou podobu těchto slov vyobrazit. Pod pojmem „respektování autonomie“ se zobrazí např. respektování pacientova názoru, podpora soběstačnosti, jeho právo na zachování důvěrnosti jemu sdělovaných informací, tzn. v soukromí, beze svědků, a vůbec jeho globální právo na obdržení informací. Pod frází „zachování lidské důstojnosti“ je nutné představit si v praxi např. zachování intimity pacienta.

V základě je to ochrana intimity během hygieny a vyprazdňování se, a s tím spojené obnažování těla. V rozšířeném kontextu je to intimita během rozličných výkonů. Někteří pacienti za svou intimní zónu považují i své nemocniční lůžko. Je to právo na znalost jména ošetřujícího personálu, které se postupně užívá, ale stále velmi často se na ně zapomíná. Zapomíná se ale i opačně na právo zachování tzv. důstojnosti zásluh, se kterým je spojeno oslovování pacienta jménem i titulem.

V oblasti **zručností a schopností** uplatňuje své teoretické a praktické zručnosti získané kontinuálním vzděláváním. Atributy zručností a schopností patří do psychomotorické dimenze učení a praxe, kde se prolínají s dimenzí afektivní. Bez těchto atributů, kterým se sestra učí v průběhu studia a adaptačního procesu, nelze uskutečňovat humanistický ošetrovatelský proces. Nejde jen o zručnosti a schopnosti manuální, ale jedná se i o zručnosti v oblasti interpersonální a komunikační. Humanistická péče je založena zejména na **empatickém přístupu**, který sestry rozvíjejí v průběhu své praxe a na základě **komunikačních zručností** při zachování lidské důstojnosti (Hanzlíková, 2011; Kilíková, 2013).

K velmi důležitým a vždy přítomným schopnostem patří komunikační dovednosti. Alfou a omegou v umění komunikace je schopnost **empatie**.

Dle Joyce E. Travelbee je empatie: „... *schopnost vcítit se, sdílet a porozumět momentálnímu psychickému stavu člověka a zároveň pojala jako zkušenost nebo zážitek, který se odehrává mezi dvěma nebo více jedinci. Je to proces, skrze který je jedinec schopen vidět druhé z vnějšku a cítit přesně jejich vnitřní prožitky v daném čase*“ (Stasková, 2015, s. 132).

Dalším atributem v přístupu sestry humanistky je **respektování lidské důstojnosti**. Slovo důstojnost pochází z latinské „dignus, dignita“ ve výkladu znamená být hodný úcty, určitého respektu a pocty. Lidské důstojnosti je v rámci ošetrovatelství nutné věnovat velkou pozornost, neboť stačí malá chyba a pacient se cítí bezmocný a opomíjený ve své lidskosti. Každý člověk má nárok na svoji důstojnost bez rozdílu a zdravotník je povinen respektu bez ohledu na věk, barvu pleti, pohlaví, společenskou úroveň či náboženství pacienta. V rámci poskytování humanistické ošetrovatelské péče je nutné brát na zřetel respektování soukromí a studu v souvislosti s obnažováním těla během úkonů, důstojnost v těžkých obdobích jako je bolest či umírání. Projevy neúcty či zanedbávání, přehlížení, ale i komunikace bez očního kontaktu, nerespektování osobní zóny a nedostatek empatie vede k pocitu degradace lidské důstojnosti.

Lidskou důstojnost lze chápat ve čtyřech kategoriích:

Důstojnost zásluh – tato důstojnost je pomíjející, neboť do ní spadají společenské uznání, funkce a dobrá pověst, které jsme získali určitou rolí ve společnosti, za něco, čeho jsme dosáhli. Mnohdy závisí na sociálním a ekonomickém postavení.

Důstojnost mravní síly – je spojena s mravními zásadami. Projevuje ji osoba, která jedná v souladu s mravními zásadami v čase morálního dilematu.

Důstojnost osobní identity – souvisí se sebeúctou, nejvýznamnější roli hraje ve spojení se staršími osobami. Přestupkem vůči této důstojnosti je ponižování např. v podobě nedostatku soukromí, bránění kontaktu s rodinou, neposkytnutí informací či degradace, ale také porušení sebeúcty a důstojnosti v souvislosti s poruchami např. tělesných funkcí, které způsobují ztrátu kontroly nad vlastním tělem, a to při ochrnutí, při smyslových poruchách, při stavech snižující soběstačnost či nekontrolovatelném vyprazdňování. I samotná hospitalizace způsobuje ztrátu identity. Pacient ztrácí svůj respekt v rámci neuctivého jednání, oslovování, jehož součástí je i tzv. infantilizace – zdětinšťování (využívání terminologie např. prdelka, bábinka, čumáček apod.). Porušování osobní identity vede k poruše sebevědomí a psychickému traumatu (Heřmanová a kol., 2012; Svobodová, 2006; Wichsová, 2012).

V souvislosti s ošetrovatelstvím a zdravotnictvím obecně se velmi často užívá pojem „*Menschenwürde*“, jenž je pro lidskou důstojnost nejobektivnější. Tento pojem vysvětlujeme jako „... *nezcizitelnou úctu náležící každému lidskému jedinci nezávisle na jeho tělesném či duševním stavu.*“ (Wichsová, 2012, s. 7) po celý jeho život. Jinými slovy řečeno, v respektování lidské důstojnosti jsme si všichni rovni.

V **oblasti etické** sestra projevuje znalosti a respektování etických principů ve shodě s jednotlivými kodexy. Etika pomáhá jedinci nalézat hranice mezi dobrem a zlem, pravdou a lží, rozlišovat spravedlnost a nespravedlnost. Péči poskytujeme v souladu s etickými principy. Poslední oblastí, kde projevuje svůj humanistický přístup, je **metoda ošetrovatelského procesu**, která je zásadní při respektování lidských potřeb. (Hanzlíková, 2006; Kilíková, 2013).

METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum jsme realizovali kombinací kvalitativní metody nezúčastněného strukturovaného pozorování sester a metodou standardizovaného rozhovoru s pacienty. Cílem průzkumu bylo prověřit implementaci kognitivních, psychomotorických a afektivních prvků humanistické

péče v ošetrovateľskej praxi. Průzkumný vzorek respondentů – pacientů byl tvořen 10 pacienty z oddělení I. 1P (1P1-10), jejichž společným znakem bylo skórování ADL kategorie 2 - lehce závislý v základních všedních činnostech a 10 pacienty z oddělení II. 2P (2P1-10), jejichž společným znakem bylo skórování ADL kategorie 4 – vysoce závislý v základních všedních činnostech. Taktéž vzorek respondentů – sester byl vybrán ze dvou stanic – 10 sester z oddělení I. 1S (1S1-10), kde byli hospitalizováni pacienti se skórováním ADL kategorie 2 a 10 sester z oddělení II. 2S (2S1-10), kde byli hospitalizováni pacienti se skórováním ADL kategorie 4. Záznam výsledků pozorovaných jevů probíhal na pozorovací list formou kódování. Kód + znamená pozitivní reakci na pozorovaný jev. Vyhodnocení proběhlo v programu MS Excel. Průzkum byl realizován v období říjen 2015 – leden 2016 v Nemocnici Volyně s r.o.

V **oblasti kognitivních prvků** humanistické péče jsme prostřednictvím kvalitativní metody standardizovaného rozhovoru s pacienty hodnotili respektování vybraných **práv pacientů (PP)** ze strany sester – Právo na znalost jména ošetrujícího (PP1), Právo na soukromí – během hygieny a vyprazdňování (PP2), Právo na návštěvy (PP3), Právo na důvěrnost informací – odběr osobní anamnézy (PP4). Tyto prvky spadají do vědomostních atributů humanistické péče, které sestra implementuje do praxe.

Nezúčastněné strukturované pozorování sester bylo zaměřeno na implementaci předem definovaných atributů z oblasti psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče, kam spadají atributy zručnosti a schopnost. Zaměřili jsme se na **schopnost empatie (E)** a **respektování lidské důstojnosti (LD)** ze strany sester. Schopnost empatie jsme pozorovali ve třech oblastech – projeví sestra zájem o pocity pacienta (E1), umí sestra reagovat na tento pacientův stav (E2) a udržuje sestra s pacientem oční kontakt (E3). Schopnost respektování lidské důstojnosti jsme pozorovali v pěti oblastech - zda sestry oslovují pacienty familiárně (LD1), respektování oslovování pacientů titulem (LD2), vykání pacientovi během komunikace (LD3), respektování pacientova osobního prostoru včetně lůžka a nočního stolku (LD4) a klepání na dveře před vstupem sestry na pokoj pacienta (LD5).

Dalším pozorovaným atributem byla oblast **etiky**, kde jsme se zaměřili na pozorování schopnosti zachování autonomie pacienta a kolegiality. Schopnost **zachování autonomie (A)** pacienta jsme pozorovali ve třech oblastech – dotazuje se sestra, zda může provést jednotlivé úkony ošetrovateľskej péče (A1), respektuje sestra pacientovo rozhodnutí (A2), podporuje sestra rozvoj soběstačnosti pacienta (A3). **Schopnost kolegiality (K)** jsme pozorovali ve dvou oblastech – vzájemná výpomoc sester při činnostech (K1), hovory o třetích osobách v jejich nepřítomnosti (K2).

Tabulka č. 1: Kódování pozorovaných jevů (Zdroj: Autor)

Kód	Popis kódu
PP0	Seznámení s Právy pacienta
PP1	Právo na znalost jména ošetřujícího
PP2	Právo na soukromí
PP3	Právo na návštěvy
PP4	Právo na důvěrnost informací
E1	Projevy zájmu sestry o pocity pacienta
E2	Reakce na zjištěné pocity pacienta
E3	Oční kontakt během komunikace s pacientem
LD1	Familiární oslovení pacientů
LD2	Oslovení pacientů titulem a jménem
LD3	Vykání pacientovi během komunikace
LD4	Respektování osobního prostoru pacienta
LD5	Klepání na dveře před vstupem do pokoje
A1	Souhlas pacienta s výkonem ošetrovateľskej péče
A2	Respektování pacientova rozhodnutí
A3	Podpora soběstačnosti pacienta
K1	Vzájemná výpomoc sester
K2	Komunikace o třetích osobách v jejich nepřítomnosti

VÝSLEDKY

Práva pacientů - znalost jména ošetřující sestry mělo 16 pacientů. Sestry se pacientům představují nebo jsou označeny jmenovkami. Můžeme konstatovat, že Právo na znalost jména ošetřujícího bylo respektováno. Právo na soukromí respektováno nebylo, neboť soukromí pacientů bylo respektováno pouze u 7 pacientů. Právo na pravidelné návštěvy bylo respektováno u všech pacientů. Právo na důvěrnost informací bylo respektováno u 14 pacientů, můžeme konstatovat, že toto právo pacienta je respektováno pouze u části pacientů a je ovlivněno ADL pacienta.

Schopnost empatie v oblasti zájmu o pacientovy pocity projevilo 14 sester, ale na zjištěný stav pacienta umělo v rámci afektivní složky empatie reagovat pouze 11 sester. I přes to, že jeden z projevů empatie – oční kontakt - bylo dodrženo u 16 sester.

Pozorované jevy jsme validizovali u výsledků rozhovorů s pacienty. Pacienti konstatovali, že 14 sester projevilo zájem o jejich pocity, ale reagovat na ně už umělo pouze 12 sester. Což je stejný výsledek, jaký jsme získali pozorováním. Sestry v ošetrovatelské praxi implementují schopnost empatie, ale neumí reagovat na aktuální pacientovy pocity.

Schopnost respektu lidské důstojnosti v prvku familiárního oslovování pacientů se objevovalo pouze na oddělení II., tzn. u pacientů s ADL kategorie 4, kde bylo u 4 sester zaznamenáno oslovení pacienta – „babi, dědo, holčičko“, což se shoduje s odpověďmi pacientů, kteří toto oslovování uvedli v 5 případech a také pouze na oddělení II. Velký deficit byl v oblasti zachovávání důstojnosti zásluh, kdy jménem a titulem bylo oslovováno pouze 6 pacientů. Deficit v oblasti vykání jsme zaznamenali pouze na oddělení II. u 2 sester. Pouze 4 pacienti byli dotazováni sestrou, jak si přejí být oslovováni.

Osobní prostor, v podobě lůžka a nočního stolku, je sestrami respektován, i když z rozhovoru s pacienty vyplynulo, že 14 pacientů pociťovalo narušení osobního prostoru v podobě pravidelného úklidu nočních stolků sestrou. Shodné výsledky vyplynuly v oblasti narušení lidské důstojnosti neohlášeným vstupem do pokoje. Před vstupem do pokoje klepalo pouze 10 sester. Což potvrdili i odpovědi pacientů, kteří v 15 případech vnímali tento aspekt jako deficitní a narušující jejich soukromí.

V atributu etiky jsme se zaměřili na podporu autonomie pacienta a kolegialitu. V oblasti **zachování autonomie** pacienta dochází ze strany sester k vyžádanému souhlasu s provedením ošetrovatelských výkonů a respektování pacientova rozhodnutí, a potvrzují to i názory pacientů. Deficit v oblasti podpory soběstačnosti jako podpora autonomie pacienta byl na oddělení II., kde byla implementována u 5 z 10 pacientů. V oblasti **kolegiality** si při pracovních činnostech vypomáhá 18 sester, kolegiální nešvar tzv. hovory o třetích osobách v jejich nepřítomnosti praktikovalo 13 sester.

Tabulka č. 2: Schopnost sester oddělení I. implementovat prvky humanistické péče v ošetrovatelské praxi (Zdroj: Autoři)

Sestra kód Kód prvku	1S1	1S2	1S3	1S4	1S5	1S6	1S7	1S8	1S9	1S10
PP1	+		+	+		+	+	+	+	+
PP2				+	+		+	+	+	
PP3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PP4										
E1	+		+	+	+	+		+	+	+
E2	+			+	+	+		+	+	+
E3		+	+	+	+	+		+	+	+
LD1										
LD2				+	+		+		+	
LD3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
LD4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
LD5	+	+					+	+		+
A1	+	+	+	+		+	+	+	+	
A2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A3	+	+	+	+	+	+	+	+		+
K1	+	+	+	+	+	+		+	+	+
K2	+	+		+		+	+		+	

Tabulka č. 3: Schopnost sester oddělení II. implementovat prvky humanistické péče v ošetrovatelské praxi (Zdroj: Autoři)

Sestra kód Kód prvku	1S1	1S2	1S3	1S4	1S5	1S6	1S7	1S8	1S9	1S10
PP1	+	+	+		+	+		+	+	+
PP2	+						+			
PP3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PP4		+		+	+	+		+	+	
E1	+		+	+			+	+		+
E2			+	+			+			+
E3	+	+	+	+		+		+	+	+
LD1										
LD2				+	+		+		+	
LD3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
LD4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
LD5	+	+					+	+		+
A1		+	+	+		+		+	+	+
A2	+	+	+		+	+	+	+	+	+
A3	+			+		+		+	+	
K1	+	+		+	+	+	+	+	+	+
K2	+		+	+	+		+	+	+	

DISKUZE

Empatie je důležitým aspektem, při interakci sestry, pacienta a jeho rodinou, k vytvoření pozitivních vztahů, které posléze ovlivňují průběh nemoci a vzájemnou spolupráci. Z výsledků monitorujících schopnost empatie u sester jsme zjistili, že 14 sester projevilo zájem o pacienta, čímž naplnilo kognitivní složku empatie, ale reagovat na aktuální psychický stav pacienta v rámci afektivní složky empatie umělo pouze 11 sester. V porovnání s výsledky Indexu interpersonální reaktivity, kde v subškále – empatický zájem, který zahrnuje zájem o neštěstí druhých a pocity sympatie, Bánovčinová, Bubeníková (2011) uvádí vysoké skóre 19,27 z maximálně možných 28.

V našem výzkumu tento zájem projevilo 14 sester, což můžeme považovat za shodu. Hauserová (2012) ve svém průzkumu uvádí: „*Všechny respondenty dále uvedly určité problémy s empatií k některým pacientům*“ (s. 82). Souhlasíme s jejím názorem, že tento výsledek je alarmující, neboť právě empatie je základním kamenem v komunikaci s pacientem, i když nám jako osoba není sympatický. Tento postoj je v rozporu s cíli ošetrovatelství, kde se sestry zavazují, že budou ošetrovatelskou péčí poskytovat všem lidem bez rozdílu.

V oblasti implementace atributu humanistické péče v podobě **respektování práv pacienta** v ošetrovatelské praxi, jsme získali variabilní výsledky. Zejména sestry jsou zodpovědné za respektování práv pacienta a lidské důstojnosti. Vytváří prostředí, ve kterém je pacient respektován, a které se stává důležitým determinantem v pacientově prožívání nemoci.

Právo na důvěrnost informací je deficitní zejména u pacientů s vysokou závislostí, zde docházelo k porušování u 6 z 10 pacientů. U vysoce závislých pacientů se vhodné prostředí pro důvěrné sdělování informací zajišťuje hůře. Převoz pacienta na lůžku do prostor, kde bude zajištěno soukromí, se v praxi zdá být komplikovaný, pacienti na pokoji jsou většinou také vysoce závislí, tudíž pokoj nemohou opustit a zástěny na pokojích chybí. S tímto prvkem v oblasti práv pacientů pracovali ve svém průzkumu i Sikorová, Filová (2011), které dotazníkovým šetřením s pacienty získali tyto výsledky: 42 % pacientů verbalizovalo deficit v opatřeních zachovávajících intimitu při sdělování informací na pokoji. Výzkum byl validizován dotazníkovým šetřením u „zdravotníků“, kde se výsledky průzkumu rozcházel – deficit verbalizovalo pouze 4 % zdravotníků.

V oblasti **Práva na soukromí** jsou přítomné deficity vycházející jak z pohledu pacientů, tak i z našeho pozorování práce sester. Právo na soukromí podporuje respekt lidské důstojnosti. 13 z 20 pacientů udávalo porušování práva na soukromí během vyprazdňování a hygieny, zejména nadměrným odhalováním těla, deficitním vybavením pokojů zástěnami mezi lůžky a otevřenými dveřmi na pokoje – „...*vždyť stačí vzít za kliku, zavřít pokoj a hned se cítím lépe*“. Tyto závěry potvrzuje ve svém průzkumu i Peterková (2013), jejímiž respondenty byly sestry. 56,4 % sester uvedlo narušení intimity během ošetrovatelských činností jako nejčastější situaci narušující pacientovu důstojnost. Deficitní využívání zástěn při hygienické péči uvádí i Sikorová, Filová (2011) – 41 % pacientů. Bohužel musíme konstatovat, že srovnáním zmiňovaných průzkumů, které proběhly v časových obdobích 2011 – 2013 – 2016, dojdeme k výsledku, že nedošlo k výrazné změně ke zvýšení podpory práva na soukromí při hygieně a vyprazdňování.

Dalším prvkem v podpoře práva na soukromí je klepání na dveře před vstupem do pokoje. Výsledky průzkumu ukázaly, že klepání na dveře respektovala polovina sester, tzn 10. Toto je horší výsledek, než uvedla Peterková (2013), kde 60,9 % respondentů uvedlo, že sestra před vstupem do pokoje klepe na dveře. Nemocniční pokoj pacientům na přechodnou dobu nahrazuje domov a tím se stává jejich osobní nedotknutelnou zónou.

Schopnost **respektování lidské důstojnosti** je stěžejním atributem humanistické péče. S tímto souvisí familiární oslovení, které se objevuje zejména při ošetřování seniorů. Sestry mají sklony k používání oslovení: „babi, dědo“ vzhledem k věku pacienta. V části pacientů toto oslovení evokuje domácí prostředí, ale jiné pacienty toto oslovení degraduje v jejich důstojnosti. V rozhovoru s pacienty se objevuje: „*Oslovuje mě dědo, ale vždyť já nemám žádná vnoučata a tak starý se ještě necítím*“. Tímto oslovením odpiráme pacientovi jeho důstojnost osobní identity. Z průzkumu vyplynulo, že takto oslovovaly pacienty pouze 4 sestry, a to u vysoce závislých pacientů. Myslíme si, že právě zvýšená závislost pacienta na sestře evokuje k tomuto oslovování, kdy si sestra neuvědomuje širší význam svého konání. Peterková (2013) uvádí, že v hierarchii prvků, které nejčastěji ohrožují pacientovu důstojnost, je z pohledu sester na čtvrtém místě (7,5 %) nevhodné oslovování pacientů. Myslíme si, že většině sester by se nelíbilo, kdyby byly oslovovány od pacientů „*holčičko, zlato apod*“.

Schopnost respektování lidské důstojnosti implementují sestry ve sledovaných prvcích odlišně. Velký deficit jsme zaznamenali v respektování důstojnosti zásluh. Důstojnost zásluh je pomíjející, související s rolí ve společnosti. Titulem oslovovalo pacienta pouze 6 z 20 sester. Na oddělení pacientů s vysokou závislostí, oslovování titulem respektovaly pouze 2 z 10 sester. Odůvodnění znělo: „*V nemocnici jsme si všichni rovni, tak nevím, proč pacienty oslovovat titulem a tím jim dávat najevo, že jsou něco více, než ostatní pacienti*“. Dalším argumentem bylo: „*Už je v důchodu, doktora už nedělá, tak nevím, proč bych ho tak měla oslovovat*“. Myslíme si, že by se každá sestra měla zamyslet nad tím, kolik úsilí musí člověk v souvislosti se svou rolí ve společnosti vynaložit, a na základě toho si zaslouží respektování důstojnosti zásluh.

Autonomie je dalším stěžejním právem, které doprovází člověka v roli pacienta. Autonomie musí být ze strany sester respektována, ale i podporována. Podpora soběstačnosti pacienta při základních úkonech sebeobsluhy posiluje jeho autonomii. Výsledky pozorování ukázaly, že pacienty s vysokou mírou závislosti podporuje v soběstačnosti 5 z 10 sester. Pozorování bylo zaměřeno na podporu soběstačnosti při hygieně a stravování. 5 sester tyto úkony provádí za pacienty, protože „*je to rychlejší...*“, „*...nemám čas čekat, až si to udělají*“.

sami“. Peterková (2013) uvádí, že sestry jsou si tohoto deficitu vědomy a v 24,8 % uvádějí nedostatek času jako nejčastější aspekt, který ohrožuje lidskou důstojnost a narušuje autonomii pacienta. V 79,7 % souhlasili s tvrzením, že „ ... *pracovní vytíženost zdravotnického personálu může mít vliv na pacientovu důstojnost...*“ (Peterková, 2013, s. 55).

ZÁVĚR

Svým sdělením bychom chtěli upozornit na skutečnost, že i přes opakované a dlouhodobé apelování na dodržování jednotlivých prvků humanistické péče, stále shledáváme vybrané prvky jako deficitní. Z pohledu některých sester jako maličkosti, z pohledu pacientů a etiky hrubé prohřešky.

Závěrem můžeme konstatovat, že sestry poskytují ošetrovatelskou péči v souladu s humanismem, i když stále existují deficity, které je nutné odstranit. Poskytování humanistické péče se z velké míry odvíjí od osobnosti sestry a její schopnosti implementovat etické rozměry profese do praxe. V dnešní přetechizované době si sestry umí najít čas a použít své schopnosti potřebné k lidskému přístupu. Neexistuje oblast, povolání, kolektiv, osobnost, kde můžeme říci, že vše funguje na 100%. Ani pro implementaci prvků humanistické péče nemůžeme tuto hodnotu použít.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BÁNOVČINOVÁ, L., BUBENÍKOVÁ, M. 2011. Empatia v ošetrovatel'stve. In *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2011, roč. 2, č. 1, s. 165 – 170.

HANZLÍKOVÁ, A. 2006. Humanistický model ošetrovatel'skej starostlivosti. In *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. S. 116 – 120. ISBN 80-7040-884-7.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin : Osveta, 2011. 156 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HAUSEROVÁ, E. 2012. *Pragmatismus a humanismus v ošetrovatelství*: diplomová práce [online]. České Budějovice : Jihočeská univerzita. 2012. 104 s. [citované 2015-10-20]. Dostupné na internetu: http://theses.cz/id/5hgnvr/diplomka_pdf.pdf

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

JUDIČÁKOVÁ, M., IŠTOŇOVÁ, M. 2014. Profesia sestry ovplyvňovaná desaťročiami. In *Zborník referátov z V. Slovenského chirurgického dňa v Prešove*. Prešov : Prešovská univerzita, 2014. s. 51 – 61. ISBN 978-80-555-0736-1.

KILÍKOVÁ, M. a kol. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Příbram : Ústav sv. J. N. Neumanna, 2013. 196 s. ISBN: 978-80-260-3755-2.

KVASNIČKOVÁ, V. 2016. *Koncept humanismu a míra jeho implementace v ošetrovateľskej praxi*: diplomová práce. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2016. 85 s.

PETERKOVÁ, J. 2013. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*: diplomová práce [online]. Brno: Masarykova univerzita. 2013. 106 s. [citované 2015-07-29]. Dostupné na internetu: http://is.muni.cz/th/403406/lf_m/Diplomova_prace.pdf

SIKOROVÁ, L., FILOVÁ, A. 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. In *Kontakt*. ISSN 1212 – 4117, 2011, roč. 13., č. 2, s. 204 – 210.

STASKOVÁ, V. 2015. *Inspirace Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství*: dizertační práce [online]. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2015. 186 s. [citované 2016-02-26]. Dostupné na internetu: <http://theses.cz/id/m1ssjr/DP-Staskov.pdf>

SVOBODOVÁ, H. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801 – 1349, 2006, roč. 2, č. 3, s. 115 – 117.

ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. 2004. *SESTRA: O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno : NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN: 80-7013-407-0.

WICHISOVÁ, J. 2012. O důstojnosti pacienta. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2012, roč. 14, č. 1, s. 7 – 13.

Kontaktní adresa autorek:

Bc. Věra Kvasničková

mobil: 420 608 855 587

e-mail: vekvas@seznam.cz

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

vedúca detašovaného pracoviska

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

mobil: 0911 677145

e-mail: m.kilikova@gmail.com

KONCEPT HUMANISMU A MÍRA JEHO IMPLEMENTACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Bc. Věra Kvasničková, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

Humanismus – z latinského slova humanus, Význam slova: „1 láska k člověku, 2 orientace na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, osobní rozvoj a uplatnění“(1).

HUMANISMUS V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Sestra humanistka svými komunikačními dovednostmi, chováním, empatií a bezvýhradným respektem individuality člověka napomáhá ke konstruktivním změnám v pacientových projevech a postojích. Sestra humanistka respektuje lidskou důstojnost, úctu k životu a práva pacientů, řídí se zásadami ošetřovatelské etiky.

METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum byl realizován kombinací kvalitativní metody standardizovaného rozhovoru s pacienty a neúčastněného strukturovaného pozorování sester. Průzkumný vzorek respondentů tvořilo 20 pacientů (P) - 10 pacientů s ADL kategorie 2 (1P) a 10 pacientů s ADL kategorie 4 (2P) a 20 sester (S). Průzkum byl realizován v období říjen 2015 – leden 2016.

Problém průzkumu – Implementace psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče v profesi sestry. Cíl č. 1 – Provést implementaci psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče v ošetřovatelské praxi. Cíl č. 2 – Posoudit, zda existuje rozdíl v implementaci psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče sestrou v závislosti na soběstačnosti pacienta. Cíl č. 3 – Specifikovat, které prvky humanistické péče nejvíce abscentují z pohledu pacienta.

ATRIBUTY HUMANISTICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (3)

OBLAST VĚDOMOSTNÍ

-např. vědomosti o zdraví, osobě pacienta, právech pacienta, výsledcích výzkumu

OBLAST ZRUČNOSTÍ A SCHOPNOSTÍ

-např. schopnosti komunikační, interpersonální, manuální

OBLAST ETICKÉHO KODEXU

-etický kodex profese

OBLAST METODY

-metoda ošetřovatelského procesu

VÝSLEDKY k cíli č. 1

Provést implementaci psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče v ošetřovatelské praxi. Implementace Práv pacienta, spadajících do oblastí vědomostní, v ošetřovatelské praxi – Právo na znalost jména ošetřujícího bylo respektováno u 16 P, Právo na soukromí bylo respektováno u 7 P, Právo na pravidelné návštěvy bylo respektováno u 20 P, Právo na důvěrnost informací bylo respektováno u 14 P. Oblast psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče obsahuje atribut zručnosti a schopností, kde jsme pozorovali schopnost empatie a respektu lidské důstojnosti. Schopnost empatie projevilo 14 S, ale na zjištěný stav pacienta umí v rámci afektivní složky empatie reagovat pouze 11 S. I přes to, jeden z projevů empatie – oční kontakt – je dodržována u 16 S. Schopnost respektování lidské důstojnosti jsme pozorovali v 5 definovaných prvcích – familiární oslovení používají 4 S, oslovování pacientů jménem a titulem respektuje 6 S, tikání pacientům používají 2 S, osobní prostor pacienta respektuje 20 S, klepání na dveře před vstupem do pokoje respektuje 10 S. Schopnost respektování autonomie pacienta jsme pozorovali ve 3 definovaných prvcích – souhlas pacienta s výkonem vyžaduje 20 S, rozhodnutí pacienta respektuje 19 S, podporu soběstačnosti pacienta respektuje 15 S. Oblast kolegiality jsme pozorovali ve 2 definovaných prvcích – při pracovních činnostech si vypomáhá 18 S, tzv. hovory o osobách v jejich nepřítomnosti praktikuje 13 S.

VÝSLEDKY k cíli č. 2

Posoudit, zda existuje rozdíl v implementaci psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče sestrou v závislosti na soběstačnosti pacienta. Oblast Práv pacienta – rozdíl v implementaci v oblasti Právo na soukromí během hygieny a vyprazdňování – porušení práva u 1P v 5 odpovědích, u 2P v 8 odpovědích. Právo na důvěrnost informací – porušení práva u 1P v 6 odpovědích, u 2P v 0 odpovědích. Oblast empatie a respektu lidské důstojnosti – v oblasti empatie byl rozdíl v oblasti reakce sester na aktuální stav pacienta – 1P reaguje 7 S, 2P reaguje 4 S. V oblasti respektování lidské důstojnosti je familiární oslovování používáno pouze u 2P, tikání je užíváno také pouze u 2P. Oblast autonomie – v oblasti autonomie dochází k podpoře soběstačnosti pacienta častěji u 1S – v 9 případech, u 2S pouze v 5 případech

VÝSLEDKY k cíli č. 3

Specifikovat, které prvky humanistické péče nejvíce abscentují z pohledu pacienta. Právo na soukromí – abscentují prvky související s hygienickou péčí a vyprazdňováním – 13 P uvádí, že abscentují ochranné zástěny mezi lůžky, 12 P uvádí deficit v zavírání dveří u pokoje, 12 P uvádí deficit v klepání před vstupem do pokoje, 9 P uvádí narušení osobního prostoru pravidelným uklidem nočních stolků. Právo na důvěrnost informací – zde vnímá deficit 11 P. Schopnost empatie – 11 P uvádí, že sestry neumí reagovat na jejich aktuální psychický stav. Schopnost respektování lidské důstojnosti – nejčastěji uváděné deficitní prvky – 12 P uvádí obnažené tělo, 12 P nutnost oblékání ústavního pyžama, 12 P otevřené dveře, 5 P zacházení s pacienty „jako s věcí“, 8 P nedostatek času sester, 7 P paternalistický přístup a 2 P neuznávání titulu při oslovení.

ZÁVĚR

Můžeme konstatovat, že v ošetřovatelské praxi je stále deficit v implementaci psychomotorických a afektivních prvků humanistické péče, zejména v oblasti respektování lidské důstojnosti a podpory autonomie pacienta v oblasti soběstačnosti, kde existují rozdíly v závislosti na soběstačnosti pacienta.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

1. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. 776 s.
2. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Ošetřovatelská teorie*. 212 s.
3. HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionální ošetřovatelství a jeho regulace*. 156 s.



**INFORMOVANOST SESTER O VÝBĚROVÝCH ŘÍZENÍCH NA MANAŽERSKÉ
POZICE KLINIK
LATKOVÁ Kateřina**

ABSTRAKT

Příspěvek prezentuje problematiku informovanosti sester o výběrových řízeních na manažerské pozice. Problematika se týká vyhlášení, průběhu a ukončení výběrového řízení, zvláště pak délky funkčního období vedoucích pracovníků, která by měla být jednotné délky odvíjející se od stupně řízení managementu. Cílem průzkumu bylo zjistit, do jaké míry jsou sestry informovány o výběrových řízeních na manažerské pozice. Zda mají povědomí o tom, jak výběrové řízení probíhá, jestli sestry mají zájem a motivaci se k výběrovému řízení vůbec přihlásit. Taktéž byla zjišťována míra informací sester o funkčním období manažerů a jejich praxi a vzdělání. Ke zjištění daných informací byla zvolena dotazníková metoda, které se zúčastnilo 163 respondentů nejrozumnějších nemocnic v České republice.

Klíčová slova: Výběrové řízení. Manažeři. Funkční období. Informovanost.

ÚVOD

Výběrová řízení jsou jednou z metod, jak obsadit manažerské místo vhodným kandidátem, a to nejen v ošetrovatelství. Problémem je informovanost sester zaměstnavatelem, které mají předpoklady nebo vzdělání pro manažerskou funkci. Vzhledem k častému nezveřejňování výběrových řízení z důvodu častého jmenování do vedoucí funkce či obsazenosti vedoucích funkcí na několik let dopředu stejným personálním složením, mají znemožněno se do vedoucí funkce dostat. Proto informovanost ze strany zaměstnavatele a komunikace se svými zaměstnanci je velice důležitá. Také průzkumy zřetelně ukazují na umění komunikace, která je jednou z nejdůležitějších vlastností manažera. Avšak výběrová řízení se vyhláší pouze ve dvou případech. V prvním případě se řídí vyhláškou ministerstva zdravotnictví ČR č. 247/1993 Sb., která byla upravena vyhláškou č. 232/2008 Sb. o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích v působnosti ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí. A druhém případě jsou výběrová řízení na rezidenční místa, který se řídí vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 186/2009 o vyhlášení a průběhu výběrového

řízení na rezidenční místo. Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry jsou sestry informovány o výběrových řízeních na manažerské pozice klinik. Cílem bylo poukázat na potřebu lepší medializace vypisovaných výběrových řízení a výsledků výběrových řízení.

CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo zhodnotit, do jaké míry jsou sestry informovány o výběrových řízeních na manažerské pozice, analyzovat míru informací u sester o výběrových řízeních, zmapovat aktivní zájem sester přihlásit se k výběrovému řízení, posoudit míru informací u sester týkající se funkčního období manažerů klinik, analyzovat míru informací u sester o změnách na manažerských pozicích, zmapovat, zda jsou sestry zaměstnavatelem motivovány přihlásit se k výběrovému řízení a zmapovat vzdělání a praxi manažerů klinik.

SOUBOR A METODIKA

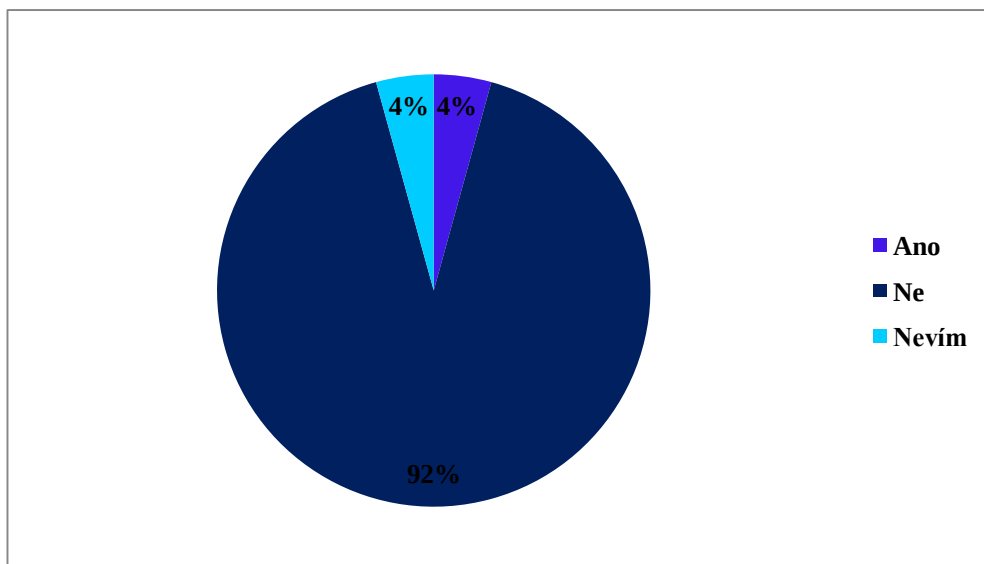
Soubor respondentů tvořili sestry, ženského i mužského pohlaví nejrůznějších nemocnic po celém území České republiky. Průzkum byl realizován od 28.10.2015 do 4.1.2016. K získání empirických údajů jsme použili dotazníkové šetření, které bylo zaměřené na výběrová řízení, manažery, funkční období a motivaci. Dotazník byl zveřejněn na Portálu výzkumu VŠZaSP Sv. Alžběty, Ústavu Sv. Jana N. Neumanna, Příbram a rozesláním současným studentům Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Dotazník obsahoval 35 položek, které tvořily otevřené, uzavřené a polootevřené otázky. Uzavřené otázky nabízely respondentům zvolit vždy jen jednu možnost. Polootevřené otázky nabízely respondentům vlastní doplnění odpovědi. Na analýzu získaných výsledků byla použita deskriptivní statistika.

VÝSLEDKY

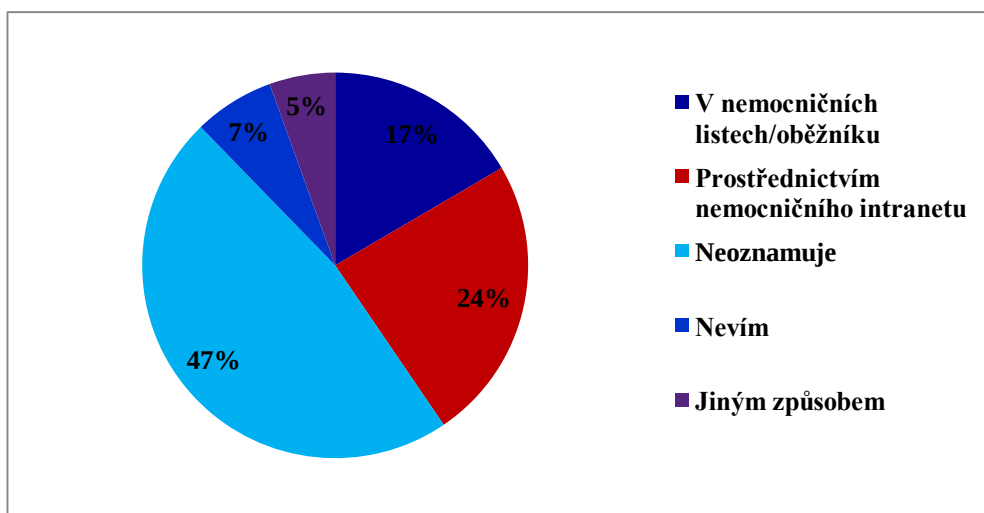
Co se týče charakteristiky respondentů se průzkumného šetření zúčastnilo 88 % žen a 12 % mužů, nejčastěji ve věkovém rozmezí 30 – 39 let (37 %) s délkou praxe nejčastěji v rozmezí 6 – 10 let (26 %).

Z analýzy výsledků průzkumu vyplívá, že sestry nejsou informovány z důvodu nízké či žádné medializace chystaných výběrových řízení.

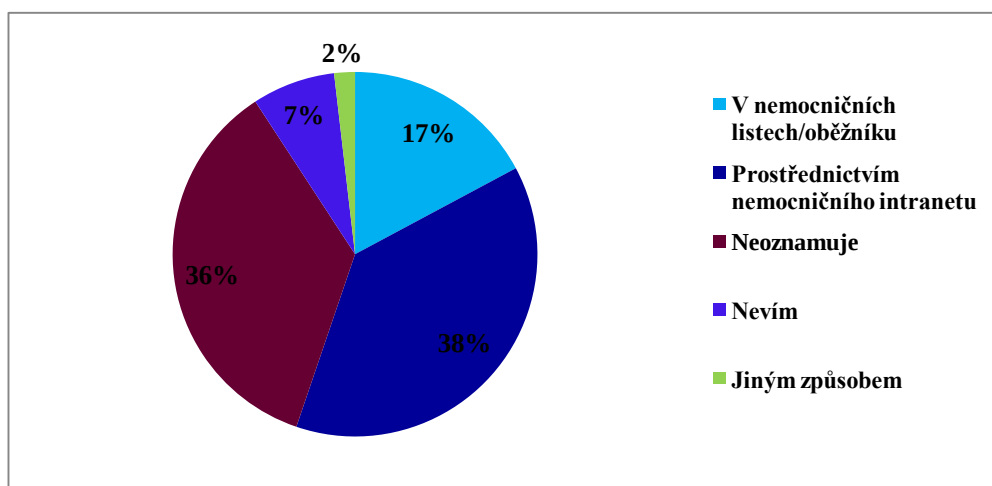
Na základě výsledků analýzy dat je možno konstatovat, že ve 47 % případů se jedná o špatnou medializaci možnosti přihlásit se k výběrovému řízení. Taktéž co se týče oznamování výsledků výběrového řízení v 36 % případů zaměstnavatel opět nemedializuje a až v 38 % respondentů zvolilo možnost „nevím“, což může značit jak nedostatečnou medializaci výběrového řízení, tak nezájem ze stran sester.



Graf 1 Informovanost sester o chystaných výběrových řízeních



Graf 2 Způsob oznamování zaměstnavatelem přihlásit se k výběrovému řízení



Graf 3 Způsob sdělování výsledků výběrového řízení zaměstnavatelem

Také nás zajímalo, kolik respondentů má v budoucnu zájem ucházet se o vedoucí pozici. 49 % respondentů, kteří odpověděli ano, jsme se dotazovali, proč to doposud neudělali. Zde uvádíme několik odpovědí: „Udělal, ale nebyla jsem zvolena do funkce staniční sestry, jelikož má kolegyně konkurentka je s vrchní sestrou kamarádka, tudíž byla upřednostněna, a to i přesto, že má méně let praxe.“, „Ucházela jsem se několikrát, ale v jednom případě mi bylo sděleno, že sice by budoucí má vedoucí vybrala, ale bylo předem rozhodnuto pro jiného kandidáta, ve druhém případě byl vybrán jiný kandidát, nevím kdo ani proč.“, „Nebylo vypsané výběrové řízení na pozici, o kterou mám zájem.“, „Hlásila jsem se na pozici staniční sestra. Nemám kamarádky ani vrchní a ani paní náměstkyni. Dosazují se tam lidi, které je neohrozí a budou šlapat jejich brázdu. Tak to bohužel funguje.“ Častým důvodem byla také krátká praxe. U 51 % respondentů jsme se snažili zjistit, proč se v budoucnu o vedoucí pozici ucházet nechce. Zjišťovali jsme, co by zvýšilo jejich motivaci ucházet se o vedoucí pozici. Pro výčet odpovědí uvádíme pouze některé: „Už nic...po zkušenostech se už hlásit nikam nebudu. Výběrová řízení jsou jen na oko vypsané a už předem ví, koho tam obsadí.“, „Vědomí, že výběrová řízení mají smysl a jistota, že pozice není předem obsazená, což se běžně děje, např. na vývěškách i internetu je uvedeno jméno nové vrchní sestry, ale výběrové řízení ještě oficiálně neproběhlo!“, velice častou odpovědí bylo také finanční ohodnocení. Dle zjištění, vyplívajícího z průzkumného šetření, jsou často výběrová řízení vypisována pouze „na oko“, což je pro sestry demotivující. Toto může být také jeden z důvodů, proč se 51 % respondentů nechce v budoucnu ucházet o vedoucí funkci.

Sestry taktéž nejsou dostatečně informovány o funkčním období manažerů klinik, respektive o tom, kdo vůbec funkční období vedoucímu pracovníkovi prodlužuje. Dle analýzy průzkumu bylo zjištěno, že 50 % respondentů neví, kdo prodlužuje funkční období staniční sestře. 55 % respondentů neví, kdo prodlužuje funkční období vrchní sestře a 80 % respondentů neví, kdo prodlužuje funkční období náměstkyni pro ošetrovatelskou péči.

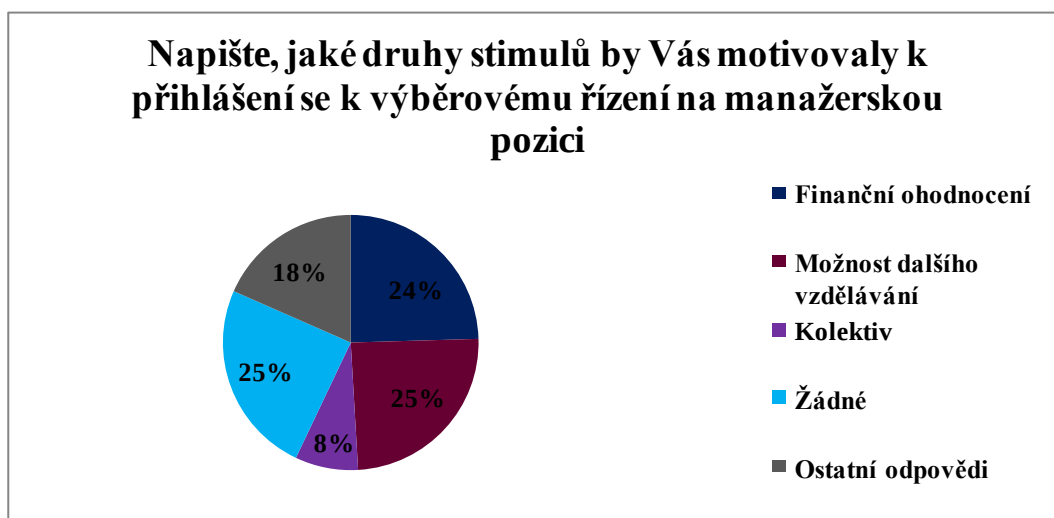
Důležitou otázkou také je, zda by manažerská místa měla být pravidelně obměňována. Co se týče místa staniční sestry 9 % dotazovaných odpovědělo, že toto místo nemusí být obměněno, jestliže je sestra dobrý manažer, v případě spokojenosti podřízených i nadřízených apod. Zbývající respondenti uváděli číselná rozmezí. 22 % respondentů uvedlo, že by místo úsekové/staniční sestry mělo být měněno každé 3 roky, 35 % respondentů uvedlo každých 5 let, 19 % respondentů se domnívá o obměně každých 3 – 5 let a 15 % odpovědělo každých 10 let. V souvislosti s předchozí otázkou jsme zjišťovali, jak dlouho je na dané jednotce ve funkci staniční sestra. 35 % respondentů má na své jednotce ve funkci úsekovou/staniční sestru méně jak 5 let, 28 % respondentů zvolilo odpověď 6 – 10 let, 21 % respondentů zvolilo 11 – 15 let, 10 % respondentů odpovědělo 16 – 20 let a 6 % respondentů zvolilo 21 – 30 let.

Dále bylo také zjišťováno, jak často by se měl obměňovat místo vrchní sestry. 5 % respondentů zvolilo slovní odpověď, ze kterých vyplívá, že by k obměně mělo dojít dle schopností či spokojenosti a nespokojenosti podřízených a nadřízených. Ostatní respondenti opět zvolili číselné rozmezí. 30 % respondentů se domnívá, že by bylo vhodné měnit místo vrchní sestry každých 5 let, 16 % respondentů si myslí, že by toto místo mělo být měněno každých 10 let, 14 % respondentů se domnívá, že by tento post měl být obměněn každých 15 let, 13 % respondentů zvolilo každých 20 let, 7 % respondentů se domnívá, že by bylo vhodné toto místo obměnit každých 5 – 7 let, 15 % respondentů zvolilo 5 – 7 let.

V souvislosti s touto otázkou jsme opět zjišťovali, jak dlouho je na daném úseku ve funkci vrchní sestra. 25 % respondentů má na své klinice ve funkci vrchní sestru méně, jak 5 let, dalších 25 % má ve funkci vrchní sestru 6 – 10 let, 26 % respondentů zvolilo 11 – 15 let, 18 % respondentů 16 – 20 let a 6 % respondentů 21 – 30 let.

V neposlední řadě jsme také zjišťovali, jak často by mělo být obměňováno místo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. 20 % respondentů zvolilo opět slovní odpověď, ze kterých vyplívá, že by toto místo mělo být měněno dle potřeb. Ostatní respondenti opět zvolili číselné rozmezí. 34 % respondentů zvolilo každých 15 let, 33 % respondentů si myslí, že by toto místo mělo být měněno každých 10 let, 5 % respondentů se domnívá o obměně každých 3 – 5 let, také dalších 5 % se domnívá o obměně každých 5 let a 3 % respondentů zvolilo každých 5 – 10 let.

Opět v souvislosti s touto otázkou jsme zjišťovali, jak dlouho je v dané nemocnici ve funkci náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. 27 % respondentů má ve své nemocnici ve funkci náměstkyni pro ošetrovatelskou péči 6 – 10 let, 23 % odpovědělo 16 – 20 let, 20 % zvolilo rozmezí 11 – 15 let, 17 % odpovědělo méně, jak 5 let, 12 % respondentů má ve funkci náměstkyni pro ošetrovatelskou péči 21 – 30 let a 1 % dotazovaných odpovědělo 31 let a výše. Taktéž sestry nejsou zaměstnavateli podporovány a motivovány přihlásit se. 80 % respondentů se domnívá, že motivováno není, což může být zapříčiněno „obsazeností vedoucích míst na několik let dopředu“.



Graf 4 Motivační stimuly k přihlášení se k výběrovému řízení

ZÁVĚR

Vyhodnotili jsme informovanost sester o výběrových řízeních na manažerské pozice klinik. Zaměřili jsme se zvláště na zhodnocení informací, které sestry mají o výběrovém řízení, funkčním období manažerů. Dále jsme se zabývali motivací a dá se říci názorů sester týkající se obměny manažerského místa, praxe sestry, která se hlásí k výběrovému řízení na určitý manažerský post a zda by vedoucí pracovníci měli mít vysokoškolské vzdělání. Nedostatky zaměstnavatele jsme identifikovali v oblasti medializace výběrového řízení a také vypisování výběrových řízení pouze „na oko“, přičemž o výsledku je již dopředu rozhodnuto, což zamezuje sestrám, obzvláště vysokoškolsky vzdělaným, přihlásit se a současně to je také příčinou demotivace. Avšak současně se také naskýtají další otázky, které by měly být předmětem dalšího zkoumání. A to především v oblasti legislativního návrhu funkčního

období, který by se vztahoval jak na délku funkčního období, tak na jeho prodloužení, navržení jasných podmínek pro obhájení trvání funkčního období a kolikrát by daný uchazeč mohl být do funkce zvolen. Průzkum by se také vztahoval na jednotlivé stupně managementu a dle toho by se funkční období odvíjelo. Nábor a výběr zaměstnanců, výběrová řízení, zvláště pak etika náboru a výběru zaměstnanců bylo předmětem mnoha prací a kvalitativních i kvantitativních studií.

Průzkumné šetření mělo ukázat, do jaké míry jsou sestry ve sledovaném zdravotnickém zařízení informovány o výběrových řízeních na manažerské pozice klinik. Průzkumem se prokázalo, že sestry nejsou informovány z důvodu nízké či žádné medializace chystaných výběrových řízeních. Taktéž nejsou zaměstnavateli podporovány a motivovány přihlásit se.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

LATKOVÁ, K. 2016. *Informovanost sester o výběrových řízeních na manažerské pozice klinik*. Diplomová práce – Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. 2016, 78 s.

POLICAR, R. 2010. *Povinnosť zverejňovať výberové řízení*. 2010, [cit. 2010-08-09]. Dostupné na internetu: www.zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/povinnost-zverejnovat-vyberova-rizeni-453601

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR č. 247/1993 Sb. o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích v působnosti ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR č. 232/2008 Sb. o výběrových řízeních na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti Ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí.

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR č. 186/2009 Sb. o vyhlášení a průběhu výběrového řízení na rezidenční místo.

Kontakt na autorku:

Bc. Latková Kateřina

Fakultní nemocnice Ostrava – Poruba

VŠ sv. Alžbety, detašované pracoviště Příbram

latkova.katerina@seznam.cz

KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY V KONTEXTE ZMIEN

LAZOVÁ Adriana, CVECHO Marek, KUZMIAKOVÁ Mária

ABSTRAKT

V príspevku je prezentovaná história kúpeľnej starostlivosti v kúpeľoch Piešťany od roku 1916 až po súčasnosť prostredníctvom piatich filmov. Prvý Piešťanský žurnál bol natočený v roku 1916 a je to úplne prvý dokument natočený o Piešťanoch a Piešťanských kúpeľoch. Film (6 minút) je nemý, s titulkami a prezentuje otvorenie kúpeľného domu Pro Patria. Na unikátnych záberoch vidíme otvorenie sanatória pre ranených a chorých vojakov Rakúsko – uhorskej armády ProPatria 30. mája 1916, príchod a privítanie arcivojvodu Františka Habsburského, Kúpeľný ostrov, aplikáciu bahna, čítareň pre vojakov.

V druhom filme (1:32 minút) z roku 1925 uvidíme prevoz pacientov na unikátnych rikšách, ktorých bolo asi 50, mali ich v prenájme miestni obyvatelia a klientov vozili najmä ženy z mesta na procedúry na Kúpeľný ostrov a späť. Vo filme je aj vzácny záber starého mosta – predchodcu dnešného Kolonádového Skleného mosta, postaveného v roku 1932.

Tretí film (1 minúta) z roku 1946 možno označiť za propagandistické video vtedajšieho režimu a sprostredkováva otvorenie povojnovej sezóny. Československí novinári navštívili kúpele Piešťany, aby sa presvedčili, že rok po vojne sú kúpele pripravené opäť poskytovať procedúry domácim aj zahraničným hosťom.

Predposledný, štvrtý krátky farebný film (3 minúty) je z roku 1970. Môžeme sledovať prácu lekárov a aplikáciu procedúr.

Piaty film (8:18 minút) bol natočený v roku 2014 a prezentuje súčasnosť kúpeľov.

Kľúčové slová: Film. História kúpeľov. Piešťany.

Kontaktné údaje:

Mgr. Lazová Adriana

Cvecho Marek

Kuzmiaková Mária

SLKP a.s. Piešťany

adriana.lazova@spapiestany.sk

maria.kuzmiakova@spapiestany.sk



Obrázok: Letecký záber na Kúpeľný ostrov

Zdroj: SLKP Piešťany, 2016

HISTORIE LÁZEŇSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

LIBEŠOVÁ Lucie, MANIAKOVÁ Dáša

ABSTRAKT

Lázně a lázeňství se v České republice (dále „ČR“) údajně označuje jako rodinné stříbro. Z předhistorického období je zde řada legend, které o lázeňství hovoří, právě proto bychom Vás rády lehce seznámily s historií vzniku lázní v ČR a vývojem počtu dospělých, dětských pacientů a dorostu v lázeňských zařízeních bez cizinců. Grafické údaje pocházejí ze sběru informací v rámci statistického šetření rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Klíčová slova: Česká republika. Historie lázeňství. Lázně. Statistika.

ÚVOD

Hojnost keltských a římských mincí nalezených v termálních pramenech dokazuje, že se historie českého lázeňství začala psát již před 2000 lety. Podle starého zvyku se vhozením mincí do léčivých pramenů se děkovalo za uzdravení. České lázně mají na svém kontě také několik světových historických prvenství. Slavný alchymista, astrolog a lékař Paracelsus (15. století) zařadil lázně Teplice mezi deset nejlepších v Evropě. První vodoléčebný ústav na světě založil roku 1822 Vincenz Priessnitz v lázních Jeseník. První radonové lázně na světě vznikly v roce 1906 v Jáchymově.

LÁZEŇSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Česká země oplývá neskutečným počtem přírodních léčivých pramenů, jejichž vlivy se začaly již před staletími využívat nejen k léčbě, ale i prevenci nemocí. Unikátním propojením osvědčené lékařské vědy a silou přírody se začala skládat historie našeho českého lázeňství.

V lékařství se odedávna využívaly přírodní léčivé zdroje. Pití vod a lázeňské léčení pomocí bahna a rašeliny byl jeden z nejstarších způsobů terapie, jenž byly využívány od nepaměti až po dnešní dobu. Okolo vývěrů minerálních a termálních vod ke koupelím a k pití a v jejich blízkosti, vznikala postupně léčebná místa. Taktéž naleziště slatiny, bahna a rašeliny, poskytovala cennou surovinu pro ohřívané zábaly a koupele, jež jsou oblíbené hlavně u revmatiků. U samotného vzniku lázeňských míst však nebyly vždy nezbytně přírodní zdroje.

Někdy silná osobnost reformátorského léčitele, prosadila nové metody, využívající třeba jen obyčejné studené vody v rozmanitých aplikačních formách k léčení a přispěla ke vzniku renomovaných léčebných míst. Lázně a lázeňství nejsou rozprostřeny po celém světě rovnoměrně. Ačkoli se využitelné zdroje od nepaměti vyskytovaly na mnoha místech je lázeňství v našem slova smyslu převážně evropskou záležitostí. Nejstarší tradice lázeňství v Evropě jsou v Itálii, dále u nás a ve Španělsku, Francii, Německu, Polsku i Rusku.

Tradice českého lázeňství jsou mladší, než je tomu v jižní Evropě a středomořském území s antickými vzory. Přesto si, ale naše lázeňství získalo v minulé době neobyčejný věhlas, vážnost i své místo v dějinách lékařství a balneologie. Na území České republiky vyvěrají neobyčejné minerální prameny, jež jsou již od začátku 15. století využívány právě k léčebným záměrům. Lázeňská města se nacházejí v půvabných krajinných oblastech. Zajímavé jsou nejen pro svou architekturu, některé lázeňské domy se pyšní dokonce i původním vybavením.

Tradice českého lázeňství je nedílným elementem Evropského kulturního dědictví. Díky vrcholné kvalitě léčivých přírodních zdrojů si získalo nebývalou proslulost i vážnost v evropském povědomí. Obzvláště pak západočeské lázně se staly pojmem již v minulém století. Právě proto se v Praze dostala vodoléčba i balneologie jako obor prvně přednášený na evropské univerzitě. Uvedená vodoléčba byla doménou slezského rodáka, který založil v roce 1829 dnešní Lázně Jeseník (Gräfenburg), první vodoléčebný ústav, kam se kromě pacientů sjížděli i lékaři učící se jeho metodám. Tímto proslulým mužem byl Vincenc Priessnitz (1799-1852), jehož světoznámé studené zábaly udržované do zapáčky, vyvolávající intenzivní pocení jsou hojně používány dodnes. Mezi jeho další praktiky patří třeba koupele ve studené vodě venku za každého počasí nebo sprchování pod silným proudem studené vody. Šlo sice o poměrně drsné metody, přesto však na nevšimavost lidí rozhodně netrpěly.

Podle Priessnitzova vzoru se začaly zřizovat podobné ústavy po celém světě. Neznámějšími českými lázněmi ve světě jsou především Karlovy Vary. Mezi nejvýznamnější české lázně dále patří: Janské Lázně, Bechyně, Mariánské Lázně, Karlova Studánka Konstantinovy Lázně, Jeseník, Poděbrady, Bělohrad, Libverda a mnoho dalších. Odborníci v poslední době ustavičně upozorňují před nadbytečným užíváním léků se spousty negativních vedlejších účinků. Naštěstí se dnešní svět zase začíná navracet k vyzkoušeným a osvědčeným přírodním způsobům a snaží se využívat staletími ověřený léčebný účinek přírodních léčivých zdrojů, jejichž prostřednictvím máme schopnost dopřát svému tělu péči výrazně šetrnější než je radikální nevratný lékařský zákrok nebo medikamentózní léčba.

SOUČASNOST LÁZEŇSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

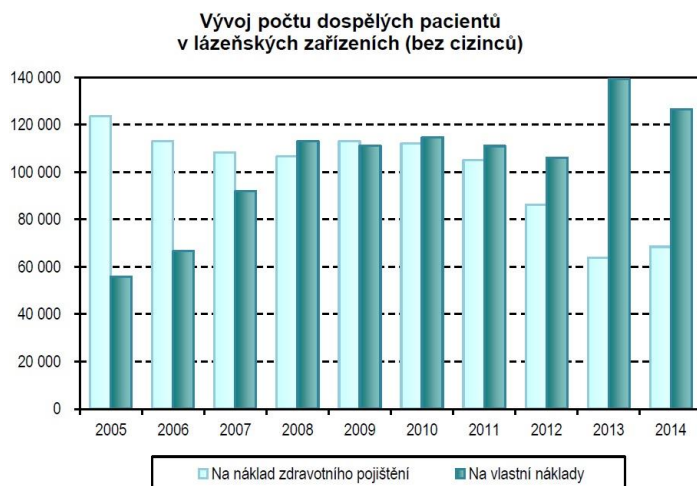
V současné době je v České republice k dispozici třicet šest míst, kde se specialisti postarají nejen o blaho těla přispěním nejrůznějších léčebných procedur, ale poskytnou návštěvníkovi odpočinek a relaxaci. Lázeňská místa využívají přírodní zdroje, jež se podle způsobu užití dělí na lázně minerální, termální, bahenní, radonové a klimatické. Návštěvník má možnost si vybrat nejen typ lázní, avšak i způsob ubytování či stravování, délku pobytu, relaxační či wellness procedury. Lázeňská města mají nejen nezaměnitelné kouzlo architektury, ale návštěvníkovi poskytnou možnost užít si zábavu a pohodlí dnešní moderní doby v kombinaci s dávnými léčebnými procedurami.

POBYT HRAZENÝ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

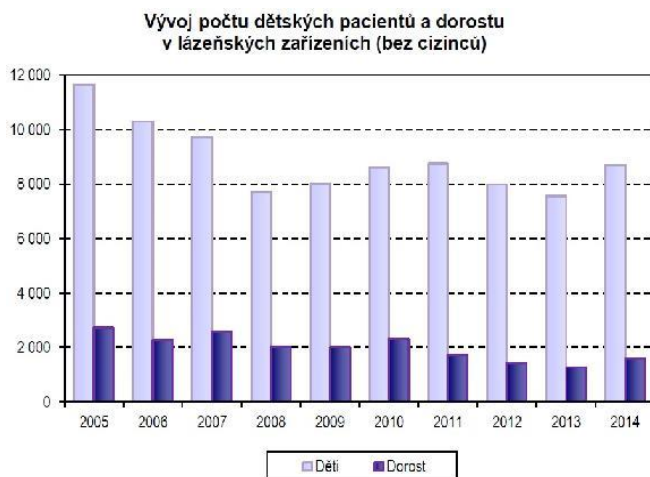
Lázeňská léčba jako nezbytná součást léčebného procesu je za určitých podmínek hrazena zdravotními pojišťovnami buď jako komplexní (KLP), nebo příspěvková lázeňská péče (PLP). Komplexní lázeňská péče je pobyt, při němž zdravotní pojišťovny ČR hradí lázeňskou léčbu, ubytování i stravu. V příspěvkové lázeňské péči hradí zdravotní pojišťovny pouze lázeňskou léčbu. Obě varianty těchto pobytů trvají minimálně 3 týdny. Konkrétní onemocnění, která jsou předmětem lázeňské léčby, upravuje seznam vydávaný Ministerstvem zdravotnictví ČR.

LÁZEŇSKÁ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE 2014 V ČR

Za účelem lázeňské léčebně rehabilitační péče celkem 348 348 lázeňských pacientů. Celkem 336 682 pacientů (96,7 %) byly dospělé osoby, dorostenců bylo 1 788 (0,5 %) a lázeňských pacientů v dětském věku bylo 9 878 (2,8 %). Celkem 126 848 pacientů z tuzemska (36,4 %) si platilo lázeňskou léčbu přímo, stejně jako 131 425 cizinců (37,7 %). Pobyt 78 447 pacientů (22,5 %) byl hrazen veřejným zdravotním pojištěním jako komplexní lázeňská péče (KLP) a 11 628 pacientů (3,4 %) jako příspěvková lázeňská péče (PLP).

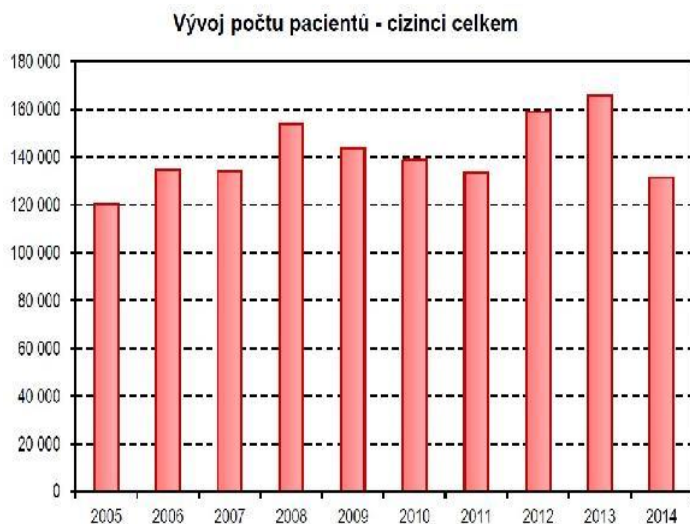


Graf 1 Vývoj počtu dospělých pacientů v lázeňských zařízeních (bez cizinců)
(www.uzis.cz)

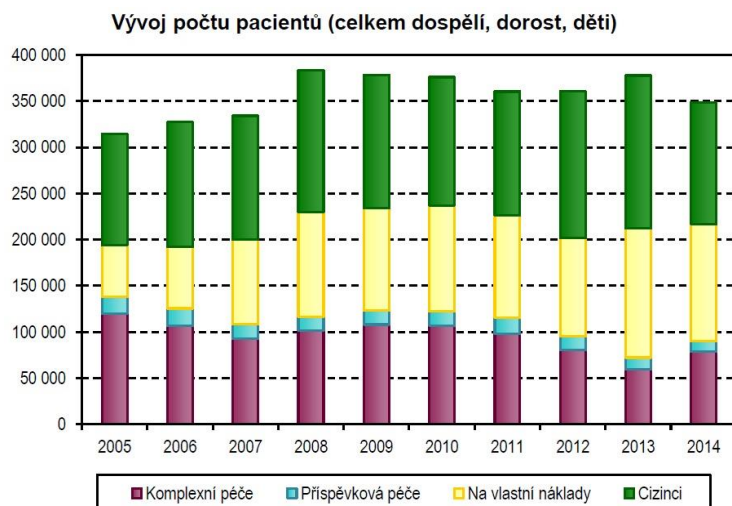


Graf 2 Vývoj počtu dětských pacientů a dorostu lázeňských zařízeních (bez cizinců)
(www.uzis.cz)

Veřejné zdravotní pojištění hradilo rovněž pobyt 4 665 osob nutného doprovodu v trvání 126 348 dnů. Pacienti v rámci komplexní lázeňské péče strávili v lázních 1 741 243 ošetrovacích dnů (39,4 %) s průměrnou délkou pobytu 22,2 dne. Cizinci strávili v lázních celkem 1 714 063 dnů (38,8 %) s průměrnou délkou pobytu 13,0 dnů. Tuzemští „samoplátci“ čerpali v lázních 738 395 dnů (16,7 %) s průměrnou délkou pobytu 5,8 dnů a pacienti příspěvkové lázeňské péče celkem 225 867 dnů (5,1 %) s průměrnou délkou pobytu 19,4 dnů.



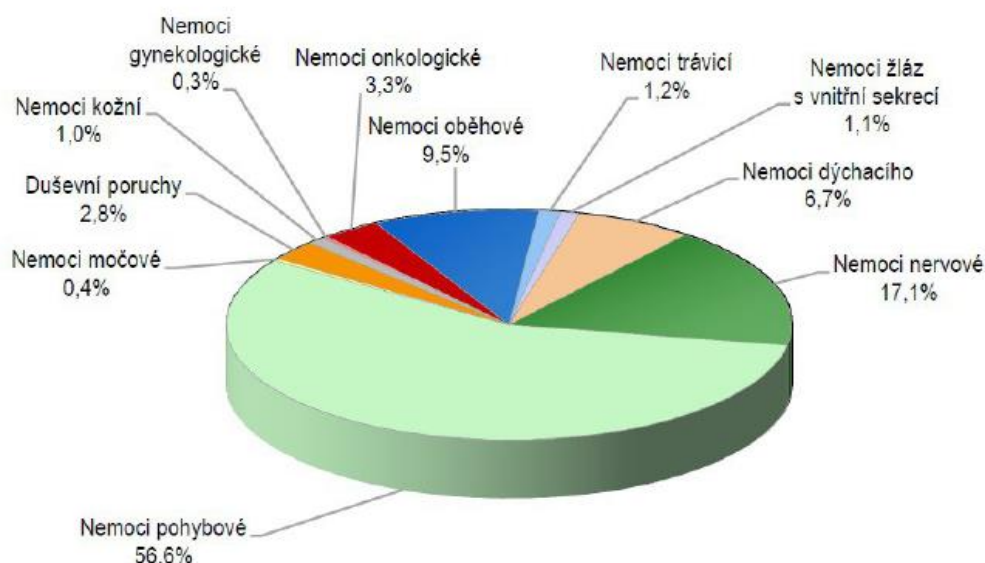
Graf 3 Vývoj počtu pacientů – cizinci celkem v letech 2006 – 2014
(www.uzis.cz)



Graf 4 Vývoj počtu pacientů v letech 2005 – 2014
(www.uzis.cz)

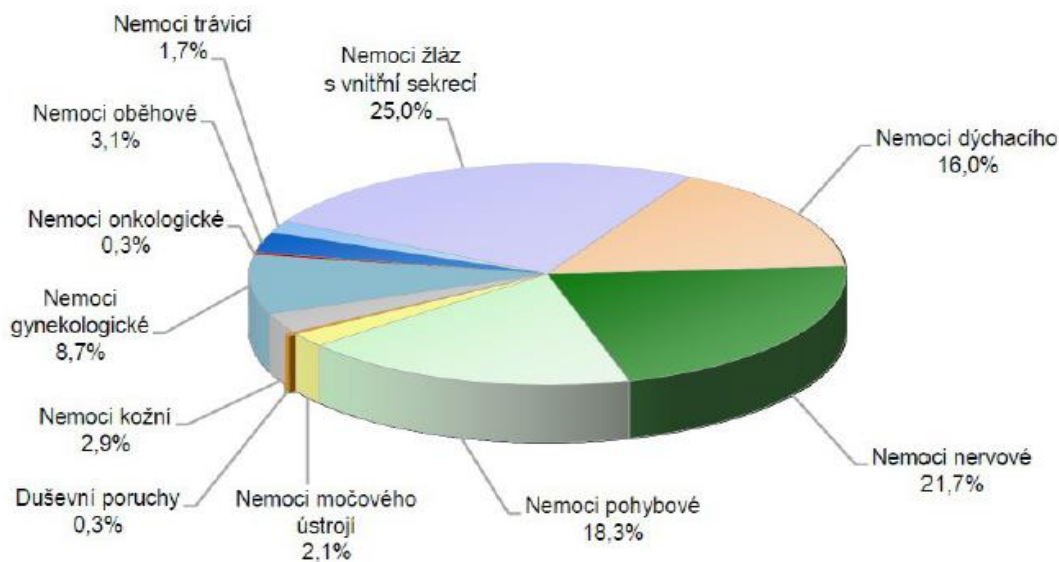
Prezentované údaje pocházejí ze sběru informací v rámci statistického šetření odboru Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto údaje za rok 2014 jsou pouze informativní a nejsou plně srovnatelné s daty za předcházející roky.

Lázeňská péče v roce 2014 pro dospělé podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění (počty osob)



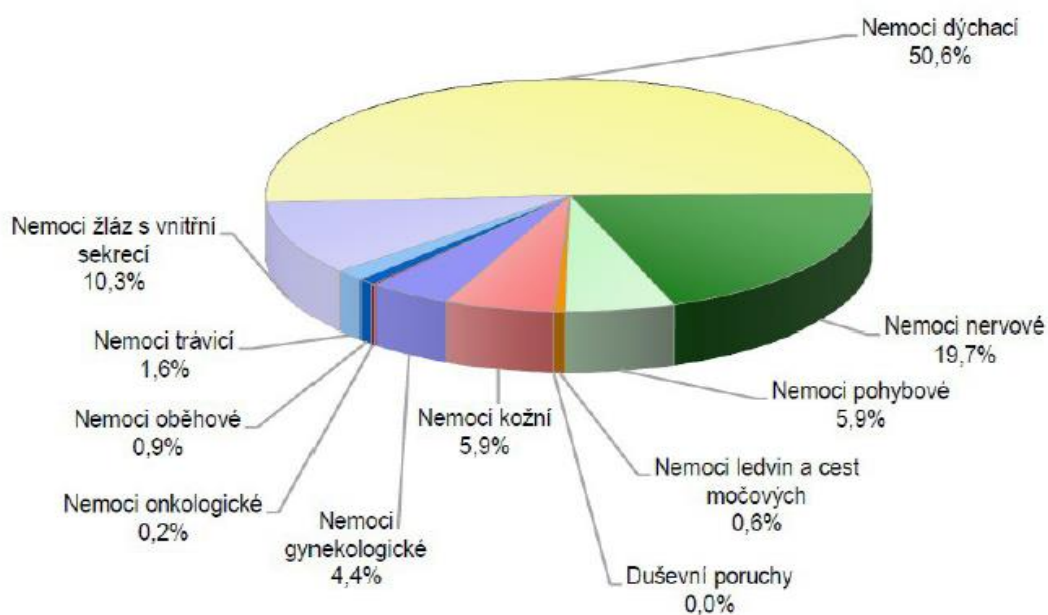
Graf 5 Lázeňská péče v roce 2014 pro dospělé podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění (www.uzis.cz)

Lázeňská péče v roce 2014 pro dorost podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění (počty osob)



Graf 6 Lázeňská péče v roce 2014 pro dorost podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění (www.uzis.cz)

Lázeňská péče v roce 2014 pro děti podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění (počty osob)



Graf 7 Lázeňská péče v roce 2014 pro děti podle indikačních skupin na náklad zdravotního pojištění

(www.uzis.cz)

ZÁVĚR

Význam lázeňství z hlediska zdravotního spočívá v poskytování léčby řady chronických onemocnění, léčebně preventivní péče, v prevenci přechodu nemocí do chronického stadia a vzniku možných komplikací, v rehabilitaci po akutních a závažných onemocněních, operacích či úrazech. V posledních letech se lázeňství podílí i na usměrňování primárních rizikových faktorů, jako je kouření, nedostatek aktivního pohybu a v dnešní době stále nebezpečnější civilizační stres. Kromě toho musí reagovat na měnící se medicínský požadavek populace a musí odrážet změny v jejím zdravotním stavu, především v oblasti tzv.

civilizačních chorob. Lázeňství je velmi dobrým prostředkem pro regeneraci pracovní síly a zvyšování kvality života postupně stárnoucí evropské populace. S nepřetržitým prodlužováním důchodové hranice přinášejí lázně svými preventivními účinky úspory na sociálních a zdravotních systémech, jenž jsou velkou diskusí pro 21. století.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

JANDOVÁ, D. 2010. Balneologie - česká lázeňská medicína na počátku třetího tisíciletí. In *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 14, s. 11-13. ISSN: 0044-1996.

KAJLÍK, V. 2007. *České lázně a lázeňství*. Praha : Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2007.

NOVOTNÝ, J. 2012. Zapomenutý génius Vincez Priessnitz. In *Vita nostra revue*, 2012, roč. 21, č. 4, s. 67-71. ISSN: 1212-5083.

Sestra ZDN.cz. Historie lázeňství. [Online] <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/historie-lazenstvi-279640>.

ZIMA, T. 2010. České lázeňství má tradici. In: *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 14, s. 4.
Czech.cz. Lázeňství má v ČR bohatou historii. [Online] <http://www.czech.cz/cz/91871-lazenstvi-ma-v-cr-bohatou-historii>.

<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece-lazne>

Kontakt

Mgr. Libešová, Lucie
UJEP- FZS v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 96 Ústí nad Labem

Email: Lucie.libesova@ujep.cz

Mgr. Maniaková, Daša
UJEP- FZS v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 96 Ústí nad Labem

Email: dasa.maniakova@ujep.cz

KULTURNÍ ASPEKTY V USPOKOJOVÁNÍ SPECIFICKÝCH POTŘEB U PACIENTŮ ISLÁMSKÉHO VYZNÁNÍ

NOSIANOVÁ Martina

ABSTRAKT

Každý člověk je jedinečná bytost, která má své biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby, a ty je třeba poznat a uvědomit si je. Každého člověka je tedy nutné chápat holistickým způsobem a jeho potřeby respektovat. Uspokojování lidských potřeb je velmi důležité. V některých případech by bez uspokojení potřeby člověk nepřežil a v jiných případech by došlo k následnému poškození či postižení jedince, jak fyzickému, tak i psychickému. Průzkum práce jsme realizovali ve dvou zdravotnických zařízeních metodou rozhovoru se sestrami zaměřeného na vnímání kulturních aspektů při uspokojování specifických potřeb u pacientů muslimů. Získané výsledky z hodnocení dat nám jasně poukázali na průměrné znalosti sester při vnímání kulturních specifik u muslimů, nedostatečné komunikační schopnosti a nedostatečné vzdělání sester potřebné pro uspokojování specifické ošetrovatelské péče u pacientů odlišných etnických skupin.

Klíčová slova: Pacient islámského vyznání. Sestra. Specifické potřeby. Transkulturní ošetrovatelství.

ÚVOD

Do českého ošetrovatelství se promítají pojmy migrace, etnika a transkulturní ošetrovatelství. Otevření hranic mezi státy Evropy a volný pohyb osob přispěly ke zvyšování migrace osob z politických, ekonomických i sociálních důvodů. Poskytování ošetrovatelské péče napříč kulturám je tudíž aktuálním tématem každého dne 21. století. Soužití s osobami různých kultur se musíme neustále učit, teprve pak jejich kultuře můžeme porozumět. Počet pacientů islámského vyznání ve zdravotnických zařízeních stoupá. Respektování specifik a priorit těchto pacientů je základem pro poskytování kvalitní péče, při které musí dojít k saturaci jejich potřeb. Naším cílem bylo upozornit na nutnost znalostí a dovedností sester při uspokojování specifických potřeb u muslimů. Zohledňovali jsme vzdělání sester nutné k poskytování této péče, mapovali jsme psychické projevy neuspokojených potřeb muslimů a bariéry při poskytování specifické péče.

LIDSKÉ POTŘEBY A BARIÉRY V JEJICH NAPLŇOVÁNÍ

Základní lidské potřeby jsou pro všechny osoby společné, a to bez rozdílu věku, pohlaví či rasy. Člověk je individuální bytost, která má své potřeby, postoje a názory a tyto různými způsoby ve zdraví i nemoci uspokojuje. K lidským potřebám zařazujeme potřeby biologické, sociální, psychické a duchovní. Při prožívání nedostatku potřeby je psychická činnost člověka ovlivněna, a důsledky se poté projeví ve změnách osobnosti. K překážkám v naplňování lidských potřeb počítáme bariéry osobní, tzn. pacientův strach, nedůvěru, stud, bariéry psychické, např. bezmocnost, beznaděj, bariéry fyziologické – nemoc, handicap, bariéry z prostředí – cizí nemocniční prostředí, zápach dezinfekce, personál opačného pohlaví a především, u pacientů cizinců, bariéry jazykové, a to nedorozumění, neznalost cizího jazyku a informační šum (Šamánková, 2011).

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Transkulturní ošetřovatelství je praktický a teoretický obor, který se holistickým způsobem zabývá kulturou, vzorci zdraví, ošetřovatelskou péčí, zdravím a nemocí s ohledem na rozdíly v pacientových hodnotách, kulturních mravech, životních přesvědčení, zvycích a obyčejích s cílem poskytnout vhodnou, účinnou, smysluplnou a individualizovanou podporu ve zdraví i nemoci. Za zakladatelku je považována Madeleine Leiningerová a svoji teorii péče zohlednila v kruhovém vypodobení v modelu „Vycházejícího slunce“ (Plevová, 2011).

KULTURNÍ KOMPETENCE A ROLE SESTRY

Při ošetřování pacientů jiných etnik a kultur dochází často k mnoha chybám a omylům z důvodu neznalosti kulturních aspektů při uspokojování specifických potřeb u pacientů. Sestra při poskytování ošetřovatelské péče musí mít kulturní kompetence multikulturní, a to znát míru tolerance, hledat pozitiva v cizí kultuře, akceptovat cizí jazyk, kompetence kognitivní – umět popsat rozdíly v jednotlivých kulturách, mít vědomosti a umět vyhledat informace o kultuře, pochopit rituály, dále kompetence psychomotorické, a to respektování potřeb a práv pacienta, vhodně používat verbální a neverbální techniky komunikace, umět řešit konflikty a v neposlední řadě afektivní kompetence, tzn. uznat kulturu takovou, jaká je a se vším, co k ní patří (Bizoňová, 2011).

Cílem prvního ošetřovatelského posouzení sestrou je zjištění rozdílů v kulturních zvyklostech, které souvisejí s péčí, a na základě toho péči pacientovi přizpůsobit. Pokud se stane, že pacientovo přání nebude slučitelné se standardem zdravotnického zařízení, je na sestře, aby pomohla pacientovi se adaptovat a integrovat. Pro posouzení je možné použít „Blochův průvodce pro etnoošetřovatelské posuzování“ nebo „Bogardovu škálu sociální vzdálenosti.“ Výsledky škály jsou používány k identifikaci předsudků. Údaje, které by měla obsahovat ošetřovatelská anamnéza, jsou pacientova etnicita, jazyk, kterým se s ním domluvíme, jeho náboženské a duchovní potřeby, jídlo a způsob stravování, model jeho rodiny, názory na zdraví a zdravotní praktiky (Kutnohorská, 2013).

KULTURNÍ SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB U PACIENTŮ ISLAMSKÉHO VYZNÁNÍ

V etnicko-kulturním posuzování pacienta islámského vyznání se musí sestra zaměřit na zjištění údajů kulturního rázu - etnický původ, místo narození, zvyky, hodnoty, názory, kulturní omezení, jazykové a komunikační procesy, dále na údaje o názorech na zdraví a léčitelských praktik dané kultury, názory na výživu a stravu, dále na údaje sociologické – ekonomické postavení, vzdělanost, sociální síť, údaje o rodině a komunitě, dále na údaje psychologické – sebehodnocení, mentalita a chování kulturní a etnické skupiny, religiozní vlivy na vnímání zdraví a choroby, reakce na stres, dále na posouzení biologicko-fyziologické – charakteristické fyziologické rysy, rozdíly v tělových systémech a výskyt chorob v určitých etnických kulturních skupinách (Špirudová a kol., 2006).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB – POTŘEBA HYGIENY A ČISTOTY TĚLA

Muslimové jsou velmi dbalí hygienických zásad, věnují se čistotě svého těla. Hygienu dutiny ústní provádí muslim více než 1x denně. Chrup a mezizubní prostory si muslim čistí před každou modlitbou, někdy s použitím kořenu rostliny miskwak jako kartáčku. Každý muslim si 5x denně před každou modlitbou rituálně omývá nohy, ruce a obličej. V nemocničním prostředí se muslim někdy umývá symbolicky a to tak, že se rukama dotýká zdi a tím naznačuje mytí. Lidské exkrementy v podobě krve, zvratků, moči, stolice, hlenu a ejakulátu jsou pro muslima nečisté a je nevhodné o nich i hovořit. Pokud je muslim znečištěn těmito exkrementy před modlitbou, musí dojít k jeho očištění pod tekoucí vodou.

Menstruuující žena je nečistá a nemůže se modlit ani se dotýkat Koránu. Znečištěné jsou též osoby po pohlavním styku, ejakulaci, mikci, po spánku, bezvědomí či při probíhajícím zánětlivém onemocnění. Lehké znečištění si rituálně odstraňují mytím rukou, předloktí, podpaží, nohou a otřením hlavy. Těžké znečištění odstraňují celkovou koupelí, vypláchnutím úst a nosních dírek, přičemž k těžkým znečištěním patří např. vypouštění plynů a stolice. Muslimové nejsou zvyklí používat toaletní papír, myjí se. Ruce si po použití toalety nemyjí. Při poskytování péče musí mít zdravotnický personál také na paměti, že veškeré věci, které podává muslimovi, musí (aby neurazil) provádět pravou rukou. Levou ruku nám muslim nepodá, protože je nečistá. 1x týdně muslimové provádějí velkou hygienu, která se koná v pátek, spočívá v koupeli či sprše a výměně spodního prádla. Žena muslimka ještě navíc prodělává celkovou koupel např. po menstruaci, šestinedělí a po gynekologickém vyšetření. Ochlupení si muslimky holí 3x týdně v axilách a 1x za 14 dní v pubickém prostoru (Khidayer, 2012).

Při provádění jakékoliv hygienické péče ve zdravotnickém zařízení musí ošetřující personál mít na paměti, že tělesný kontakt mezi opačnými pohlavími je nepřípustný. V ojedinělých případech povolí muslim na svou ženu sahat zdravotníkem, který má oblečené gumové rukavice. Při ošetřování muslimských mužů si sestra musí uvědomit, že tělesnou oblast mezi jejich pupkem a koleny odkrýváme jen na dobu nezbytně nutnou k ošetření, u muslimských žen je tato oblast od krku po kolena. Ženy mohou při vyšetřování požadovat přítomnost manžela nebo ostatní členy rodiny ženského pohlaví. Ženy muslimky jsou velmi stydlivé, a proto jejich nahotu musíme omezit na minimum (Velkoborská, Smutná, 2009).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB – POTŘEBA POHYBU A ODPOČINKU

Muslimové nedodržují dietní omezení, neradi se věnují sportu, a proto bývají obézní. Odmítají dietní stravu a také fyzioterapeutické cvičení. V případě rehabilitační péče je nutné předem zabezpečit oddělení muslimských mužů a žen při společných rehabilitačních cvičení. Co se týká léčebných koupelí, ženy se ve vanách koupají v koupacích oblecích, často i se zahalenou hlavou. Muslimky chodí zásadně v doprovodu muže ze své rodiny. Muslimové nejsou dochvilní, na procedury nepřicházejí v domluveném čase nebo nepřijdou vůbec. Raději odpočívají a lenoší. V celém areálu nemocnice se pohybují velmi hlučně, neustále telefonují a poslouchají hlasitě puštěnou hudbu z telefonu. Spolu se svou rodinou

pobývají na pokoji, modlí se, stravují a sledují televizní pořady, zejména aktuální dění v islámských státech na arabsky mluvících programech (Košelová a kol., 2015).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB – POTŘEBA PŘÍJMU POTRAVY A PITÍ

Ve zdravotnickém zařízení zajišťuje stravovací jídelníček muslimů nutriční terapeut. Muslimům je třeba podávat stravu, která je v souladu s jeho vírou a nepodávat mu ji v době modlení. Někdy pro svého příbuzného nemocného připravuje stravu jeho rodina. Víra muslimovi zakazuje požívání alkoholu. Kromě vepřového nejedí muslimové maso koňské a sokolí, maso obětních zvířat, mleté maso, zvířecí krev a vnitřnosti. Nejedí syrové maso, tzv. „tatarák“. Ryby jedí jen šupinaté. Nepozřou stravu připravenou nožem, který se dotknul zakázaných uzenin či masa. Muži a ženy stolují pohromadě. Potravu jedí pouze pravou rukou, někdy třemi prsty pravé ruky, levá ruka se používá k „nečistým úkonům“. Chléb, který bývá součástí každého pokrmu, si lámou do polévky nebo jej používají na nabírání potravy místo lžice, nekrájí si jej. Někteří muslimové nepoužívají při stravování příbor, ale párátko. Říhání při jídle znamená jejich projev vděku hostiteli. Horké jídlo nefoukají. Před jídlem si myjí ruce a poděkují Alláhu. Zvykem je nechat část jídla na talíři. Vodu nesmí srkat ani hltat a musí vypít všechnu nebo jí podat jinému, nesmí se vylít (Borsíková, 2015). Muslimové neumějí stolovat, velmi plýtvají jídlem, drobky nechávají ležet na nemocničním pokoji na stolku, lůžku i podlaze. Nechápu dietní opatření, bývají obézní. Obézní žena je pro muslimy sexsymbolem, symbolem blahobytu, bohatství, dobré finanční situace a zdraví. Přes veškeré edukační schopnosti sestry jsou nedisciplinovaní, dietu nedodržují a konzumují, co jim „přijde pod ruku“. V čase ramadánu muslim nejí, nepije, nevěnuje se sexu a klevetám od svítání po soumrak. Tato pravidla nemusí dodržovat nemocní, menstrující, těhotné a kojící ženy, dále děti, starci a „lidé na cestách“ (Norková, 2008).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB – POTŘEBA ODÍVÁNÍ

Ortodoxně věřící žena chodí se zahalenou postavou i tváří. Oděv, který muslimky nosí, nesmí být průsvitný a těsný, nesmí zdůrazňovat ženské křivky a tělesnou krásu ženy. Žena se musí zneviditelnit, její oblečení je symbolem ženské podřízenosti. Někteří muslimští muži nosí na hlavě turban, nenosí hedvábné ani brokátové oděvy a oděvy barvené šafránem. Ke koupání muži nosí plavky ke kolenům, ženy se koupou v plovacích oblecích.

Obuv si nezouvají. V době operačního zákroku, kde z hlediska hygieny a sterility je naprosto samozřejmé, že tělo pacienta bude bez oděvu, pokrývky hlavy, šperků, make-upu a nalakovaných nehtů, musí jít náboženské ohledy, respekt a intimita stranou. Pacienta upozorníme na to, že v rámci možných komplikací při hojení a zachování sterilního prostředí, musí být nesterilní oděv odebrán. Pacient se snaží o kompromisní řešení v podobě použití jednorázového sterilního oblečení (tuto nadstandardní službu si hraří) (Norková, 2008).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB

Sestra by měla zvládat odstraňování a zmírňování bolesti u pacientů, kterou muslimové vnímají dosti negativně, zveličují a signalizují ji intenzivněji, hlasitěji a zřetelněji. Některé muslimské ženy křičí i při nerespektování soukromí a přítomnosti osob opačného pohlaví. U pacientů muslimů je důležité zabraňování ztrátě sebeúcty a zachovávání psychického pohodlí. Pacient se nesmí cítit nepochopený, méněcenný a neporozuměn, aby u něj nedocházelo ke stresu, depresi, hněvu, agresi či jiným psychickým odezvám na nerespektovanou kulturně odlišnou péči. Vyšetřovat muslimskou ženu by měla žena, v ostatních případech může ženu (za přítomnosti manžela či jiného rodinného příslušníka) vyšetřit muž a to někdy pouze přes oděv (bez svlékání) či v odraze zrcadla. Vyšetření nesmí být prováděno uspěchaně a nešetrně, úkony jsou postupně dopředu komentované, prováděné v samostatných ošetrovnách nebo na pokoji za pomoci paravánu, zatáhnutí rolety, zabezpečení soukromí. Chodící spolupacienty sestra požádá o opuštění pokoje na nezbytně nutnou dobu (Norková, 2008).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB – POTŘEBA VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Muslimové jsou velmi ostražití, muslimky se neustále ohlíží na muže, rodinu, viditelně se bojí, jsou nejisté. Věří, že nemoc může být vyvolaná i uhrnutím. Orientují na budoucnost, plánují. Nemají dobrý orientační smysl. Často se u nich objevují plísňová onemocnění na nohou, rukou a kolenou pocházející z návštěv mešit. Mohou trpět osteoporózami, nedostatkem D vitamínu a ochablostí svalů. Mnohá onemocnění vznikají i z odpadků nacházejících se na veřejných prostranstvích. Zívání je považováno za zlozvyk d'áblův. Vyhýbají se jakékoliv vakcinaci. Krevní náhrada by měla být pacientovi podána od člena

rodiny. Islám zakazuje hazardní hry, kosmetické úpravy, náhradní mateřství, zákonnou adopci dětí a eutanazii. Prodlužování života ale islám podporuje i u nevléčitelně nemocných. Islám zakazuje kremace i jakékoliv likvidace amputovaných částí těla pacienta, ty patří rodině. Asistovaná reprodukce je povolena, jen pokud je dárce spermií manžel. Antikoncepční tablety jsou vydávány bez předpisu, ale vdaná žena se nesmí bránit početí potomků. Při ohrožení života těhotné ženy, možnosti narození poškozeného dítěte a po znásilnění ženy, kdy by mohlo dojít k psychickému trauma ženy, je povoleno provést potrat, a to do 120. dne plodu. Transplantace se provádějí pouze od živého dárce. U mrtvého dárce musí být ještě za života sepsán souhlas jeho i jeho rodiny. Muslimové věří osvědčeným rodinným receptům a tradicím. V alternativní medicíně využívají především cvičení, akupunkturu a dále med, olivový olej, česnek, černé semínko a bylinky (Velkoborská, Smutná, 2009).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH POTŘEB – POTŘEBA KOMUNIKACE

Muslimové při oslovování nepoužívají příjmení. Při sepisování ošetřovatelské anamnézy sestra zjišťuje, jakým způsobem se budou zúčastnění dorozumívat. Cizím jazykem, s pomocí tlumočníka nebo s využitím komunikačních karet. Někdy je možné se domluvit pouze s příbuzným doprovodem pacienta. Pokud nemáme možnost využít služby tlumočníka a pacient hovoří pouze arabsky, musíme využít služby slovníku nebo již zmíněných piktogramů. Je vhodné, pokud zdravotnická zařízení disponují informačními brožurami o vyšetřeních v cizích jazycích, především v arabštině. Při verbální komunikaci mluvíme pomalu, nekřičíme, přehnaně negestikulujeme rukama, vyhýbáme se zakázaným pohybům, posunkům a dívání se muslimce do očí. Běžná konverzace mezi muslimy je hlasitá, připomíná hádku. Arabové čtou zprava doleva, tzn., že někdy mohou špatně pochopit sestrou napsané pojmy. Tlumočník překládá doslovně. Při nevhodné poznámce může dojít k nedorozumění v lepším případě a k např. fyzickému napadení ze strany muslima v tom horším případě. Při komunikaci dbáme na interpersonální prostor. Zbytečně se nedotýkáme, nesaháme a nedíváme se, kam nemáme, udržujeme mezi sebou dostatečnou vzdálenost. Pokud muslim odmítá komunikovat, založí ruce za záda. K univerzálním neverbálním projevům muslimů řadíme rozhněvání, zlobu, zlost a radost. Tabu u muslimů je mluvit na veřejnosti o rodinných a intimních záležitostech (těhotenství, menstruaci, počtu dětí

u svobodných matek), o náboženských a politických otázkách, lichotit muslimově ženě a mluvit o smrti a neštěstí (Norková, 2008).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH POTŘEB – POTŘEBA VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ

Do vlivů prostředí a výchovy řadíme u muslimů víru a vliv rodiny. Korán (posvátná knihy islámu) ovlivňuje životy všem muslimům. Je zdrojem zákona, ve kterém jsou obsažena všechna povolení a zákazy jejich každodenního života a které nařizuje jen Alláh. Edukace s muslimy bývá složitá v důsledku neefektivní komunikace. Při propouštění muslimky do domácího léčení přebírá veškerou agendu související s administrativou za svou ženu její manžel, včetně edukace. Sestra tedy edukuje místo ženy jejího muže. Manžel, coby hlava rodiny, o všem rozhoduje (Norková, 2008).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH POTŘEB – POTŘEBA SOUNÁLEŽITOSTI

Sestra musí znát strukturu rodiny pacienta, odkud pacient pochází, kdo v jejich rodině rozhoduje. Rodina je pro muslimy symbolem jistoty a zaopatření a vládne zde bezpečí a pokoj. Muslimové jsou soudržní, děti jsou pro ně pokladem, rodiče uctívají, respektují, milují, matka je pro ně trpitelka. Děti nesmí své rodiče nikterak urážet či proklínat, musí být poslušné a laskavé. V muslimském světě převládá dominantní role muže. Je hlavou rodiny, za kterou komunikuje, reprezentuje ji, chrání a finančně zabezpečuje. Tradiční muslimská rodina čítá mnoho osob a žijí v ní pohromadě všechny generace. Mají přirozenou potřebu se setkávat a přátelit s ostatními. Rozdíly mezi ženami a muži jsou mezi muslimy naprosto přirozené a samozřejmé. Početná rodina denně navštěvuje v nemocnici svého příbuzného a nezřídka zůstává v nemocničním pokoji či na chodbách celý den, někdy i v noci. U bohatších muslimů se setkáváme s rezervací soukromého nadstandardního pokoje. V muslimských zemích nejsou zřízeny léčebny dlouhodobě nemocných ani domovy seniorů. Pro muslimy je požehnáním, ctí a povinností starat se o své rodiče až do smrti, věří na ráj a peklo, na zmrtvýchvstání. Léčení a ošetřování nemocného se tedy převážně odehrává v domácím prostředí. Navštěvování nemocného v domácnosti či v nemocnici je chvályhodné. Každý muslim má povinnost mít sepsanou závěť (Rolantová, 2012).

SPECIFIKA PŘI NAROZENÍ DÍTĚTE Z OŠETŘOVATELSKÉHO HLEDISKA

Účast manžela u porodu není vždy žádoucí oproti účasti blízké ženy (matky, sestry, kamarádky). Novorozenec se po porodu nejdříve umyje a pak teprve je podán matce, placenta se někdy pohřbívá. Po porodu zašeptá otec či matka do pravého ucha dítěte výzvu k modlitbě a do levého začátek modlitby. 7. den po porodu doktor náboženského práva dítěti zašeptá do ucha jméno zároveň s modlitbou, dítěti se stříhají vlasy, zváží se a shodná váha zlata, stříbra nebo peněz se rozdá chudým. Šestinedělí trvá 40 dní. V té době je zakázán pohlavní styk, žena se nemusí modlit a dodržovat půst. Děti jsou dlouho kojeny (Norková, 2008).

SPECIFIKA PŘI VÝKONU OBŘÍZKY Z OŠETŘOVATELSKÉHO HLEDISKA

Mezi rituály v muslimském světě neodmyslitelně patří rituální obřezání mužského a v některých zemích i ženského pohlavního ústrojí. Obřad se vykonává před dosažením 10 let věku nebo do nástupu puberty. V podmínkách českých zdravotnických zařízení jsou rituální obřízky chlapců povoleny provádět, leč to nebývá tak častá záležitost. Žádný zákon nebrání (jako je to v některých evropských zemích) provádění obřízky u chlapců z jiných než zdravotních důvodů. Vykonání rituální obřízky je nadstandardní výkon, rodina jej hradí. Výkon se provádí v celkové anestezii (někdy v lokální) za aseptických podmínek. Příprava k operaci spočívá v celkové hygieně operované oblasti. Po operačním zákroku se operační oblast chladí ledem a pacient dodržuje klid na lůžku několik dní. V případě lokální anestezie bývá pacient po zákroku propuštěn do domácího léčení. Do úplného zhojení je třeba se pouze ránu sprchovat. Dětského pacienta je třeba uklidňovat, dle lékaře podávat léky na bolest. Rodičům dítěte je třeba vysvětlit důležitost klidového režimu pacienta a možné bolesti penisu při močení (Myslivcová, 2012).

SPECIFIKA V ČASE UMÍRÁNÍ A SMRTI Z OŠETŘOVATELSKÉHO HLEDISKA

Umírající sedí nebo leží s tváří obrácenou k východu – Mekce (svaté město), nohama směrem k Mekce, příbuzný mu šeptá výzvy k modlitbě do ucha. Každý muslim (bez doprovodu své rodiny) by měl mít u sebe telefonní číslo na islámské centrum, které by mělo být zdravotníkem informováno o přítomnosti muslima v ohrožení života. Po smrti mrtvému zatlačí blízcí příbuzní oči (ne sestra), svléknou a přikryjí jej, 3x jej omyjí a nakonec zabalí

do bílého plátna (roucha, rubáše). Zemřelý muž se zabalí do třech pláten, žena do pěti. Očista probíhá nejprve v omytí vlažnou vodou, poté vodou s cedrovým olejem a na závěr parfémovanou vodou. Tělo je omýváno tak, že omývajícím vsune ruku pod látku. Ruka, která myje, je zabalena do jiné látky tak, aby nedošlo k přímému kontaktu těla živého a mrtvého. Látka zakrývající genitálie se nesmí odstraňovat. U žen je tato látka rozprostřena od ramen až po kotníky. Zemřelého muže oblékají pouze muži, ženy se mohou dotýkat jen zemřelé ženy. Zemřelý je otočen nohama směrem k Mekce. Pitvy se nekonají, jsou povoleny pouze za účelem výzkumu, nebo zjištění smrti, a to se souhlasem rodiny. Pohřeb žehem je zakázán. Zemřelý by měl dle zvyků být pohřben do 24 hodin (Ščeponcová, Novotný, 2013).

SPECIFIKA V USPOKOJOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB

Do nemocnice si muslimové s sebou vždy berou osobní předměty víry - Korán (svatá kniha) a modlitební kobereček. Někteří muslimové při sobě nosí řetízek s citáty z Koránu. Předměty víry jim nenamáčíme, neznečišťujeme, neodebíráme a nevyhazujeme. Umožňujeme jim modlitbu, při které je nerušíme. Ženy a muži se modlí odděleně, klečí na koberečku otočení směrem k Mekce, citují Korán a provádějí předepsané pohyby. Muslimské náboženství vyžaduje od každého muslima pravidelné plnění základních náboženských povinností, tzv. pěti pilířů islámu: vyznání víry, modlitby, almužny, dodržení půstu v lunárním devátém měsíci, tzv. ramadánu a vykonání svaté pouti do Mekky (Küng, 2006).

BARIÉRY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ ISLAMSKÉHO VYZNÁNÍ

Dle Gošové (2015) rozlišujeme bariéry ze strany sestry, a to osobní – diskriminace, předsudky, jazykové – neznalost jazyku, neverbální komunikace, kulturní – neznalost specifik a holistické – nerespektování etnik. Bariéry ze strany pacienta mohou být osobní – nedůvěra, stud, neschopnost adaptace, psychické – agrese, nepřátelský postoj, vnímání bolesti, sociální – nemožnost plnění rolí, komunikační nerovnost, nespolečnost, bariéra z prostředí – personál opačného pohlaví, nerespektování stravovacích, hygienických návyků a náboženské – nerespektování vyznání víry, práv, obřadů a rituálů. K bariérám ze strany systému patří současný vzestup migrace, kulturní fluktuace a míšení ras, nárůst

administrativy, náboženské násilí, rozšíření elektronické komunikace a platby zdravotních pojišťoven.

DŮSLEDKY NERESPEKTOVÁNÍ KULTURNĚ ODLIŠNÉ PÉČE U PACIENTA ISLAMSKÉHO VYZNÁNÍ

Mezi projevy neuspokojených potřeb muslima patří strach, úzkost, hněv, smutek, stres, deprese, sociální izolace, bezmocnost a beznaděj. Spouštěcím podnětem k nepřiměřenému chování či agresi bývá u pacientů muslimů bolest, omezení pohybu, strach a úzkost, nerespektování jeho kulturních specifik a studu. Většina sester není připravena na řešení konfliktních situací s pacienty odlišných etnických skupin, na komunikaci s lidmi, kteří jsou problémoví, nevyrovnaní, agresivní, neukáznění a manipulující (Sládková, 2012).

METODIKA A REALIZACE PRŮZKUMU

Použili jsme kvalitativní metodu strukturovaného rozhovoru. Zjišťovali jsme názory, motivy, postoje a především znalosti sester v oblasti uspokojování kulturně specifické péče u pacientů muslimů. Průzkum byl realizován ve dvou zdravotnických zařízeních, ve Vamed – Mediterra v Praze Na Malvazinkách a v Mediterra – Sedlčany v období od listopadu 2015 do ledna 2016. Výběr respondentů byl záměrný, skupinový, respondenty tvořily dva soubory sester, 10 sester z Prahy a 10 ze Sedlčan. Rozhovory byly zaznamenány v papírové podobě v bloku do dokumentů s předem připravenými otázkami.

ANALÝZA VÝSLEDNÉHO ŠTŘENÍ

Předmětem zkoumání bylo stanovení problému: Jsou při poskytování ošetrovatelské péče respektovány kulturně specifické potřeby u pacientů islámského vyznání?

Respondenti s vysokoškolským vzděláním odpověděli na 21 vědomostních otázek v 96 % správně, středoškolsky vzdělaní respondenti pouze ve 44 %. V pražském zdravotnickém zařízení mají sestry k dispozici tlumočníka, komunikační karty a manuály ošetrovatelských a lékařských vyšetření v 5 jazycích, včetně arabštiny. V sedlčanském zdravotnickém zařízení mají sestry k dispozici pouze manuály ošetrovatelských a lékařských vyšetření, a to bez arabského jazyka, komunikační karty ani služby tlumočníka k dispozici nemají. Všichni respondenti z Prahy zodpověděli 21 vědomostních otázek průměrně v 73 % správně,

v Sedlčanech pouze ve 40 % správně. Je třeba vzít na vědomí, že fluktuace muslimských pacientů je v Praze větší než v Sedlčanech. Zároveň je nutné podotknout, že v Sedlčanech je nižší počet respondentů s vysokoškolským vzděláním. 50 % všech respondentů u pacientů muslimů nejčastěji uspokojuje potřebu vyznání víry, a to modlitbu, respektování osobních předmětů víry – Korán, kobereček, amulety, sestry umožňují provedení pacientových modliteb v oddělené místnosti – kapli, pacienty při modlitbě neruší, neprocházejí se před nimi, na modlitební předměty jim nesahají, neodebírají ani je nijak neznečišťují a nenamáčejí. Jako nejčastější bariéru při poskytování kulturně odlišné péče uvedli respondenti v 90 % bariéru jazykovou, a to neznalost arabštiny a jiných cizích jazyků u sester a neznalost češtiny u muslimů. Jako další nejčastější bariéru (65 %) uvedli respondenti nerespektování víry u muslimů. 80 % respondentů jako psychickou odezvu na neuspokojené potřeby u muslima označili hněv, v malé míře pak strach a úzkost. Zdrojem strachu u muslima v 90 % bývá jazyková bariéra, v 55 % nerespektování potřeb. 100 % respondentů uvedli, že předejit strachu lze využitím vhodné techniky komunikace a uspokojováním jejich potřeb.

DISKUZE

Rolantová (2012) zjistila, že 62 % respondentů zná specifika islámu, 81 % specifika stravy, 70 % hygieny a 85 % modlitby, v naší práci jsme zjistili, že 50 % respondentů umí posoudit kulturní specifika, v oblasti stravování mají znalosti v 65 %, hygieny v 40 % a modlitby v 50 %. Dále zjistila, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti mají v 95 % větší znalosti než středoškolsky vzdělaní (v 50 %), v naší práci jsme zjistili obdobné údaje, a to 96 %. Výzkum Pitekové a Gerlichové (2011) ukázal 85 % znalosti na otázky týkající se znalostí specifíků, v naší práci to bylo 55 %. 86 % respondentů uvedlo, že nemá na svém pracovišti informační příručky o daném etniku, v naší práci informační manuály, možnost využití komunikačních karet a služeb tlumočnicka využívá především zdravotnické zařízení v Praze (100 %), v Sedlčanech, kromě manuálů (a vyjma arabštiny), tyto služby nemají. Jako nejčastější bariéru označili respondenti v obou pracích bariéru jazykovou. Kubišová (2011) taktéž zjistila, že nejčastější bariérou při poskytování kulturně odlišné péče je bariéra jazyková (92 %). Jako nejčastější bariéru označili respondenti v práci Scholzové (2011) také bariéru komunikace, a to u 73,75 % u slovenských a u 77,50 % českých sester. 67 % sester požívá stejně jako respondenti z Prahy piktogramy. Dobré znalosti o poskytování kulturně odlišné ošetrovatelské péče v práci Scholzové má průměrně 63 % sester z obou republik.

V naší práci jsme zjistili, že 55 % respondentů umí posoudit kulturní specifika v uspokojování potřeb u muslimů. Zamboriová, Simočková a Sováriová Soósová (2015) uvádějí v průzkumu taktéž jazykovou bariéru, u sester v Česku 82 % a na Slovensku 83 %. 72 % sester v průzkumu Dobsonyové, Jankechové a Kollárové (2015) nemá znalosti o problematice transkulturního ošetrovatelství, 100 % uvedlo jazykovou bariéru, 90 % jsou schopni zajistit tlumočníka a 96 % nemají na pracovišti k dispozici komunikační karty, 55 % respondentů naší práce umí posoudit kulturní specifika u muslimů, 50 % zajistí tlumočníka a má k dispozici komunikační karty. V práci Norkové (2008) 72 % sester ví, že levá ruka je nečistá, 66 % zná zakázaný druh masa, v naší práci jsme zjistili, že 75 % sester se při zjišťování anamnézy zaměřuje na stravování muslimů a 30 % zná pravidlo levé ruky. Hrázská (2013) uvádí, že 100 % sester respektuje stravovací odlišnosti, v naší práci 82 % sester ví, jakým způsobem upravovat stravování u muslimů. Kousalová (2011) uvádí, že 45 % sester se s cizincem domlouvá cizím jazykem a 35 % pomocí rodiny pacienta. V naší práci jsme dospěli k tomu, že 50 % sester ke komunikaci využívá pomoc rodiny a 25 % se domluví cizím jazykem. 66 % respondentů v práci Kousalové a 90 % naší práce jako bariéru uvedli jazykovou bariéru. Pincová (2011) uvádí, že 76 % sester umí posoudit specifika v potřebě intimity, v naší práci intimitu umí posoudit 45 % sester. Zmapování vnímání kulturních aspektů při uspokojování potřeb muslimům poukazuje na to, že sestry umí posoudit kulturní specifika muslimů a respektovat pacienty potřeby. Některé sestry se ale přesto těmto pacientům raději vyhýbají, mají z nich strach. Většinou se jedná o sestry vyššího věku se středoškolským vzděláním a neznalostí světových jazyků (kromě ruského, jehož znalostmi muslimové nedisponují). Sestry s vysokoškolským vzděláním jednoznačně poukázali na fakt, že vzděláním na vysoké škole ošetrovatelství získaly dostatek vědomostí a znalostí v oblastech transkulturního ošetrovatelství, psychologie, sociologie a komunikace. Znalosti kulturně ohleduplné péče jim v poskytování péče usnadňují hodnocení potřeb muslimů. Jisté samozřejmě je, že žádná vysoká škola nenaučí žádnou sestru se lépe chovat, být tolerantnější, zručnější a zkušenější. Nabité vědomosti z vysoké školy jim ale určitě pomohou se lépe orientovat v současné migrační situaci. Nicméně i sestry vysokoškolačky se musí celoživotně nadále vzdělávat, protože pokrok jde kupředu a doba si žádá lidi připravené reagovat na situace pružně. Zjistili jsme, že sestry mají nedostatek jazykových schopností, nedostatek informací o komunikaci s cizinci. Daleko lepší je nedokonalé projevení cizího jazyku a snaha sestry komunikovat než žádná komunikace a nezáměr sestry. Pouze několik sester se dokáže s pacienty islámského vyznání domluvit některým ze světových jazyků.

Arabský či perský jazyk neovládá žádná námi oslovená sestra. 75 % sester v našem průzkumu nemá znalosti v univerzálních neverbálních projevech muslimů a to jim může znepříjemnit poskytování péče těmto pacientům, protože nedokážou tyto projevy včas rozpoznat a přiměřeně na ně reagovat. Některé sestry uvedly, že muslimští pacienti (muži) nerespektují sestru jako ženu. Při průzkumu jsme nadále zjistili, že důležitou roli v rámci poskytování kulturně odlišné péče pacientům muslimům hraje spolupráce multidisciplinárního týmu, a to propojení všeobecných sester, ošetřovatelů, lékařů, tlumočnicků, rehabilitačních pracovníků a nutričních terapeutů. Sestry jednoho zdravotnického zařízení nedisponují možnostmi mít na svém pracovišti komunikační karty ani nemají možnost využít služeb tlumočnicka. Manuály ošetřovatelských a lékařských vyšetření na pracovištích v tomto zařízení nemají zpracované v arabském jazyce jako je tomu ve druhém zdravotnickém zařízení. Tato skutečnost bude výzvou k oslovení managementu nemocnice k zajištění těchto služeb.

ZÁVĚR

Sestry se setkávají s cizinci na svých pracovištích, musí čelit různorodým pohledům na zdraví a zdravotní péči. Hlavní rolí sestry je citlivým přístupem, neodsuzujícím a důvěryhodným způsobem získat podrobné a specifické informace o zvlátnostech a omezeních ve stravování, hygieně, komunikaci a náboženství. Religiozita stojí u muslimů na prvním místě v jejich hodnotovém řebříčku a v uspokojování jejich potřeb hraje nejdůležitější roli. Svět se mění každou sekundou, minutou, hodinou a dnem, je to fakt, který nezměníme. Je důležité nepodceňovat muslimy a jejich zvyky. Jsou pevní ve svých názorech, které nikdy nemění. Jsou věrní svému náboženství, které vehementně prosazují. Striktnost kulturních zvyků se mění s každou zemí. Naše společnost je multikulturní, budme i my sestry multikulturní, ať se o tyto pacienty umíme postarat. Oni to jistě ocení. Pokud pochopíme problematiku multikultury a s ní spojené etiky, budeme lépe vnímat nejenom potřeby pacientů muslimů, ale i naše potřeby při setkání s odlišnou kulturou v cizí zemi.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BIZOŇOVÁ, J. 2011. „Mladý“ model J. C. Bacote. In *Florence*. ISSN 1801-464X, 2011, roč. VII, č. 7-8, s. 5-6.

BORSÍKOVÁ, A. 2015. Špecifiká v stravovaní moslimov v liečebných kúpeľoch. In *Zborník - Ošetrovateľstvo naprieč kulturami. Piešťanský deň ošetrovateľstva*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 27-36.

DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L. 2015. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In *Zborník – Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami. Piešťanský deň ošetrovateľstva*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 54-63.

GOŠOVÁ, V. 2015. *Islám*. 2015, [citované 2015.12.22]. Dostupné na internetu: <http://dum.rvp.cz/materialy/stahnout/honzfqij/Islam.ppt>.

HRÁZSKÁ, K. 2013. Model Leiningerové a Gigerové – Davidhizarové a jejich využívaní v praxi: Diplomová práca. České Budějovice : JČU, 2013. 106 s.

KUBIŠOVÁ, P. 2011. Specifika ošetrovateľskej dokumentace při poskytování ošetrovateľské péče pacientům cizincům: Diplomová práca. České Budějovice : JČU, 2011, 113 s.

KHIDAYER, E. 2012. *Život po arabsku*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, a. s., 2012. 248 s. ISBN 978-80-204-2786-1.

KOŠELOVÁ, A., OZIMÁKOVÁ, S., HULKOVÁ, V. 2015. Moslim ako klient v kúpeľoch. In *Zborník – Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami. Piešťanský deň ošetrovateľstva*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 135-140.

KOUSALOVÁ, R. 2011. *Role sestry při poskytování péče pacientům – cizincům*: Diplomová práca. České Budějovice : JČU, 2011. 153 s.

KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství – pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

KÜNG, H. 2006. *Po stopách světových náboženství*. 1. vyd. Brno : Centrum pro studium demokracie a kultury, 2006. 306 s. ISBN 80-7325-059-4.

MYSLIVCOVÁ, N. 2012. *Obřízce z jiných než zdravotních důvodů v ČR zákon nebrání*. 2012, [citované 2016.01.08]. Dostupné na internetu: <http://www.tribune.cz/clanek/27440>.

NORKOVÁ, J. 2008. *Co je povolené a co zakázané při ošetřování vyznavače islámu*: Diplomová práce. České Budějovice : JČU, 2008. 106 s.

PINCOVÁ, D. 2011. *Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovateľskej péči u vybraných minoritních skupin*: Diplomová práce. České Budějovice : JČU, 2011. 110 s.

PITEKOVÁ, M., GERLICOVÁ, K. 2011. Skúsenosti sestier pri poskytovaní starostlivosti pacientom iných etník na Slovensku. In *Biele srdce vo farebnom svete. Zborník odborných príspevkov z vedeckej konferencie*. Trnava : Trnavská Univerzita v Trnave, 2011. ISBN 978-80-8082-488-4, s. 37-46.

PLEVOVÁ, II. a kol. 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 244 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

ROLANTOVÁ, L. 2012. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit*: Disertační práce. České Budějovice : JČU, 2012. 266 s.

SCHOLTZOVÁ, E. 2011. Znalosti všeobecných sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti jedincom rôznych etník: Diplomová práce. Brno : Masarykova Univerzita, 2011. 92 s.

SLÁDKOVÁ, J. 2012. Jak se vyhnout konfliktu? Mějte po ruce odpověď. In *Florence*. ISSN 1801-464X, 2012, roč. VIII, č. 9, s. 3-4.

ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠČEPOŇCOVÁ, S., NOVOTNÝ, Z. 2013. Náboženství v kontextu umírání a smrti. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2013, roč. 23, č. 6, s. 11-13.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

VELKOBORSKÁ, J., SMUTNÁ, J. 2009. Základy ošetrování pacientů islámské komunity. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 3, s. 22.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2015. Multikultúrne aspekty ošetrovatel'stva. In *Zborník – Ošetrovatel'stvo naprieč kultúrami. Piešťanský deň ošetrovatel'stva*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 207-217.

Kontakt na autorku:

Bc. Martina Nosianová
Chirurgická ambulance
Tyršova 161, 264 01, Sedlčany
nosianovam@seznam.cz

**VZNIK A VÝVOJ VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE
SV. ALŽBĚTY BRATISLAVA A DETAŠOVANÉHO PRACOVISŤE ÚSTAVU
SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM**

PLATILOVÁ Markéta, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Detašované pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna v Příbrami, slaví v letošním roce deset let od svého vzniku. Proto jsme chtěli ukázat, jakým vývojem prošel nejen příbramský Ústav, ale při průzkumu historických dokumentů jsme mapovali i rozvoj mateřského ústavu, Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě. Její aktivity nejen na poli rozvojovém, misijním a charitativním, ale i rozvoj studijních oborů a přibývání detašovaných pracovišť. Provedli jsme historickou retrospektivní studii a její výsledky jsme seřadili chronologicky podle jednotlivých akademických roků od založení vysoké školy po poslední akademický rok 2015/2016. Na základě obsahových analýz archivovaných a dostupných dokumentů se nám podařilo zmapovat konkrétní fakta o rozvoji vysoké školy, jejích představitelích, managementu i událostech, které jednotlivá období provázely. Vzniklý dokument může sloužit jako přehled ucelených informací o historii i současnosti Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty, jako zdroj potřebných informací pro zájemce o studium i jako literatura faktu, kdy lze dohledat aktivity, události i projekty nejen daného akademického roku, ale i o celého období existence VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava a jejích detašovaných pracovišť.

Klíčová slova: Ošetrovatelství. Pracoviště sv. Alžběty. Sociální práce Ústav. Vysoká škola

ÚVOD

Retrospektivní analýza existence vysoké školy má na dvě hlavní vývojové etapy. První etapa mapuje období od vzniku školy v roce 2002 po dobu prvních deseti let její činnosti. Druhé období pak zobrazuje směr rozvoje od roku 2012 do současnosti. Deklarujeme vývoj dlouhodobého záměru VŠZ a SP sv. Alžběty, který je realizován ve třech rovinách.

První je zaměřená na výchovu a vzdělávání ve třech stupních vysokoškolského studia doma i v zahraničí, druhá na výzkum zaměřený na sociální vědy s humanitárním zaměřením a tropické zdravotnictví a poslední na misijní, humanitární a zdravotnické činnosti doma i v zahraničí. Misijní a humanitární činnosti v zemích třetího světa je VŠZ a SP sv. Alžběty známá po celém světě. Její charitativní a zdravotnické aktivity jsou záchranou pro chudé a nemocné nejen v Africe, ale i ve Vietnamu nebo na Haiti (Kilíková, 2015). Charakterizujeme projekty, které vznikaly postupem let současně s rozvojem VŠZ a SP sv. Alžběty a které se zabývají nejčastěji pomocí sirotkům, zanedbaným chudým dětem anebo dětem s HIV pozitivitou. Alespoň část z nich ukážeme v chronologickém přehledu v rámci příslušných roků rozvoje VŠZ a SP sv. Alžběty.

VZNIK A VÝVOJ VŠZ A SP SV. ALŽBĚTY OD ROKU 2002 DO ROKU 2012

Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty je soukromá vysoká škola neuniverzitního typu, její sídlo je v Bratislavě. Působí jako nezisková organizace, byla zaregistrovaná na Krajském úřadě v Bratislavě 21. 10. 2002 na základě udělení státního souhlasu vládou Slovenské republiky usnesením č. 891 z 24. 9. 2003, pod číslem OVVS 673/54/2002-NO. Zakladateli jsou soukromé osoby ve spolupráci s Nadací na podporu výchovy a vzdělávání na Fakultě zdravotnictví a sociální práce univerzity v Trnavě. Působí v duchu křesťanského humanizmu a šíří odkaz sv. Alžběty, bratislavské rodačky, jejíž doménou bylo sloužit nemocným a chudým bez rozdílu rasy, národnosti a náboženské orientace.

Od vzniku vysoké školy v roce 2002 byl v jejím čele její zakladatel rektor prof. MUDr. Vladimír Krčméry, PhD., DrSc., Dr. h. c., funkci rektora zastával až do roku 2008, kdy odstoupil z pozice rektora VŠ a SP sv. Alžběty na protest proti tehdejšímu ministru školství Jánovi Mikolajovi, který zveřejňoval informace o VŠZ a SP ještě před ukončením komplexní akreditace. Ve funkci rektora profesora Krčméryho nahradil doc. MUDr. Marián Karvaj, PhD. Poté, co v roce 2010 docent Karvaj přijal nabídku na funkci ředitele FN s P v Nových Zámčích, rezignoval na funkci rektora. V prosinci 2010 byl Akademickým senátem VŠZ a SP profesor Krčméry znovu zvolený a začátkem roku prezidentem slovenské republiky opětovně uvedený do funkce rektora VŠZ a SP. Činnost vysoké školy se v oblasti mezinárodních vztahů orientuje na soulad v náplni studijních programů s programy vzdělávacích institucí v zemích Evropské unie.

V rámci úspěšné mobility studentů byl také na vysoké škole používán kreditní systém a to od akademického roku **2003/2004**. V akademickém roce **2004/2005** bylo do oblasti Keni, Kambodže, Norska a Německa vysláno 12 a o rok později 13 studentů. Studijní pobyty byly i v Belgii, Řecku, Polsku, Španělsku, Turecku, Itálii, Dánsku nebo v České republice. V rámci programu Socrates/Erasmus vycestovalo v akademickém roce **2004/2005** do Rakouska, SRN a Itálie 11 pedagogů. V roce **2006/2007** do České republiky, SRN, Etiopie, Kambodže a na Haiti odcestovalo pedagogů již 27.

V následující tabulce je přehled fakult a detašovaných pracovišť VSZ a SP sv. Alžběty, která byla v průběhu prvních deseti let činnosti založena. Uvádíme přehled i zahraničních v chronologickém pořadí podle data vzniku.

Tabulka č. 1 Fakulty a detašovaná pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty 2002 - 2012

(Zdroj: ŠP a R VŠZ a SP, 2003-2012)

Město	Název institutu, fakulty, detašovaného pracoviště, zahraničního pracoviště	Rok založení
Bardějov	Ústav Královny Pokoje z Medžugorja	2004/2005
Bratislava	Institut misijní práce a tropického zdravotnictví Jana Pavla II Institut pro další vzdělávání sociálních pracovníků Postgraduální institut	2003/2004
Bánská Bystrica	Ústav romských evropských studií Sv. Sára Marseille	2009/2010
Čadca	Ústav Božího milosrdenství	2005/2006
Nové Zámky	Institut zdravotnictví a sociální práce sv. Ladislava	2004/2005
Košice	Ústav Košice Bl. Z. Mally	2008/2009
Spišská Nová Ves	Ústav Bl. Vasil'a Hopky	2007/2008
Skalice	Ústav Dr. J. Blahy	2007/2008
Partizánske	Detašované pracoviště Sv. Cyrila a Metoda	2007/2008
Piešťany	Ústav Sv. Pátera Pia	2005/2006
Prešov	Institut sociálních věd a zdravotnictví bl. P. P. Gojdiče	2002/2003
Rožňava	Ústav Bl. Sv. Barbory Salkaházyiové	2007/2008
Michalovce	Ústav Bl. Metoda D. Trčky	2007/2008
Trstená	Ústav Bl. Tomislava Kolakoviče	2006/2007
Žilina	Ústav Saleziánů Sv. Dona Bosca	2007/2008
Praha	Husův institut teologických studií	2006/2007
Příbram	Ústav Ošetřovatelství sv. Jana Nepomuka Neumanna	2007/2008
WeiBenfels	Medicínské vzdělávací centrum	2006/2007
Nairobi	Institut sociální práce L. Mary Immaculaty	2006/2007
Kambodža	Institut sociální práce, Phnom Phen	2006/2007
Srbská republika	Ústav sociální práce Báčský Petrovac	2007/2008
Ukrajinská rep.	Ústav sociální práce Sv. Bl. T. Romži, Korolevo	2007/2008
Rumunská rep.	Ústav sociální práce, Nadlak	2007/2008

VŠZ a SP měla v roce **2007** dvě fakulty a tři ústavy, Fakultu misijní práce a tropického zdravotnictví Jana Pavla II. se sídlem v Bratislavě, Fakultu ošetrovatelství sv. Ladislava, která sídlila v Nových Zámčích a Ústav sociálních věd a zdravotnictví blahoslaveného P. P. Gojdiče v Prešově. Dále měla škola v roce **2008** uzavřeno celkem 9 dohod o mezinárodní spolupráci, kde hlavním cílem je rozvoj vztahů v oblasti vědy a vzdělávání. Dohody se týkaly hlavně výměny informací z oblasti vědeckých aktivit, předávání zkušeností a poznatků. Mimo to jednotlivé fakulty spolupracovaly s dalšími zahraničními univerzitami. Dohody škola uzavřela s Ministerstvem zdravotnictví republiky Haiti, Ministerstvem zdravotnictví republiky Burundi, s Katolickou univerzitou v Nairobi v Keňi a ve Scrantonu v Pensylvánii, s Ústavem infekčních chorob Katolické univerzity v Římě, s Univerzitou Khemarak v Phnom Penhu, dále s univerzitami v Oslu, Permu a s Husovým Teologickým institutem v Praze.

V rámci podepsaných smluv se VŠZ a SP sv. Alžběty podílela na mnoha humanitárních projektech v zemích třetího světa. Ať se jednalo o výstavbu sirotčinců, dětských útulků, škol nebo medicínské a misijní pomoci. Například katedra misiologie VŠZ a SP sv. Alžběty, pod vedením prof. Ing. Ladislava Bučka každoročně vysílala studenty misijní a charitativní práce na tříměsíční stáž do **Domu sester Matky Terezy** v Jerevaně, kde se starali o mentálně postižené děti a mládež. Tyto aktivity byly pro studenty možné od roku 2003. (ŠP a R VŠZ a SP, 2003-2012).

Vzdělávání v oboru Ošetrovatelství na VŠZ a SP sv. Alžběty začalo v roce **2003**. Od počátku, tedy od přiznání akreditace v roce 2003, se uskutečňuje na Katedře ošetrovatelství v Bratislavě a to jak formou denního, tak i externího studia bakalářského i magisterského stupně vzdělávání.

V tabulce je přehled akreditovaných studijních programů, které se v prvních letech vyučovaly.

Tabulka č. 2 Přiznaná práva na akreditované programy

Program	Stupeň
Sociální práce	Bc., Mgr., PhD.
Ošetrovatelství	Bc., Mgr., PhD.
Veřejné zdravotnictví	Bc., Mgr., PhD.
Laboratorní a vyšetřovací metody ve zdravotnictví	Bc., Mgr.

Zdroj: Študijný program VŠZ a SP, 2003, s. 8

V roce 2003 vzniklo Centrum pro podvyživené děti Neposkvrněné Panny Marie v Nairobi, v Keni a Klinika sv. Maximiliána Kolbeho v Phnom Penhu v Kambodži. O rok později, v roce 2004, realizovala VŠZ a SP pomoc při testování a poradenství při HIV, VCT centrum a laboratoř na prevenci HIV/AIDS v Nairobi, ve slumu Mukuru v Keni. V tomtéž roce sponzorovala i realizovala doma, na Slovensku, Útulek pro bezdomovce Mea Culpa, v tomto případě se na sponzorování podílela s Magistrátem hlavního města Slovenské republiky Bratislava. Azylová centra pro ženy a děti na útěku a pro bývalé narkomany v rámci sociální záchranné sítě budovala v Malackách, Dolní Krupě a v Jarné. Každý rok odcházeli na 3 měsíce do Jerevanu v Arménii dva studenti, dobrovolníci z Katedry misiologie. Spolu se sestrami z Kongregace misionářek lásky se starali o postižené děti v Jerevanu a ve Spitaku. (Bencová Utěšená, 2013).

VŠZ a SP sv. Alžběty získala mezinárodní akreditaci a novelizaci statutu, který Ministerstvo školství Slovenské republiky schválilo od roku 2005. Díky této akreditaci se začalo od akademického roku **2005/2006** s provozem společného detašovaného pracoviště v Praze, Vídni, Lipsku a Phnom Penhu.

V rámci humanitárních projektů v zahraničí byla založená detašovaná pracoviště:

Dům sociální péče bl. Teodora Romži v Korolevě na Ukrajině, detašované pracoviště Klinika tropických chorob Božího milosrdenství Misericordia Dei v Novém Súdánu, detašované pracoviště Klinika tropických chorob sv. Bakithy Súdánské, v Mihangu v Novém Súdánu, Husův Institut teologických studií v Praze, University Clinic for Clinical Pharmacology ve Vídni a Medizinisches Bildungszentrum Bad Kösen v Německu.

Rok 2005 byl letopočtem vzniku Kliniky tropických chorob bl. Ladislava Stramanna Báthányiho v Eldoredu v Keni, kde byla poskytována pomoc při vyšetření a léčbě tuberkulózy, podvýživy, lepry, malárie a AIDS. Nemocnice Panny Marie Fatimské v Gordimu v Jižním Súdánu se věnovala kromě jiného léčbě TBC, lepry a malárie.

Další rok, 2006, přinesl založení Dětského domova Božího milosrdenství sv. Faustíny v Nyamlellu v Jižní Súdánu, pro 115 sirotek, kteří přišli o své rodiče během nepokojů anebo v důsledku nemoci, převážně od 4 do 11 let. Léčebný domov pro děti s HIV/AIDS, „House of Smile“ v Phonh Penhu v Kambodži, poskytoval 30 sirotkům nebo polosírotkům sociální zabezpečení, vzdělání a hlavně léčbu, ke které by jinak neměli přístup. Opět v Nairobi vznikla Klinika pro chudé sv. Rafaela a sv. Bakithy, kde byla poskytována základní zdravotní péče sociálně slabým vrstvám obyvatel slumů. Stejně tak Antimalnutriční centrum sv. Charlese Lwanga ve slumu Lunga Lunga, jehož účelem bylo zabránit úmrtím podvyživených dětí a edukovat matky ve správné péči.

Na Ukrajině vzniknul v tomtéž roce Dětský domov sv. Alžběty. Studenti VŠZ a SP zde pracovali v rámci odborné praxe (Bencová Utěšená, 2013).

V roce 2005 se počet studentů navýšil na zhruba 6000. Bylo otevřeno denní studium Ošetrovatelství a Sociální práce, akreditovány čtyři PhD. programy, získána akreditace na habilitace a inaugurace. Celkový počet akreditovaných programů doma i v zahraničí byl 38. Pedagogický sbor se k 30. 6. 2006 rozrostl na 30 profesorů, z nichž jen šest přesahovalo věk 60 let. Škola se rozšířila o studijní programy Radiologická technika, Fyzioterapie, Zubní technika a v denním studiu Ošetrovatelství a Sociální práce. (ŠP a R, 2006).

Na základě mezinárodní akreditace se začalo pracovat od akademického roku **2006/2007** na společných detašovaných pracovištích i v zahraničí, v Praze, Phnom Penhu, Nairobi a Weisenfelsu. V roce 2005 byl na Fakultě zdravotnictví a sociální práce bl. P. P. Gojdiče v Prešově založený odborný časopis „Zdravotníctvo a sociálna práca“. Postupně se vypracoval z odborného časopisu na vědecko odborný.

Novinkou v akademickém roce **2007/2008**, bylo otevření **Národního referenčního centra pro tropické choroby**, jako specializovaného pracoviště Úřadu veřejného zdravotnictví Slovenské republiky s místem výkonu VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě. Zřízené bylo Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky v únoru 2007. Hlavními důvody byly problémy s léčbou malárie na Slovensku. V rámci své odborné činnosti se zabývalo zabezpečováním speciálních analýz tropických chorob pro státní zdravotní dozor Úřadu veřejného zdravotnictví Slovenské republiky a úřadů veřejného zdravotnictví ve Slovenské republice. Zavádělo nové metody a ověřovalo diagnostiku na určování tropických chorob, poskytovalo metodickou a odbornou pomoc pro síť pracovišť v rámci regionálních úřadů veřejného zdravotnictví. (Anon, 2015). V téže roce vzniklo v Keni Rehabilitační centrum sv. Kizita a sv. Gianny Beretty pro chlapce, kteří žili na ulici, poskytuje jim vzdělání a resocializaci, byla založena v Burundi Nemocnice sv. Sára Salkaháziové. V nemocnici, kterou opustili kubánští lékaři, došlo ke kompletní rekonstrukci a slovenští lékaři poskytovali konzultace odborné i všeobecné. Postupně došlo k obnovení provozu lůžkové části nemocnice, rozdělené na jednotlivé oddělení, operační a porodní sály (Kilíková, 2015). Ve stejném roce vznikla na Haiti Klinika sv. Mikuláše pro zhruba 60 pacientů s malárií, HIV a různými parazitárními chorobami. Také zemědělský projekt Bois de Laurence, jehož cílem byla podpora kooperativy a zvýšení potravinové dostupnosti a bezpečnosti v severovýchodní části Haiti (Bencová Utěšená, 2013). V roce 2007 je uvedena ve Študijném programu a ročence VŠZ a SP sv. Alžběty strategická vize vysoké školy, snaha o aktivizaci denního

studia, zřízení minimálně dvou vědeckých laboratoří a v neposlední řadě úspěšně absolvovat komplexní akreditaci školy.

Z dalších aktivit vysoké školy uvedme například otevření čtyř nových tropických klinik v nejchudších zemích Latinské Ameriky, na Slovensku nového útulku pro bezdomovce nebo charitativního centra v Bardějově. Zahájili jsme spolupráci s Parazitologickým ústavem Slovenské Akademie věd, kdy kromě jiného pracovníci parazitologického ústavu přednášeli problematiku životního prostředí, parazitologii, epidemiologii a infektologii našim studentům, (ŠP a R, 2007/2008, str. 4)

V roce **2008** se začala realizace školního projektu Kommar Chlad AnDong v Kambodži, který měl zajistit vzdělání, respektive přístup k němu, pro chudé a zanedbávané děti ze slumu AnDong ve městě Phom Pheng. Finanční sbírka od slovenských rodin na podporu dětí z léčebných domů v Kambodži, které měly zabezpečit HIV pozitivním dětem start do budoucnosti, byla spuštěná pod názvy Adopce na blízko pro Kambodžu a Dvoubarevný svět. House of Family I pro děti s HIV/AIDS, také v Kambodži, poskytoval od roku 2008 ubytování, sociální péči, léčbu nejen dětí, ale případně i jejich rodinných příslušníků. Přímo v Saigonu ve Vietnamu, byl vybudovaný dětský domov Tao Dan, ve kterém byla poskytována komplexní péče deseti chlapcům od 7 do 14 let. Připomeneme také Nemocnici Marialou v Jižním Súdánu, jako zdravotnické zařízení pro chudé, která měla celkem 56 lůžek. Anebo Resocializační zařízení pro sirotky v Burundi, které se snažilo zlepšit podmínky života opuštěných dětí z Rutova a najít jim novou rodinu. Ještě uvedme Rehabilitační centrum bl. Zdenky Schellingové pro děvčata v Mihangu v Nairobi. Kapacita byla 15 děvčat, délka pobytu 2 roky a cílem byla resocializace - téměř všechny žily na ulici a velká část z nich byla i sexuálně zneužívaná (Bencová Utěšená, 2013).

Na detašovaném pracovišti sv. Cyrila a Metoděje v Partizánském bylo pod vedením prof. MUDr. Mirona Šramky, DrSc., Ošetrovatelství přednášeno od roku 2008. Tento rok také znamenal začátek možnosti studia bakalářského nebo magisterského studia oboru Sociální práce se zaměřením na Veřejné zdravotnictví. (Anon, 2007).

Výsledky aktivit VŠZ a SP za rok 2008, které hodnotil rektor školy, profesor Krčméry v „ročence“ pro daný akademický rok vypadaly zhruba takto: Získali jsme akreditaci na nově otevřené ústavy pro bakalářské studium - Ústavy bl. D. Trčky a bl. V. Hopky v Michalovcích, bl. G. Mally v Košicích, pro Slováky žijící v zahraničí v Báčském Petrovci v Srbsku. Tím počet našich akreditovaných programů dosáhl čísla 50. Vytvořili jsme Institut dalšího vzdělávání ve Slovenské republice, který v roce 2008 získal granty v hodnotě 8 milionů slovenských korun a akreditaci na dva postgraduální programy z Ministerstva

školsť Slovenskej republiky - Sociálna práca pre seniory a Sociálna práca v teréne - streetwork. Ďalej vysoká škola prešla procesom komplexnej akreditácie, ktorá trvala viac než 14 mesiacov. Podali sme tiež návrh na medzinárodnú akreditáciu ACESA a získali potvrdenie práv na štyri základné projekty, z ktorých jeden bol spoločný s Rakouskom, jeden s Nórskom a jeden s USA (Anon, 2008).

Z analýz obsahu dokumentov v danom akademickom roku sme zistili, že vzniklo nové detašované pracovisko sv. Barbory v Rožňave, jehož prevádzku začal 9. júna 2009 slávnostným imatrikuláciou študentov 1. ročníka bakalárskeho štúdia Ošetrovateľstva. Na záver celej slávnostnej udalosti predal rektor VŠZ a SP profesor Krčméry „Pečeť rektora“ docentke PhDr. Márii Kilíkovej, PhD., a ministrovi zdravotníctva Slovenskej republiky MUDr. Richardu Rašimu (O. D., 2010).

V Srbsku, na detašovanom pracovisku v Báčskom Petrovci, sa otváral ústav sociálnej práce, ktorý zaštitoval prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. Vyučovacím jazykom bol jazyk slovenský. V rumunskom Nadlaku ďalší ústav sociálnej práce, s vedúcim prof. MUDr. Peterom Jurišom, PhD. Ďalšie podobné centrum vzniklo v roku 2009 pod názvom Detská klinika bl. Petra Pavla Gojdiča pre deti s HIV/AIDS, opäť v Kambodži v Siهانoukwille. Poskytovala sociálnu pomoc, liečbu i pomoc rodinným príslušníkom pre 30 detí. Od tohto roku tiež fungoval projekt Zdravotne sociálneho centra sv. Charlese de Foucault v Bejrúte v Libanone, ako zdravotní, materiálna a sociálna pomoc pre kresťany, migrujúci z Iraku. Opäť pre deti z ulice, tentokrát vo Vietname, bol otvorený Sirotčinec sv. Ondreja DongLac, centrum, ktoré jim poskytovalo vzdelávanie i ubytovanie. Keňa, mestčko Muhoroni a Antimalnutričný projekt a nemocnice - rovnako ako v ostatných centrach pre podvyživené deti venovalo starostlivosť edukácii rodičov a zabráneniu zbytočným úmrtiam. Znovu Keňa tentokrát Eldoret a Dóm nádeje sv. Bakithy - resocializačné centrum pre 36 dievčat, žijúcich na ulici. Juhoafrická republika, Lesotho a Klinika Maqhaka, ktorá sa snažila zvýšiť profesionálnu zdravotnú starostlivosť. V celej oblasti Lesotha bolo v tomto období len necelých 50 lekárov, zdravotní starostlivosť poskytovaly predovšetkým sestry. Znovu Lesotho, tentokrát HaBuasono a Detský domov sv. Cecílie s komplexnou starostlivosťou pre sirotky, ktorých rodičia zomreli na AIDS. Bol postavený v miestach, kde nikdy podobné zariadenie nebolo a obsáhol starostlivosť o 30 detí (Bencová Utěšená, 2013).

V ročenke pre akademický rok **2009/2010** sme našli hodnotenie aktivít v sedmém. roku od založenia školy. Počet študentov na dennom i externom štúdiu sa navýšil na približne 15 000. O ň sa staralo 21 riadnych domácich a 10 zahraničných profesorov, 20 docentov, 374 ďalších učiteľov s titulmi PhD. alebo CSc., DrSc.

Dohromady šlo o 425 kvalifikovaných interních a dalších bezmála 400 externích učitelů z pěti zemí. Tento rok se hlásilo doma i v zahraničí více než 5500 studentů na denní i externí formu studia. Dále je uvedeno, že jsme se rozrostli o další tropické kliniky v nejchudších oblastech Latinské Ameriky. Na Slovensku nadále provozujeme útulek pro bezdomovce ve Vrakuni, Malackách a nový v Dolní Krupé. Dále akreditační komise odsouhlasila čtyři nové denní formy studia - Veřejné zdravotnictví, Laboratorní vyšetřovací metody, Misiologii a Fyzioterapii. Získali jsme i akreditaci pro denní studium PhD. v oboru Veřejné zdravotnictví. Počet našich akreditovaných programů dosáhl počtu 53. V Bánské Bystrici jsme zřídili Institut Romských studií EU, který bychom chtěli uvést do provozu co nejdříve. Prošli jsme také od roku 2007 dvouletým procesem dvou komplexních akreditací. Výsledkem bylo doporučení akreditační komise pro způsobilost ve 49 akreditovaných programech (žádali jsme o 50), dále rigorózní, doktorandské, habilitační, inaugurační řízení a postgraduální vzdělávání. Dále jsme získali mezinárodní akreditaci ACESA na pět programů včetně PhD., pro všechny tři stupně studia. V dalších dvou státech Evropské unie jsme založili samostatné vysoké školy a vytvořili s nimi společné programy. V Dolní Krupé jsme s pomocí řeholních sester zakoupili další, již druhý, útulek pro týrané ženy na útěku. (Anon, 2009).

Misijní činnost pokračovala v roce 2010 vybudováním tuberkulózního centra Hospital Dona Bosca - Mission Tonj v Jižním Súdánu. Kromě léčby 40 dospělých pacientů poskytovala VŠZ a SP sv. Alžběty podporu prostřednictvím akce „Kozy pro Afriku“, za vybrané peníze se přímo na místě koupila koza. Maso z ní poskytlo jídlo pro 65-70 dětí jednou týdně. Klinika Bigugu ve Rwandě byla vybudovaná v rámci zdravotní péče pro sociálně slabé vrstvy v horské oblasti regionu Bisesero. „Studny pro Haiti“ se jmenoval další projekt, kdy se vrtaly studny pro obyvatele na severozápadě Haiti, kteří neměli přístup k pitné vodě (Bencová Utěšená, 2013).

V říjnu roku 2010, na slavnostní imatrikulaci studentů prvního ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství a Sociální práce obdržela doc. PhDr. Mária Kilíková, PhD., mim. prof., vedoucí detašovaného pracoviště VŠZ a SP v Rožňavě, brož „SVATÁ ALŽBĚTA“ za úsilí a zásluhy při budování detašovaného pracoviště. Imatrikulace se zúčastnili přední akademičtí funkcionáři, například prof. MUDr. Mariána Karvaj PhD., současný rektor VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě, zřizovatel školy prof. MUDr. Vladimíra Krčméry, PhD., DrSc., Dr. h. c. a prof. MUDr. Mirona Šramka, DrSc., prorektor VŠZ a SP sv. Alžběty. (Koltáš, 2010).

Od roku 2010 byla absolventům v rámci slavnostního aktu předávána i čestná dekorace, brož s podobiznou sv. Alžběty. Stříbrnou brož obdrželo v dubnu při předávání diplomů 172 absolventů magisterského studia v Prešově. Bronzovou získalo 25 absolventů bakalářského studia v červnu 2010 v Nových Zámcích. Čestná dekorace oboru Ošetrovatelství, „sv. ALŽBETA BRATISLAVA“ byla předávána v rámci dlouhodobé tradice v ošetrovatelství ve střední Evropě. Absolventi VŠZ a SP sv. Alžběty mohou nošením brože vyjádřit příslušnost ke své alma mater a dát najevo ztotožnění se s jejím posláním. Brož je vydávána ve třech druzích. Zlatá je předávána doktorům (PhD.), docentům a profesorům, stříbrná magistrům a PhDr., a bronzovou získávají absolventi bakalářského stupně studia.

Autorem první verze brože sv. Alžběty 2010 i druhé verze 2011 je prof. PhDr. Vlastimil Kozoň, PhD. Všechny tři stupně čestné dekorace je možné výjimečně udělit i osobám, které se významně přičinily o rozvoj ošetrovatelství, nejen domácím, ale i zahraničním (Kozoň et al. 2012). Od akademického roku **2011/2012** nastaly další změny. Akreditační komisí byl škole přiznaný dosavadní status a současně Ministerstvem školství SR přiznané i vyšší pravomoci, než měla doposud. Škola tedy může poskytovat vysokoškolské studium od bakalářského, přes magisterský, doktorandský až k habilitacím a jmenováním profesorů. Ve čtyřech vědních oborech má právo udělovat vědeckou hodnost DrSc., jako jedna z mála vysokých škol na Slovensku. Momentálně působíme ve 20 zemích světa. Máme 61 programů a 45 projektů. VŠZ a SP sv. Alžběty n.o. se ke dni 13. 4. 2011 stala platným členem Evropské asociace univerzit. Tím se stává součástí vyššího evropského vzdělávání s právem účasti na aktivitách a projektech EUA a tím se výrazněji podílí na participaci s akademickým světem v Evropě.

Cílem a záměrem VŠZ a SP bylo udržovat a nadále i posilovat své postavení na národní úrovni a vzdělávat i zahraniční studenty na Slovensku. Jednalo se o studenty z Čínské republiky, Rakouska, Jugoslávie, Ukrajiny, Kambodže, Keni, Burundi, Libye nebo Haiti. Budoucím záměrem bylo postupné budování dalších pracovišť v rozvojových zemích, zaměřené na vzdělávání, výzkum a humanitární pomoc, lze uvést například Ugandu, Etiopii, Rwandu, Kambodžu, Angolu, Burundi, Súdán nebo Haiti.

Další cenu ministra školství za vědu a výzkum, za posledních devět let už podruhé, získal slovenský Tropický institut za výzkum v oblasti AIDS a malárie u dětí. V červnu 2011 schválil akademický senát detašovanému pracovišti VŠZ a SP v Příbrami patrona sv. Jana Nepomuka Neumanna, proto od akademického roku 2011/2012 bylo detašované pracoviště přejmenované na Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna.

Vedoucí katedry a prorektor VŠZ a SP sv. Alžběty, prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. byl v rámci slavnostního galavečera oceněn jako osobnost vědy a techniky. Získal cenu za rok 2012. Oceněn byl za experimentální práce v oblasti výzkumu s realizačními výstupy do praxe.

Fakulta bl. P. P. Gojdiče získala v dubnu 2012 mezinárodní akreditaci.

V roce **2012** slavila vysoká škola 10 let od svého založení. Z Ročenky pro akademický rok 2012/2013 můžeme uvést některé úspěchy:

- přijetí VŠZ a SP v roce 2007 mezi signatáře Boloňské charty,
- akreditační komise v hodnotící zprávě v roce 2008 přidělila ve společenských vědách hodnocení A, v medicínských vědách B,
- úspěšně absolvovaná mezinárodní evaluace, pracovní skupina byla složená z profesorů z USA, Anglie a Rakouska,
- obhájení akreditace studijních programů na Slovensku, jako druhá škola v republice působíme i mimo SR a ČR, počtem osmi studijních programů v zahraničí jsme na prvním místě,
- největší podíl zahraničních učitelů v porovnání s ostatními vysokými školami, stejně jako největší počet studijních programů v zahraničí,
- otevření nových zdravotně - sociálních programů v Indii, Čadu, Hondurasu, celkové působení naší školy na 5 kontinentech ve 25 zemích (Anon, 2012).

Při příležitosti 10. výročí založení školy byla 17. 11. 2012 v Bratislavě konference s názvem: „*Rozvoj sociálnej práce a sociálnej solidarity v podmienkach Slovenskej republiky so zameraním na prínos Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.*“ (Zborník, 2012) V rámci pracovní části konference vznikl klub absolventů VŠZ a SP - Alumni klub. Absolventi se budou moci podílet na organizování společných odborných setkáních anebo na dalších aktivitách, které volně vyplynou ze vzájemných potřeb. V květnu 2013 v Bratislavě podepsal na slavnostním zasedání vědecké rady rektor Univerzity v Scrantonu profesor K. Quinn a rektor VŠZ a SP sv. Alžběty profesor Vladimír Krčméry, dohodu o spolupráci mezi oběma univerzitami o společném studijním programu. Vznikl další společný program s Catholic University of East Africa, společný výzkumný program s Makerere University Kampala a Baylor College Texas v Buikwe, Ugandě a Maseru Lesothu (Anon, 2015).

V akademickém roce **2013/2014** dochází k dalším změnám. Zakladatel VŠZ a SP sv. Alžběty a rektor, profesor Vladimír Krčméry, je skončení funkčního období v prosinci 2013 vystřídán nově jmenovaným rektorem prof. MUDr. Mariánem Karvajem, PhD., který byl navržen akademickým senátem školy a jmenován prezidentem republiky. Můžeme uvést další úspěšné aktivity, kterých škola dosáhla za jedenáct let trvání. Například otevření nových zdravotně sociálních programů v Indii, Čadu, Hondurasu, Bolívii a Kirgizsku, spuštění nových romských programů v Blatných Remetách, Jarovnicích a Košicích. Jméno VŠZ a SP sv. Alžběty, respektive jejího zakladatele, zaznělo i na 41. ročníku Mezinárodního filmového festivalu Ekotopfilm. Při slavnostním zahájení festivalu v Bratislavě se udělovaly i ceny za mimořádné výkony dosažené v zájmu trvale udržitelného rozvoje, za významné vědecké objevy, humánní nebo kulturní aktivity, anebo za celoživotní dílo v rozvoji lidské společnosti. Laureátem Honour of Ekotopfilm 2014 se toho roku stal: *„lekár, vedec, vysokoškolský pedagóg, zakladateľ zdravotníckych, sociálnych zariadení a iniciátor humanitárnych misií v krajinách tretieho sveta“* prof. MUDr. Vladimír Krčméry, PhD., DrCs., Dr. h. c. (TASR, 2014).

Dalšího uznání VŠZ a SP sv. Alžběty se dostalo na půdě Oxfordské univerzity, Oxfordské akademické společnosti a Oxfordského klubu rektorů 28. 8. 2014. Prof. MUDr. Marián Karvaj, PhD., jako jeden z 12 rektorů z celého světa, dostal prestižní pozvání přednášet na Oxfordské univerzitě, na Baillors College. Přednáška prof. Karvaje na Baillors College a prof. Krčméryho na Oxford Club of Rectors byla předzvěstí události, která se odehrála 12. 10. 2014. Ten den byla VŠZ a SP sv. Alžběty přijata do Oxfordského klubu rektorů a Oxfordské akademické unie (Anon, 2014). Na Mezinárodní den sester, 12. 5. 2015, otevřela VŠZ a SP sv. Alžběty třetí projekt v severním Iráku, pátý na Blízkém Východě, zhruba 15 kilometrů od bojové linie. Dvoučlenná posádka MUDr. Ulmann a MUDr. Dudová, PhD., pracovala v utečeneckém táboře, kde se starali o nemocné utečence bez rozdílu národností a náboženského vyznání. Další tříčlenná posádka operovala u Irbily, dvoučlenná u Kirkuru. Na nové sanitky, které tým lékařů dostal, přispěla i slovenská katolická charita, polská katolická charita, ale i další zaměstnanci a studenti (Anon, 2015).

V listopadu 2015 navštívil ministr zahraničních věcí Ing. Miroslav Lajčák, CSc., spolu s první dámou Keni Mrs. Kenyatto univerzitní humanitární projekt VŠZ a SP sv. Alžběty - Kliniky sv. Bakithy v Mihangu v Keni. Na klinice, kde pracovalo i 12 našich zaměstnanců pod vedením koordinátorky pro zdravotnictví v subsaharské Africe MUDr. Kafkové, PhD.,

kteřá je i pracovníci VŠZ a SP sv. Alžběty, bylo ročně ošetřeno více než 45 tisíc pacientů. Klinika vznikla v roce 2006, slaví tedy letos 10 let výročí svého vzniku.

Akademický senát VŠZ a SP sv. Alžběty, n.o. Bratislava, ve smyslu statutu VŠZ a SP sv. Alžběty, n. o. vyhlásil volby do akademického senátu VŠZ a SP na období let 2016 - 2020 na 11. 2. 2016. V současné době má VŠZ a SP uzavřeno 12 dohod o mezinárodní spolupráci, které mají za cíl rozvíjet vztahy v oblasti vědy a vzdělávání., od roku 2009 tedy přibýly další tři pracoviště. Dva pedagogové VŠZ a SP sv. Alžběty obdrželi v uplynulých 5 letech cenu „Vědec roku“, prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc., prorektor pro výzkum a prof. Fedor Freybergh, DrSc., Dr. h. c. Co se týká vyjádření akreditační komise k vnitřnímu systému kvality a jeho uplatňování, píše se ve zprávě, že cíle stanovené dokumentem o vnitřním systému zabezpečení kvality jsou reálné a správně definované. VŠZ a SP si uvědomuje svoje silné i slabé stránky a je tedy schopna kontrolovat kvalitu vědecké i vzdělávací práce.

V současnosti je tedy vnitřní systém kvality vyhovující a jeho uplatňování je na dostatečné úrovni. Poslední bod vyjádření akreditační komise k začlenění vysoké školy: **Akreditační komise doporučuje začlenit Vysokou školu zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě mezi univerzitní vysoké školy** (Anon, 2015).

V tabulce vidíme pro porovnání počet studijních programů ve druhém desetiletí činnosti VŠZ a SP sv. Alžběty.

Tabulka č. 3 Počty studijních programů 2015/2016 (Zdroj: ŠP a R VŠZ a SP, 2015)

Studijní program	Forma	Počet programů v jednotlivých stupních studia		
		Bc.	Mgr.	PhD.
Administrativa ve veřejném zdravotnictví	denní	-	1	-
Fyzioterapie	externí	3	-	-
Laboratorní a vyšetřovací metody ve zdravotnictví	externí	2	1	2
Misijní a charitativní činnost	denní, externí	2	2	-
Ošetrovatelství	denní, externí	7	3	1
Psychologie	denní	1	-	-
Radiologická technika	externí	1	-	-
Sociální práce	denní, externí	30	13	2
Sociologie	denní	1	-	-
Tropické veřejné zdravotnictví	externí		1	-
Veřejné zdravotnictví	denní, externí	2	2	2
Zubní technika	denní, externí	2	-	-
Sociální práce zaměřená na romskou komunitu	denní, externí	2	-	-
Sociální práce s mládeží	denní	2	-	-
Misijní práce	denní, externí	-	-	2
Celkem		54	24	9
		88+3 habilitační řízení		

ÚSTAV sv. JANA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM, DETAŠOVANÉ PRACOVISŤE VŠZ a SP sv. ALŽBETY BRATISLAVA

Pobočka Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty Bratislava n. o. byla v Příbrami otevřena v podobě detašovaného pracoviště od akademického roku **2006/2007**. Jako první se vyučovaly předměty Ošetrovatelství a Fyzioterapie. Příjímací zkoušky se konaly v srpnu 2006, výuka začala v budově Střední zdravotnické školy. Brzy bylo jasné, že prostory nedostačovaly pro střední, vyšší i vysokou školu najednou. V akademickém roce 2009/2010 studovalo v prvním až třetím ročníku přes 900 studentů, přihlášených ke studiu v následujícím akademickém roce bylo již přes 1300 studentů.

Ošetrovatelství je jako jednooborové studium, studuje se v obou úrovních, bakalářské a magisterské. Výuka je přizpůsobená potřebám českých studentů a v souladu s českou legislativou. Standartní doba studia jsou tři roky.

Garantem úrovně prvního stupně je doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof. Navazující druhý stupeň, magisterské studium, má standartní dobu studia dva roky, garantem oboru je prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD. V následujících tabulkách vidíme nárůst zájemců o vysokoškolské studium ve studijních oborech Ošetrovatelství a Sociální práce.

Tabulka č 4 Počty studentů přijatých ke studiu do oboru Ošetrovatelství, Ústav J. N.

Neumanna, Příbram (Zdroj: Študijné oddelenie VŠZ a SP, 2015)

ročník	1. ročník	2. ročník	3. ročník	1. ročník	2. ročník
akademický rok	Bc.	Bc.	Bc.	Mgr.	Mgr.
2006/07 Ošetrovatelství	74	-	-	-	-
2007/08 Ošetrovatelství	144	-	-	-	-
2008/09 Ošetrovatelství	330	134	59	-	-
2009/10 Ošetrovatelství	348	298	133	78	-
2010/11 Ošetrovatelství	523	420	296	107	64
2011/12 Ošetrovatelství	476	442	430	257	109
2012/13 Ošetrovatelství	399	433	471	302	256
2013/14 Ošetrovatelství	309	360	512	211	341
2014/15 Ošetrovatelství	205	252	413	213	251
2015/16 Ošetrovatelství	93	172	268	139	212

Od roku 2006 byla a dosud je ředitelkou ústavu doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof. Zástupcem ředitelky je od akademického roku 2012/2013 doc. MUDr. Mgr. Jan Bydžovský, DiS., PhD. Na pozici asistentky ředitelky Ústavu J. N. Neumanna je od srpna roku 2012 Ing. Kateřina Tymešová.

Sociální práce je realizovaná formou denního i externího studia, studium je jednooborové, zaměřené na přípravu v oblasti sociální práce. První stupeň vysokoškolského studia standardně trvá 3 roky, forma je externí, garantem oboru je doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD. Navazující magisterské studium probíhá formou externí, standardní doba studia jsou 2 roky. Garantem oboru je prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

Tabulka č 5 Počty studentů přijatých ke studiu do oboru Sociální práce, Ústav J. N. Neumanna, Příbram (Zdroj: Študijné oddelenie VŠZ a SP, 2015)

ročník	1. ročník	2. ročník	3. ročník	1. ročník	2. ročník
2011/12 Sociální práce	21	-	64	-	-
2012/13 Sociální práce	65	15	1	51	-
2013/14 Sociální práce	139	53	16	19	54
2014/15 Sociální práce	129	125	50	37	15
2015/16 Sociální práce	118	96	109	55	31

PŘEDSTAVITELÉ VŠZ a SP sv. ALŽBETY

prof. MUDr. Vladimír Krčméry, PhD. DrSc., FRSP, FACP, Dr. h. c. mult., lékař, vědec, odborník na tropickou medicínu, kromě VŠZ a SP se podílel na založení mnoha zdravotnických a sociálních humanitárních zařízení v nejchudších zemích světa. V současnosti pracuje jako ředitel Tropického institutu a referenční laboratoře tropických chorob VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě a jako zastupující přednosta Mikrobiologického ústavu LFUK

prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc. je celosvětově známý a uznávaný stereotaktický neurochirurg. Vedoucí vědecký pracovník, profesor na Katedře Ústavu sociálních věd bl. P. P. Gojdiče v Prešově, VŠZ a SP sv. Alžběty, n. o., v Bratislavě, děkan Fakulty Zdravotnictví a sociální práce bl. P. P. Gojdiče v Prešově. V současné době působí jako přednosta Kliniky stereotaktické radiochirurgie Onkologického ústavu sv. Alžběty v Bratislavě.

prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc., je významnou osobností slovenské patologie. V teorii a praxi se zabývá zejména experimentální onkologií, patologickou anatomií a laboratorními vyšetřovacími metodami v medicíně. Je jedním ze zakladatelů Ústavu laboratorních vyšetřovacích metod LF UK a OÚSA v Bratislavě, zakladatel Svazu vysokoškoláků Slovenska na Lékařské fakultě Univerzity Komenského.

PhDr. Viera Hulková, PhD., V letech 2003 - 2005 pracovala na MZ SR, v sekci zdravotní péče jako ředitelka odboru ošetřovatelství a hlavní rádce. Jejím hlavními činnostmi a odpovědnostmi bylo řízení oboru ošetřovatelství na národní úrovni a tvorba právních předpisů. V letech 2005 - 2016 pracovala na pozici manažerky pro ošetřovatelství pro vícero

slovenských i zahraničních společností, napr. ProCare a. s. a též jako manažerka kvality pro B. Braun v SR a ČR. V současné době pracuje v Slovenských liečebných kúpeľoch Piešťany, a. s. jako manažerka pro ošetrovatelství.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof., Od července 1981 až doposud je doc. Kalátová statutárním zástupcem ředitele SZŽ a VOŠ zdravotnické v Příbrami. Od října roku 2006 až do současnosti je také ředitelkou detašovaného pracoviště Vysoké škola zdravotníctva a soc. práce, Bratislava se sídlem v Příbrami, tedy Ústavu Jana Nepomuka Neumanna

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., Od roku 2009 je vedoucí detašovaného pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty, bl. Sary Salkaháziové, v Rožňavě. Od roku 2010 vysokoškolský učitel VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava - pracoviště v SR a ČR. Od roku 2015 je garantem studijního programu Ošetrovatelství pro Bc., Mgr., PhD stupně. Také je členem výzkumného týmu v projektech HOPE, NEXT, odborným konzultantem Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí v Bratislavě.

doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., působí v oborech Veřejné zdravotnictví, Andragogika se zaměřením na výchovu a vzdělávání, didaktiku, komunikaci a geragogiku. Od roku 2013 zástupkyně vedoucího Katedry andragogiky při Filozofické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě a studijní poradce. Je spoluřešitelem projektů KEGA a VEGA.

doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc., Spolu s prof. Pacovským a doc. Staňkovou byli zakladateli koncepce vysokoškolského studia pro sestry, (Ošetrovatelství - Pedagogika), které se od r. 1980 realizovalo ve spolupráci FVL UK a FF UK. Od roku 1984 vedl oddělení Péče o nemocné, z něhož v roce 1991 vznikl Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Má zásadní vliv na rozvoj gerontologie, geriatrie a geriatrického ošetrovatelství. Je dlouholetý člen výboru České gerontologické a geriatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Podílel se na vypracování nové koncepce oboru geriatrie v roce 2001.

doc. PhDr. Gabriela Sedláková, PhD., Od otevření pracoviště VŠZ a SP sv. Alžběty, Bratislava, v Příbrami byla doc. Sedláková garantem studijního oboru Ošetrovatelství. Byla spoluřešitelkou řady významných projektů, členkou vědecké rady a odborných komisí.

Mimořádné ocenění „Biele srdce“ in memoriam bylo uděleno doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, PhD., za významný přínos v ošetrovatelství a porodní asistenci v oblasti přímého poskytování zdravotní péče, vzdělávání, řízení a výzkumu v ošetrovatelství. Zemřela 11. 8. 2011 po těžké nemoci (Sestra roku, 2009).

doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD., Od roku 2007 působil jako externí učitel Justiční akademie a supervizor pro školská a sociální zařízení. Hlavním předmětem zájmu doc. Škovieriery jsou děti, které vyrůstají mimo biologickou rodinu, v institucích a náhradních rodinách, terapeuticko - výchovný systém práce v převýchovných zařízeních. Působil jako supervizor na Lince dětské jistoty při SV UNICEF, je zapsaný v Seznamu psychoterapeutů Slovenské republiky.

doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc., První neslyšící docent v České i Slovenské republice. Byl spolugarantem oboru Veřejné zdravotnictví na I. stupni vysokoškolského studia. V současné době, od ledna 2013, pracuje na Katedře Laboratorních vyšetřovacích metod ve zdravotnictví VŠZ a SP sv. Alžběty v Bratislavě. Je editorem sborníků vědeckých prací, spoluautorem monografie „Komunikace se sluchově postiženými ve zdravotnictví a sociální práci“, které v roce 2014 vychází jako druhé, rozšířené a přepracované vydání.

prof. MUDr. Anton Gúth, CSc., Slovenský rehabilitační lékař, který se věnuje pacientům s nemocemi páteře od roku 1975. Zhruba 30 let přednáší na ILF v Bratislavě, na Slovenské Postgraduální akademii medicíny a SZU v Bratislavě, na Pedagogické fakultě UK, LFUK Trnavské univerzity. Dále přednáší na VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava a v německém Weißbiefelsu.

ZÁVĚR

V roce 2017 uplyne 55 let od zahájení univerzitního vzdělávání v ošetrovatelství na Slovensku. Univerzita Komenského v Bratislavě se stala třetí univerzitou v Evropě, která se zařadila do univerzitního vzdělávání v Ošetrovatelství. První byla Univerzita v Edinburghu v roce 1956 a Univerzita Karlova v Praze v roce 1960. Do roku 2012, tedy za 50 let trvání vysokoškolského vzdělání, vzniklo na Slovensku devět vysokých škol, které uspokojují potřeby nejen slovenských studentů pro ošetrovatelské vzdělání na bakalářské

a na magisterské úrovni. Podařilo se nám sestavit chronologický přehled aktivit VŠZ a SP sv. Alžběty, vytvořili jsme přehled postupného nárůstu studijních programů i stupňů vysokoškolského vzdělání. Při pátrání po zdrojích informací jsme zjistili, že je VŠZ a SP sv. Alžběty známá nejen na Slovensku a v České republice, ale její jméno zní i na „černém kontinentě“, ve Vietnamu i na Ukrajině. Přesto, že jsou o ní zmínky v médiích, přesto, že čelní představitelé naší školy vystupují na odborné scéně doma i v zahraničí, soustředěné záznamy jsou velmi skrovné. Provedli jsme tedy průzkum primárních pramenů, prověřili souvislosti a poznatky sjednotili do časově postupných období tak, jak se rozvíjely obory, přibývali studenti i pracoviště. Výsledkem je pak unikátní dokument, který zachycuje počátky školy a její rozvoj ve všech třech rovinách, které jsou strategickou vizí jejích zakladatelů.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

AUTOR NEZNÁMÝ. 2003. Študijný program - akademický rok 2003/2004. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2003. s. 46.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2004. Študijný program - akademický rok 2004/2005. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2004. s. 77.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2005. Študijný program - akademický rok 2005/2006. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2005. s. 96.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2006. Študijný program - akademický rok 2006/2007. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2006. s. 128.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2007. Študijný program - akademický rok 2007/2008. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2007. s. 177.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2008. Študijný program - akademický rok 2008/2009. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2008. s. 200.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2009. Študijný program - akademický rok 2009/2010. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2009. s. 291.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2010. Študijný program - akademický rok 2010/2011. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2010. s. 310.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2011. Študijný program - akademický rok 2011/2012. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2011. s. 321.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2012. Študijný program - akademický rok 2012/2013. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2012. s. 379.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2013. Študijný program - akademický rok 2013/2014. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2013. s. 361.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2014. Študijný program - akademický rok 2014/2015. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2014. s. 339.

AUTOR NEZNÁMÝ. 2015. Študijný program - akademický rok 2015/2016. Bratislava : VŠZ a SP. SV. ALŽBETY n. o., 2015. s. 407.

BENCOVÁ UTĚŠENÁ, M. 2013. *73 schodov nádeje- misijné a vedecké projekty VŠZ a SP sv. Alžbety*. 1. vyd. Gerthofer-Zohor, 2013. s.

KILÍKOVÁ, M. 2015. Možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach ako hodnota, norma a artefakt. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovateľstva, konanej dňa 12. - 13. 11. 2015 v Piešťanoch, Kúpeľný ostrov : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 125 - 134.

KOZOŇ, V. et al. 2012. *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*. 1. vyd. Wien : Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5.

PARAZITOLOGICKÝ ÚSTAV SLOVENSKEJ AKADEMIE VIED. [online].[cit. 2015-12-26]. Dostupné na: <http://www.saske.sk/pau/iaps.htm>

ŠTATÚT VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. 2012 [online].[cit. 2015-11-16]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/REKTORAT/statut.pdf>

TERAZ. Laureátom Honour of Ekotopfilm sa stal Vladimír Krčméry. 2014. [online].[cit. 2016-12-28]. Dostupné na: <http://www.teraz.sk/kultura/laureatom-honour-of-ekotopfilm-sa-stal/102660-clanok.html>

TÝŽDŇEN VEDY A TECHNIKY NA SLOVENSKU. CENY UDELENÉ V ROKU 2012. [online].[cit. 2015-12-30]. Dostupné na: http://www.tyzdenvedy.sk/ocenene-osobnosti/ceny-udelene-v-roku-2012.html?page_id=4751

VRŠKOVÁ, E. 2013. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY, BRATISLAVA. [online].[cit. 2016-12-28]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/Studijne%20oddelenie/bratislava/mix/14Fagetu2.pdf>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. ÚSTAV SVATÉHO JANA NEPOMUKA NEUMANNA, PŘÍBRAM. [online].[cit. 2015-12-26]. Dostupné na: <http://vszsp.cz/>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. ALUMNI. [online].[cit. 2015-12-28]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/o-nas/alumni>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. INŠTITÚT MISIJNEJ PRÁCE A TROPICKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA BL. JÁNA PAVLA II. [online]. [cit. 2015-12-30]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/pracoviska/instituty/institut-tropickeho-zdravotnictva>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY. PROJEKTY [online].[cit. 2015-12-29]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/projekty>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY.
VÝROČNÁ SPRÁVA. [online]. [cit. 2015-12-03]. Dostupné na:
<http://www.vssvalzbety.sk/o-nas/vyrocna-sprava>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY.
TROPIC TEAM. [online]. [cit. 2015-12-28]. Dostupné na: <http://www.vssvalzbety.sk/o-nas/tropicteam>

VÝROČNÁ SPRÁVA O ČINNOSTI A HOSPODÁRENÍ ZA ROK 2012. [online]. [cit. 2016-12-30]. Dostupné na:
<http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/VyrocnaSPRAVA/Vronsprva2012.pdf>

Kontakt na autora:

Bc. Markéta Platilová
e-mail: MarketaPlatilova@seznam.cz

Kontakt na spoluautora:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko Bl. Sály Salkaháziovej
Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava
e-mail: m.kilikova@gmail.com

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ – PŘEHLEDOVÁ STUDIE

PRŮCHOVÁ Dominika, BOLEDOVIČOVÁ Mária, MACHOVÁ Alena

ABSTRAKT

V našem příspěvku představujeme výzkumný projekt, který realizujeme na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Zároveň prezentujeme zjištění z realizovaných výzkumných studií v dané oblasti. Pro účely splnění cíle příspěvku byla zvolena vyhledávací strategie za období let 2004–2015 v licencovaných a volně přístupných elektronických databázích Medline, ProQuest, Google, Google Scholar, Web of Science, Springer, Science Direct, Cochrane Collaboration. Pro vyhledávání byla zvolena klíčová slova: zdravotní gramotnost, děti, adolescence. Posoudili jsme 76 publikací, z toho 23 článků, které se zabývaly problematikou zdravotní gramotnosti u dětí a adolescentů. V příspěvku prezentujeme vybrané publikace zaměřené na nástroje pro měření zdravotní gramotnosti, zdravotní gramotnosti dětí a dospívajících a zdravotní gramotnosti rodičů malých dětí .

Klíčová slova: Adolescenti. Děti. Rodiče. Zdravotní gramotnost.

ÚVOD

Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají a stárnou (Zdraví 2020). Zdravotní péče má, jak uvádějí mezinárodní zkušenosti, podíl na celkovém zdraví obyvatel asi jen z 20 % a zbývající podíl je důsledkem faktorů, které na lidi působí v jejich běžném životě. Zlepšení zdravotní gramotnosti patří k cílům programu Zdraví 2020 (Zdraví, 2020). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako „*kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví*“ (Kickbusch et al., 2013, s. 4). Podpora zdraví podle Holčíka (2010) je významná ekonomická, humánní, individuální a sociální hodnota v každé civilizované zemi. Ve všech členských zemích EU je zájem aktivně participovat na zlepšení zdravotního stavu populace (Report on Health Inequalities in The European Union, 2013).

Úlohou zdravotnických pracovníků je nejen léčit choroby, ale připomínat hodnotu zdraví, zdraví posilovat, rozvíjet a chránit, stejně v tomto duchu koordinovat úsilí celé společnosti. Informační technologie také umožňují uplatnit nové metody komunikace, narůstá role médií v péči o zdraví a významný vliv mají i občanské iniciativy.

Je zřejmé, že v jednotlivých sociálních skupinách se potřeba zdravotní gramotnosti liší a může se odvíjet od vzdělanosti, sociální pozice, životního stylu a životních podmínek (Kebza, 2005). Zdravotní gramotnost nemůže být unifikovaná, ale musí být diferencovaná podle potřeb jednotlivých skupin (D'eath, Barry, Sixsmith, 2012) a v nabídce a realizaci zdravotní gramotnosti by neměl být nikdo znevýhodněn (Zdraví 2020, 2014).

V osmi zemích Evropské unie (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Holandsko a Polsko) byla realizovaná první systematická studie zaměřená na zdravotní gramotnost, která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „*Health Literacy. The Solid Facts*“ z roku 2013 (Kučera, 2015). Z výsledků studie vyplynulo, že neuspokojivý stav zdravotní gramotnosti vykazovaly Bulharsko, Rakousko a Španělsko a velmi dobrou úroveň prokázalo Holandsko, které je příkladem dobré praxe (Kickbusch et al., 2013). Zjistilo se, že respondenti ze států, kde se zdravotní gramotnost pohybovala v indexu nad 35, vykazovali vyšší spokojenost se svým zdravím. Pelikan et al. (2013) upozornili, že dalším faktorem, který může ovlivňovat zdravotní gramotnost, je sociální gradient. Z výstupů byly vytvořené standardizované škály třech dimenzí zdravotní gramotnosti a škála celkové zdravotní gramotnosti: a) zdravotní péče, b) prevence chorob, c) podpora zdraví (Kučera, 2015; Kickbusch et al., 2013) a vznikl tak efektivní nástroj měření zdravotní gramotnosti.

Z pilotního výzkumu Státního zdravotního ústavu z roku 2015 vyplývá, že celková zdravotní gramotnost Čechů je v porovnání s průměrem osmi zemí EU nižší ve všech složkách zdravotní gramotnosti. Nejnepříznivější situace je v oblasti podpory zdraví, ve schopnosti získat informace o chování posilujících zdraví, schopnosti vyhodnotit, interpretovat je a jednat podle těchto informací (Kučera, 2015). Z toho vyplývá, že je velmi aktuální zabývat se touto otázkou, kromě jiného i efektivní edukací. K tomu je potřebné, aby zdravotník uměl odborné poznatky spojit se znalostí stylů učení, metod a forem edukace a brát v úvahu kulturní, sociální či etnické odlišnosti (Levin-Zamir, Wills, 2012).

Výzkumný problém, který realizujeme, je zaměřený na zdravotní gramotnost ve vztahu k sociálním, kulturním a genderovým odlišnostem obyvatel Jihočeského kraje a při tom využijeme výše uvedenou definici zdravotní gramotnosti WHO.

Cílem výzkumu je popsat úroveň zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatel Jihočeského kraje. Výzkum je realizovaný kvalitativně - kvantitativními technikami (hloubkové rozhovory a nestandardizované dotazníky). Celkový počet respondentů bude 1 800, z toho skupina dětí a adolescentů v počtu 300 bude rozdělena na 3 soubory (do 6 let, 6 – 14 let a 15 – 18 let). Kvalitativní část výzkumu bude vyhodnocena kvalitativní analýzou, tj. kódováním a kategorizací dat v programu Atlas-ti. Kvantitativní data budou zpracované statistickým programem SASD (statistická analýza sociálních dat) verze 1.4.5.

Ze získaných výsledků budou vytvořené návrhy na zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti ve vybraných skupinách obyvatel, v našem případě dětí a adolescentů.

NÁSTROJE PRO MĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Publikace Sørensen at al. (2013) zabývající se validací dotazníků gramotnosti, hodnotí několik měřících nástrojů, které se liší zejména v přístupu a designu, a jen málo z nich se zaměřuje na komplexní zdravotní gramotnost. Autoři popisují návrh a vývoj dotazníkového šetření evropské zdravotní gramotnosti (HLS-EU-Q), inovativní, komplexní nástroj pro měření zdravotní gramotnosti v populaci. Vývojový proces tedy vyústil v „*European Health Literacy Survey Questionnaire*“ HLS-EU-Q, což s sebou nese dvě sekce, hlavní sekci zdravotní gramotnost a část determinanty a důsledky spojené se zdravotní gramotností. Část zdravotní gramotnosti zahrnuje 47 položek: obtíže při získávání, pochopení, posuzování a používání informací v úkolech týkajících se rozhodování v oblasti zdravotní péče, prevence chorob a podpory zdraví. Druhá část zahrnuje položky týkající se, zdravotního chování, zdravotního stavu, využívání zdravotních služeb, role komunity, socio-demografické a socio-ekonomické faktory (Sørensen at al. 2013).

Validaci instrumentu pro měření gramotnosti HLS–EU realizovali Pelikan et al. (2014) v 8 evropských státech. Zaměřili se na dotazník, který obsahoval 47 otázek v různých oblastech zdravotní gramotnosti, respondenti byli ve věku 15 a více let. Autoři provedly také srovnání zkrácených verzí tohoto instrumentu. Porovnávali výzkumný nástroj HLS-EU-Q47 , který obsahuje 47 otázek, časově je náročnější a trvá více než 10 min., pro respondenty je obtížnější, hodnocen jako velmi spolehlivý nástroj, doporučen pro zjištění komplexní zdravotní gramotnosti. HLS-EU-Q16 obsahuje 16 otázek, časově je méně náročný cca 3 min., rozsah a reprezentativnost je limitována, obtížnost pro respondenty nízká a je vhodný pro průzkumy zaměřené na určitou oblast zdravotní gramotnosti. HLS-EU-Q6 obsahuje 6 otázek, je to velmi zkrácený výzkumný nástroj, časově je velice nenáročný cca 1 min., rozsah

a reprezentativnost je velmi limitována, obtížnost pro respondenty střední až vysoká, využitelný pro zjištění zdravotní gramotnosti u výzkumů s jiným hlavním zaměřením (Pelikan et al. 2014).

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – NÁSTROJE PRO MĚŘENÍ

Většina nástrojů, týkající se hodnocení zdravotní gramotnosti, byla ověřena jen pro dospělou populaci, ale zdravotní gramotnost je také důležitá pro adolescenty, kteří stále více samostatně tvoří rozhodnutí týkající se vlastního zdraví. Chisolm and Buchanan (2007) ověřili v pilotní studii využitelnost výzkumného nástroje „*Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých*“ TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) pro zjištění zdravotní gramotnosti u adolescentů. TOFHLA se zaměřuje na dovednosti související se čtením. Jedná se o doplňování zdravotnického textu z určité nabídky slov. Studie byla realizovaná v USA a výzkumný soubor tvořilo 50 mladých lidí ve věku 13-17 let. Studie srovnávala možnost použití WRAT (Wide Ranging Achievement Test), REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) a TOFHLA (vše měřící nástroje zdravotní gramotnosti u dospělých). Studie ukázala, že lze výzkumný nástroj, který je primárně určený pro dospělou populaci aplikovat i na adolescenty. Výsledek také naznačuje, že vztah mezi dovednostmi čtení a počítání u dospělých je mnohem silnější než u adolescentů (Chisolm a Buchanan, 2007).

Pro adolescenty je velmi důležitá funkční zdravotní gramotnost, která zahrnuje schopnost základních čtenářských dovedností, které umožňují dospívajícímu efektivní fungování v denním životě. Příkladem funkční gramotnosti je schopnost číst informace o zdraví z informačních letáků či brožur nebo z medicínských etiket. Porozumění medicínským termínům je také velmi potřebné (Betz et al. 2008). K výzkumu této oblasti se u dospělých využívá nástroje REALM Health Literacy Test (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) tedy „*Test pro rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně*“. Tento test je realizován prostřednictvím správného přečtení a porozumění medicínským výrazům (obsahuje 66 odborných výrazů). REALM výzkumný nástroj, byl modifikován, aby mohl být využit pro testování zdravotní gramotnosti adolescentů na REALM–Teen (Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine), tj. rychlý screening gramotnosti pro aplikaci ve zdravotní péči. Instrument je zaměřen na rozeznávání slov – obsahuje 66 medicínských a příbuzných termínů, které se běžně používají ve zdravotní péči a jsou seřazeny vzestupně dle úrovně složitosti. Tento test je časově méně náročný, trvá zhruba 2 – 5 minut a dle výzkumů se ukazuje jako velmi konzistentní, prokázána byla vysoká spolehlivost a také vykazuje vysoké

kritérium platnosti. Využitelný je zejména pro věkovou skupinu respondentů 10 – 19 let, a vyhodnocení probíhá na základě 10-ti stupňové hodnotící škály (Betz et al. 2008).

Kvalitativní výzkum metodou focus group, kterého se účastilo 157 studentů ve věku 11-19 let, realizovali v UK a USA. Cílem bylo zmapovat pohledem studentů současné využívání internetu, vnímání toho, jak internet změnil práci studentů a volnočasové aktivity, jaké mají zkušenosti s internetem při vyhledávání informací o zdraví, jak vnímají důvěryhodnost online zdrojů a s jakými problémy se setkali při používání internetu k vyhledávání informací o zdraví. Studie odhalila, že adolescenti jsou relativně sofistikovaní uživatelé internetu, nicméně, mají mezery ve schopnosti najít, zhodnotit a aplikovat online zdravotní informace. Strategie obvykle byly vyvinuty metodou pokusu a omylu s malým vedením od dospělých buď doma, nebo ve škole. Rozhovory ukázaly, že nástroje, které jim pomohou vyslovovat lékařské termíny, klást přesné otázky a rozvíjet schopnosti kritického posouzení tohoto nového média by byly cenné. Studie ukázala, že adolescenti sami mají neocenitelné postřehy v této oblasti a musí být zahrnuti do rozvoje skutečně vhodných a efektivních zdrojů (Gray et al., 2004).

Studie z Iránu zahrnovala kvalitativní a kvantitativní výzkumnou část, realizovanou v letech 2012 – 2014. Hlubkové rozhovory se realizovaly se 67 adolescenty ve věku 15 – 18 let. Kvantitativní části se účastnilo 582 adolescentů ve věku 15-18 let. Konečný dotazník obsahoval 44 položek, rozdělených do 8 sekcí. Zaměřen byl na osobní kompetence, přístup k porozumění, zhodnocení a využití informací o zdravotním stavu, vliv na správná rozhodnutí v denním životě. Cílem studie bylo vyvinout a vyhodnotit psychometrické nástroje pro měření zdravotní gramotnosti dospívajících HELMA (Health Literacy Measure for Adolescents). Tento měřicí nástroj se ukázal být spolehlivým (Ghanbari et al. 2016).

Perry (2014) uvádí ve své publikaci (integrativní revue) porovnání několika výzkumů a použitých výzkumných nástrojů pro testování zdravotní gramotnosti dětí a dospívajících s ohledem na výzkumný účel, věk respondentů, velikost výzkumného vzorku, evaluaci nástroje a kvalitu výsledků a intervence. Výzkumy pocházejí z různých zemí světa (Taiwan, Kanada, Německo, USA) v letech 2006 – 2012, celkem obsahuje shrnutí 10-ti studií. Frekventovaným výzkumným nástrojem byl test TOFHLA, pro věkovou skupinu 9 – 19 let., a dále nástroj REALM-Teen, pro věkovou skupinu 10 – 19 let.

Rodiče s nízkou úrovní gramotnosti měli menší znalosti o zdraví a chování. Děti, jejichž rodiče měli nízkou gramotnost často měly horší výsledky v oblasti zdraví. Bylo zjištěno, že zlepšení písemných materiálů může zvýšit znalosti o zdraví, a kombinování kvalitních písemných materiálů s krátkým poradenstvím, může zlepšit chování včetně dodržování zdravotní prevence. Znalosti dětí a rodičů mají významný vliv na jejich zdravotní stav a důležitou roli hrají nástroje pro měření zdravotní gramotnosti rodičů (DeWalt a Hink, 2009). Kumar et al. (2010) uvádí, že na posuzování zdravotní gramotnosti, matematické gramotnosti rodičů a dovednosti chápání instrukcí důležitých pro péči o malé děti, rozvíjení a ověřování nové škály pro měření zdravotní gramotnosti rodičů, slouží odborníkům test PHLAT (Parental Health Literacy Activities Test). Studie z USA představuje a ověřuje první výzkumný nástroj, který je přímo vytvořen pro potřeby měření zdravotní gramotnosti rodičů malých dětí. Výzkumu se účastnili rodiče dětí či nejbližší pečující osoby (pokud dítě nebylo v péči biologického rodiče), celkem 182 rodičů, podmínkou byl věk dítěte nižší nebo roven 13 měsícům věku a byl realizován v letech 2006 - 2007. Výzkum byl pojat velmi komplexně, respondenti museli vyplnit 5 výzkumných nástrojů: 1. dotazník demografických údajů, 2. zkrácený test funkční zdravotní gramotnosti dospělých (S-TOFHLA), 3. test matematických dovedností (WRAT-3), 4. PHLAT, 5. anketu k posouzení vnímání označení volně prodejných léků proti nachlazení (otázka např.: „*Podívejte se pouze na přední stranu výrobku. Pro jakou věkovou skupinu dětí je lék určen?*“). Hlavním výzkumným nástrojem byl PHLAT s 20 otázkami, které zahrnují 3 klinické oblasti: výživa/růst/vývoj (9 otázek), úrazy/bezpečnost (2 otázky), lékařská/preventivní péče (9 otázek). Tento výzkumný nástroj je velmi spolehlivý a potřebný pro identifikaci zdravotní gramotnosti rodičů a následně pro prevenci onemocnění u dětí (Kumar et al. 2010).

Zkrácená verze výzkumného nástroje PHLAT-10, která obsahuje 10 pečlivě vybraných otázek, je velmi dobře využitelná zejména v klinické praxi. Z výzkumu vyplývá, že problémovou oblastí je zejména počítání, tj. matematická gramotnost, která je ale pro rodiče velice potřebná, což dokazuje zejména aplikační část výzkumného nástroje PHLAT zaměřená na aktivity, kdy méně než polovina rodičů byla schopna správně naředit kojeneckou stravu. Rodiče měli také problém v oblasti odečítání tělesné teploty na digitálním teploměru a identifikaci, zda se jedná o horečku či nikoli. Vyšší skóre v testu signifikantně korelovalo se vzděláním rodičů, gramotnostními dovednostmi a matematickou úrovní. Rovněž PHLAT-10 vykázal velmi dobrou validitu a spolehlivost (Kumar et al. 2010).

Měřicí nástroj PHLAT, pro hodnocení zdravotní gramotnosti rodičů dětí byl modifikován a použit jako výzkumný nástroj pro španělsky hovořící rodiče dětí, pod označením PHLAT Spanish, jak uvádí ve své publikaci Yin et al. (2012). V USA se tímto zaměřili na hispánskou etnickou skupinu, která je velmi početná a je potřebné na tyto rodiče cíleně působit a zjistit do jaké míry chápou zdravotnické informace a jakou roli hraje jazyková bariéra při porozumění medicínskému textu. Výzkumným souborem bylo 176 španělsky hovořících pečujících osob/rodičů dětí ve věku nižším nebo rovno 30 měsícům. Rodiče vyplňovali 5 částí výzkumu: sociodemografický dotazník, test zdravotní gramotnosti (S-TOFHLA), test matematické gramotnosti (WRAT-3), anketu s dvěma otázkami zaměřujícími se na dovednosti zdravotní gramotnosti, PHLAT-10 Spanish (Yin et al. 2011). Měřicí nástroj byl vyhodnocen podle procentuálního skóre počtu správných odpovědí. Studie ukázala že mnoho španělsky mluvících rodičů, stejně jako anglicky mluvících rodičů, mají významné problémy s porozuměním základním zdravotním informacím, které souvisejí s péčí o jejich malé děti a tuto péči následně ovlivňují. PHLAT je schopen zachytit rozsah funkčních schopností zdravotní gramotnosti, což je v této oblasti klíčové (Yin et al. 2011).

ZÁVĚR

Zdravotní gramotnost je podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnnými. Existuje množství měřících nástrojů, které jsou využitelné pro specifické skupiny respondentů a vykazují vysokou míru spolehlivosti. Existují výzkumy na gramotnost dospívajících a rodičů malých dětí, ale žádné výzkumy nejsou zaměřené specificky na děti mladšího a staršího školního věku, stejně tak nejsou k dispozici žádné hodnotiví škály pro tuto věkovou skupinu. Potřebné je monitorovat a následně působit na zvýšení schopností a dovedností dětí a rodičů v oblasti zdravotní gramotnosti, matematické gramotnosti a praktických aktivitách. Zdravotní gramotnost dětí, dospívajících a rodičů je velmi důležitá z hlediska péče o zdraví, prevence nemocí a podpory zdraví. Akční plán se skládá ze čtyř základních oblastí: získání informací (orientovat se ve zdrojích), porozumění informacím (orientovat se ve důležitých konceptech v komunikaci zaměřené na zdraví a zdravotnictví), zhodnocení informací (schopnosti posoudit validitu relevantních informací) a aplikace získaných poznatků (zvýšení vlastní zodpovědnosti, uplatnění dovedností). V České republice neexistují výzkumy zdravotní gramotnosti dětí, dospívajících a rodičů. V současné době pracujeme na tvorbě hodnotících škál využitelných pro jednotlivé věkové kategorie a pro podmínky ČR.

Publikace byla vypracována v rámci projektu ZGO2016_001 s názvem „Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje“.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

D'EATH M., BARRY MM, SIXSMITH J. 2012. *Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy*. Stockholm : ECDC, 2012, 22 p. ISBN 978-92-9193-332-7.

DEWALT, AD., HINK, A. 2009. Health Literacy and Child Health Outcomes : A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, 2009, 124: 265-274.

GHANBARI, S., et al., 2016. Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA) : Development and Psychometric Properties. *PLoS One*. 2016, 11(2):e0149202.

GRAY, N. J., et al., 2005. The internet : A Windows on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health* 37 (2005). 243.e1–243.e7.

HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno : Masarykova univerzita, 2010. 293 s, ISBN 978-80-210-5239-0.

CHISOLM JD., BUCHANAN L. 2007. Measuring Adolescent Functional Health Literacy : A Pilot Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of Adolescent Health*. 2007, 41: 312-314.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia. 263 s. ISBN 8020013075.

KICKBUSCH I., et al. 2013. *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 73 p. ISBN 978 92 890 00154

KUČERA, Z. 2015. Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví [online]. [cit. 2015-17-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>.

KUMAR D., et al. 2010. Parental Understanding of Infant Health Information: HealthLiteracy, Numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academics Pediatrics*. 2010, 10(5): 309-316.

LEVIN-ZAMIR D., WILLS J. 2012. Healthliteracy, culture and community. In: Begoray D, Gillis DE, Rowlands G. *Healthliteracy in context: internationalperspectives*. Hauppauge, NY, Nova Science Publishers, 2012, pp. 99–123. ISBN-13: 978-1619429215.

PELIKAN MJ., RÖTHLIN F., GANAHL K. 2014. *Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study*. 6th Annual Health Literacy Research Conference November 3-4, 2014. Bethesda, Maryland, Hyatt Regency Bethesda.

PELIKAN, JM., RÖTHLIN, F., GANAHL, K. 2013. *Comparative report on healthliteracy in eight EUmemberstates. TheEuropeanHealthLiteracy Project 2009–2012*. [online]. [cit. 2015-17-08]. Dostupné z: http://centreforliteracy.qc.ca/resource_centre/summary/report-european-health-literacy-survey-hls-euc.

PERRY, LE. 2014. Health literacy in adolescents: an integrative review. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*. 2014, 19: 210-218.

REPORT ON HEALTH INEQUALITIES IN THE EUROPEAN UNION. 2013. Brussels : European Commission. 45 p.

SØRENSEN, K., et al. 2013. Measuring health literky in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 2013, 13: 948.

YIN SH. et al. 2012. Assessment of Health Literacy and Numeracy Among Spanish-Speaking Parents of Young Children: Validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). *Academic Pediatrics*. 2012, 12(1): 68-74.

ZDRAVÍ 2020 – národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 2014. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. 118 s. ISBN: 978-80-85047-47-9.

Autor

Mgr. Dominika Průchová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

e-mail: pruchd00@zsf.jcu.cz, dpruchova@seznam.cz

mob.: +420 602474744

Spoluautoři:

doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.

Mgr. Machová Alena

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

VÝVOJ PÉČE O NOVOROZENCE PO NAROZENÍ OD 1. POLOVINY

19. STOLETÍ VERSUS SOUČASNOST

SCHÖNBAUEROVÁ Andrea, BOLEDOVIČOVÁ Mária

ABSTRAKT

Príspevok stručne popisuje historický vývoj v péči o novorozence od počátku 19. stoloťi po súčasnosť. Hlavným témom je problematika prvého ošetroňi po porodu, zahájení kojení a metoďy oživováňi. Cílem přispěvku je zmapovat, jakým způsobem se rozvíjela ošetrovatelská péče o novorozence a porovnat tehdejší postupy se současnými trendy. Zároveň může poukázat na oblasti, které mohou vhodně inspirovat i současné pediatrické ošetrovatelství, jako je například problematika návštěvní služby u novorozenců a kojenců.

Klíčová slova: Dětská sestra. Historie. Novorozenec. První ošetření.

ÚVOD

Oddělení pediatrie jako samostatného medicínského oboru se datuje až od první poloviny 19. století v souvislosti se zakládáním dětských nemocnic, kdy první taková nemocnice v Evropě byla založena roku 1802 v Paříži, na našem území roku 1842 v Praze a v Brně roku 1846. Do té doby probíhala zdravotní péče o děti pod oborem interní medicíny spolu s dospělými pacienty, což nebylo ideální a vyvstala potřeba vytvořit samostatné odvětví péče o dítě. Tato problematika se stala i tématem diskuse na vědeckých konferencích. Jako revoluční je možné považovat myšlenku prof. Schlossmana, který roku 1897 upozornil na to, že děti není možné považovat za pouhé zmenšeniny dospělých, ale je třeba poskytovat jim péči v souladu s jejich potřebami. V kontextu vývoje samostatné pediatrie jde i vývoj pediatrického ošetrovatelství, které je zaměřeno na poskytování ošetrovatelské péče jedincům od narození do ukončeného 18. roku života (Boledovičová et al, 2010). Do roku 1900 se většina dětí běžně rodila v domácím prostředí, později postupně docházelo k větší medicinalizaci porodnictví a roku 1960 se rodilo v nemocnicích již 90 % dětí (Leifer, 2004).

Století 19. můžeme právem považovat za revoluční období v dějinách Evropy. Charakteristickým rysem této doby jsou četné hospodářsko-politické změny a nástup kapitalismu jako nového způsobu ekonomického myšlení. Ve společnosti se dále rozvíjí feministické hnutí a do povědomí se dostává nový pojem- emancipace (Hubinková et al, 2008). S tím souvisí i rozvoj ošetrovatelství jako profese, kde ženy našly své uplatnění. Tento rozvoj byl také pozitivně ovlivněn kladným vztahem k hygieně a prevenci nemocí (Kutnohorská, 2010). Jako příklad je možné zmínit závěr výzkumu Ignáce Filipa Semmelweise, který v praxi prokázal, že obávaná horečka omladnic je přenášena prostřednictvím špinavých rukou personálu, čímž položil základ pro bariérovou ošetrovatelskou péči (Vytečková et al, 2011). Přestože v oblasti medicíny docházelo tou dobou k realizaci takových převratných objevů, jako bylo první použití inkubátoru pro nedonošeného novorozence v roce 1857 či zavedení výživy novorozence gastrickou sondou, ošetrovatelská péče probíhala na většině území v domácím prostředí (Fendrychová, 2011).

První ošetření novorozence

První ošetření novorozence bylo zahájeno přerušáním pupečníku a vyčištěním ústní dutiny. Poté záleželo na úrovni adaptace dítěte. Pokud ihned nekřičelo, dostatečně nedýchalo, začalo se bezprostředně s taktilní stimulací v podobě tření kůže a úderu dlaní ruky do spodní části zad. Předtím, než se přistoupilo ke kříšení, byl ještě novorozenec ponořen do vody o teplotě 28 °R (Réamurův stupeň), který odpovídá 35 °C, v níž zůstal po celou dobu. Kříšení bylo zahájeno třením čtyřmi prsty jedné ruky na prsou s mírným tlakem a poté byla stejným způsobem třena i zadní strana hrudi. Dále se stříkala dítěti studená voda silným proudem střídavě na hlavu, prsa, břicho a páteř. Bylo nutné dolévat do lázně teplou vodu, která při kontaktu se studenou rychle ztrácela teplotu. Pokud ani tento zásah nebyl úspěšný, podalo se dítěti klyzma se studenou vodou, pak se vzalo do rukou a několikrát se s ním máchlo ve vzduchu. Pokud začalo dýchat, ale dech byl nepravidelný a mělký, doporučovalo se přidržet mu u nosu kousek strouhaného křenu. V průběhu procedury bylo dítě ob čas udeřeno plochou dlaně do hýždí a jako poslední možnost se doporučovalo kapat rozehřátý pečetní vosk na břicho. Tyto intervence se prováděly do chvíle, než se obnovila srdeční akce. V případě, že byl přítomen lékař, doporučovalo se odsát dítěti hlen z hrtanu sondou.

Pokud se nepodařilo obnovit vitální funkce, zabalilo se dítě do teplých plen a peřiny a přistoupilo se k observaci, protože byly známy případy, kdy i zdánlivě mrtví novorozenci ožili (Janda, 1887 s. 165- 166).

Po narození dítěte bylo důležité pečovat o pupeční pahýl, protože již v této době bylo známo, že je vstupní branou pro infekční onemocnění, byť informace o této oblasti byly jen na základní úrovni. V domácích podmínkách, kde péči zajišťovaly odborně méně kvalifikované osoby- porodní báby- se sledovaly hlavně místní projevy zánětu tzv. hniloba pupku (Streng, 1859 s. 176). Je třeba mít na paměti, že v této době ještě nebyla v praxi používána antibiotická terapie, proto důsledky na zdraví i život dítěte byly tragické (Hampl, Paleček, 2002). Obvyklý způsob ošetření pupečního pahýlu popsal Janda (1887, s. 165) takto: „Zbytek provázku budiž pak do kousku plátna podoby čtverce do půl prostráhnut, pak máslem neb jinou mastnotou dobře prosáknutého obalen (aby v lázni lépe odmočil a třeba-li se vyměnit dal) a na levou stranu položen (nikoliv na pravou, poněvadž by tam játra byla tlačena); pod pupeční provázek položí se ještě cupanina nebo bílá čistá vata, aby nebyl život stlačen. Na to obváže se život dítěte volně objímadlem asi 5 cm širokým a as 13cm dlouhým, což má ten účel, aby pupeční provázek byl chráněn, nežli odpadne, aby se tedy od pupku neodtrhnul“ Po mumifikaci a odpadnutí pupečníku se jeho ústí omývalo dvakrát denně goulardskou vodou, což byl roztok s olovem, který se používal pro své stahující účinky. Postupně však bylo od tohoto prostředku upouštěno v důsledku výskytu častých otrav olovem (Dunglison, 1833). Na místo odpadlého pupečníku se dále přikládala tkanina namočená v oleji, která se fixovala obinadlem. Velmi dobrých výsledků bylo dosahováno při několikadenním přikládáním obkladu z plátna namočeného v kořalce či červeném víně (Streng, 1859, s. 176).

Důležitou roli v časném poporodním období hrála hygienická péče. V první řadě byly novorozenci ošetřeny oči 2-3 % roztokem borové vody. Dále byl v případě přítomnosti odstraněn hlen z dutiny ústní prstem. Významným okamžikem bylo samotné koupání, které nejen že mělo za cíl dokonale dítě očistit, ale hlavně skýtalo příležitost k jeho řádnému prohlédnutí a odhalení případných odchylek, z nichž nejčastěji bývá zmiňován zaječí pysk (rozštěp rtu), více prstů (polydaktylie) a srůst řitě (atrézie ánu) (Janda, 1887, s. 164 - 165). Zajímavý byl následný postup, pokud byla některá odchylka nalezena. Streng (1859, s. 175) to popisuje následovně: „V koupeli, která asi pět minut trvá, má babička nejlepší příležitost, náležitě prohlédnouti všecky částky dětské a zvláště se podívati, nemáli nějaké chyby vzrůstu, na př. není li řít srostlý nebo ústí močové trubice, nemáli dítě zaječí pysk neb více prstíků

a.t.d. Shledáli se nějaká taková chyba anebo nějaké porouchání od porodu, zataj to matce, okaž to však manželovi anebo příbuzným, aby byl povolán lékař, kdyby toho bylo potřebno“

Při samotné koupeli bylo dítě ponořeno do nádoby určené ke koupání do vody o teplotě 35 °C. Na dně takové nádoby byl několikrát přeložený šat. Mázek se smýval pomocí oleje a mydlin. Pokud stále ulpíval na kůži, doporučovalo se použít máslo nebo žloutek. Oči se omývaly čistou vodou zvlášť (Streng, 1859, s. 175 - 176). Po koupeli se kožní záhyby ošetřily jemným škrobovým práškem nebo tzv. lycopodia, což byl prášek z jeleních růžků. Nanášel se pomocí speciálního štětečku z labutího peří. Některé matky zasypávaly záhyby tzv. bleiweissem, což byla běloba, která ale pro vysoký obsah olova byla k ošetření novorozence zakázána používat (Janda, 1887, s. 168 - 169).

Po koupeli bylo dítě oblékáno do čistého prádla, které se skládalo z košile, kabátku a plen, do nichž se balily i nohy. Jedna plena byla plátěná, druhá flanelová a přes ně se dávala plena gumová či jemné voskové plátno, které bránilo protékání obsahu pleny na peřinu a chránilo tak lůžko před znečištěním. Součástí oděvu byla vždy také pokrývka hlavy- různé čepečky, karkulky atd. V tomto období se doporučovalo pokládat novorozence volně a nebalit jej pevně do zavinovačky v souvislosti s negativním vlivem na lokomoční aparát (Streng, 1859 s. 176). Jako nejvhodnější způsob výživy novorozence v tomto období bylo považováno kojení.

„Ano pravá, dítě své milující matka, cítí se šťastnou a vznešenou, když dítěti z prsu svého potravu podati může, radost pak a blaženost nemůže jí jistě odejmouti, nýbrž jen dodati krásy“ (Janda, 1887, s. 175). Přesto bylo doporučeno provést první přiložení k prsu až za 8 hodin po porodu, pokud se na to matka cítila. V případě, že ještě potřebovala odpočívat a nabrat sílu, s kojením se vyčkalo a dítě se do té doby krmilo náhradním mlékem (většinou kravské, kojná apod.). Když se matka rozkojila, měla přikládat dítě v pravidelných intervalech a ponechat tak dlouho, dokud samo aktivně sálo (Janda, 1887, s. 176).

PRVNÍ POLOVINA 20. STOLETÍ

První ošetření novorozence

Při prvním ošetření novorozence po porodu můžeme již vidět pokrok v oblasti medicíny, ošetřovatelství a prevence infekcí. První ošetření začínalo přerušením pupečníku, který byl podvázán, aby nekrvácel. Tehdejší doporučením bylo vyčkat s přerušením až do chvíle, kdy ustala pulzace pupečnickových cév (Klika, 1902, s. 34). Při tomto úkonu se zdůrazňoval přísně aseptický postup, který spočíval v důkladné hygieně rukou, pomůcek a sterilizací nůžek

protazením nad lihovým plamenem. Pahýl byl následně ošetřen lihem, zasypán dermatomem, zabalen do sterilního mulu a připevněn k tělu obinadlem (Kulhánek, 1927, s. 72). Během týdne pahýl oschl a odpadl. Rána, která po něm zůstala, se obvykle zhojila v průběhu 14 dnů a bylo přísně zakázáno s ní manipulovat neomytými rukama. Jinak hrozilo zanesení infekce až do dutiny břišní, kde způsobila peritonitidu, otravu krve a smrt dítěte (Burjan, 1906, s. 11).

V souvislosti s rozvojem preventivních protiinfekčních opatření byla věnována mnohem větší pozornost ošetření očí, protože až polovina všech zrakově postižených byly děti s nesprávně ošetřenými očima (Fisher, 1924, s. 191). Každému novorozenci byly oči vykapány 1% roztokem dusičnanu stříbrného a omyty převařenou vodou (Brdlík, 1917, s. 8). Pokud porodní bába neměla k dispozici dostatek roztoku, existovala alternativa v podobě jedné kapky 2% lúpisu či několika kapek citronové šťávy. Oči bylo nutné chránit i během první koupele a to tak, že se novorozenci na oči přiložily mulové tampóny namočené v borové vodě (Klika, 1902, s. 36).

Teplota v místnosti, kde se novorozenec ošetřoval, měla být o něco vyšší, než bylo obvyklé. Koupel byla zahájena tím, že se tělo dítěte důkladně pomazalo směsí mazlavého mýdla a glycerinu, vazelíny, másla či mandlového oleje se žloutkem. Po té bylo vloženo do lázně o teplotě 37°C. Osušilo se a kožní záhyby se zasypaly jemným pudrem nebo škrobem (Klika, 1902, s. 39). Oblečení pro novorozence a způsob balení měl umožňovat volný pohyb končetin, tedy žádné pevné svazování do zavinovaček. Nebylo nutné používat příliš teplé oblečení. Pouze u dětí nedonošených se doporučoval takový oděv, který by zajistil dostatečný tepelný komfort. V domácím prostředí většinou nebyla možnost používat výhřevné skříně-Couveuse a byly nahrazeny obvyčejnými tepláky, ohřevnými dečkami, termofory či lahvemi naplněnými teplou vodou, které se vkládaly do peřinky (Kulhánek, 1927, s. 76).

Za zmínku stojí názor na zahájení kojení. Podle Brdlíka (1917, s. 9) bylo lépe, pokud se přiložení novorozence k prsu odložilo na pozdější dobu, aby matka i dítě mohli načerpat sílu, správně se zadaptovat a navíc vycházel z předpokladu, že novorozenec nemá potřebu se okamžitě po porodu napít. U Vozábové (1914, s. 3) je uvedeno, že první přiložení se odehrávalo až po 6-8 hodinách od narození v době, kdy se dítě začalo chovat nepokojně a ohlásilo se křikem. Pokud se aktivně o prs nehlásilo, doporučovalo se ponechat ho v klidu ještě déle. V prvních dnech po porodu se dítě přikládalo 3-4x za den s postupným navyšováním frekvence. Interval mezi kojením však neměl být kratší než 3 hodiny. V noci měla matka kojit jen jednou a to z těchto důvodů: *„Je velmi důležité, aby matka pořádek tento přísně zachovávala. Dítě mu snadno zvyká, dobře prospívá, uchrání se překrmení i nebezpečného onemocnění (průjmy, zvracení) jež časté a nepravidelné kojení mívá*

za následek. Tímto způsobem má též matka kojení velmi usnadněno, může se svému zaměstnání věnovati a uchrání se nočního bdění, jež ji vysiluje“ (Vozábová, 1914, s. 4).

Zvláštní kapitolu tvoří problematika ožívování novorozenců. Ke každému takovému případu musel být přivolán lékař, který jediný mohl konstatovat závažnost stavu, aby se předešlo tzv. zdánlivé smrti. Než lékař dorazil, bylo třeba co nejrychleji ošetřit dítěti pupečník, uvolnit dýchací cesty, prstem s omotanou rouškou odstranit hlen z dutiny ústní a do nosu zavést jemné péro, které mělo podráždit nosní sliznici a podpořit tak dýchání. Za stejným účelem se tělo dítěte potíralo lihem či kořalkou a přes hýždě se šlehalo ve studené vodě namočenou rouškou (Klika, 1902, s. 123 - 124). Jiný postup uvádí Burjan (1906, s. 7), který zdůraznil, že jako první bylo třeba prostřednictvím přiloženého ucha na levou stranu hrudníku dítěte poslechnout, zda je přítomný puls. Po vyčištění úst se měl uchopit jazyk do plátna nebo kleští a pravidelně vytahovat a zase spouštět do úst za současného stříkání ledové vody do obličeje. Pokud dítě stále nedýchalo, ponořilo se do teplé vody a směrem od týla se polévalo studenou vodou. Teprve poté přistoupilo k masáži celého těla se současným rytmickým stlačováním hrudníku novorozence (Klika, 1902, s. 124).

DRUHÁ POLOVINA 20. STOLETÍ DO ROKU 1989

Péče o novorozence

Na rozdíl od předešlých období se ve druhé polovině 20. století rodila doma jen naprostá menšina dětí, naopak stoupala tendence, aby se všechny děti rodily ve zdravotnickém zařízení, kde se jim dostane náležité odborné zdravotní péče. V souvislosti s rozdílným vybavením porodnic a novorozeneckých oddělení se odlišovala i péče o novorozence. Realitou byla naprostá separace dítěte od matky. Novorozenci byli soustředěni na prostorném pokoji, kde se dodržoval přísný bariérový režim podobně jako na operačních sálech. Sestry zajišťovaly veškerou péči, pravidelné přebalování, denní vážení a hygienickou péči. Děti byly po koupeli opláchnuté v dezinfekčním roztoku jako prevence hnisavých zánětů kůže. Jediný kontakt s matkou měl novorozenec při pravidelném přivázení ke kojení, které se ovšem neřídilo potřebou dítěte, ale stanoveným časovým harmonogramem. Mezi tím bylo dokrmováno oslazenou převařenou vodou, čajem a převařeným mateřským mlékem cizích matek (Mečíř, 1967). Tím, že matky neměly během pobytu v porodnici příležitost se seznámit s koupáním, přebalováním a jiným ošetřováním dítěte, vyvstala potřeba následné odborné péče, která by pomohla matkám s adaptací na novou situaci a poskytla jim důležité informace a praktickou zkušenost, jak se o novorozence starat.

Tuto funkci plnila návštěvní služba u novorozenců a kojenců, která se začala nejvíce rozvíjet v období padesátých let. Hankeová (1954) k tomu uvádí, že ženy nebyly dostatečně připravené na mateřství a často neměly ani základní vědomosti o tom, jak o dítě pečovat. Navíc se zde projevoval faktor složitých hospodářských a bytových poměrů. Hlavním úkolem dětské sestry bylo přesvědčit matku o tom, že má o zdraví a správný vývoj dítěte opravdový zájem. Proto pro práci v terénu bylo nutné, aby měla kvalifikační předpoklady, řádnou praktickou přípravu a schopnost zodpovědně se rozhodovat, protože zvláště na venkovských obvodech nebyl často trvale přítomen lékař. Při návštěvě pak edukovala matku o zásadách hygienické péče, přebalování, oblékání, zdravém spánku a výživě. Zároveň si všímala prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo, sociálních poměrů a vztahu mezi rodiči a dětmi. „*Dětská sestra je spojkou mezi lékařem a matkou. Tím, že rodinu dobře zná, poradí lékaři, jak na matku působit, sama pak sleduje rady lékaře, aby mohla v rodině kontrolovat jejich správné dodržování. Své návštěvy v rodinách musí provádět plánovitě. Častěji u nedonošených dětí, novorozenců, dětí z početných rodin, v závadném prostředí a u dětí po propuštění z léčení*“ (Hankeová, 1954, s. 572). S postupem doby v kontextu zlepšujících se socioekonomických podmínek ve státě se měnil i přístup k návštěvní službě. Například u matek, které měli dvě a více dětí a jejichž domácnost byla na dobré hygienické úrovni, nebylo nutné provádět návštěvy tak často. Místo toho byl prostor věnovat více pozornosti prvorodičkám a rodinám, kde prostředí nebylo pro výchovu dítěte vyhovující (Moravcová, 1965).

Převratným okamžikem v oblasti ošetřování novorozenců bylo zavedení systému ošetřování matky a novorozence na společném pokoji tzv. rooming in v roce 1981. Účelem bylo posílení psychických a biologických vazeb mezi dítětem a matkou. S tím souvisela i nutnost změnit přístup sester, které přijaly nové role jako poradkyně a průvodci matky plně pečující o své dítě. „*I když naše zkušenosti jsou zatím krátkodobé a vyzkoušeny v malém počtu dětí, považujeme dosažené výsledky za velmi povzbudivé. Podnítily nás k dalšímu rozšiřování rooming-in. Věříme, že v brzké době rozšíříme tento systém na celé porodnické oddělení*“ (Mendl et al., 1982, s. 89).

SOUČASNÉ TRENDY V OŠETŘOVÁNÍ NOVOROZENCŮ

Péče o novorozence je v současné době na našem území velmi rozmanitá a obor neonatologie máme na opravdu vysoké odborné úrovni, o čemž svědčí i demografické ukazatele. V oblasti ošetrovatelské péče dochází ke střetu mezi tradičním a alternativním přístupem k těhotenství, porodu a mateřství.

Tradiční postupy bývají na základě přání matek, ale také na podkladě výsledků výzkumných šetření, postupně nahrazeny alternativními přístupy, které více respektují přirozené chování matek i novorozenců a přispívají k prohloubení vazby mezi matkou a dítětem (Hájek et al. 2014). Objevují se pojmy jako je bonding, intuitivní rodičovství, účast otce při porodu či porodní plán (Šmídová, 2008). Současným trendem je tedy návrat k přirozenému průběhu šestinedělí bez zatěžování zbytečnými intervencemi.

Běžnou praxí ve většině zařízení je možnost prvního ošetření novorozence na břiše matky v kontaktu skin to skin, který zajišťuje i potřebný teplotní komfort bez nutnosti separace na vyhřevné lůžko. Ošetření pupečníku se u fyziologických novorozenců neprovádí ihned, ale nejlépe mezi druhou a třetí minutou po narození jako prevence anémie. K zaškrcení se používá nejčastěji plastová svorka. Poté je pahýl udržován v čistotě a suchu a ponechává se spontánní mumifikaci. Taktéž první koupání má být provedeno nejdříve za 24 hodin po porodu, aby se mohl přirozeně vstřebávat mázek, který se významně podílí na snižování pH kůže, čímž vzniká ochranná bariéra proti infekci (Pánek, 2013).

V souvislosti s poskytováním praxe založené na důkazech se v současnosti upustilo od rutinního odsávání novorozence z úst, nosu a žaludku, protože zde hrozí mnoho komplikací v podobě změn akce srdeční, vagového dráždění, zvracení a ani jako diagnostický nástroj k odhalení atrezie jícnu se tento postup neosvědčil. Naopak významným preventivním opatřením zůstává kredeizace- vykapání spojivkového vaku Ophthalmo-septonexem ještě na porodním sále (Mydlilová, 2011).

V oblasti výživy je mateřské mléko považováno za přirozený a nejlepší způsob potravy pro novorozence. Aby bylo kojení vhodně podpořeno, je třeba zahájit první přiložení k prsu již na porodním sále nejlépe ještě dříve, než je dítě zváženo a definitivně ošetřeno. Využívá se k tomu jeho přirozených reflexů a při časném přiložení (do 30 minut) je významně stimulován i nástup laktace. Novorozenec po porodu aktivně sám hledá prs a je schopen se i sám přisát, proto do tohoto děje zasahujeme jen minimálně. Dále je dítě kojeno podle jeho potřeby, spavé děti je třeba na kojení budit každé 4 hodiny. Samozřejmostí je respektování strategie 10 kroků pro úspěšné kojení (Mydlilová, 2013).

ZÁVĚR

Při studiu historických materiálů a postupů v péči o novorozence můžeme vidět, jakým způsobem se obor rozvíjel až na současnou úroveň. Přestože mnohé postupy nám dnes možná vyvolají úsměv na tváři, je třeba si uvědomit, že zároveň podávají zprávu o tom, jakým

směrem se ubíralo tehdejší ošetrovatelství a že mnohé činnosti v upravené podobě používáme do dnes. Jednou z oblastí, která nám může být vzorem do dnešní doby, je systém práce v terénu na počátku druhé poloviny 20. století. Můžeme se domnívat, že znovuoobnovení návštěvní služby u novorozenců by nebylo krokem zpět, ale naopak by mohlo významně doplnit systém poskytovaných služeb, jak o tom svědčí výsledky výzkumů z ekonomicky vyspělých zemí, kde je návštěvní služba běžnou praxí.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-331-8.

BRDLÍK, J. 1917. *Dítě a kojeneček*. Praha : Česká zemská komise, 1917.

BURJAN, J. 1906. *Nemlúvňa alebo život a opatera dieťaťa v prvých dvoch rokoch*. Turčiansky Svätý Martin.1906.

DUNGLISON, R. 1833. *New dictionary of Medical Science*. Boston : Published by Charles Bowen, 1833.

FENDRYCHOVÁ, J. 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3940-3.

FISHER, L. 1924. *Žena – Matka – Dítě: Rady a pokyny*. Praha : Nakladatel B. Kočí, 1924.

HÁJEK, Z. et al. 2014. *Porodnictví*. Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAMPL, F; PALEČEK, J.2002. *Farmakochemie*. Praha : VŠCHT, 2002. ISBN 80-7080-49-5-5.

HANKEOVÁ, R. 1954. Dětská sestra v terénu. *Zdravotnická pracovnice*, 1954, roč. 4, č. 9, s. 572. ISSN 0049-8572.

HUBINKOVÁ, Z., L. BAKÉ-TOMIÉ a A. SURYNEK, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. aktualizované, doplněné a přepracované vydání. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.

JANDA, J. 1887. *Mladá matka: Poučení, jak se má žena zachovati od početí až k samostatné výživě dítěte*. Praha : Nakladatel F. A. Urbánek, 1887.

KLIKA, Č. 1902. *Dětské nemoci: I. O ošetřování novorozenců a kojenců*. Bibliotéka lékařských spisů populárních. Praha : Nakladatelství Hejda a Tuček, 1902.

KULHÁNEK, K. 1927. *Kojenec a batole*. Praha : nákladem vlastním, 1927.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MEČÍŘ, M. 1967. *Aby bylo zdravé: Péče o dítě v prvních měsících života*. 2. vyd. Praha : Ústav zdravotní výchovy, 1967.

MENDL, V., TOMÁŠ, J., CHODĚROVÁ, M., V. KYSELA, 1967. Zkušenost s ošetřováním matky a novorozence. *Československá pediatrie*, 1967, roč. 37, č. 2, s. 88-89. ISSN 0069-2328.

MORAVCOVÁ, J. 1965. Péče o dítě v terénu. *Zdravotnická pracovnice*, 1967, roč. 15, č. 5, s. 243-248. ISSN 0049-8572.

MYDLILOVÁ, A. 2011. Současné trendy péče o novorozence. *Neonatologické listy*, 2011, roč. 17, č. 2, s. 43. ISSN 1211-1600.

MYDLILOVÁ, A. 2013. Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, Supplementum, s. 95-97. ISSN 1210-7832.

PÁNEK, M. 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč.14, č.6, s.363-366. ISSN1213-0494.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

STRENG, J. 1859. *Kniha babická: ku prospěchu žen babictví se učících*. Praha : Nákladem Bedřicha Ehrlicha, 1859.

ŠMÍDOVÁ, I. 2008. Otcovství u porodu: Re-konstrukce genderových vztahů v rodině. *Sociální studia*, 2008, č. 1, s. 11-34. ISSN 1214-813X.

VOZÁBOVÁ, E. 1914. *Jak má matka zacházeti s kojencem*. Brno : Zemská organizace pokrokových žen v Brně, 1914.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., V. WIRTHOVÁ a J. HOLUBOVÁ. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

Kontakt

Mgr Andrea Schönbauerová

Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Schonbauerova.andrea@gmail.com

doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

boledovicova.maria@gmail.com

DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCKÝCH ZAŘÍZENÍCH V ÚSTECKÉM KRAJI

SOTNEROVÁ Petra

ABSTRAKT

Práva pacientů jsou velmi diskutovaným tématem jak v odborných kruzích, tak i u laické veřejnosti. Zdravotničtí pracovníci se dennodenně s právy pacientů ve své praxi setkávají a z tohoto důvodu je velmi důležité, aby se právě oni v této problematice dobře orientovali. Součástí průzkumného šetření bylo zejména zmapování teoretických znalostí sester o právech pacientů a jejich dodržování. S problematikou práv pacientů vyvstává otázka, do jaké míry si sestry uvědomují, jaká práva pacientovi v rámci ošetrovatelské péče náleží. Podle výsledků našeho průzkumu můžeme konstatovat, že informovanost sester o právech pacientů a jejich dodržování není na takové úrovni, kterou bychom pokládali za dostatečnou.

Klíčová slova: Dodržování. Pacient. Práva pacientů. Sestra. Zákon.

ÚVOD

Dlouhá staletí platilo, že pacienti neměli žádná práva a vlastně je ani nepotřebovali, jelikož byli plně závislí na lékaři, a to nejen po odborné stránce, ale často i po té lidské. V současné době jsou již pacienti vzdělanější, jsou si vědomi svých práv a vzájemný vztah mezi pacientem a zdravotníky se od té doby vyvinul od paternalismu k partnerství. Ke změně vztahu mezi pacientem a zdravotníky přispěl sociální, ekonomický, politický, etický a kulturní rozvoj. Pacient je trpící člověk, který přichází do zdravotnického zařízení hledat pomoc. Na rozdíl od zdravého člověka, který se dokáže bránit, je nemocný člověk bezmocný a důvěřuje zdravotnickému personálu, který nesmí jeho důvěru zklamat. Vkládá mu do rukou jednu z nejdůležitějších hodnot- své zdraví. Hospitalizace představuje zvrát pro každého člověka, která pro něj znamená různá omezení, ale nesmí znamenat ztrátu práv. Práva pacientů mají přispět k lepšímu oboustrannému pochopení mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotnickým personálem.

Předpokladem pro vytvoření dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou je znalost práv pacientů a je důležitou podmínkou pro zkvalitňování ošetrovatelské péče. Zvýšená ochrana práv pacientů je stále aktuálnější s ohledem na problematiku právní odpovědnosti v ošetrovatelství. Práva pacientů jsou jednak etickým kodexem, ale podléhají i zákonům, které je zapotřebí respektovat a dodržovat. Problematika práv pacientů by neměla být opomíjeným tématem, zejména v souvislosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků, jelikož sestra se velmi snadno, a někdy i nevědomě, může zachovat v rozporu s právy pacientů a za své chybné jednání nese zodpovědnost.

PRÁVA PACIENTŮ

Pokud chceme pochopit význam práv pacientů nelze se neohlédnout do historie. Práva pacientů vycházejí ze Všeobecné deklarace lidských práv, která byla v r. 1948 přijata Valným shromážděním Spojených národů (Hegyí, 2006). Důvodem proč se zabývat touto problematikou byli bezesporu skutečnosti, které vyplynuli po 2. světové válce. Norimberský proces (1945-1946) odhalil zřůdnosti, kterých se dopouštěli nacističtí zdravotníci pod záminkou „vědeckého“ zkoumání. Jako odezva byl sestaven Norimberský kodex (1947), určující hranice lidské důstojnosti, které nesmí vědec překročit (Ivanová, 2006). Na jeho zásady navázal Ženevský slib vydaný Světovou zdravotnickou organizací v r. 1948, který je považován za současnou podobu Hippokratovi přísahy (Kutnohorská, 2007). „O právech pacientů formulovaných jako komplementární doplněk tradičních deontologických modelů se začíná hovořit v podstatě teprve na začátku sedmdesátých let 20. století“ (Haškovcová, 2002, s. 96). Důvodem bylo, že lidská práva a individuální svobody jsou v demokratické společnosti vysoce ceněny a lidé akceptují plnou odpovědnost za svůj život, chtějí mít dostatek informací a i v nemoci chtějí o sobě rozhodovat a spolupracovat (Haškovcová, 2002). První kodex Práv pacientů byl formulován v roce 1971 lékárníkem Davidem Andersonem z Virginie na základě osobních zkušeností pacienta v moderní, avšak dehumanizované nemocnici. V textu zdůrazňuje právo pacienta na respekt, autonomii, sebeurčení a individuální přístup. Trefně reagoval na tehdejší tzv. „medicínu mlčení“, což představovalo zacházení s pacientem více jako s předmětem než s jednotlivcem. Rok po té, tzn. v r. 1972, přijala Americká asociace nemocnic svá práva nemocných. Nelze zpochybňovat existenci práv pacientů, ovšem je otázkou, jakou mají mít formu, jaká je jejich závaznost a jak docílit jejich naplnění.

Práva pacientů jsou především morálním kodexem, který dává odborníkům i laikům na vědomí, jaká odůvodněná přání pacienti mají. Důraz je kladen na to, že práva pacientů jsou výhradně právem pro pacienta a nemohou se v žádném případě stát právem proti někomu (Haškovcová, 1996). V osmdesátých letech 20. století jsou práva pacientů považována za samozřejmost ve vyspělých státech. Práva pacientů zpočátku představovala uplatnění lidských práv na medicínu (právo na sebeurčení a právo na tělesnou i duševní integritu). V průběhu osmdesátých let se stává pacientovo právo na sebeurčení samozřejmostí a do popředí se dostává právo na bezplatnou zdravotní péči v době její konzumace a princip solidarity v hrazení zdravotní péče (Šimek, 2015). Práva pacientů byly zpočátku etickým kodexem, jenž představoval opodstatněné nároky pacientů, které nebylo možné právně vymáhat. Pro lékaře byla práva pacientů výzvou vyhovět požadavkům nemocných a pacienti zde nacházeli souhrn svých oprávněných nároků. V devadesátých letech 20. století byla v Evropě zahájena implementace práv pacientů do zdravotnické legislativy. Prvním nadnárodním právním dokumentem legalizující práva pacientů je Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy vydaná v roce 1997 (Šimek, 2015). Pacienti ovšem nedisponují pouze svými právy, ale také příslušnými povinnostmi. Povinností každého občana je opatrovat své zdraví, především zdravým životním stylem. Povinností pacienta je dodržování terapeutického, rehabilitačního a dietního režimu. V neposlední řadě by měl pacient ve svém zájmu sdělit lékaři informace týkající se jeho aktuálního zdravotního stavu, bez ohledu na stud, nebo že dané informace nepovažuje za důležité. Práva pacientů představují rozsáhlou oblast, jak z etického tak i z právního hlediska a zdaleka nelze pojednat o všech právech pacientů a s nimi souvisejících povinnostech zdravotnických pracovníků. Zdravotníci by si měli uvědomit, že pacient se při léčbě může domáhat naplnění svého práva a pokud dojde k porušení těchto práv ze strany zdravotnických pracovníků, má pacient právo vyžadovat ochranu svých práv nebo odškodnění za jejich porušení (Doležal a Doležal, 2007). Je ovšem třeba zdůraznit, že mezi právy a povinnostmi panuje rovnováha. Právo s sebou přináší adekvátní povinnosti, které platí jak pro zdravotnické pracovníky, tak i pro pacienty (Vondráček, Wirthová, 2009).

HISTORIE A VÝVOJ PRÁV PACIENTŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ

Historie práv pacientů je v České republice se píše od podzimu roku 1990, kdy začala pracovat Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví za předsednictví lékaře Jaroslava Šetky.

Helenou Haškovcovou byl tehdy podán návrh na vypracování, přijetí a zveřejnění etického kodexu práv pacientů. Tento návrh byl přijat z důvodů, že ve stávajícím zdravotnictví panoval nesoulad s evropskými normami, především s Listinou práv a svobod. Se změnou politické situace docházelo ze stran veřejnosti k nárůstu kritiky na zdravotnictví i zdravotníky, bylo tedy taktické, aby se iniciativy chopili především odborníci. V polistopadové atmosféře bylo socialistické zdravotnictví kritizováno, na což reagovala většina zdravotníků podrážděně, zřejmě z důvodů, že do té doby byla kritika zdravotnictví nedotknutelná a zároveň také proto, že zdravotníci považovali kritiku za nespravedlivou, jelikož se mnozí i za nesnadných podmínek starali o své pacienty dobře. Přesto sami zdravotníci věděli, že se situace může a musí obrátit k lepšímu. Etický kodex Práva pacientů, vytvořený Helenou Haškovcovou a Jaroslavem Šetkou, se skládal z důvodové zprávy a vlastní české verze patientského kodexu. Důvodová zpráva vysvětluje, proč je nevyhnutelné vytvořit práva pacientů a přijmout je jako morálně platnou normu. Současně uvádí argumenty na opakované protesty, že práva pacientů náleží pouze do rukou lékařů, nikoliv pacientů. Tento názor je nepochybně mylný. „Práva pacientů jsou především právy trpících občanů. Lékaři je mohou z praktických i jiných důvodů iniciovat, ale v žádném případě si je nemohou přisvojit“ (Haškovcová, 1996, s. 24). Logická je námitka, že se pacienti svých práv budou domáhat, proto je správné, aby některá srozumitelná práva nemocných byla splněna. Nesoulad mezi vyhlášenými právy pacientů a praxí by neměl být žádný. Názor, že práva pacientů není nutné vyhlášovat, protože se ve skutečnosti dodržují, je neopodstatněný. Pokud se práva pacientů respektují, není důvod k jejich nepřipomenutí (Haškovcová, 1996). Česká podoba etického kodexu Práva pacientů vychází z Vzorových práv pacientů zveřejněných Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Byla zohledněna jak některá naše specifika, tak i výhrady vznesené v rámci debaty zdravotnické veřejnosti. Konečná verze Práv pacientů byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. 2. 1992 (Haškovcová, 2002). Etický kodex Práva pacientů by měl znát každý zdravotník nejen teoreticky, ale měl by i během své praxe přispívat k jeho naplnění. V neposlední řadě by měli o svých právech vědět ti, jichž se to nejbližší týká. Je žádoucí, aby práva pacientů byla ve společnosti všeobecně známa, pak se vytvoří rovnocenný, partnerský vztah mezi pacientem a zdravotníky, a pacient se nebude cítit jako manipulovatelný objekt zdravotnické péče (Kořenek, 2004).

Sestra je považována za člena týmu, který poskytuje základní péči pacientům, což je nepochybně hlavní funkcí ošetrovatelství. Stále se však rozšiřují nové odpovědnosti, které vycházejí z profesní orientace sester na celek lidského zdraví. Povolání sestry tvoří soustavu společenských rolí, které jsou různě členěné a každá sestra musí být připravena aktivovat i ty činnosti, které momentálně nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává. Napříč všemi rolemi, zůstává sestra strážkyní zájmů pacientů (Bártlová, 2005). Ochrana práv pacientů by měla reflektovat a zabezpečovat boj za všeobecná práva. Jednou z nejdůležitějších hodnot civilizovaného způsobu života je úcta k autonomii jednotlivce. Sestra, jako zástupce pacienta, podporuje jeho zájmy a v této roli je zodpovědná pacientovi za způsoby, jakými je chráněna jeho lidská důstojnost a další významné hodnoty. Sestra je zároveň spojkou mezi lékařem a pacientem. Pomáhá pacientovi vytvářet si důvěru nejen k lékaři, ale i k ostatnímu personálu, čímž spojuje profesionalitu s požadavky humanismu. Sestra, jako obhájkyně práv pacienta, má povinnost pacienta o jeho právech informovat a zabezpečit, aby jim rozuměl a uměl je uplatnit. Sestra pacientovi informace pouze poskytuje, nikdy nevnučuje, ale snaží se mu pomoc přezkoumat všechny dostupné možnosti volby, jejich výhody a nevýhody, a dojít k rozhodnutí, které nejvíce odpovídá jeho víře a přání. Dobro pacienta je důvodem existence a činnosti pro práci sester, proto by neměla svůj přístup výlučně zaměřovat na plnění požadavků lékaře, ale své úsilí by měla orientovat v první řadě k pacientovi. Sestra tráví s pacientem mnohem více času než lékař a tak je pochopitelné, že se na ni pacienti obracejí s mnoha otázkami a tím jí projevují velkou důvěru. Sestra ochraňuje pacienta tím způsobem, že se mu dostává takové péče, jakou potřebuje, a obhajuje samostatnost rozhodování. V situacích, kdy zdravotní stav pacienta nedovoluje, aby si sám svá práva obhajoval, sestra jej zastupuje a brání jej před vnucováním nechtěné činnosti (Kost'ová, 2007). Sestry, díky charakteru své profese, jsou v jedinečné pozici, kdy pacientům mohou pomoci a být jejich zastánci. Často je sestra pacientem nebo jeho rodinou požádána o vlastní názor, což odráží jejich vztah založený na důvěře. Respektování a obhajoba práv pacienta jsou nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče a zdravotníci jsou povinni je respektovat a chránit (Valentová, 2004). Úlohou sestry je prosazovat, hájit a zviditelňovat práva pacienta. Pacient má mít možnost po dobu poskytování zdravotní péče, vyjádřit svoje vlastní pocity a přání.

Základním pravidlem pro vytvoření optimálního vztahu mezi sestrou a pacientem je správná vzájemná komunikace, ve které dominuje prospěch pacienta. Sestry se mohou před pacientem prezentovat jako moudré a sečtělé odbornice, ale pacient touží po tom, aby se mu v době jeho nemoci věnoval bezelstný lidský pohled a přiměřená reakce na jeho aktuální i očekávané potřeby. Nemoc představuje pro pacienta určitý strach a beznaděj, současnost se jeví jako nepřijatelná a budoucnost nejistá. Od sestry se požaduje empatie a trpělivé naslouchání. Sestra jako obhájkyň pacienta, myslí a koná ve prospěch pacienta, co je pro něj nejlepší, ve prospěch uspokojení jeho potřeb a ochrany jeho práv. Některé sestry považují obhajobu patientských práv za svůj základní úkol a pacienti potřebují, aby se jich v případě potřeby někdo zastal. Sestra ve své profesy zastává různé role, ale aby byla správnou obhájkyň práv pacienta, musí jeho práva znát, osvojit si je a ve vztahu s pacientem je uplatňovat. Pacient má charakteristické postavení v systému zdravotní a ošetrovatelské péče. Často je zranitelný, někdy až bezmocný a není schopen prosazovat své nároky, proto potřebuje zvýšenou pozornost a ochranu svých přirozených práv. Pro sestru to není lehký úkol, vyžaduje její plné nasazení, čas a správnou argumentaci. Někdy může dojít až k nepříjemným střetům, ale sestra musí především myslet na blaho pacienta, jedině pak dojde ke spokojenosti na obou stranách. Na straně sester se svou prací, na straně pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí (Gulášová, 2005).

METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum o dodržování práv pacientů ve vybraných zdravotnických zařízeních v Ústeckém kraji jsme realizovali kvantitativní metodou anonymního nestandardizovaného dotazníku, který se skládal z 30 otázek. Distribuovali jsme 500 dotazníků do pěti zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji, a to do krajské Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, dále do okresních nemocnic v Děčíně, Teplicích, Mostu a Chomutova, z toho jich bylo vráceno 442 řádně vyplněných. Návratnost činila 88,4 %. Získané údaje byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Průzkum byl realizován v období od října do prosince 2015. Výběrový soubor tvořili sestry pracující v krajské nemocnici a sestry pracující v okresních nemocnicích. Respondenti byli ženy i muži různých věkových skupin, různého vzdělání a různé délky praxe.

VÝSLEDKY

Úroveň vědomostí jsme ověřovali otázkou, zda sestry znají etický kodex Práva pacientů a 40 % dotazovaných sester odpovědělo, že ano, 7 % sester uvedlo odpověď, že neznají etický kodex Práva pacienta a 53 % dotazovaných sester zvolilo odpověď, že etický kodex znají neúplně. Další položenou otázkou bylo, jaké tvrzení je součástí práv pacienta. Zde 7 % sester uvedlo, že k právům pacienta patří právo na neomezené návštěvy, 17 % sester odpovědělo, že pacient má právo znát jména veškerého personálu a 76 % dotazovaných sester odpovědělo správně, že pacient má právo na kopii zdravotnické dokumentace. Odpověď na průzkumnou otázku jsme dále zjišťovali položkou v dotazníku, ve které jsme se dotazovali sester, zda vědí, jestli má pacient právo kontrolovat svůj účet. V tomto případě nám 63 % sester odpovědělo, že toto právo pacient má, 22 % sester se domnívá, že nikoliv a 15 % dotazovaných sester nevědělo, zda pacient má právo kontrolovat svůj účet. Úroveň vědomostí sester o právech pacientů jsme dále ověřovali otázkou, zda sestry respektují všechna přání pacienta v závěru života. 57 % dotázaných sester odpovědělo chybně, že ano. 28 % sester uvedlo správnou odpověď, že všechna přání pacienta v závěru života nerespektují a 15 % dotazovaných sester nevědělo správnou odpověď. Další položenou otázkou bylo, jaké tvrzení není součástí práv pacienta. Zde nám 26 % sester odpovědělo, že mezi práva pacienta nepatří právo odmítnout informace, dále 17 % dotazovaných sester se domnívá, že k pacientovým právům nepatří právo odmítnout léčbu, v rozsahu, který povoluje zákon a správně odpovědělo 57 % sester, že k právům pacienta nepatří právo žádat diagnostický postup neodpovídající povaze onemocnění. Poslední otázkou, jíž jsme si ověřovali znalosti sester v oblasti práv pacientů, byla otázka, zda pacient má právo vzdát se informací o svém zdravotním stavu. 11 % sester odpovědělo, že neví, 58 % dotazovaných sester odpovědělo správně, že toto právo má a 31 % sester, se mylně domnívá, že tímto právem nedisponuje. Průměr správných odpovědí je 53,7 %. Z výše uvedeného můžeme konstatovat, že úroveň vědomostí sester o právech pacientů je jen lehce nad celkovým průměrem správných odpovědí a povědomí sester o právech pacientů je nízké. Dále jsme pokládali otázky sestrám pracujícím v krajské nemocnici a v okresních nemocnicích. Ptali jsme se sester, zda mají etický kodex Práva pacienta k dispozici. 73 % sester z krajské nemocnice a 60 % sester z okresních nemocnic nám odpovědělo, že ho mají k dispozici. Následovala otázka, kde mají etický kodex umístěný. 37 % sester pracujících v krajské nemocnici a 35 % sester pracujících v okresních nemocnicích odpověděly, že mají etický kodex práva pacienta umístěný na každém pokoji pacientů. 23 % sester pracujících v krajské

nemocnici a 20 % sester pracujících v okresních, uvedly, že je umístěn na chodbě ošetrovací jednotky. Velmi překvapivé bylo zjištění, že 3 % sester z krajské nemocnice a 4 % sester z okresních nemocnic sdělilo, že práva pacienta mají k dispozici k nahlédnutí u vrchní sestry a téměř shodně 10 % sester krajského a 13 % sester okresního zdravotnického zařízení uvedlo, že mají etický kodex dostupný na intranetu. Dále nás zajímalo, jakým způsobem mají sestry zajištěnou dokumentaci pacientů. Nejčastější odpovědí u 69 % sester z krajské nemocnice a u 74 % sester z okresních nemocnic bylo, že mají dokumentaci uloženou na volně přístupném místě, ale v uzavíratelné místnosti a v počítači opatřeným heslem každého pracovníka. Správně zajištěnou dokumentaci, tzn. uloženou v počítači opatřeným heslem každého pracovníka a tištěnou formu v uzamykatelné skříni má pouze 7 % sester pracujících v krajské nemocnici a 6 % sester z okresních nemocnic. Na volně přístupném místě má uloženou dokumentaci 9 % sester z krajské nemocnice a 8 % sester pracujících v okresních nemocnicích. Rozdíly jsme dále zjišťovali otázkou, zda sestry seznamují pacienty s jejich právy. Pokaždé seznamuje pacienty s jejich právy 13 % sester z krajské nemocnice a 14 % sester z okresních nemocnic. Nejčastější odpovědí bylo, že sestry pacienty s právy seznamují pouze občas a to uvedlo 60 % sester pracujících v krajské nemocnici a 65 % sester z okresních nemocnic. Nikdy pacienty s jejich právy neseznamuje 27 % sester z krajské nemocnice a 30 % sester z okresních zdravotnických zařízení. Poslední otázkou, kterou jsme zjišťovali rozdíly v oblasti dodržování práv pacientů, byla otázka, jestli je ve zdravotnickém zařízení, kde sestry pracují, nutný souhlas pacienta účastní-li se na jeho péči osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání. 85 % sester z krajské nemocnice a 82 % sester z okresních nemocnic uvedlo, že tento souhlas je nutný. Z výše uvedeného, si můžeme na otázku, zda jsou rozdíly v oblasti dodržování práv pacientů u sester pracujících v krajské nemocnici a okresních nemocnicích, odpovědět, že zjištěné rozdíly jsou nepatrné. Výjimku tvoří pouze dispozice etického kodexu Práva pacienta, kde byl zjištěn výraznější 13 % rozdíl mezi krajskou nemocnicí a okresními nemocnicemi. Sestrám s různým vzděláním jsme položili otázku, zda má pacient právo odmítnout ošetření a navrhovanou léčbu. Celkem správně odpovědělo 59 % sester, že pacient toto právo má, ale zároveň musí být poučen o důsledcích svého rozhodnutí. Takto odpovědělo 17 % středoškolsky vzdělaných sester, 21 % sester s vyšším odborným vzděláním, 29 % sester s vysokoškolským vzděláním I. stupně a 33 % sester s vysokoškolským vzděláním II. stupně a jiným vzděláním. Další otázkou, na kterou jsme zjišťovali odpověď, byla, jestli je možné pacienta přeložit do jiného zdravotnického zařízení bez souhlasu přebírajícího zdravotnického zařízení.

Celkem správně, že to není možné, odpovědělo 56 % dotazovaných sester. Tuto odpověď jsme zaznamenali u 19 % středoškolsky vzdělaných sester, 20 % sester s vyšším odborným vzděláním, 30 % sester s vysokoškolským vzděláním I. stupně a 31 % sester s vysokoškolským vzděláním II. stupně a jiným vzděláním. Sestrám jsme dále položili otázku, zda má pacient povinnost znát nemocniční řád instituce, ve které se léčí. Že tuto povinnost pacient má, správně odpovědělo 77 % dotazovaných sester. Stejným způsobem odpovědělo 20 % středoškolsky vzdělaných sester, 24 % sester s vyšším odborným vzděláním, 28 % sester s vysokoškolským vzděláním I. stupně a rovněž 28 % sester s vysokoškolským vzděláním II. stupně a jiným vzděláním. Vliv vzdělání na úroveň vědomostí sester o právech pacienta jsme dále zjišťovali otázkou, zda má pacient právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele zdravotních služeb nebo jiného zdravotnického pracovníka. V tomto případě odpovědělo správně 39 % sester, že pacient toto právo má, ale nevztahuje se na poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Shodně odpovědělo 8% středoškolsky vzdělaných sester, 26 % sester s vyšším odborným vzděláním, 32 % sester s vysokoškolským vzděláním I. stupně a 33 % sester s vysokoškolským vzděláním II. stupně a jiným vzděláním. V poslední otázce jsme se sester ptali, jestli má pacient právo kdykoliv nahlédnout do své dokumentace. Správně odpovědělo 54 % dotazovaných sester, že zmíněným právem pacient nedisponuje. Tuto odpověď jsme zaznamenali u 17 % středoškolsky vzdělaných sester, 20 % sester s vyšším odborným vzděláním, 30 % sester s vysokoškolským vzděláním I. stupně a 33 % sester s vysokoškolským vzděláním II. stupně a jiným vzděláním. Na základě výše uvedeného můžeme konstatovat, že vzdělání má jednoznačný vliv na úroveň znalostí práv pacientů. Sestrám s různou délkou praxe jsme položili otázku, jaký postoj zaujímají k pacientům. 50 % sester uvedlo profesionální přístup, 12 % odměřený a 38 % dotazovaných sester odpovědělo ohleduplný s respektem. Ohleduplný postoj a s respektem označilo 13 % sester s praxí 0-5 let, shodně 16 % sester s praxí 6-10 let, pouze 11 % sester s praxí 11-15 let, 26 % sester s praxí 16-20 let a 34 % sester s praxí delší jak 21 let. Další otázkou bylo, v jakém případě sestry ošetří pacienta bez jeho souhlasu. Celkem správně odpovědělo 59 % sester, že tak činní pouze v případě akutního zhoršení stavu. Tuto odpověď jsme zaznamenali u 4 % sester s praxí 0-5 let, 15 % sester s praxí 6-10 let, 31 % sester s praxí 11-15 let, opět 15 % sester s praxí 16-20 let a 35 % sester s praxí delší jak 21 let. Dále nás zajímalo, zda sestry informují pacienta při propuštění o dalších kontrolách a kam se má obrátit v případě obtíží. Tímto způsobem činí celkem pouze 27 % dotazovaných sester.

Tuto odpověď označilo 9 % sester s praxí 0-5 let, 19 % sester s praxí 6-10 let, nejpočetnější skupinu tvořilo 32 % sester s praxí 11-15 let, dále 23 % sester s praxí 16-20 let a jen 17 % sester s praxí delší jak 21 let. Poslední otázkou v této kategorii bylo, za jakých okolností sestry provedou záznam do dokumentace o použití omezovacího prostředku. Záznam vždy provede pouze 15 % dotazovaných sester. Správně odpovědělo 7 % sester s praxí 0-5 let, 38 % sester s praxí 6-10 let. Velmi překvapivé bylo zjištění, že záznam vždy provede pouze 6 % sester s praxí 11-15 let. Dále 11 % sester s praxí 16-20 let a jak tomu bylo u sester s praxí 6-10 let tak i 38 % sester s praxí delší jak 21 let. Z výše uvedeného nemůžeme jednoznačně konstatovat a odpovědět na průzkumnou otázku, že by délka praxe měla vliv na dodržování práv pacientů. Značné rozdíly nacházíme v odpovědi na otázku ošetření bez souhlasu pacienta. V tomto případě jsme zaznamenali rozdíly u 31 % sester s praxí 11-15 let a pouze 15 % sester s delší praxí a to 16-20 let. Další rozdíl jsme zaznamenali u provádění záznamu do dokumentace o použití omezovacího prostředku. V tomto případě záznam vždy učiní jen 6 % sester s praxí 11-15 let, oproti 7 % sestrám s praxí 0-5 let a 38 % sester s praxí 6-10 let. Poslední rozdíl jsme zjistili u otázky, zda sestry informují pacienty při propuštění o dalších kontrolách a kam se mají obrátit v případě obtíží. Zde se odpovědi lišily u 32 % sester s praxí 11-15 let a u 23 % sester s praxí 16-20 let a u 17 % sester s praxí delší jak 21 let. Ovšem, pokud bychom porovnali celkovou procentuální úspěšnost odpovědí u jednotlivých kategorií délky praxe tak bychom došli k závěru, že délka praxe má vliv na dodržování práv pacientů. Zjišťovali jsme, zda sestry podle svého názoru respektují soukromí pacientů. 35 % sester odpovědělo, že ano, respektují a 63 % dotazovaných sester odpovědělo, že tomu tak není vždy. Dále nás zajímalo, jestli se sestry vždy pacientovi představí. 29 % sester se pacientovi představí pokaždé, 12 % sester jen občas. 50 % sester udává, že se pacientovi nepředstavuje, protože své jméno mají napsané na identifikační kartě a pacient si ho tak může přečíst a 9 % sester se pacientovi nepředstaví a nenosí ani identifikační kartu. Tuto otázku jsme si ověřili další položkou v dotazníku, zda pacient, o kterého sestra pečuje, zná její jméno. Pouze 33 % sester odpovědělo, že pacient zná její jméno a 67 % sester uvedlo, že nikoliv. Dále jsme zjišťovali, zda sestry používají zástěnu, pokud prování u pacienta hygienu na lůžku. I tady jsme zaznamenali značné rozdíly. 15 % sester udává, že zástěnu používá, 38 % sester jen někdy, v závislosti na situaci a 47 % sester zástěnu nepoužívá nikdy. Poslední položenou otázkou bylo, jestli sestry zaklepají na dveře před vstupem do pokoje pacientů. 4 % sester uvedla, že to není nutné, protože dveře mají neustále otevřené. 39 % dotazovaných sester odpovědělo, že jen někdy a 9 % sester zaklepe na dveře před vstupem do pokoje vždy. Celých 48 % sester nezaklepe nikdy.

Z výše uvedeného můžeme jednoznačně konstatovat, že nejčastěji porušovaným právem je právo pacienta znát jména osob podílející se na jeho péči a respektování soukromí. Podle výsledků průzkumu většina sester porušuje také právo na stud a na ohleduplnou péči prováděnou s porozuměním.

DISKUSE

Okolnosti, které nutí pacienty vyhledat odbornou pomoc, často představují pro nemocné těžkou životní situaci. Pacienti se na zdravotníky obrací s důvěrou, že všechny kroky zdravotníků budou směřovat k jejich prospěchu. Člověk je v období nemoci velmi zranitelný a úkolem každé sestry by mělo být respektování a dodržování práv pacienta, obhajoba jeho práv a v neposlední řadě chránit zájmy nemocného člověka. Hlavním úkolem sestry je poskytovat vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči, která se opírá o práva pacienta a platnou legislativu. Minimálně by sestra měla znát etický kodex Práva pacienta a alespoň základní právní předpisy, což jí umožní poskytovat péči lege artis a vyvaruje se problémů, které může způsobit nejen sobě, ale i zdravotnickému zařízení, ve kterém pracuje.

Náš průzkum v oblasti dodržování práv pacientů prokázal, že 46,3 % dotazovaných sester, nemá dostatečné vědomosti o právech pacientů. Komínková (2002) uvádí, že respektovat a naplňovat práva pacientů můžeme jen tehdy, jestliže je skutečně známe. Během svého průzkumu se dotazovala sester, zda znají obsah etického kodexu Práv pacientů. 84 % dotazovaných sester odpovědělo, že ano, znají, 10 % sester uvedlo, že nikoliv a 12 % sester na tuto otázku neodpovědělo. Zde se naše výsledky rozcházejí, jelikož my jsme došli k výsledkům, že 40 % sester má znalosti o etickém kodexu Práva pacienta, 53 % sester ho zná neúplně a 7 % sester uvedlo, že neznají tento etický kodex. 76 % sester nám správně odpovědělo, že pacient má právo na kopii zdravotnické dokumentace. Podle 63 % dotazovaných sester má pacient právo kontrolovat svůj účet. Tóthová (2003) uvádí, že o této skutečnosti věděla i nadpoloviční většina dotazovaných pacientů, nicméně i zde považuje za nutnost 100 % informovanost. Během našeho průzkumu jsme se dále dotazovali sester, zda pacient má právo odmítnout informace o svém zdravotním stavu. Na tuto otázku nám 58 % sester odpovědělo, že tímto právem pacient disponuje. Podle Tóthové (2003) je 95 % pacientů přesvědčeno, že mají právo znát vše o svém zdravotním stavu a 5 % neví.

Ovšem také uvádí, že 35 % respondentů nemá dostatečné informace o svém zdravotním stavu a příčinu spatřuje v tom, že pacient buď nechce být informován a využil svého práva odmítnout informace nebo že toto právo pacienta zdravotničtí pracovníci z různých důvodů nerespektují. Podle Tóthové (2003) se 71 % pacientů domnívá, že zdravotničtí pracovníci jsou seznámeni s právy pacientů, přičemž z tohoto počtu se 70 % oslovených pacientů též domnívá, že je i respektují. Vedle toho se však 28 % dotázaných respondentů domnívá, že zdravotničtí pracovníci jejich práva nerespektují a 2 % pacientů předpokládá, že je respektují pouze někteří pracovníci.

Povinností každého zdravotnického zařízení je zajistit, aby byl každý pacient při příjmu do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. Komínková (2002) zjišťovala, jakým způsobem jsou s nimi pacienti seznámeni. Uvádí, že 15 % (50) sester seznamuje osobně pacienty s jejich právy a za alarmující považuje, že v 12 % (42) případech nejsou pacienti žádným způsobem seznamováni s právy pacientů. Jako nejčastější uváděné důvody byl nedostatek času, nedostatek personálu, spěch nebo např. problém se zachováním intimity a respektováním studu na vícelůžkovém pokoji. My jsme v našem dotazníkovém šetření takovou otázku sice nepoložili, ale můžeme se domnívat, že důvody proč sestry pacienty o jejich právech neinformují, jsou totožné nebo také proto, že podle našeho zjištění 7 % sester nezná etický kodex Práva pacienta a 53 % sester ho zná neúplně. Podle výsledků výzkumu Botíkové a Ilievové (2009), považuje 31 % pacientů za nejčastější zdroj informací o svých právech právě zdravotníky. Také my jsme zjistili, že 13 % sester z krajské nemocnice a 14 % sester z okresních nemocnic, seznamuje pacienty s jejich právy vždy a velmi negativně překvapivé bylo zjištění, že 27 % sester z krajské nemocnice a 30 % sester z okresních nemocnic pacienty o jejich právech neinformuje. Překvapující bylo zjištění Tóthové (2003), která ve svém výzkumu zjistila, že 36 % dotázaných pacientů se s úplným zněním textu zabývajících se právy pacientů seznámit ani nechce a poukazuje na fakt, že pacienti jsou ke své léčbě velice lhostejní. Během výzkumného šetření Polívkové, Brabcové a Otáskové (2009) v českobudějovické nemocnici, uvádělo 80 % pacientů, že jsou seznámeni se svými právy, 64,4 % pacientů hned při příjmu a 15,6 % během hospitalizace. Tyto jejich příznivé výsledky korespondují s výsledky Tóthové (2003), kde 82 % oslovených pacientů znalo práva pacientů. Také podle Rybové (2009) by 58 % pacientů uvítalo více informací o svých právech a 59 % pacientů navrhuje zlepšení způsobu komunikace personálu s pacienty. V písemné podobě mají mít pacienti k dispozici kodex Práva pacienta na každém oddělení. Umístění etického kodexu Práv pacienta zjišťovala také Komínková (2002).

Umístění na každém pokoji udává 19 % dotazovaných sester, na nástěnce oddělení 32 % sester, na ošetřovně 10 % sester a v 12 % pacient podepisuje v dokumentaci, že byl s kodexem seznámen. V tomto směru se naše zjištění rozcházejí. My jsme došli k závěru, že 36 % sester uvedlo umístění etického kodexu Práva pacientů na každém pokoji a 21,5 % sester uvedlo chodbu oddělení. Další otázka se týkala informovanosti písemného souhlasu pacienta v případě, že se na jeho péči podílí osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání. 83,5 % dotazovaných sester během našeho průzkumného šetření odpovědělo, že tento souhlas je v jejich zdravotnickém zařízení nutný. Míru informovanosti pacientů zjišťovala Tóthová (2003) a zjistila, že 71 % pacientů ví, že musí udělit souhlas k přítomnosti cizích osob u různých výkonů. Příčinu dobré informovanosti pacientů spatřuje v tom, že pacienti pokud jsou hospitalizováni v nemocnici, kde probíhá i praktická výuka mediků a budoucích sester, jsou většinou informováni vyučujícími praktické výuky, kteří jednak práva pacientů dobře znají a jednak vedou studenty k jejich respektování. Co se týče ochrany záznamů pacientů, zjistili jsme, že pouze 6,5 % dotazovaných sester má dokumentaci správně uloženou, tedy v uzamykatelné skříni a v počítači opatřený heslem každého pracovníka. Naproti tomu má 13,5 % sester dokumentaci uloženou tak, aby ji měly vždy po ruce a 8,5 % sester zcela volně. Zajímavé je, že 95 % respondentů Tóthové (2003), je přesvědčeno, že jejich dokumentace je považována za důvěrnou. Podle našeho názoru by s ní mělo být tak i nakládáno a v tomto směru jsme zjistili značné pochybnosti. Tóthová (2003) také uvádí, že pacienti, kteří odpověděli, že jejich údaje mohou být volně k dispozici, mohli vyjadřovat svůj tolerantní postoj k této problematice, a jejich odpovědi nemusely vypovídat o neznalosti daného práva.

Během našeho průzkumu jsme zjišťovali vědomosti sester o právu pacienta odmítnout ošetření a navrhovanou léčbu. V tomto případě nám správně odpovědělo 59 % sester, že pacient toto právo má, ale musí být poučen o důsledcích svého rozhodnutí. V tomto směru se naše zjištění shodují s výsledky Kortusové (2010), která uvádí, že 49,5 % pacientů je poučeno o důsledcích svého rozhodnutí. Naopak výsledky výzkumu Polívkové, Brabcové a Otáskové (2009), které zaznamenávali odpovědi pacientů pomocí hodnotící škály 1-4, kde hodnota 4 představovala odpověď, že pacient je plně informován, nám ukazují, že hodnota informování o důsledcích případného odmítnutí léčby je 2,56 a pacienti jsou tudíž v tomto směru nejméně informováni v porovnání s jinými oblastmi. Je možné pacienta přeložit do jiného zdravotnického zařízení bez souhlasu zdravotnického zařízení, které má převzít péči o pacienta? Na tuto otázku nám správně odpovědělo 56 % dotazovaných sester.

Souhlas přebírajícího zdravotnického zařízení je nutný a je to tak i uvedeno v etickém kodexu Práva pacientů, kde se mimo jiné píše, že pokud pacient sám požádá o překlad na jiné pracoviště nebo pokud je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, ale za předpokladu, že instituce, která má pacienta převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit. Podle Petrové (2014) si 50 % pacientů vybírá typ pracoviště podle pověsti a podle kvality péče. Správně nám odpovědělo 77 % sester na otázku, zda je pacient povinen znát nemocniční řád zdravotnické instituce, ve které se léčí. V této oblasti mají podle Tóthové (2003) poměrně uspokojivé znalosti také pacienti. 87% pacientů si je vědomo, že i oni mají nějaké povinnosti a mezi ně zařadili dodržování nemocničního řádu, léčebného řádu a také povinnost slušně se chovat a spolupracovat se zdravotníky. Mezi práva pacientů patří vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele zdravotních služeb či od jiného zdravotnického pracovníka. Výjimku tvoří poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, odnětí svobody nebo zabezpečovací detence a takto nám správně odpovědělo 39 % dotazovaných sester. Pojem neodkladná péče je zcela jasný a není třeba ho rozebírat. Podle Svobody (2015) vězněným osobám nepřísluší právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, což do jisté míry souvisí s omezením patientských práv. Dále jsme se během našeho průzkumu dotazovali sester, zda má pacient právo kdykoli nahlížet do své dokumentace. Pacient sice tímto právem disponuje, ale podle zákona č. 372/2011 Sb. (o zdravotních službách) tak mohou činit v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem zdravotní péče. Správně nám na tuto otázku odpovědělo 54 % sester. Navrkal (2008) také uvádí, že z hlediska stávající právní úpravy je tato situace jednoznačná a pacient má právo na přístup ke své zdravotnické dokumentaci, ovšem situace nesmí dospět do fáze, že poskytnutí dokumentace nahradí rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem.

Každá sestra by měla k pacientovi přistupovat s úctou a respektem. 38 % sester zúčastněných našeho průzkumu, uvedlo, že se k pacientům chová ohleduplně a s respektem. Šťastná (2014) se zabývá míněním současné populace seniorů o sestrách a uvádí, že 42,86 % respondentů očekává od sestry vlídný a laskavý přístup. Za nejdůležitější je pro 29,37 % pacientů seniorů považována dobrá úroveň emocionální a psychická, tedy citlivý přístup, chápavý postoj a porozumění. Tóthová (2003) uvádí, že z celkového počtu 85 odpovědí pacientů na otázku jaká práva pacienti mají, si 10 respondentů myslí, že mají právo na ohleduplné zacházení. Tato myšlenka je zcela správná a k tomuto postoji by se mělo podle našeho mínění přiklonit i 12 % sester, které v našem dotazníkovém šetření uvedly, že k pacientům zaujímají odměřený postoj.

Sestra pacienta může ošetřit bez souhlasu jen v případě akutního zhoršení stavu a toho si je vědoma 59 % sester zúčastněných našeho průzkumu. Úmluva o lidských právech a biomedicíně uvádí, že zdravotnický zákrok lze provést pouze tehdy, pokud k němu udělila svobodný a informovaný souhlas osoba, které se zákrok týká. Zákon ale také připouští podmínky, za kterých lze zdravotní péči poskytovat bez souhlasu nemocného a patří k nim i situace kdy není možné vyžádat si souhlas pacienta a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně jeho života nebo zdraví. Zjistili jsme, že sestry informují pacienty při propuštění o dalších kontrolách a kam se mají obrátit v případě obtíží v 27 %. V žádné dostupné studii jsme stejně položenou otázku nenašli, ale výzkum Polívkové, Brabcové a Otáskové (2009) zaměřený na čtyři oblasti práv pacientů, zjišťoval četnost edukace sestrou. Sice blíže autorky nespecifikují oblasti edukace, ale došly k závěru, že sestry pacienta edukují před propuštěním v 29,3 %. V tomto směru se naše výsledky shodují. Naše výsledky se shodují i s Kortusovou (2010), která zjistila, že 30,7 % pacientů je edukováno o dalších možnostech zdravotní péče. Dále Polívková, Brabcová a Otásková (2009) zjišťovaly, zda sestry provedou záznam do dokumentace o použití omezovacích prostředků a shledaly, že 87,8 % tento záznam provede vždy. My jsme došli k opačným výsledkům. Zjistili jsme, že pouze 15 % dotazovaných sester provede záznam vždy, 18 % jen pokud je pacient imobilizován na základě indikace lékaře a 47 % sester jej provede jen občas. Kortusová (2010) ve své práci uvádí, že tento záznam vždy provede 90,2 % sester a zde jsou naše výsledky značně rozdílné.

V poslední oblasti, kterou jsme se v našem průzkumu zabývali, jsme chtěli zjistit, která práva pacientů jsou častěji porušována. Zjišťovali jsme, zda sestry respektují soukromí pacientů a 35 % sester nám odpovědělo, že ano, respektují. 62 % sester uvedlo, že tomu tak není vždy a 3% sester soukromí pacientů nerespektuje. Kortusová (2010) zjišťovala, jak respektování soukromí sestrami vidí pacienti. 53,7 % pacientů uvedlo, že sestry jejich soukromí respektují a 10,6 % pacientů se domnívá, že spíše ne. Také Tóthová (2003) se touto otázkou zabývala a její výsledky ukazují, že 31 % pacientů se domnívá, že jejich soukromí není dostatečně respektováno. Uvádí, že v této citlivé otázce je potřeba brát do úvahy více faktorů, jako je např. osobnost pacienta i ošetřujícího, sociokulturní úroveň a momentální psychický stav pacienta a ošetřujícího. Negativní roli zde hraje i nevyhovující stavební uspořádání většiny našich zdravotnických zařízení. Kortusová (2010) také uvádí, že 91,2 % sester si je vědomo, že pacient má právo na soukromí. Dále Kortusová (2010) zjišťovala, zda pacienti znají jméno ošetřující sestry. 68,8 % pacientů uvedlo, že jméno ošetřující sestry znají a 28 % pacientů uvedlo, že nikoliv.

My jsme došli k opačnému zjištění. Podle 67 % dotazovaných sester, pacienti neznají její jméno a 33 % sester uvedlo, že tomu tak není. Zajímalo nás, zda sestry používají zástěnu, pokud provádí u pacienta hygienu na lůžku. Pouze 15 % sester uvedlo, že ji používají, 38 % sester jen někdy, podle situace a 47 % sester ji nepoužívá. Rozdíly opět spatřujeme u Kortusové (2010), která uvádí, že 54,1 % sester používá zástěnu vždy a 26,8 % sester v závislosti na situaci. Podle 75 % respondentů Tóthové (2003) považují pacienti za naprostou samozřejmost, že personál bere ohled na soukromí a stud při ošetrovatelských, léčebných či diagnostických výkonech. Poslední mapovanou oblastí bylo, zda sestry zaklepou na dveře před vstupem do pokoje pacientů. Opět značné rozdíly spatřujeme u Kortusové (2010), která uvádí 73,7 % sester, které zaklepou vždy. V našem případě to bylo zjištěno pouze u 9 % sester. Tóthová (2003) uvádí, že se vždy ve zdravotnictví najde nespokojený pacient a bezohledný ošetřující personál.

ZÁVĚR

Zdraví je měnící se pojem, který v sobě skrývá široké pojetí s velmi rozdílným obsahem pro každého jedince a jen málokdo si to plně uvědomuje. Vztah mezi pacientem a zdravotníky se formoval dlouhá staletí a je označován jako paternalistický. Do značné míry můžeme konstatovat, že patří již minulosti. Výrazná a systematická transformace současného zdravotnictví přináší s sebou také změny ve vztazích mezi pacienty a zdravotníky, jejichž vztah se postupně mění z paternalistického v partnerský. Dochází k výrazným změnám postavení pacienta, což je také ovlivněno vznikem etického kodexu Práva pacienta, který poté následovali další dokumenty, zabývající se pacientovými právy. Chování každého člověka odráží jeho individuální právní vědomí a také morální vědomí, a neustále volí variantu svého chování tak, aby neohrožoval zájmy druhých, uvědomoval si vlastní lidskou důstojnost a aby ke každému člověku a k jeho právům přistupoval s úctou a respektem. Podle výsledků našeho průzkumu jsme došli k závěru, že informovanost sester není na takové úrovni, kterou bychom rádi viděli a na základě uvedeného můžeme konstatovat, že vzdělávání sester v této oblasti je velice žádoucí.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4 EAN 9788024711973

BOTÍKOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L. 2009. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2009, č. 6, s. 27-28

DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha, 2007, 192 s. ISBN 978-80-7201-684-6 EAN 9788072016846

GULÁŠOVÁ, I. 2005. Sestra - obhajkyňa práv pacienta. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2005, č. 1-2, s. 53-58.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1996. *Práva pacientů*. Praha, 1996, 176 s. ISBN 80-902163-0-7

HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha, 2002, 202 s. ISBN 80-7262-132-7 EAN 9788072621323

HEGYI, L. 2006. Charta práv pacientov vo svetle reformných zdravotníckych zákonov v SR. In *Zdravotnícké právo v praxi*. ISSN 1214-2883, 2006, č. 3-4, s. 49-51

KOMÍNKOVÁ, H. 2002. Uplatňování práv pacientů v rámci ošetrovatelského procesu. In: *Onkologická péče*. ISSN 1214-5602, 2002, č. 1, s. 6-8

KORTUSOVÁ, J. 2010. *Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky*. Diplomová práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2010. 104 s.

KOŘENEK, J. 2004. *Lékařská etika*. Praha, 2004, 232 s. ISBN 80-7254-538-8 EAN 9788072545384

KOŠTOVÁ, T. 2007. Obhajoba práv - sestra ochránkyně práv pacientů. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2007, č. 5, s. 12

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2 EAN 9788024720692

NAVRKAL, O. 2008. *Poskytování zdravotnické dokumentace*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. 2008. 94s.

PETROVÁ, M. 2014. *Spokojenost klientů v systému organizační kultury ve vybraném zdravotnickém zařízení*. Diplomová práce. Praha. Vysoká škola ekonomie a managementu. 2014. 60 s.

POLÍVKOVÁ, E., BRABCOVÁ, I., OTÁSKOVÁ, J. 2009. Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů v nemocnici České Budějovice a. s. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2009, č. 2, s. 292-300

RYBOVÁ, L. 2009. Kvalita péče v psychiatrických léčebnách 2. In *Zdravotnictví v České republice*. ISSN 1805-9546, 2009, č. 3, s. 112-116

SOTNEROVÁ, P. 2016. *Dodržování práv pacientů ve vybraných zdravotnických zařízeních v Ústeckém kraji*. Diplomová práce. Bratislava. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava. 2016. 117 s.

SVOBODA, M. 2015. *Právní aspekty poskytování zdravotních služeb osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence*. Rigorózní práce. Brno. Masarykova univerzita. 2015. 127 s.

ŠIMEK, J. 2015. *Lékařská etika*. Praha, 2015, 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5 EAN 9788024753065

ŠŤASTNÁ, M. 2014. *Mínění současné populace seniorů o všeobecné sestre*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. 2014. 142 s.

TÓTHOVÁ, V. 2003. Míra informovanosti pacientů o svých právech. In *Sociální práce*. ISSN 1213-624, 2003, č. 1, s. 53-68

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: úmluva o lidských právech a biomedicíně. 96/2001 Sb. m. s.
Dostupné z [online]:<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563>
[cit. 2016-02- 08]

VALENTOVÁ, I. 2004. Advance directives aneb právo pacienta se rozhodnout.
In *Sestra*. ISSN 1210-0404, č. 12, s. 13

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha, 2009, 95 s.
ISBN 978-80-247-3132-2 EAN 9788024731322

Kontaktní adresa autorky:

Bc. Petra Sotnerová
Krajská zdravotní a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o. z.
Klinika úrazové chirurgie
Sociální péče 3316/ 12 A
400 11 Ústí nad Labem

Tel.č.: +420 477112547
e-mail: petra.sotnerova@kzcr.eu

SPECIFIKA V NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACI U PŘÍSLUŠNÍKŮ VYBRANÝCH KULTURNÍCH ETNIK

STÁRKOVÁ Blanka

ABSTRAKT

V naší práci jsme se věnovali problematice specifik neverbální komunikace u vybraných kulturních etnik. Téma bylo zvolené v závislosti na zvyšujícím se přílivem kulturních etnik do našich nemocnic a z toho plynoucí nutnosti pro sestry mít dostatečné vědomosti a znalosti, aby mohly poskytovat kulturně ohleduplnou péči. V první části naší práce jsme se zaměřili na obecné rozdělení nonverbální komunikace. Soustředili jsme se na vybraná etnika, Romy, Ukrajince, Vietnamce a Araby a na specifika jejich neverbální komunikace. Náš průzkum jsme realizovali metodou standardizovaného strukturovaného rozhovoru se záměrným výběrem respondentů. Průzkumný vzorek tvořilo 30 sester. Polovina sester měla středoškolské vzdělání a druhá polovina vysokoškolské vzdělání z různých krajů ČR a z různých oddělení. Výsledek průzkumu dokázal, že sestry s vysokoškolským vzděláním mají lepší znalosti o neverbální komunikaci vybraných etnik, než sestry se středoškolským vzděláním, ale i tak mají obrovské deficity v této problematice. Zjištěné výsledky jsme porovnávali s výsledky ostatních průzkumů a studií. V praxi bychom doporučili posílit vzdělávání sester v oblasti neverbální komunikace s pacienty rozličných kultur. Pomůckou by mohla být brožurka, která sestrám poskytne pomoc v rychlé orientaci při péči s vybraným kulturním etnikem, nebo na jednotlivých odděleních vypracovaný standard ošetrovatelské péče u jiného kulturního etnika se specifikací jejich odlišností v neverbální komunikaci.

Klíčová slova: Etnikum. Nonverbální komunikace. Ošetrovatelská péče. Pacient. Příslušník etnika. Sestra.

ÚVOD

Základem při poskytování ošetrovatelské péče je uspokojení bio – psycho – socio - spirituálních potřeb. Tedy holistický pohled na člověka, nezávislý na jeho etnickém a kulturním původu. Abychom ale mohli poskytovat kulturně ohleduplnou péči, musíme porozumět pacientovým potřebám a požadavkům.

Je zřejmé, že jazyková bariéra je ještě stále příliš vysoká. V praxi není možné, aby všechna nemocniční oddělení měla k dispozici tlumočníka. Proto se chceme věnovat další možné formě dorozumívání a to neverbální komunikaci. Vzhledem k tomu, že z verbální komunikace je vnímání podnětů a informací od druhého člověka pouze v sedmi procentech, je jasné, že řeč lidského těla, nonverbální komunikace, je podstatně přínosnější a pochopení nonverbálních signálů jiných etnik by mohlo být pozitivním přínosem při poskytování kulturně ohleduplné péče.

Pravěcí lidé používali nonverbální komunikaci, skřeky, gesta, pohyby těla, jako zdroj předávání poznatků. K tomu, aby se z těchto nonverbálních technik vyvinula řeč, bylo potřeba mnoho staletí, než si tehdejší lidé vytvořili podle jednotlivých kmenů, systémy vlastního jazyka a slovní zásobu, kterou používal pro věci denní potřeby. V našem podvědomí ale zůstávají nonverbální gesta, která jsme používali od dětství. Mluvená řeč je umělá, postupně se jí člověk od mala učí. Oproti nonverbální komunikaci dokáže potřeby nebo požadavky vyjádřit rychleji, přesněji nebo důrazněji.

NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Motsching et. al. (2011) píše, že nonverbální komunikace umožní signalizovat emoční stavy mnohem přesněji, než verbální. Jako příklad můžeme připomenout komunikaci u malých dětí. Přestože nedokážou verbálně komunikovat, pomocí mimiky a gestiky dokážou projevit svá přání nebo obavy.

Pokud se ale chceme dobře orientovat v prostředí, musíme znát druhy a možnosti nonverbální komunikace, respektive co který druh vyjadřuje. Nejznámější klasifikaci nonverbálních komunikačních pojmů můžeme vidět u J. Křivohlavého. Jedná se o proxemiku, kineziku, haptiku, posturologii, gestiku, mimiku, viziku, paralingvistiku, vizáž a chronemiku (Horák, 2013). Všechny tyto druhy nonverbální komunikace běžně využíváme při konverzaci verbální. Gestikulujeme, mračíme se, usmíváme, blížíme se nebo ustupujeme, jsme schoulení nebo stojíme zpříma. Nedílnou součástí společenského obrazu je i vizáž, tedy to, jak jsme oblečení, jak se věnujeme očištění těla, účesu. I toto je odrazem naší osoby a někdy bývá i příčinou mylné úvahy o naší osobě. Známe také projevy příslušnosti k určitým skupinám pomocí vizáže, například motorkáři, „květinové děti“, skinheadi. Velký význam má pro komunikaci oční kontakt. Oko jako smyslový orgán podává informace o okolí, vnímáme pohyby, gesta, složky nonverbální komunikace.

Vnímáme i rozpor mezi sdělovaným verbálně a nonverbálními projevy. Pokud se při hovoru přeruší oční kontakt, bývá zhoršené vnímání mluveného slova. (DeVito, 2008). **Mimika** je první z výše jmenovaných druhů nonverbální komunikace, je odrazem řady pocitů, které vědomě i nevědomě dáváme najevo. Radost, smutek, očekávání, strach, rozčilení. Kristová (2009) rozděluje tvář na čtyři mimické zóny, první je čelo, druhá oči, nos, tváře, uši a ústa jsou zónou třetí a poslední, čtvrtou zónou je brada. Obličej je zrcadlem našich emocí, dokáže zobrazit i několik emocí naráz. Ekman (2015) uvádí, že výraz v obličejí se dá považovat za první emoční sdělení. Také dva z nejvýraznějších emočních projevů se zobrazují právě na obličejí, jedná se o pláč a smích. **Gestika** jsou pohyby částí těla, nejčastěji rukou nebo nohou. Gesta mají jinou sílu, nežli slova (Špaténková et. al., 2009). Jak uvádí Gulášová (et. al., 2012), pokud je sestra vnímavá, dokáže z pacientových gest klasifikovat jeho problémy, pocity nebo emoce. **Haptika**, hmat nebo doteky jsou na druhém místě v rozlišovacích schopnostech člověka. Hmat je vlastně nejzákladnější formou nonverbální komunikace. **Kinezika** se věnuje pohybům člověka, jeho nevědomým pohybům, například hraní si s rukami, prstýnkem, podupávání. Tyto pohyby mohou značit napětí nebo nejistotu, obavu. **Posturika** je vlastně poloha těla, kterou vidíme a vnímáme. Poloha může signalizovat i bolest nebo dyskomfort. **Proxemika** je vlastně umístění člověka mezi ostatními. Každý z nás má svůj osobní prostor, který si chrání a do něhož pouští jen ty nejbližší. Jak uvádí Vrublová (2006), každý má zónu intimní, osobní, sociální a veřejnou. Problémem je narušování intimní zóny u pacienta, ať již od sestry nebo od lékaře. Zde je třeba důsledně dbát na zachování pacientovy intimity a na respektování lidské důstojnosti (Špaténková et. al., 2009). **Vizika**, oční kontakt, je základem naší komunikace, vnímáme okolí i osobu mluvčího. Rozhodně má vliv na kvalitu komunikace. Pozor na délku očního kontaktu. Běžné trvání by nemělo přesáhnout zhruba 3 vteřiny (Kristová, 2009). **Chronemika** je způsob nakládání s časem, schopnost jeho využívání, dodržování termínů ošetření apod. Vnímání minulosti, posuzování současnosti, schopnost plánovat. (Lewis, 2010). Poslední z druhů nonverbální komunikace je **paralingvistika**, je na pomezí mezi verbální a neverbální komunikací. Jedná se o doprovodné jevy verbální komunikace. Mezi paralingvistické projevy patří hlasitost, tón řeči, rychlost a objem řeči, plynulost i intonaci. Také ale věcnost a srozumitelnost, stejně jako zadržávání, opakování slov a podobně (Špaténková et. al., 2009). Vizáž je naše vizitka, způsob, jakým se okolí prezentujeme, jak vystupujeme. Jednotlivá etnika se i vizáží odlišují, tak, jako i význam prvků oblečení. Sestře to poskytuje pomoc v celkovém posouzení pacienta (Lewis, 2010). Všechny složky nonverbální komunikace by se měly používat promyšleně, tak, aby vedly ke vzájemné complianci, založené na důvěře.

Měli bychom si být vědomi existence neverbálních projevů a snažit se je mít pod kontrolou. Sestra by se měla soustředit na nonverbální reakce pacienta, protože mohou být zdrojem důležitých informací, které on nemusí verbalizovat. Zde už se začíná projevovat důležitost znalosti nonverbální komunikace, respektive specifík komunikace u kulturně odlišných etnik.

KULTURNÍ ETNIKA

Pod pojmem etnická skupina si můžeme představit sociální skupinu, žijící ve větším kulturním a sociálním celku, která vykazuje specifické etnické rysy. Nejzákladnějším je jazyk. Někdy se mohou jako etnická skupina označovat národnostní skupiny, náboženské nebo rasové. V poslední době se dostávají do popředí sociokulturní zvyky, sociální dědictví a chování častěji, než znaky biologické (Průcha, 2010). Etnicitu tedy chápeme jako spojený systém rasových, kulturních, jazykových i demografických faktorů. Je to společný původ, historie, vzájemnou interakcí formující lidskou etnickou identitu. Proto je pojem etnicita zásadní pro teorii multikulturního ošetřovatelství. Pro kulturně ohleduplnou péči je nutné mít poznatky o jiných kulturách, jejich specifických a v závislosti na nových trendech v péči o zdraví lidí dokázat tato specifika respektovat. Pro sestry je zásadní pochopit kulturní odlišnost, už pro rozdíly, které plynou z jazykové bariéry. S tím úzce souvisí nejen problémy v komunikaci, ale i specifika komunikace nonverbální. Jednotlivá etnika mají jiné zvyky, jiná pravidla chování, prožívání, úroveň vědomostí a projevů (Dobsonyová et. al, 2015).

ROMSKÉ ETNIKUM

Historie není pro Romy příznivá, po celou dobu byli vystavováni pronásledování. Vliv na to má i jejich neochota být poddanými. Původně pocházejí z Indie, na Evropský kontinent doputovali zhruba ve 13. století. Jejich kočovný život ale nebyl pro církev přijatelný, proto začala Romy pronásledovat. Čarodějnictví, život bez víry, loupení a podobné zločiny byly Romům připisovány v průběhu celé historie. V období II. světové války prošli Romové vyhlazovacími koncentračními tábory. Ti, kteří přežili, se buď integrovali, nebo se ocitli na okraji společnosti (Funtová, 2015). Podle Marádové (2006) jsou základní hodnotou rodiny s velkým počtem dětí. Prioritou je zachování rodu, pokračování života. Romové uctívají své předky, typické je soužití několika generací společně. Budoucnost vidí nejasně, proto preferují přítomnost. Věří na sny a fantazie, mají sníženou schopnost pro vnímání reality. Typicky jsou temperamentní, impulzivní, výrazně emotivní.

Naopak mají schopnost řešit běžné praktické situace, které v důsledku uspokojí jejich potřeby (Hučín, 2004). Po staletí dodržovaná nepsaná pravidla, která Romové dodržují, ve své práci uvádí Funtová (2015, s. 94). „*rozhodování je vždy společné, neschopnost být sám, největší trest je vyčlenění z rodu, setrvání na jednom místě přináší nebezpečí*“. Dále Funtová (2015) uvádí pro naši práci podstatná fakta. Romové vyjadřují souhlas vždy verbálně, nesouhlas přerušením očního kontaktu. Pro dorozumění používají gestiku, kineziku, paralingvistiku anebo hudbu. Romové v pozici pacienta jsou výrazně specifictí a pro ošetřování musíme být připraveni na určité odlišnosti. Základní je, že Romové nemají důvěru k ošetřovatelskému personálu, při rozhovorech se nedoporučuje používat odborné výrazy, spíše slova jednodušší, kde bude větší šance na pochopení. Zásadní informace ale vyžadují od vedoucího pracovníka. Nedodržují základní hygienická opatření, nerespektují nutriční nařízení. Léčbu dodržují pouze do prvních náznaků ústupu nemoci. Vzhledem k výrazné emotivitě dávají najevo strach i bolest neúměrně faktickému prožívání. Vzhledem k úzkým rodinným vazbám musíme očekávat návštěvy celých rodin, ne ale v tradičním podání (Funtová, 2015). Pokud porovnáme komunikaci Romů s majoritní společností u nás, vidíme odlišný styl komunikace, který vznikl na podkladě starých tradic, hodnot a zvyků, které jsou Romům vlastní. Nejvíce odlišností je v projevech emocí. Romové mají velkou schopnost vnímat a používat neverbální komunikaci. Jsou schopni číst z řeči očí, pohledů, mimika a kineziologie nejsou v pozadí. Pomocí tohoto instinktu umí rozeznat rozpor mezi sdělením a skutečností, pokud vycítí neshodu, ztrácejí důvěru. Rozhodně největší podíl u nonverbální komunikace romského etnika má vyjadřování emocí, známe jejich rozhazování rukama, čilou gestikulaci. Nekorigované projevy emocí ze strany Romů pak může vzbuzovat u druhých pocit nepochopení ze strany ostatních lidí (Bittnerová, 2013). Vyjádření nesouhlasu otevřeně bývá pro Romy obtížné, považují to za neslušné. Proto používají nonverbální komunikaci, klopi oči nebo dělají větší pauzy v řeči (Vágnerová, 2008).

UKRAJINSKÉ ETNIKUM

Pro Ukrajince jsme blízké etnikum, jejich hodnoty a normy se od norem naší společnosti příliš neliší, stejně jako kulturní dědictví nebo jazyk. Jejich tradice a zvyky mají kořeny v náboženství, mají důvěru v církev, naopak nedůvěru ke státním institucím. Podávání rukou při setkáních vnímají jako projev úcty, ženy se při neformálních setkáních mohou ignorovat. Hlava rodiny je muž, má povinnost rodinu zajistit, ale má také rozhodující hlas (Dufková, 2014). Situace ve zdravotnictví je na Ukrajině výrazně odlišná, pacient se musí zabezpečit

pomůckami. Možná i proto jsou Ukrajinci jako pacienti ukáznění a nemívají specifické požadavky (Špirudová et. al., 2004). V rámci proxemiky udržují nejprve odstup, osobní zónu využívají při kontaktech s přáteli. V osobní zóně je i oční kontakt. Pozor ale na udržování očního kontaktu při interakci, pokud uhýbáte, lze to považovat za nečestné. Intimní zóna pak značí důvěru, tišší hlas, dotečky (Chrenková, 2013). Dotečky mají specifický význam, proto se jím nevyhýbáme, mohlo by to signalizovat nepřátelství. Dotek na rameni nebo na ruce lze chápat jako projev náklonnosti, uvádí Vrublová (2006). Přesto, že si při kontaktu podávají ruce jen muži, je při kontaktu s pacientem vhodné se představit a nabídnout ruku. Dále je dobře naslouchat, vhodné při navazování přátelství, mlčení se považuje za projev úcty. Nezdvořilé je ukazovat prstem, zejména na člověka. K ukazování se používá celá ruka. Ke gestikulaci také, zejména pravá, souhlas se vyjadřuje pokyvováním hlavou (Bittnerová, 2010). Chronemika, respektive vztah k ní, je brán s respektem, ale dochvilnost není nezvyklá, zpoždění bývá běžné. Proto raději Ukrajinci udávají čas přibližný, než přesný (Pavlíková, et. al. 2009). Při nonverbální komunikaci někteří Ukrajinci shledávají nedostatky ze strany sesterského přístupu k nim, například nedostatečný oční kontakt, nepříjemnou mimiku obličeje a hovor za chůze, zvýšení hlasu. Považují to za projev neúcty, nezájmu a nedostatku času.

VIETNAMSKÉ ETNIKUM

Vznik vietnamské komunity se začíná psát okolo roku 1965, kdy byla v Chrastavě zřízená česko - vietnamská škola. Většina dětí u nás zůstala a vystudovala. Další expanze nastala v 80 letech, kdy k nám na základě bilaterálních dohod přijeli mladí Vietnamci na vyučení v technických oborech. Po roce 1989, když se změnila politické a hospodářské poměry v tehdejší Československu, se začala budovat vietnamská komunita. Jejich kultura se velmi výrazně liší od naší, Marková (2006) upozorňuje na jejich silné vlastenecké cítění, rodina je jejich nejzákladnější hodnotou. Neznají domovy seniorů, berou za automatické se o své blízké postarat. Dále mají velké zábrany projevovat emoce, zejména na veřejnosti. Smrkání do kapesníku považují za neslušný akt. Pozor na dotečky na hlavu, i u malých dětí se jich vyvarujme. To často ztěžuje sestrám práci. Stejně tak dávejme pozor na oční kontakt, přímý a dlouhý může signalizovat domýšlivost. Vietnamci nedávají najevo své emoce, problémy, jsou klidní, pokud by se neovládli, pokleslo by jejich renomé. Funková (2015) uvádí některá specifika u zdravotní péče o vietnamské etnikum. Zejména upozorňuje na obavy Vietnamců o něco žádat, je nutné jim aktivně nabízet a aktivně se jich dotazovat.

Jejich léčení se zakládá na starých principech energií jin a jang, stejně jako na lidovém léčitelství. Jsou velmi stydliví, proto nutno opravdu zachovat při vyšetření intimitu. Při oznamování výsledků vyšetření je vhodné probrat je nejprve s hlavou rodiny. Marková (2006) upozorňuje na jejich typický úsměv. Neznamená jen radost nebo sympatie, ale je používán i při vyjádření rozpaků, nepochopení nebo jako omluvné gesto.

ARABSKÉ ETNIKUM

Na úvod vysvětlíme rozdíl mezi Arabem a muslimem. Arab patří do etnické skupiny, která je charakteristická jazykem, kulturou a geografii. Muslim vyznává islám, je zde spojení společného náboženství. Ale každý muslim nemusí být Arab, například Turecko je převážně muslimskou zemí, ale většina obyvatel Arabové nejsou. Stejně tak každý Arab nemusí vyznávat islám, někteří lidé jsou například křesťané, přestože žijí v arabských zemích, mají shodný jazyk a považují se za Araby. Arabská mentalita je oproti naší odlišná. Jsou hlasití, výrazněji temperamentnější, kadence řeči je mnohem rychlejší. Mají problém dát najevo jasné nesouhlas, výsledné řešení proto raději odloží. Velmi vysoká míra kontaktnosti, spolu s malými proxemickými zónami může působit nepříjemně. Oční kontakt je delší, než jsme zvyklí, pohled do očí je známkou poctivého jednání (Maure, 2014). Dále mají atypický vztah k chronemice, dodržování termínů a časů. Pokud vyžadujeme přesnost, dosáhneme pravého opaku. Obezita je projevem bohatství, štíhlí lidé jsou pokládáni za nemajetné. U žen je obezita známkou plodnosti. Čas příliš neřeší, je to pro ně flexibilní pojem, který nemá určené hranice. Pokud vyžadujeme dodržení času, například vyšetření, návštěvy u lékaře, vnímají to muslimové jako nezdvořilost (Košelová et. al., 2015). Používání levé ruky neguje zejména starší generace, ale obecně je považována za nečistou. Naprosto nepřijatelné je použití levé ruky při jídle. Také se nedoporučuje chytat Araba za rameno, třeba o pokusu o přiblížení, vzbuzuje to dojem, že si ho chceme podmanit (Khidayer, 2011).

Chlapci se od mala připravují na vedoucí roli v rodině, děvčata jsou vychovávána v pokoře a úctě k „hlavě rodiny“ i všem ostatním mužům. Korán nepovoluje vepřové maso ani alkohol, nařizuje ale léčení i prevenci. Funtová (2015) uvádí, že lze použít veškeré techniky na záchranu života a naopak, neprovádět výkony, které by prodlužovaly utrpení, transplantace orgánů nebo transfuzi lze pouze od živých dárců, pitva a kremace nejsou povolené. Při umírání by měl pacient mít tvář obrácenou k Mekce. Dále je u Arabů požadavek na respektování intimity, nahotu třeba omezit na nejmenší možnost a hlavně, péče musí být poskytovaná osobou stejného pohlaví!

Také muslimové požadují možnost rituálního očištění před modlitbami. Dále Funková (2015) píše, že každý člen ošetrovatelského týmu by měl mít neustále na paměti, že Korán a modlitební koberec jsou pro muslimy nejdůležitější. V žádném případě se nedoporučuje se jich dotýkat, posunovat je nebo na ně cokoli pokládat.

VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V oblasti nonverbální komunikace u předem vybraných kulturních etnik jsme se zaměřili na vybrané atributy nonverbální komunikace. Znalost specifik nonverbální komunikace je pro sestru a pacienta stěžejní pro poskytnutí kvalitní kulturně odlišné péče. Výsledky průzkumu, které jsme získali kvalitativní metodou standardizovaného rozhovoru, jsme zpracovali metodou kódování a vyhodnotili syntézou získaných dat. Na základě zjištěných nedostatků, které signalizovaly výsledky průzkumu, vytvoříme edukační materiál pro sestry.

Průzkumným problémem bylo určit, jaká jsou specifika v nonverbální komunikaci u příslušníků vietnamského, arabského, ukrajinského a romského etnika. **Jako cíle práce jsme stanovili** analyzovat znalosti sester v oblasti neverbální komunikace u ukrajinského, vietnamského, romského a arabského etnika, zjistit, u kterého ze 4 vybraných etnik mají sestry nejvíce poznatků o specifikách v neverbální komunikaci, porovnat potencionální rozdíly ve znalostech nonverbální komunikace u sester se středoškolským a vysokoškolským vzděláním a zmapovat, který z druhů nonverbální komunikace z pohledu sester preferují jednotlivá kulturní etnika. **Výběr respondentů (R)** byl záměrný. Průzkumný vzorek tvořilo 15 sester, jejich společným znakem bylo středoškolské vzdělání, a 15 sester, jejichž společným znakem bylo vysokoškolské vzdělání. Respondenty byly ženy, věkový průměr 46 let, průměrná délka praxe 22 let. Sběr dat, rozhovory, probíhaly se sestrami z odlišných oborů i pracovišť, Průzkumné šetření probíhalo v období listopad 2015 – únor 2016.

Jedním z cílů naší práce bylo analyzovat znalosti sester v oblasti neverbální komunikace u ukrajinského, vietnamského, romského a arabského etnika. Jak uvádí Kotková (2012), pouhých 7 % informací sdělujeme pomocí slov. Dalších 38 % je již vyjadřováno tónem hlasu, tedy paralingvistikou a celých 55 % informací sdělujeme přes řeč těla. My jsme se v prvním cíli naší práce zaměřili na znalosti sester v oblasti neverbální komunikace u vybraných etnik. Nicméně jako první porovnání jsme provedli screening znalostí neverbálních metod komunikace paušálně.

Tabulka č. 1 Znalosti neverbální komunikace

Nonverbální metoda	Středoškolské vzdělání		Vysokoškolské vzdělání	
Mimika	14	44,43 %	14	44,43 %
Gestika	13	86,71 %	14	44,43 %
Haptika	11	73,37 %	14	44,43 %
Kinezika	-	-	5	33,35 %
Posturika	5	33,35 %	6	40,02 %
Proxemika	5	33,35 %	14	44,43 %
Vizika	6	40,02 %	8	53,36 %
Paralingvistika	-	-	1	6,67 %
Úprava zevnějšku	-	-	1	6,67 %
Posunky, obrázky	1	6,67 %	1	6,67 %

Výsledky odpovědí u respondentek ze skupiny sester se středoškolským vzděláním podle tabulky vychází následovně. Mimiku verbalizovalo 14 (44,34 %) R gestiku 13 (86,71 %) R, haptiku pak 11 (73,37 %) R. Posturiku shodně s proxemikou verbalizovalo 5 (33,35 %) R. Viziku pak 6 (40,02 %) R. Posunky a obrázky verbalizovala 1 (6,67 %) R.

Ve skupině dotazovaných sester s vysokoškolským vzděláním zněly odpovědi takto. Mimiku, gestiku, haptiku a proxemiku shodně verbalizovalo 14 (44,43 %) R. Znalost viziky udalo 8 (53,36 %) R. Posturiku pak 6 (40,02 %) R, kineziku 5 (33,35 %) R. Paralingvistika, úprava zevnějšku, posunky a obrázky byly verbalizovány po jedné odpovědi, tedy každá metoda neverbální komunikace v 6,67 %.

Pouze 1 (6,67 %) sestra ze skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentek dokázala vyjmenovat všech požadovaných 9 metod nonverbální komunikace. Také pouze 1 (6,67 %) sestra středoškolačka nedokázala přesně specifikovat název metod, pouze orientačně vyjádřila, co si pod pojmem neverbální komunikace představuje. Celkově tedy lepší orientaci v metodách nonverbální komunikace mají sestry vysokoškolsky vzdělané.

Jak uvádí ve své práci Pincová (2011), většina sester, respektive zhruba 75 % si je vědomo, že existují specifika, která se v rámci neverbální komunikace v ošetrovatelské péči vyskytují. Z odpovědí respondentek se nám podařilo vytvořit přehled, ze kterého vyplývá následující zjištění. Z celkového počtu 30 respondentek nemá 16 (53,33 %) R dostatečné znalosti o specifikách neverbální komunikace u arabského, 14 (46,62 %) R u vietnamského etnika, 10 (33,33 %) R nezná specifika neverbální komunikace etnika romského. Překvapivý je počet 16 (53,33 %) R s neznalostí specifik etnika ukrajinského, přestože patří do slovanského národa a je tedy nejvíce podobná specifikům neverbální komunikace při ošetrování českých a slovenských pacientů.

Výsledkem průzkumu v rámci dosažení prvního cíle bylo zjištění, že 14 (46,62 %) sester respondentek nemá dostatečné znalosti o specifikách neverbální komunikace u předem stanovených mapovaných etnik. Celkově tedy lepší orientaci v metodách nonverbální komunikace mají sestry vysokoškolsky vzdělané.

Dalším cílem bylo zjistit, u kterého ze 4 vybraných kulturních etnik mají sestry nejvíce poznatků o specifikách v neverbální komunikaci

Tabulka č. 2 Neverbální komunikace u vybraných kulturních etnik

Etnikum	Středoškolské vzdělání		Vysokoškolské vzdělání	
Arabi	4	26,68 %	5	33,35 %
Romové	4	26,68 %	7	46,69 %
Vietnamci	2	13,34 %	11	73,37 %
Ukrajinci	3	20,01 %	4	26,68 %

Podle výsledků, deklarovaných v tabulce, vidíme, kolik respondentek verbalizovalo znalosti specifik neverbální komunikace u předem vybraných etnik. Skupina středoškolsky vzdělaných sester verbalizovala znalosti následovně. U Arabského a Romského etnika signalizují znalosti shodně 4 (26,68 %) R, znalosti u Vietnamského etnika 2 (13,34 %) R a ukrajinské etnikum, respektive specifika jeho nonverbální komunikace dokázaly uvést 3 (20,01 %) R. Skupina vysokoškolsky vzdělaných sester odpovídala tak, že znalosti specifik nonverbální komunikace u arabského etnika verbalizovalo 5 (33,35 %) R, u Romského etnika 7 (46,69 %) R, Vietnamské etnikum dopadlo nejlépe, znalosti signalizovalo celých 11 (73,37 %) R. Překvapivě jen 4 (26,68 %) R verbalizovaly znalost specifik u Ukrajinského etnika. Překvapivě proto, že, jak uvádí Dufková (2014) jako Slovanský národ jsme Ukrajincům blízko a jejich normy a hodnoty se od našich příliš neliší. Pokud se zaměříme na multikulturní péči, vidíme, že je potřeba poskytovat kulturně ohleduplnou a shodnou péči tak, aby vhodným způsobem pomáhala proti nepříznivým vlivům nemoci, eventuálně smrti. Při poskytování zdravotní péče se tedy očekává, že zdravotníci budou mít znalosti cizích jazyků, ale ... „*najmä budú vedieť dešifrovať transkultúrne neverbálne prejavy svojich klientov*“ (Zamboriová et. al., 2015, s. 208). Pincová (2011), uvádí, že výrazný vliv má nonverbální komunikace, která svými hlavními metodami, tedy mimikou a gestikou pomáhá, vytvořit prostředí vstřícnosti, zájmu a pochopení pacientových obtíží.

Jak uvádí Dobsonyová (et. al., 2015, s. 54), sestry by měly mít vědomosti z oblasti multikulturního ošetrovatelství, aby mohly poskytovat kulturně smysluplnou péči s vysokoškolským vzděláním, signalizovalo neznalost 10 (66,70 %) R. Romské etnikum, respektive preferenci druhů neverbální komunikace neuvedlo 11 (73,37 %) R ze strany sester

se stredoškolským vzdeláním, 8 (53,36 %) R se vzdeláním vysokoškolským. U vietnamského etnika neznalo preference neverbální komunikace 13 (86,71 %) R ze skupiny stredoškolsky vzdelaných sester a 4 (26,68 %) R ze skupiny sester vysokoškolaček. Preferenci neverbální komunikace u ukrajinského etnika nedokázalo verbalizovat 12 (80,04 %) R se stredoškolským vzdeláním a 11 (73,37 %) R se vzdeláním vysokoškolským.

Již víme, že kvalita ošetrovateľskej péče spočíva na uspokojovaní individuálnych potrieb pacientů. Podmínkou pro splnění kvalitní péče je tedy zákonitě ošetrovateľský personál, který má odpovídající vlastnosti, znalosti, schopnosti a zkušenosti. Také musíme mít na paměti holistický pohled na člověka (Zamboriová et. al., 2015, s. 207 - 222).

Naším dalším cílem bylo porovnat potencionální rozdíly ve znalostech neverbální komunikace u sester se stredoškolským a vysokoškolským vzdeláním. V naší práci jsme pristoupili k rozdělení respondentek na dvě skupiny podle záměrného výběru, na sestry se stredoškolským vzdeláním a sestry se vzdeláním vysokoškolským. Zajímalo nás, zda stupeň vzdelání sester ovlivňuje znalosti v oblasti neverbální komunikace u jednotlivých kulturních etnik, což jsme průzkumem dokázali zmapovat.

Tabulka č. 3 Negativní odpovědi na otázku o specifikách preferencí jednotlivých kulturních etnik

Etnikum	Stredoškolské vzdelání		Vysokoškolské vzdelání	
Arabi	11	73,37 %	10	66,70 %
Romové	11	73,37 %	8	53,36 %
Vietnamci	13	86,71 %	4	26,68 %
Ukrajinci	12	80,04 %	11	73,37 %

Podle výsledků v tabulce můžeme verbalizovat, že u arabského etnika nemá znalosti preferencí neverbální komunikace ve skupině sester se stredoškolským vzdeláním 11 (73,37 %) R, u sester s vysokoškolským vzdeláním signalizovalo neznalost 10 (66,70 %) R. Romské etnikum, respektive preferenci druhů neverbální komunikace neuvedlo 11 (73,37 %) R ze strany sester se stredoškolským vzdeláním, 8 (53,36 %) R se vzdeláním vysokoškolským. U vietnamského etnika neznalo preference neverbální komunikace 13 (86,71 %) R ze skupiny stredoškolsky vzdelaných sester a 4 (26,68 %) R ze skupiny sester vysokoškolaček. Preferenci neverbální komunikace u ukrajinského etnika nedokázalo verbalizovat 12 (80,04 %) R se stredoškolským vzdeláním a 11 (73,37 %) R se vzdeláním vysokoškolským. Můžeme tedy konstatovat, že vzdelání má na znalosti neverbálních metod a specifik péče u kulturních menšin vliv a že lépe v našem průzkumu dopadly odpovědi sester s vysokoškolským vzdeláním.

Drábková (2015, s. 76) uvádí, že „na komunikační úroveň má vliv také stupeň vzdělávání sester. Čím je vzdělání sester vyšší, tím je následně vyšší úroveň jejich komunikace“. A také, že sestry, které vystudovaly podle původních osnov před novou Konceptí ošetrovatelství z roku 2004, mají nižší teoretickou přípravu ze střední školy, pravděpodobně se s touto problematikou učební plány výrazně nezabývaly (Drábková, 2015).

Pokud zhodnotíme průzkum Zamboriové et. al. (2015), kdy se ve své práci zabývali pohledem sester na multikulturní péči a na zkušenostech sester s danou problematikou, uvidíme, že přestože porovnávali zkušenosti a znalosti mezi respondentkami českými a slovenskými, výsledek je podobný našemu. A to, že vědomosti sester v multikulturním ošetrovatelství jsou na velmi nízké úrovni (Zamboriová et. al., 2015).

ZAVĚR

Ke zpracování diplomové práce nás vedla skutečnost, že v současné době neustále přibývají do našich zemí kulturní etnika z jiných zemí. I přesto, že jsme průzkum zaměřili na kulturní etnika, která se v našich zemích již delší dobu vyskytují, výsledky signalizují, že povědomí o specifikách jednotlivých kulturních etnik nedosahují takové výšky, abychom mohli poskytovat kulturně ohleduplnou a citlivou péči. Již víme, že kvalita ošetrovatelské péče spočívá na uspokojování individuálních potřeb pacientů. Podmínkou pro splnění kvalitní péče je tedy zákonitě osoba ošetřujících, kteří mají odpovídající vlastnosti, znalosti, schopnosti a zkušenosti. Základem multikulturního přístupu je pro sestru znalost historie, zvyklostí, tradic, postojů ke zdraví a k nemoci u jednotlivých příslušníků minoritních skupin. *Je nutné poznať cudzie kultúry, ich filozofické a historické pozadie, abysme ich mohli pochopiť a rešpektovať bez ohľadu na to, či sme alebo niesme schopní a ochotní ich prijať a súhlasit' s nimi*“ (Kilíková, 2015, s. 133). Do budoucna se od každého zdravotnického pracovníka očekává ve větší míře znalost cizího jazyka a fakt, že dokáže pochopit multikulturní neverbální projevy člena jiné kultury. V poskytování ošetrovatelské péče bude multikulturní komunikace sehrávat stále významnější roli. V současnosti by se cílem multikulturní komunikace mělo stát nejen dorozumění jazykové, ale i respektování zvyků, náboženského přesvědčení, životních hodnot a vědomí biologických specifik. Je dobré učit se a hledat odlišnosti i z pohledu běžného člověka, který cestuje do zahraničí nebo se setkává s cizinci ve své vlasti a to nejen z důvodu multikulturního ošetrovatelství. Výsledkem kulturně ohleduplné péče, která respektuje názory, tradice, kulturní specifika jednotlivce, rodiny i skupiny je tzv. kulturně senzitivní ošetrovatelská péče (Reidingerová, 2009).

Nejen výsledky našeho průzkumu potvrzují, že je nevyhnutelné, aby problematika multikulturního ošetrovatelství vystoupila do popředí. Jak uvádí Kilíková (2015), v ošetrovatelské praxi to bude znamenat nejenom zvýšení prestiže profese, ale i ochranu pacienta před kulturním šokem.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M. 2010. *Etnické komunity. V kulturní a sociální různosti*. 1. vyd. Praha : FHS UK, 2010. 314 s. ISBN 978-80-87398-08-1.

BITTNEROVÁ, D. 2013. *Etnické komunity. Romové*. 1. vyd. Praha : FHS UK, 2013. 223 s. ISBN 978-80-87398-45-6.

De VITO, J. A. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd., Praha : Grada, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

DOBSONYOVÁ, A., JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L. 2015. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inou kultúrou. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovateľstva, 12. - 13. 11. 2015. Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2015, s. 54 - 63. ISBN 978-80-8132-137-5.

DRÁBKOVÁ, K. 2015. Evaluace komunikačních schopností sester. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovateľstva, 12. - 13. 11. 2015. Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2015, s. 64 - 84. ISBN 978-80-8132-137-5.

DUFKOVÁ, A. a kol. 2014. *Problematika multikultury ve výuce a ošetrovateľské péči na zdravotnícké škole*. 1. vyd. Praha : kolektiv autorů, 2014. 59 s. ISBN 978-80-905735-0-5.

EKMAN, P. 2015. *Odhalené emoce*. 1. vyd. Brno : Jan Melvil, 2015. 328 s. ISBN 9788087270813.

FUNTOVÁ, V. 2015. Cizinec jako pacient i zdravotnický pracovník. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovatel'stvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovatel'stva, 12. - 13. 11. 2015. Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2015, s. 91 – 103. ISBN 978-80-8132-137-5.

GULÁŠOVÁ, I., HRUŠKA, J., BAČÍKOVÁ, Z., BREZA, J. 2012. Prostředky neverbální komunikace. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, roč. 22, č. 5, s. 26 - 27.

HORÁK, M. 2013. *Uplatňování základních složek nonverbální komunikace*. [online]. [citované 2016-01-05] Dostupné z internetu:
<http://www.andragogos.cz/wp-content/uploads/2013/05/uplatnovani-zakladnich-slozek-nonverbalni-komunikace.pdf>

HUČÍN, J. 2004. Romové jsou jiní a jiní zůstanou. In *Psychologie dnes*. ISSN 1212 9607, 2004, roč. 10, č. 5, s 9 - 13.

CHRENKOVÁ, M. 2013. *Komunikace s klientem*. [online].[citované 2016-02-08] Dostupné z internetu:
http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Chrenkova_Komunikace.pdf

KILÍKOVÁ, M. 2015. Možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach ako hodnota, norma a artefakt. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovatel'stvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovatel'stva, 12. - 13. 11. 2015 v Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, 2015, s. 125 - 135. ISBN 978-80-8132-137-5.

KHIDAYER, E. 2011. *Arabský svět - jiná planeta?* 1.vyd. Praha : Mladá fronta, 2011. 244 s. ISBN 978-80-204-2495-2.

KOŠELOVÁ, A. OZIMÁKOVÁ, S., HULKOVÁ, V. 2015. Moslim ako klient v kúpeľoch. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovatel'stvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovatel'stva, 12. - 13. 11. 2015. Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, 2015, s. 135 - 140. ISBN 978-80-8132-137-5.

KOTKOVÁ, M. 2012. *Psychologie národnostních menšin*. 2. vyd. Pardubice: Benepal, a. s. 2012. 84 s. [online].[citované 2016-12. 28] Dostupné z internetu:
file:///C:/Users/Blanka/Downloads/NARODNOSTNI-MENSINY.PDF

KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. vyd. Martin : Osveta, 2009. 182 s. ISBN 80-8063-160-3.

LEWIS, D. 2010. *Tajná řeč těla*. 2.vyd. Praha : Bondy, 2010. 256 s. ISBN 978-80 904471-7-2.

MARÁDOVÁ, E. 2006. *Multikulturní porozumění*. 1. vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 44 s. ISBN 80-86991-82-2.

MARKOVÁ, E, 2006. *Dny Marty Staňkové III*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. 113 s. ISBN 8072624342.

MAURE, A. 2014. *Příručka pro komunikaci s muslimy*. 1. vyd. Albrechtice : Křesťanský život, 2014. 216 s. ISBN 978-80-7112-178-7.

MOTSCHNIG, R., NYKL, L. 2011. *Komunikace zaměřená na člověka. Rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011, 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.

PAVLÍKOVÁ, E., SLÁDEK, K. 2009. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie*. Červený Kostelec : Pavel Mervart, 2009. 120 s. ISBN 978-80-86818-95-5.

PINCOVÁ, D. 2011. *Potřeba intimity a její zajištění v ošetrovatelské péči u vybraných minoritních skupin*: diplomová práce České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2011. 86 s.

PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

REIDINGEROVÁ, A. 2009. *Poskytování kulturně senzitivní ošetrovatelské péče těžce přizpůsobivým Romům*: diplomová práce České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2009. 118 s.

ŠPATÉNKOVÁ, J., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Semily : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, L. IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J. 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. [on-line].[citované 2015-12-27] Dostupné z internetu:
http://www.metaops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VRUBLOVÁ, Y. 2006. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelství*. [online].[citované 2016-02-07] Dostupné z internetu:
http://projekty.osu.cz/mentor/II-komunikace_v_oseetrovatelstvi.pdf

ZAMBORIOVA, M., SIMOČKOVÁ, V., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2015. Multikultúrne aspekty ošetrovatel'stva. In *Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovatel'stvo naprieč kultúrami”*, Piešťanský deň ošetrovatel'stva, 12. - 13. 11. 2015. Piešťany : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, 2015. ISBN 978-80-8132-137-5, s. 207-217.

Kontaktní adresa:

Bc. Blanka Stárková

mobil: 420 725 308 858

e-mail: BlankaStarkova@seznam.cz

JAK PŘEDEJÍT MEDIKAČNÍMU POCHYBENÍ?

ŠOPÍKOVÁ Martina

ABSTRAKT

V Ústřední vojenské nemocnici – Vojenská fakultní nemocnice Praha (dále „ÚVN“) je zaveden systém hlášení nežádoucích událostí od roku 2004, kdy každý zaměstnanec má možnost nahlásit nežádoucí událost pomocí elektronické aplikace „Hlášení nežádoucích událostí“. Nežádoucí události sleduje a analyzuje Oddělení řízení kvality zdravotní péče.

Medikační pochybení je událost, která mohla vést nebo vedla k poškození pacienta. Příčiny, které vedou k medikačnímu pochybení mohou být jak ze strany zdravotníků, tak ze strany pacienta, a to při příjmu, během hospitalizace, ale i při propuštění pacienta. Abychom mohli provádět preventivní opatření, která budou minimalizovat možnost vzniku medikačních pochybení, je potřeba tyto chyby hlásit a posléze analyzovat.

V ÚVN došlo k zavedení nejenom elektronického podávání léčiv, ale i elektronického skladového hospodářství na jednotlivých odborných odděleních. Výhodou celého systému je přehled o provedených podáních pacientům, a to s informací kdo, kdy, komu a co podal. Zároveň systém hlídá předepsané léčivo x podávané léčivo (množství, síla, forma), expirace léčiv, včetně těch se zkrácenou expirací po prvním otevření a předcházíme tak chybám při samotném podávání léčiv. Napříč nemocnicí jsou všem k dispozici informace o zásobách léčiv a je možné léčiva mezi odděleními přesouvat např. v případě, že se léčivo nenachází na pozitivním listu nemocnice, je drahé nebo má výpadek na trhu. Je možné pracovat i s ohroženými expiracemi nebo tzv. „ležáky“.

V ÚVN vzniklo oddělení farmakologistiky jehož úkolem je minimalizace nákupu nových léčiv s využitím stávajících zásob. Zároveň zaměstnanci oddělení farmakologistiky spravují sklady léčiv na jednotlivých odděleních tak, aby se usnadnila práce sestrám a zamezilo se chybování při samotném skladování a zacházení s léčivy.

Klíčová slova: Elektronický systém. Farmakologistika. Nežádoucí události. Medikační pochybení.

Kontakt na autora:

Mgr. Martina Šopíková

Vedoucí Oddělení farmakologistiky

Ústřední vojenská nemocnice -

Vojenská fakultní nemocnice Praha

U Vojenské nemocnice 1200

169 02 Praha 6

tel.: 973 202 730

martina.sopikova@uvn.cz

HISTORIE, SOUČASNOST A BUDOUCNOST LÁZNÍ V MARIÁNSKÝCH LÁZNÍCH

ŠULCOVÁ Petra, KORCOVÁ Soňa

ABSTRAKT

Záměrem předkládaného příspěvku je představit vznik, vývoj a současnost lázeňství v Mariánských Lázních. V první části, popisující historii, zmíníme přírodní léčivé zdroje a způsob poznání jejich účinku. Ve druhé části vás provedeme současností a jejími typickými znaky. V části třetí poukážeme na možnosti rozšíření nabízeného produktu, s ohledem na poptávku a reálné možnosti klientů.

Klíčová slova: Budoucnost. Historie. Lázně. Současnost.

ÚVOD

Město Mariánské Lázně se nachází v Západních Čechách, v nadmořské výšce 578 - 626 metrů nad mořem. Je to místo protkané parky, lesoparky, cyklistickými a turistickými stezkami a jeho klimatické podmínky jsou ideálním předpokladem ozdravných pobytů.

Jedinečnost geologické struktury podloží města dala lázním vzácný dar. Mariánské Lázně jsou unikátní množstvím vývěrů studené kyselky, je jich více než 100, z nichž se k léčebným účelům využívá 40. Každá z těchto kyselek má rozdílné chemické složení a to předurčilo Mariánské Lázně k tomu, aby zde byli léčeni klienti široké škály zdravotních obtíží.

Druhým unikem, kterým se Mariánské Lázně pyšní, je vývěr uhličitého plynu, vulkanického původu. Právě tento plyn, Mariin plyn, dal název i celému městu.

S rozvojem balneologie město vzkvétalo a zvyšující se nároky klientů šly ruku v ruce s modernizací starých a budováním nových hotelů a balneocenter. Není žádným tajemstvím, že převažující procento klientely je ze zahraničí. Bohužel současný politický a ekonomický vývoj velkou měrou zasahuje také do finančních možností právě těchto klientů. Společnosti, které se zaměřují na balneoterapii a léčebné pobyty, jsou nyní nuceny přehodnotit svoji strategii na trhu. To znamená, zaměřit se na jinou cílovou skupinu klientů než doposud, nebo přehodnotit produkt, nabízený klientele stávající.

Abychom vás mohli seznámit s průzkumem a cíly, které by mohly být nakročením do nových možností lázeňské péče, musíme vás provést historií a současností lázeňství v Mariánských Lázních.



Obrázek č. 1 Kolonáda (Zdroj: Archiv LLML a.s.)

HISTORIE LÁZNÍ V MARIÁNSKÝCH LÁZNÍCH

Historie ošetrovatelství v Mariánských Lázních je velmi úzce propojena s lázeňstvím, jeho vznikem a celým jeho historickým vývojem. První zmínky, týkající se objevu léčebných pramenů a tím pádem také první indicie vzniku léčebného zařízení sahají až do první poloviny 18. století. Zpočátku využívali přírodní léčebné bohatství hlavně premonstráti z kláštera Teplá, což byla uzavřená komunita a o jejich zdraví nepečoval nikdo jiný, než klášterní lékař. Ovšem tento již zmíněný klášterní lékař, doktor Johann Josef Nehr, se snažil o to, aby bylo obyčejné užívání léčebných darů přírody povzneseno na opravdové lázeňství.

Nově vzniklé lázně přilákaly nejen hosty, kteří chápali každoroční lázeňskou kúru jako jistý druh prevence, ale přivedli také nemocné, kteří přijížděli k léčebným pramenům cíleně, z důvodu ulehčení od konkrétních zdravotních potíží. Tyto nároky daly podnět vzniku městské nemocnice a na území města přilákaly mnohé lékařské odborníky. Doktor Johann Josef Nehr byl opravdovým průkopníkem vzniku lázní Marienbad. Usiloval o zpřístupnění léčebných pramenů všem, bez rozlišení společenského postavení, pouze s důrazem na potřebnost jako takovou. V roce 1804 nechal doktor Nehr se svojí ženou, v místě vyvěrajícího pramene, vystavět první lázeňský dům. Ten tvořilo čtrnáct světnic, dvě kuchyně. Jelikož nemocných přibývalo, bylo nutné, aby měl doktor Nehr po svém boku někoho spolehlivého, kdo by dohlížel na léčebné postupy u jednotlivých nemocných.

A přestože bylo v první polovině 19.století velmi neobvyklé, aby se o nemocné starala žena, byla to právě manželka doktora Nehra, která se stala první ošetrovatelkou v lázeňském domě Zlatá koule. Potřeba výstavby dalších lázeňských domů na sebe nenechala dlouho čekat. Veliký zájem nemocných pohnul roku 1807 tepelského opata Pfrognera k výstavbě dalšího lázeňského domu Traiterhaus. Ve srovnání s lázeňským domem Zlatá koule, byl tento větší a lázeňské léčbě mnohem lépe přizpůsoben. Byly zde vystavěny kabiny, kde probíhaly léčebné minerální koupele.

Do místních lázní přijížděli nemocní, jejichž nemoci vyžadovaly často i neustálou péči. Proto se nepostradatelnou součástí každého lázeňského domu stala přítomnost řádových sester. Řádové sestry přicházely z celé země a po jejich příchodu byly proškoleny řeholnicemi, jejichž zkušenosti s využíváním přírodních léčebných zdrojů byly pro běh a celý systém lázeňské péče přímo nepostradatelné. Lázeňští hosté byli zpočátku převážně z nedalekého okolí a patřili mezi nemajetné poddané. Proto na podnět opata Reitenbergera byl založen fond pro chudé a z prostředků kláštera Teplá nechal postavit roku 1825 Všeobecný lázeňský špitál. Ovšem do Mariánských Lázní, za účelem léčení přijížděli také židovští hosté. Také těmto nemocným bylo nabídnuto ubytování ve Všeobecném lázeňském špitálu, ale pro ně byl v mnoha směrech nevyhovující. Jejich víra jim nedovolovala stravu, pro ostatní křesťanské nemocné běžnou, potřebovali svou modlitebnu, což bylo v těchto prostorách nereálné.

Proto byl roku 1861 postaven Židovský lázeňský špitál, kde pod vedením židovského lékaře Samuela B.Lucci pracovalo pět civilních ošetrovatelk židovského původu, které byly proškoleny v oblasti lázeňské péče již zmíněným lékařem. Mimo jiné se staraly o čistou a hygienické zásady ubytování hostů-pacientů a po celou dobu zajišťovaly pro všechny košer stravování. Židovský lázeňský špitál zde spolu s modlitebnou fungoval až do roku 1938, kdy po připojení Sudet k Německu, byl konfiskován německou správou.

Souběžně, s významným rozvojem lékařské i ošetrovatelské péče v nemocnici, se vyvíjela také péče v oboru lázeňství. Většina ubytovacích zařízení - hotelů i penzionů, se zároveň s výstavbou či rekonstrukcí ubytovací kapacity, soustředila na vybudování vlastního Spa centra. Každý hotel je v současné době, díky těmto centrům, schopen nabídnout svým klientům více či méně komplexní seznam léčebných procedur, jejichž výběr je limitován a úzce koresponduje s onemocněními, jejichž léčba je indikována přímo v Mariánských Lázních.

Do Mariánských Lázní přijíždějí pacienti, kteří jsou v rekonvalescenci - po absolvované léčbě onkologického onemocnění. Tato skupina klientů vyžaduje speciální přístup zaměstnanců zdravotnického úseku, a proto je veškerý zdravotnický personál průběžně doškolen

v otázkách komunikace, možných komplikací zdravotního stavu, v otázkách kontraindikovaných procedur a možných reakcích takto nemocných na podávané léčebné procedury.

Další, velmi početnou indikační skupinou jsou pacienti s onemocněním pohybového aparátu. Je proto nezbytné, aby se této klientele věnovali fyzioterapeuti, rehabilitační pracovníci a maséři. Každý z lázeňských hotelů se tak snaží zajistit si, pro svůj léčebný provoz, kompletní tým zdravotnického personálu s různými specializacemi.

Je velmi zajímavé, jak i v současné době, dalo by se říci, že přímo nám pod rukama, dochází k novým zjištěním a objevům v oblasti balneologie.

Povědomí úspěšnosti lázeňské péče je mezi lidmi natolik rozšířené, že klienti, přijíždějící-se léčit do našeho lázeňského města, absolvují i stovky kilometrů, jen aby mohli, většinou opakovaně, projít léčebný program, který je individuálně připravován každému, dle jeho obtíží a onemocnění.

Musíme ovšem konstatovat, že se zvyšující-se úrovní péče a služeb, se přímou úměrou zvyšuje také cena, kterou klienti, pro které je lázeňská léčba nepostradatelnou součástí jejich uzdravovacího procesu, musí akceptovat a většinou také sami, bez pomoci zdravotních pojišťoven, uhradit. Lázeňská péče je tedy v plném rozkvětu, jen je škoda, že myšlenka Dr.Nehra:“Léčebné, přírodní zdroje pro všechny potřebné, bez ohledu na majetky,“ která stála při samém vzniku lázní, upadla v zapomnění.



Obrázek č.2 Žena v rašelinové lázni
(Zdroj: <http://www.hamelika.cz>)



Obrázek č.3 Nespokojenost-karikatura
(Zdroj: <http://www.hamelika.cz>)

SOUČASNOST

Historie, výzkum a pokrok se podílely na podobě současného lázeňství. Akciová společnost Léčebné lázně Mariánské Lázně navazuje na dlouholetou tradici lázeňské léčby v Mariánských Lázních. Využívá k tomu vzácné přírodní léčivé zdroje - minerální prameny, léčivý Mariin plyn a slatinu. To vše v souladu s nejmodernějšími léčebnými postupy tak, aby lázeňský pobyt co nejvíce pozitivně ovlivnil zdravotní stav klientů. Mariánské Lázně jsou vyhledávány především lázeňskými klienty s nemocemi pohybového aparátu, ledvin a močových cest. Dále je léčba vhodná pro respirační a gynekologická nemoci a poruchy metabolismu. Léčebné pobyty se specializovanou péčí jsou poskytovány i dětem. V současné době do našich hotelů přijíždí česká, ale i zahraniční klientela. Česká klientela nejvíce využívá komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči, která je indikovaná klientům podle aktuálního indikačního seznamu schvalovaného každý rok MZ ČR. Indikační seznam určuje diagnózu, typ péče a délku pobytu, který je možno klientovi poskytnout. Komplexní lázeňská péče znamená plně hrazenou péči od zdravotní pojišťovny klientům včetně ubytování s plnou penzí a procedurami. Příspěvková péče je hrazená pouze z části, klient si hradí ubytování a stravu, procedury platí zdravotní pojišťovna.

Zahraniční klientela a tuzemští samoplátcí si mohou vybrat ze široké nabídky léčebných, relaxačních, víkendových či wellness balíčků.

Nejnámější a nejžádanější procedury jsou minerální koupele, suchá plynová obálka, plynové injekce a slatinový zábal. V lokalitě města vyvěrá sedm hlavních léčivých minerálních pramenů. Každý z nich má jiné léčebné účinky a jiné minerální složení. Tyto prameny jsou využívány ke koupelím, inhalacím a pitné kúře. Přírodní plyn vulkanického původu s obsahem CO₂: 99,7 % se nazývá Mariin plyn. Při aplikaci suché plynové obálky se plyn přes pokožku vstřebává do organismu, zpomalí srdeční činnost a sníží tlak. Ošetření stimuluje krevní oběh, zlepšuje fungování srdce a ledvin, snižuje stres a má celkový léčivý účinek. Vedle toho zlepšuje sexuální funkce a má protizánětlivé účinky. Plynové injekce se aplikují do podkoží v okolí velkých kloubů a páteře a mají velký vliv na zmírnění bolesti zad a kloubů, na zlepšení prokrvení celé oblasti a rychlejší hojení zranění. Slatinné zábaly se užívají při chorobách pohybového aparátu, u gynekologických onemocnění a nemocí dýchacích cest. Speciálním doplňkem jsou slatinné vaginální tampony, které se používají při léčbě chronických gynekologických zánětů a při ženské sterilitě. Vedle těchto nejžádanějších procedur nabízíme klientům elektroterapii, rehabilitaci, podvodní masáže, klasické masáže a různé jiné léčebné či relaxační procedury.

Kromě současného léčení a nabídky relaxačních pobytů, nabízí Mariánské Lázně krásné a klidné prostředí. Klienti mají také spoustu volného času a prostoru pro volnočasové aktivity. Domníváme se, že klidné prostředí lázní a volný čas lázeňské klientely, by se mohl využít pro rozšíření nabídky našich programů. Pracujeme na bakalářské práci, ve které chceme prozkoumat zájem klientely o preventivní a edukační programy v našich hotelech. Velmi často se setkáváme s klientelou, která má nedostatečné nebo vůbec žádné vědomosti o svých onemocněních a od nás očekává zázračné uzdravení. Rádi bychom Vás seznámili s částí výsledků dotazníkového šetření.

Určili jsme si tyto cíle:

1. CÍL:

Zjistit zájem klientů o edukační a preventivní programy a o rozšíření nabídky o tyto programy v Léčebných lázních Mariánské Lázně.

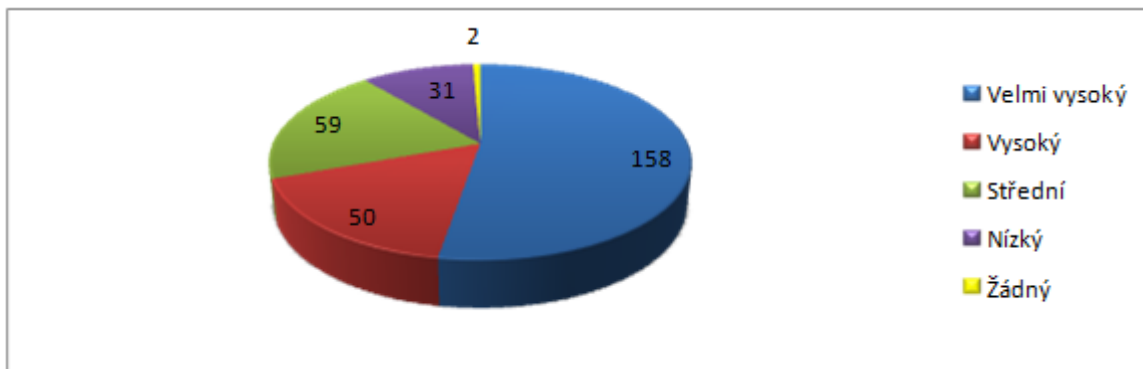
2. CÍL:

Zmapovat oblast edukačních a preventivních programů, o které by klienti měli zájem.

3. CÍL:

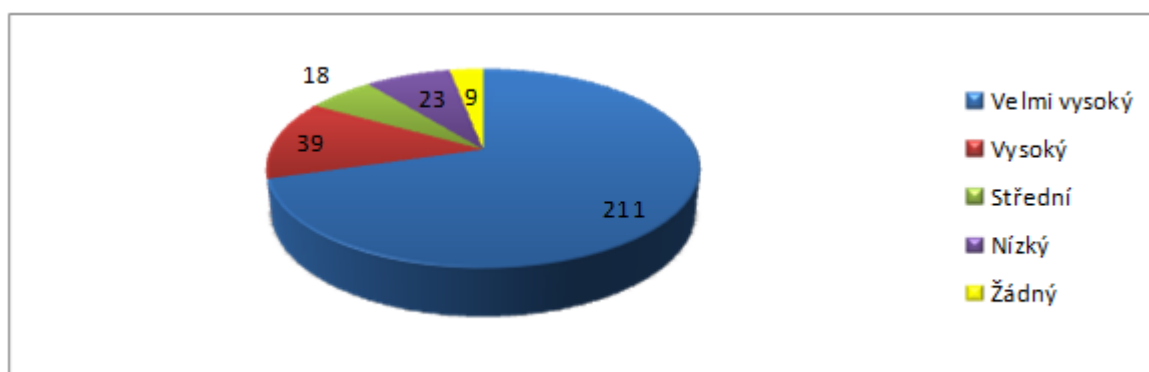
Prozkoumat jakou metodu a formu edukačních a preventivních programů by klienti nejvíce přivítali.

Pro konferenci v Piešťanech jsme vyhodnotili 300 dotazníků a dospěli jsme k závěrům, které jsou znázorněny v grafech níže. Každý graf znázorňuje jednu otázku z dotazníkového šetření. Dotazník je rozdělen do dvou částí, kde zkoumáme zájem klientů o preventivní programy (graf č.1 - 10) a o edukační programy (graf č.11 - 20). Průzkum nám ukázal, že převažuje zájem o preventivní programy. Respondenti měli vysoký zájem o všechny nabízené preventivní programy: „Zdravý životní styl“, prevence bolesti zad a kloubů, prevence obezity a rizik s ní spojených. V odpovědích preferovali skupinovou formu programů metodou přednášek a diskuzí s odborníkem. O edukační programy byl mnohem menší zájem, ale také nebyl zanedbatelný. Z edukačních programů respondenti nejvíce preferovali: edukační program s onemocněním srdce a oběhového systému. Převažoval zájem o skupinovou formu s metodou aktivního zapojení.



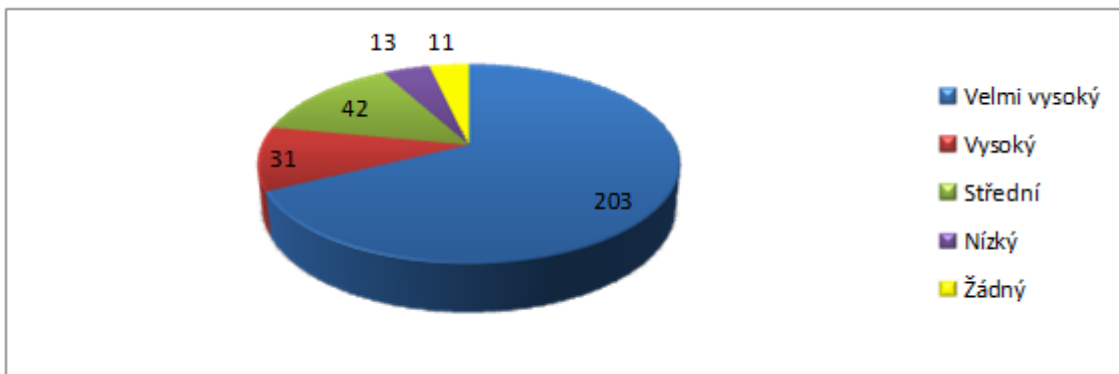
Graf č.1 Zájem klientů o preventivní programy v našich lázeňských hotelech

Průzkumem jsme zjistili, že 158 respondentů projevil velmi vysoký zájem o tyto programy, 50 dotazovaných má vysoký zájem, 59 střední zájem. Z 300 respondentů má 31 nízký a pouze 2 žádný zájem. Z výsledků je zřejmé, že klienti mají evidentní zájem o preventivní programy.



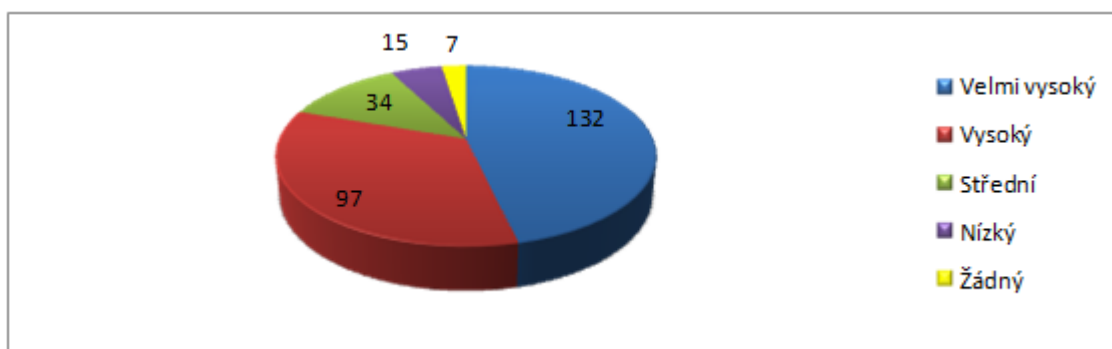
Graf č.2 Zájem klientů o preventivní program „Zdravý životní styl“

Další tři grafy ukazují zájem dotazovaných na konkrétní preventivní program. O preventivní program „Zdravý životní styl“ má z 300 respondentů 211 zájem velmi vysoký, 39 vysoký, 18 střední, 23 nízký zájem a 9 dotazovaných nemá žádný zájem.



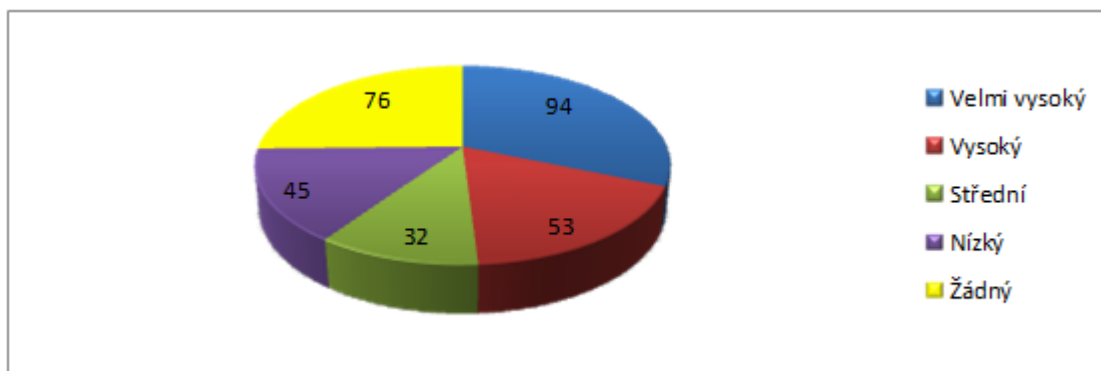
Graf č.3 Zájem klientů o program prevence bolesti zad a kloubů

O preventivní program prevence bolesti zad a kloubů mělo 203 respondentů velmi vysoký, 31 vysoký a 42 střední zájem. Pouhých 13 klientů má zájem nízký a 11 žádný.



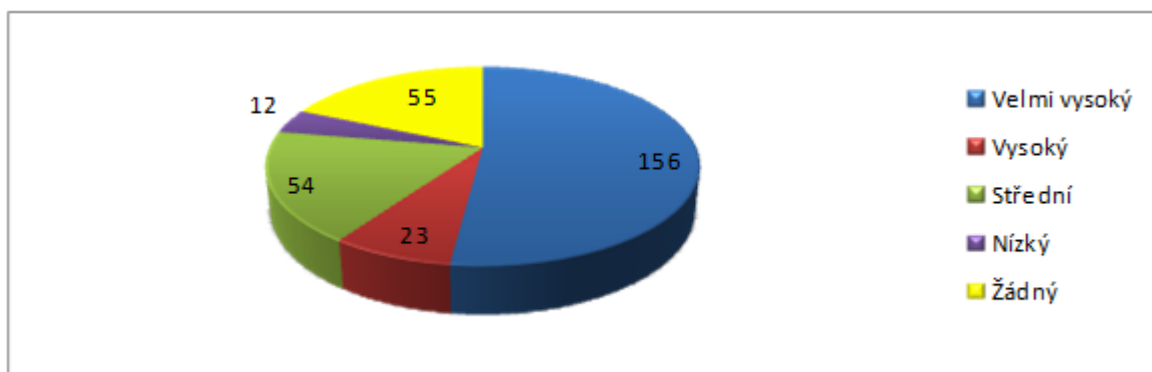
Graf č.4 Zájem klientů o program prevence obezity a rizik s ní spojených

Zájem klientů o program prevence obezity a rizik s ní spojených je také velmi značný. 132 klientů má velmi vysoký zájem, 97 vysoký, 34 střední zájem. Nízký zájem mělo 15 dotazovaných a 7 nemělo zájem žádný.



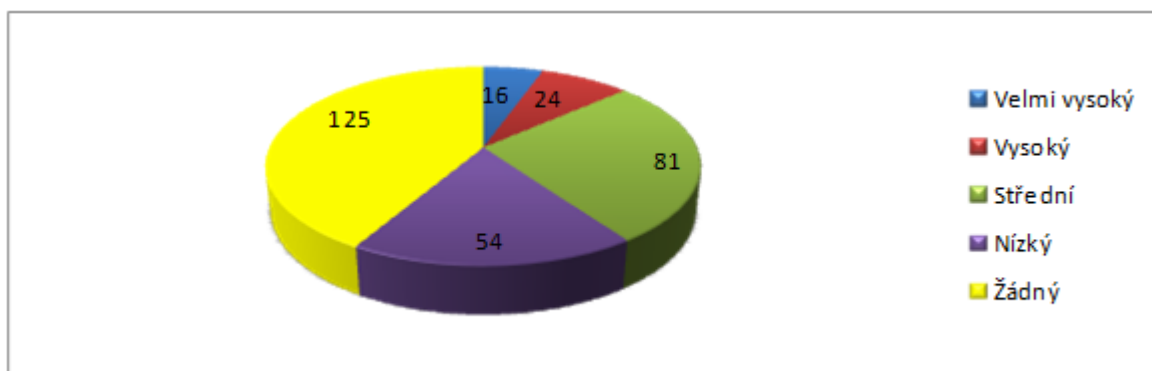
Graf č.5 Zájem klientů o individuální formu preventivního programu

O individuální formu preventivního programu by mělo zájem 94 klientů velmi vysoký zájem, 53 vysoký, 32 střední, 45 nízký zájem a 76 dotazovaných nemělo zájem žádný.



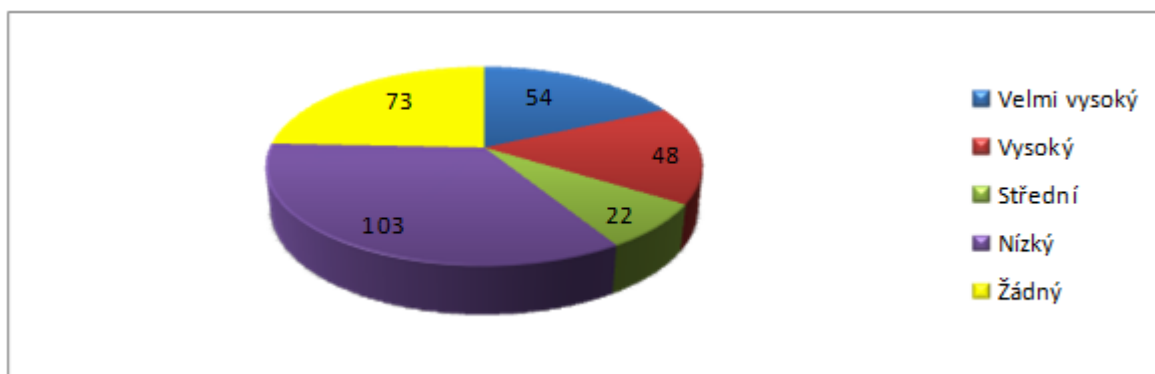
Graf č.6 Zájem klientů o skupinovou formu preventivního programu

Skupinovou formu preventivního programu preferuje 156 respondentů velmi vysokým zájmem, 23 vysokým, 53 středním zájmem. 12 dotazovaných mělo nízký zájem a 55 klientů nemělo zájem.



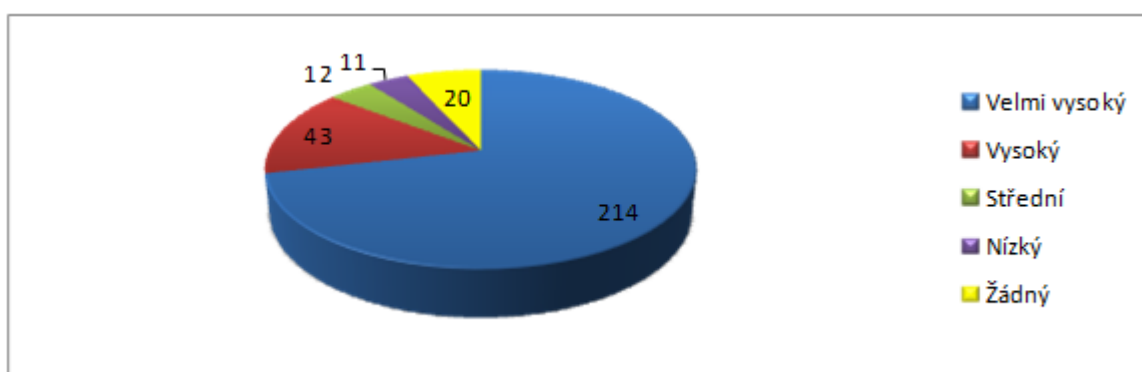
Graf č.7 Zájem klientů o preventivní program metodou prospektů a informačních letáků

O preventivní program metodou prospektů a informačních letáků nemá zájem 125 dotazovaných, 54 respondentů má nízký a 81 střední zájem. Pouhých 24 klientů má zájem vysoký a 16 velmi vysoký.



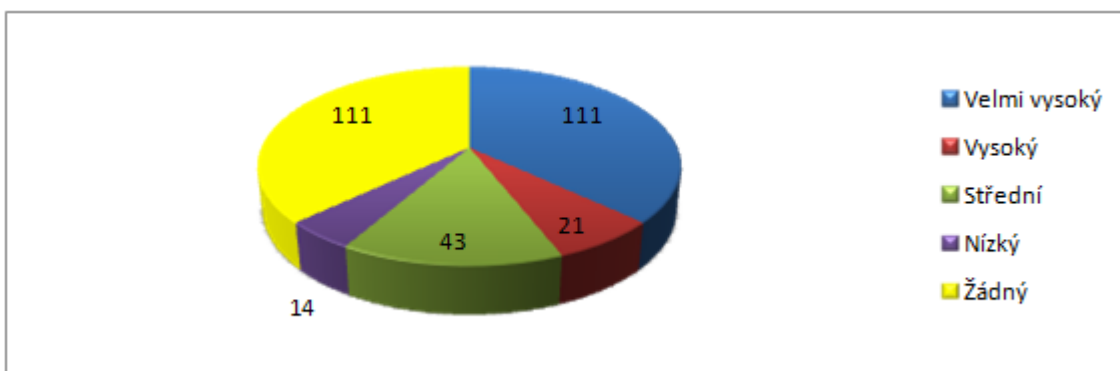
Graf č.8 Zájem klientů o preventivní program metodou získávání informací přes TV kanál naší společnosti

Získávání informací přes TV kanál naší společnosti by se také neosvědčilo. 73 klientů nemělo zájem, nízký zájem projevilo 103 dotazovaných. 22 klientů mělo střední zájem, 48 vysoký a 54 velmi vysoký zájem.



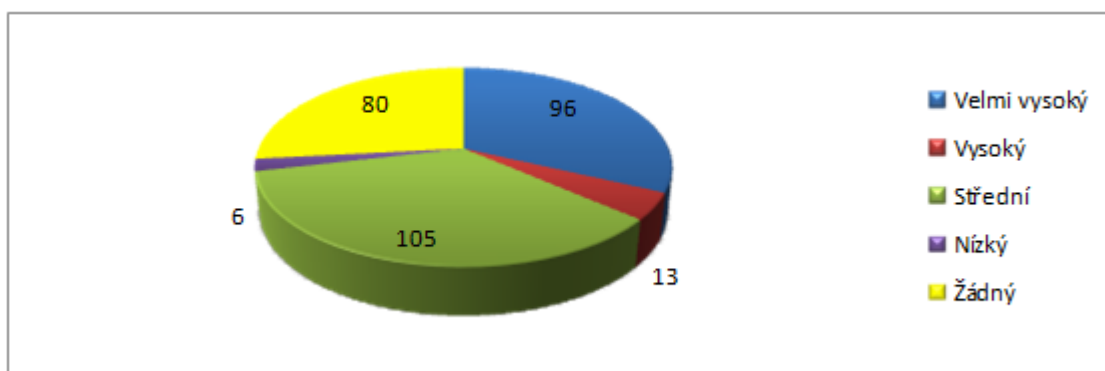
Graf č.9 Zájem klientů o preventivní program metodou přednášek a diskuzí s odborníkem

Metoda přednášek a diskuze s odborníkem v rámci preventivních programů by se osvědčila u 214 dotazovaných s velmi vysokým zájmem a 43 klientů s vysokým zájmem. 12 respondentů má střední zájem, 11 nízký a 20 žádný zájem.



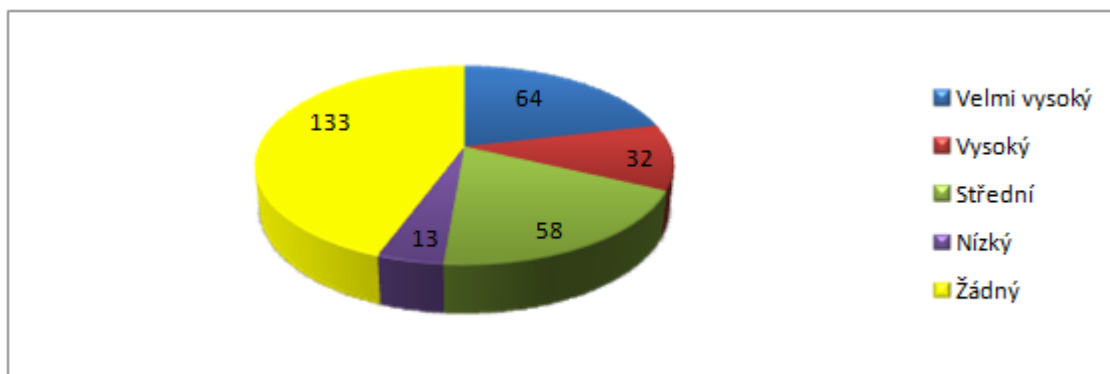
Graf č.10 Zájem klientů o preventivní program metodou aktivního zapojení

Zájem klientů o aktivní zapojení do preventivních programů se vyrovnal v odpovědích velmi vysoký a žádný zájem, kde shodně odpovídalo 111 respondentů. 21 klientů má vysoký, 43 střední a 14 nízký zájem.



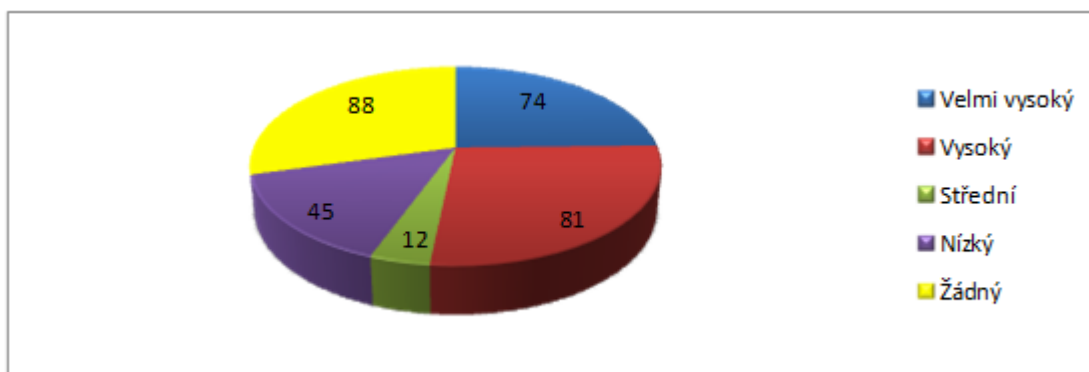
Graf č.11 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) programy v našich lázeňských hotelech

Průzkumem jsme zjistili, že 64 respondentů projevila velmi vysoký zájem o tyto programy, 32 dotazovaných má vysoký zájem, 105 střední zájem. Nízký zájem má pouhých 6 dotazovaných a 80 nemá zájem. Z výsledků je zřejmé, že klienti mají z jedné třetiny zájem o vzdělávací programy.



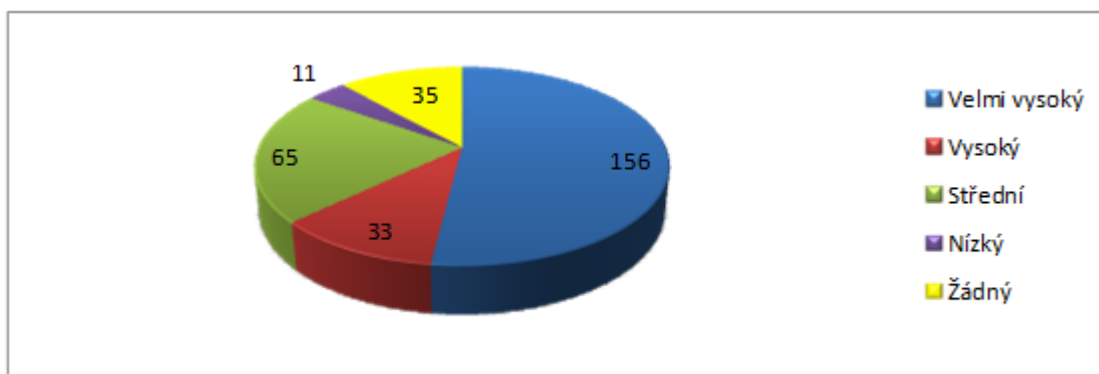
Graf č.12 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program s onemocněním diabetes mellitus

Další tři grafy ukazují zájem dotazovaných o konkrétní vzdělávací (edukační) programy. O vzdělávací (edukační) program s onemocněním diabetes mellitus má z 300 respondentů 64 zájem velmi vysoký, 32 vysoký, 58 střední, 13 nízký zájem a 133 dotazovaných nemá žádný zájem.



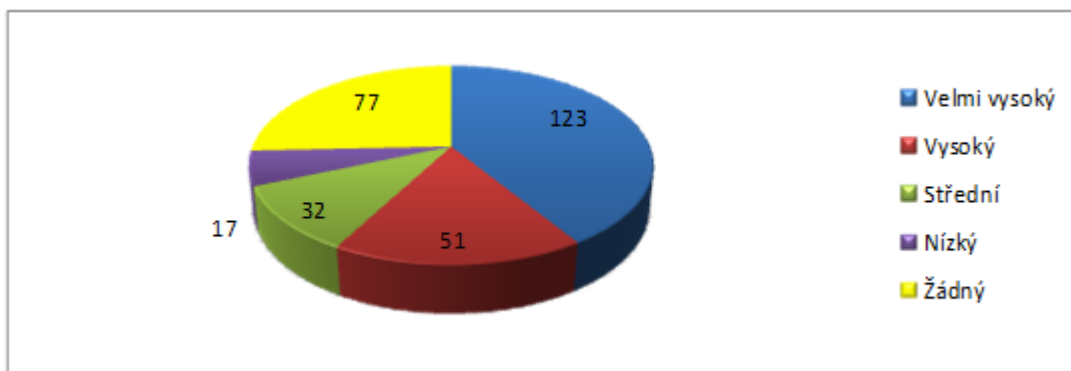
Graf č.13 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program s onemocněním astma a alergie

O vzdělávací (edukační) program s onemocněním astma a alergie mělo 74 respondentů velmi vysoký, 81 vysoký a 12 střední zájem. 45 klientů má zájem nízký a 88 žádný.



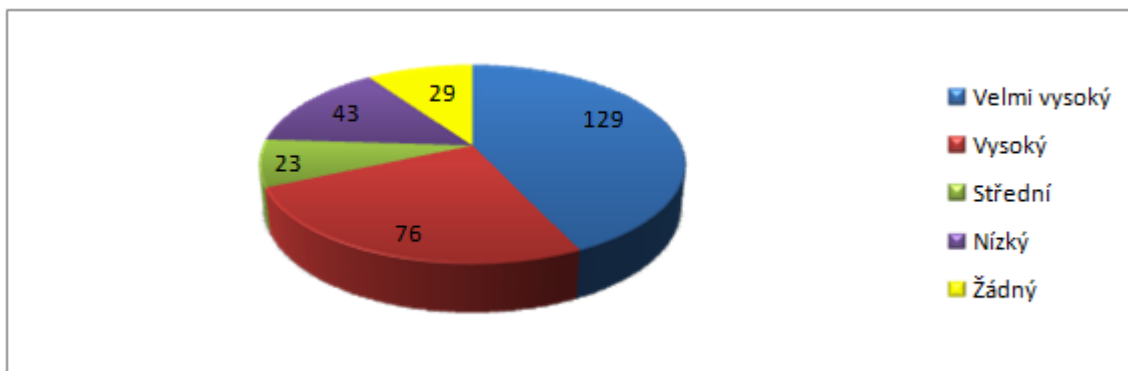
Graf č.14 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program s onemocněním srdce a oběhového systému

Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program s onemocněním srdce a oběhového systému. je velmi značný. 156 klientů má velmi vysoký zájem, 33 vysoký, 65 střední zájem. Nízký zájem mělo 11 dotazovaných a 35 nemělo zájem žádný.



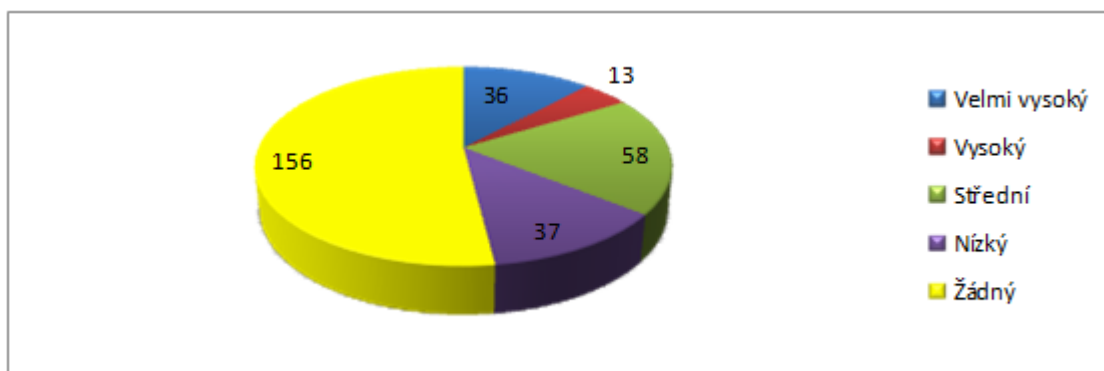
Graf č.15 Zájem klientů o individuální formu vzdělávacího (edukačního) programu

O individuální formu vzdělávacího (edukačního) programu by mělo 123 klientů velmi vysoký zájem, 51 vysoký, 32 střední, 17 nízký zájem a 77 dotazovaných nemělo zájem žádný.



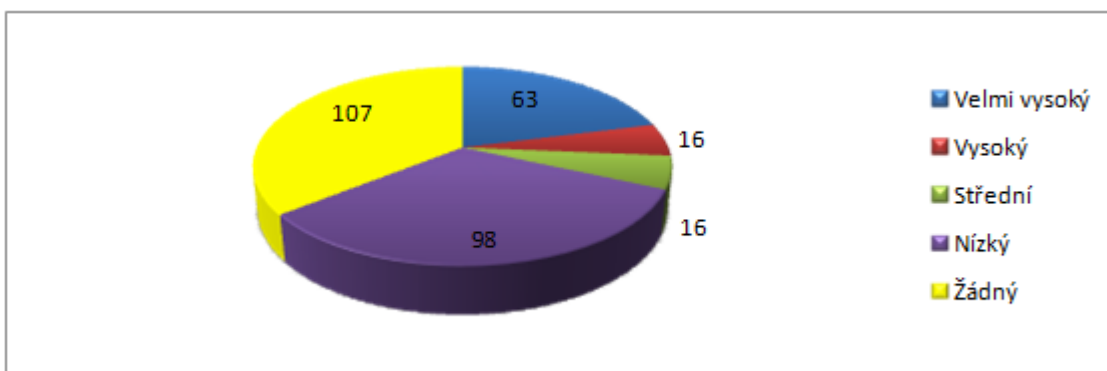
Graf č.16 Zájem klientů o skupinovou formu vzdělávacího (edukačního) programu

Skupinovou formu vzdělávacího (edukačního) programu preferuje 129 respondentů velmi vysokým zájmem, 76 vysokým, 23 středním zájmem. 43 dotazovaných mělo nízký zájem a 29 klientů nemělo zájem.



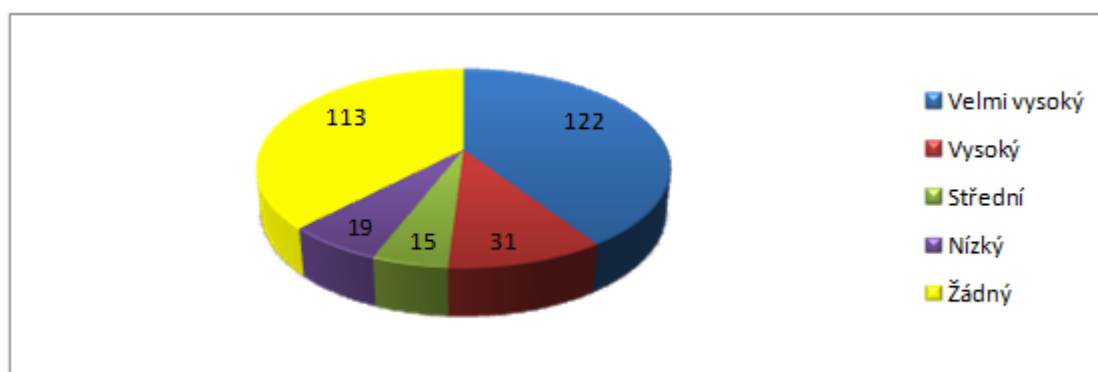
Graf č.17 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program metodou prospektů a informačních letáků

O vzdělávací (edukační) program metodou prospektů a informačních letáků nemá zájem 156 dotazovaných, 37 respondentů má nízký a 58 střední zájem. Pouhých 13 klientů má zájem vysoký a 36 velmi vysoký.



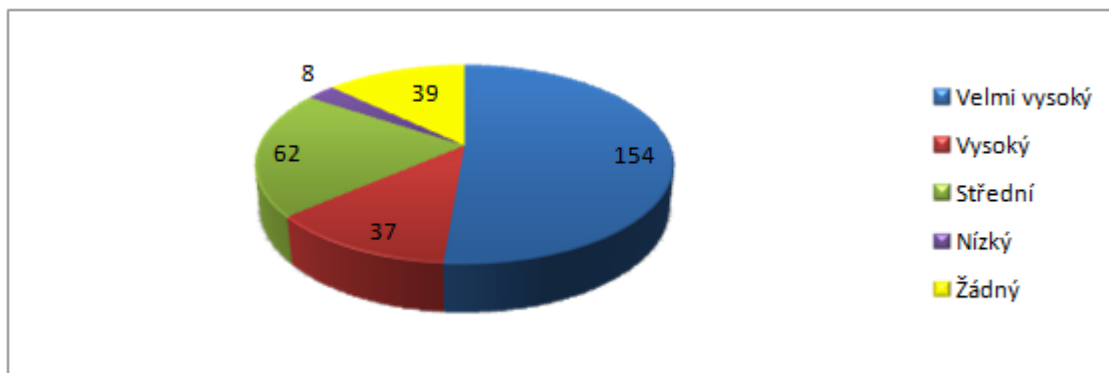
Graf č.18 Zájem klientů o edukační program metodou získávání informací přes TV kanál naší společnosti

Získávání informací přes TV kanál naší společnosti by se také neosvědčil. 107 klientů nemělo zájem, nízký zájem projevilo 98 dotazovaných. 16 klientů mělo střední zájem, 16 vysoký a 63 velmi vysoký zájem.



Graf č.19 Zájem klientů o edukační program metodou přednášek a diskuzí s odborníkem

Metoda přednášek a diskuze s odborníkem v rámci edukačních programů by se osvědčila u 122 dotazovaných s velmi vysokým zájmem a 31 klientů s vysokým zájmem. 15 respondentů má střední zájem, 19 nízký a 113 žádný zájem.



Graf č.20 Zájem klientů o vzdělávací (edukační) program metodou aktivního zapojení

Zájem klientů o aktivní zapojení do vzdělávacích (edukačních) programů je u 154 klientů velmi vysoký, 37 má vysoký, 62 střední, 8 nízký a 39 žádný zájem.

ZÁVĚR

Balneoterapie se stala neoddělitelnou součástí léčebných a ozdravných procesů, její tradice je dlouholetá a pozitivní výsledky průkazné. Každé místo, které je obohaceno přírodními léčivými zdroji, by mělo být přístupné všem potřebným a ti, kteří získají tu moc o takovém daru rozhodovat, by měli pracovat na tom, jak v co největší míře eliminovat nebo alespoň posunout mantinely dostupnosti. Každý by měl pamatovat na to, že lázně jsou místem nejen intenzivní léčby, ale také rekreace, odpočinku a pozitivním efektem je zlepšení fyzické kondice a načerpání nových sil.

Průzkumem se potvrdil vysoký zájem klientů o programy, které v současnosti nejsou součástí naší nabídky. Klienti by uvítali jak programy edukační, tak preventivní. Zavedením preventivních a edukačních programů nemůžeme nic ztratit, naopak můžeme hodně získat.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

FLOROVSKIY A.V., 1947, *Russkie v Marianskikh Laznyakh*. Praha : Vydavatelství Khutor A.G.Vinnichuk, Praha XI., 1947.

KŘÍŽEK V., 1987. *Obrazy z dějin lázeňství*. Praha : AVICENUM, Zdravotnické nakladatelství, n.p., Praha 1, 1987, Ed.: 87 7011 735, 21-08/31, 08-096-87.

KŘÍŽEK, V., ŠVANDRLÍK, R. 1990. *106x Mariánské Lázně, aneb vyprávění o městě, kterému postačilo sto let k dosažení světové proslulosti*. Západočeské nakladatelství, 1990, 168 s. ISBN 80-7088-015-5.

SOMOL, A. 2010. *Pohlednice Mariánských Lázní*. M'Plan. 2010. 60 s. ISBN 80-86306-65-8.

SOMOL, A. - ŠVANDRLÍK R., 2006. *Lékařství v Mariánských Lázních, historie, lékaři a lékárníci*. Mariánské Lázně : Městské muzeum Mariánské Lázně, Mariánské Lázně. ISBN 80-90375-0-5.

ŠVANDRLÍK, R., 2015. *Shrnutí historie Mariánských Lázní*. [online]. [citované 22.03. 2016]. Dostupné na internetu: http://www.hamelika.cz/?cz_shrnuti-historie-marianskych-lazni,40

Kontaktní adresa autora:

Petra Šulcová
Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. – Centrální Lázně
Goethovo náměstí 1
353 01 Mariánské Lázně
psulcova@badmarienbad.cz

Kontaktní adresa spoluautora:

Korcová Soňa
Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. – GH Pacifik
Mírové náměstí 84
353 01 Mariánské Lázně
korcova@badmarienbad.cz

KOMPLEXNÁ KÚPEĽNÁ LIEČBA A JEJ VPLYV PRI UDRŽIAVANÍ A PODPORE ZDRAVIA

VAVROVÁ Dagmar

ABSTRAKT

V súčasnej dobe si takmer každý uvedomuje hodnotu zdravia, ale nie každý je schopný preň aj niečo urobiť. Možnosti pre vlastné pričinenie sú v oblastiach výživy, fyzickej aktivity a duševnej hygieny, ktoré spoločne tvoria životný štýl. Kúpele sa stávajú v ostatných rokoch miestom, kde je možné upevňovať a podporovať zdravie, a tak lepšie zvládať stres a pracovné zaťaženie s využitím prírodných liečivých zdrojov. SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s. sú neštátnym zdravotníckym zariadením pre liečenie ochorení pohybového aparátu, nadváhy a obezity v jednotlivých liečebných domoch, ktoré sú ideálnym miestom na uvoľnenie svalstva, posilnenie imunity, pre celkovú podporu a udržanie zdravia.

Kľúčové slová: Formy procedúr. Komplexná kúpeľná liečba. Liečebný pobyt. Zdravie. Zdravotný stav.

ÚVOD

Zdravie všetci chápeme ako základnú a najdôležitejšiu hodnotu života, ktorú by sme si mali udržiavať čo najdlhšie a stále ju podporovať. Je pravdou, že v dnešnej hektickej dobe ľudia považujú zdravie za samozrejmosť. Rozdiely v chápaní zdravia sú ovplyvňované osobnosťou jedinca - vnímaním samého seba a spoločenskou, kultúrnou a ekonomickou úrovňou.

Už Hippokrates kládol zdravie na popredné miesto v živote ľudí a upozorňoval na jeho ovplyvňovanie hlavne vodou, vzduchom a spôsobom života. Ako negatívne ústredné prvky súčasného životného štýlu sa považuje sedavý spôsob života súvisiaci s nedostatkom pohybovej aktivity, čoho dôsledkom je nárast obezity so svojím negatívnym dopadom na pohybový aparát a kardiovaskulárny systém u dospelých jedincov, detí a mládeže. Ako posledné negatívum pôsobí stres s jeho novodobými prvkami, týkajúce sa najmä zamestnania, pracovnej záťaže, ekonomických a sociálnych vplyvov.

Jednou z možností na odstránenie negatívnych vplyvov životného štýlu je návšteva kúpeľných zariadení s ponukou absolvovania komplexnej kúpeľnej liečby. Na Slovensku existuje veľa kúpeľných zariadení špecializujúcich sa na liečbu rôznych druhov ochorení. Už dlhoročné skúsenosti v oblasti kúpeľníctva dokazujú, že kúpeľné prostredie je vhodné pre to, aby sa klient mohol venovať všetkým ponúkaným možnostiam liečby. Dôraz sa kladie najmä na pôsobenie komplexnej kúpeľnej liečby, vrátane kúpeľného prostredia ako celku. Zmena prostredia, získané skúsenosti v podobe liečebných procedúr a nové sociálne kontakty prispievajú k zlepšeniu zdravotného stavu, návratu duševnej pohody narušenej dlhodobým chronickým ochorením a uľahčeniu rekonvalescencie po operačných zákrokoch alebo úrazoch.

Cieľom nášho prieskumu bolo objasniť vplyv kúpeľnej liečby pri udržiavaní a podpore zdravia v oblastiach zlepšenia motoriky, hybnosti kĺbov a chrbtice so zmiernením bolesti. Pri pobytoch na redukciu hmotnosti, aj vplyv kúpeľnej liečby nie len na hmotnostný úbytok, ale aj na celkovú psychickú stránku človeka, čo je výrazným plusom kúpeľného pobytu, pri ktorom je proces celkového uzdravovania oveľa rýchlejší.

PRIESKUM O KOMPLEXNEJ KÚPEĽNEJ LIEČBE A JEJ VPLYVE PRI UDRŽIAVANÍ A PODPORE ZDRAVIA

Prieskumný problém: Aký je vplyv komplexnej kúpeľnej liečby pri udržiavaní a podpore zdravia?

CIELE PRIESKUMU

Na základe prieskumného problému sme si stanovili nasledujúce ciele.

Cieľ 1: Stanoviť, či dĺžka pobytu v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s., ovplyvňuje zlepšenie zdravotného stavu klientov v oblastiach motoriky, sebaobsluhy a eliminácie bolesti.

Cieľ 2: Zistiť, o ktoré procedúry majú klienti absolvujúci komplexnú kúpeľnú liečbu v Slovenských liečebných kúpeľoch najväčší záujem.

Cieľ 3: Komparovať obľúbenosť typov programov, foriem procedúr a očakávaného efektu kúpeľnej liečby u mužov a žien.

PRIESKUMNÉ OTÁZKY

Otázka 1: Závisí zlepšenie zdravotného stavu od dĺžky trvania liečebného pobytu
v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s.?

Otázka 2: Aké procedúry považujú klienti za najobľúbenejšie?

Otázka 3: Aké procedúry sú najčastejšie dokupované klientami počas kúpeľnej liečby?

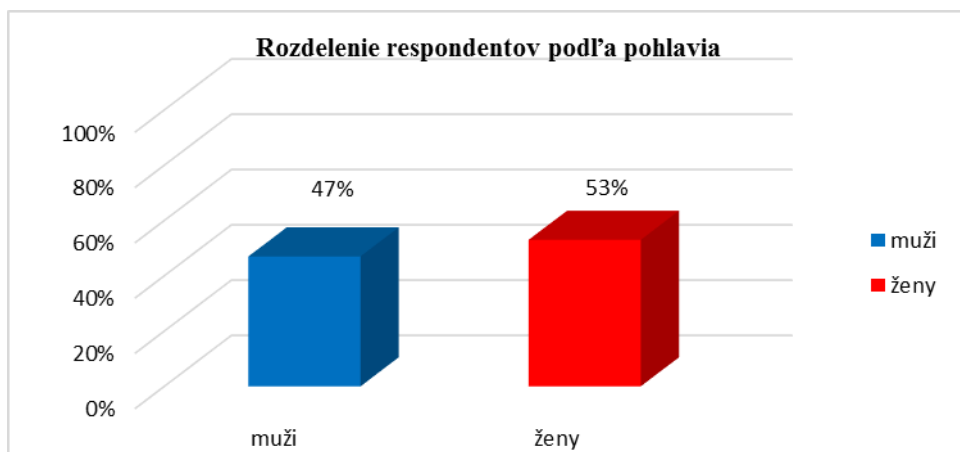
Otázka 4: Je rozdiel vo využívaní jednotlivých typov programov, foriem procedúr
a očakávaného efektu z kúpeľnej liečby medzi ženami a mužmi?

METODIKA A REALIZÁCIA PRIESKUMU

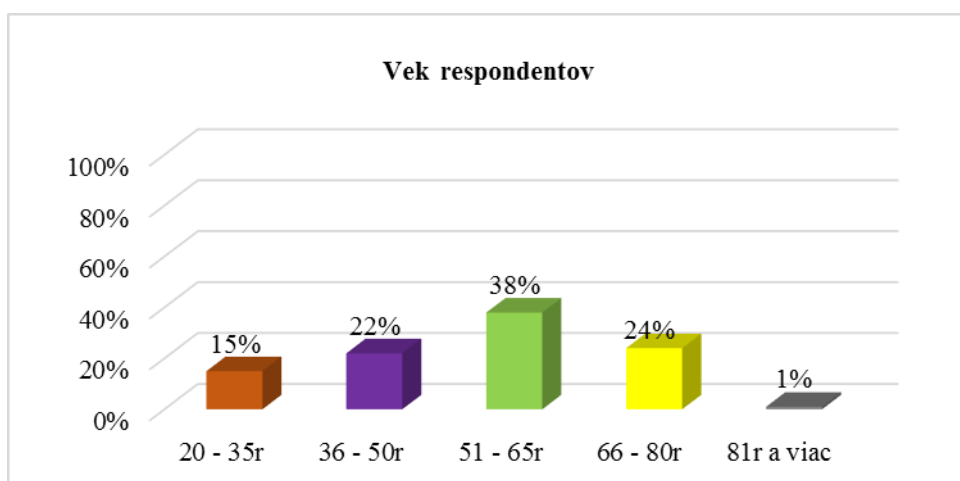
Pre zisťovanie a zber informácií sme využili metódu kvantitatívneho prieskumu a ako techniku zberu dát sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník obsahoval 20 otázok, z celkového počtu bolo 12 otázok uzatvorených s jednou možnosťou odpovede, 4 otázky boli polouzavreté s ponechaným priestorom pre vyjadrenie vlastného názoru respondenta k danej problematike. Dotazník obsahoval všeobecnú časť, ktorá zahŕňala demografické údaje respondentov (vek, pohlavie, najvyššie dosiahnuté vzdelania a pracovné zaradenie). Pred zahájením vlastného prieskumu sme realizovali pilotný prieskum s 20 respondentmi. Všetkých 20 dotazníkov sa nám vrátilo správne vyplnených. Overovali sme si zrozumiteľnosť a jednoznačnosť kladených otázok.

CHARAKTERISTIKA RESPONDENTOV

Prieskum bol realizovaný v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s. Prieskumný súbor tvorilo 120 zámerne vybraných respondentov. Kritérium pre výber respondentov bol pobyt v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s.. V období od októbra 2015 do januára 2016 sme celkovo distribuovali 120 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov z celkového počtu 120 rozdanych dotazníkov bola 100 respondentov (83 %). Nie všetky vrátené dotazníky boli vyplnené správne, preto sme museli vyradiť 2 dotazníky, teda celkový počet spracovávaných dotazníkov je 98, čo považujeme za 100 % respondentov. Získané údaje sme spracovali v počítačovom programe MS Excel.



Graf č. 1 Rozdelenie respondentov podľa pohlavia



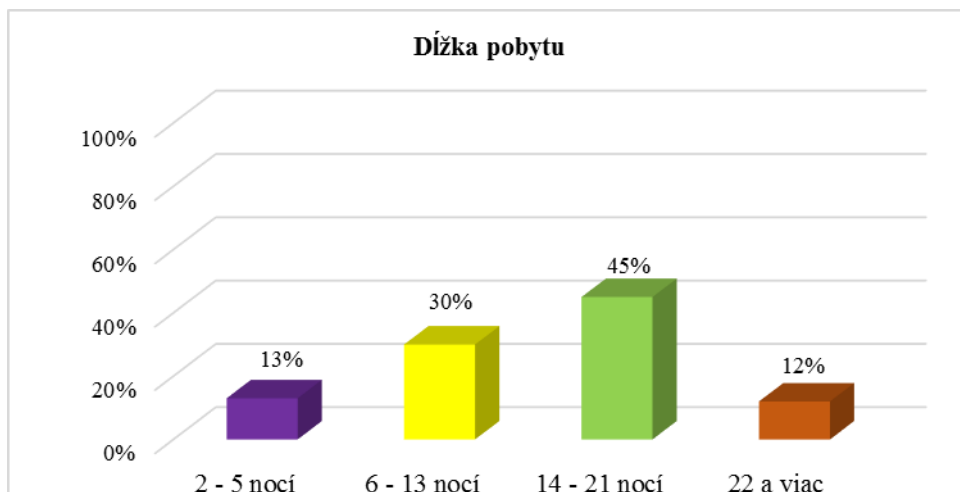
Graf č. 2 Vek respondentov

Najpočetnejšie zastúpenou vekovou kategóriou 38 % boli respondenti vo veku 51 – 65 rokov. Druhú najpočetnejšiu skupinu tvorilo 24 % respondentov vo veku 66 – 80 rokov. Respondentov v produktívnom veku 36 – 50 rokov bolo 22 %, a 20 – 35 ročných respondentov bolo 15 %. Najmenej početnú skupinu 1 % tvorili respondenti vo veku 81 a viac.

VÝSLEDKY PRIESKUMU

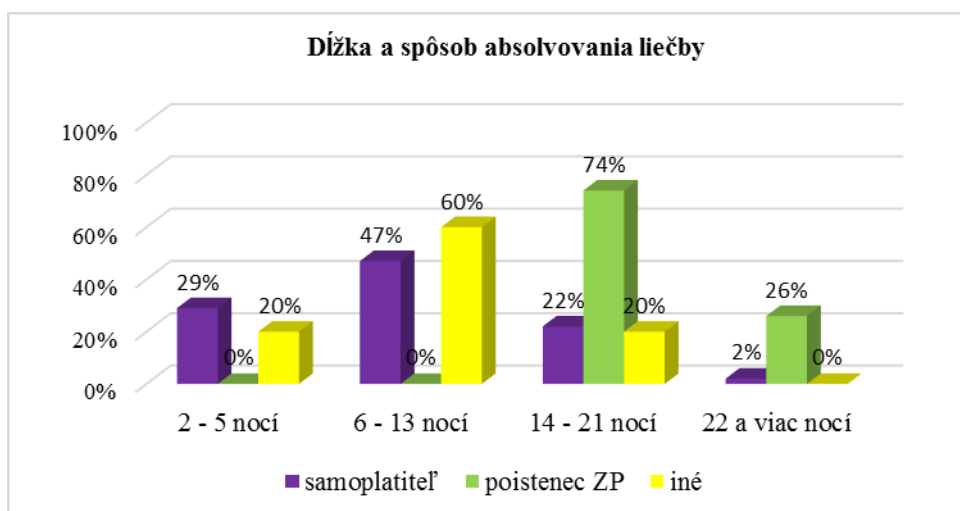
Výsledky prieskumu prezentujeme sumárne podľa jednotlivých prieskumných otázok.

Otázka 1: Závisí zlepšenie zdravotného stavu od dĺžky trvania liečebného pobytu v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a .s.?



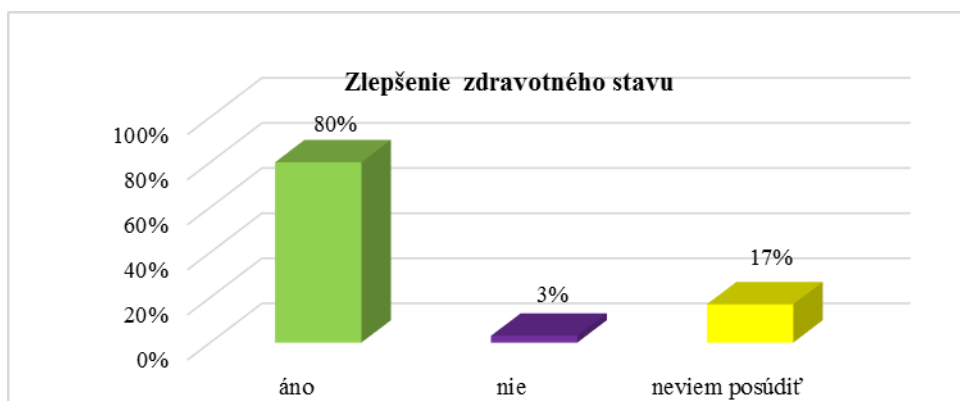
Graf č. 3 Dĺžka pobytu v kúpeľoch

45 % respondentov bolo na pobyte 2 až 3 týždne, 1 až 2 týždne uviedlo 30 % respondentov, 13 % absolvovalo krátkodobý pobyt v trvaní 2 až 5 nocí, pobyt 3 týždne a viac absolvovalo 12 % respondentov.



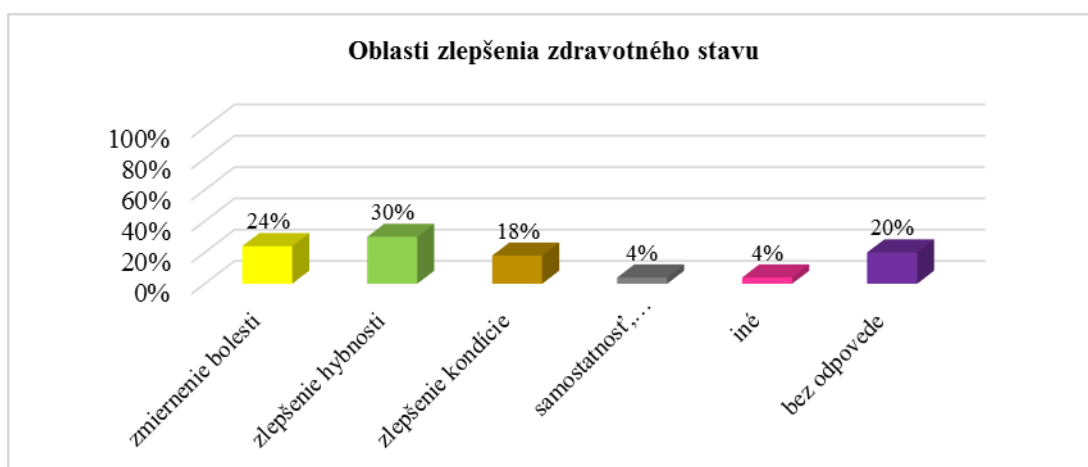
Graf č. 4 Dĺžka a spôsob absolvovania liečby

Na základe odpovedí respondentov sme zistili, že 46 % klientov absolvovalo kúpeľnú liečbu ako samoplatitelia, 44 % respondentov tvorili klienti zdravotných poisťovní a 10 % klientov absolvovalo kúpeľnú liečbu na odporúčanie priateľov, alebo z iných dôvodov (výhra, dar). Okrem uvedených informácií sme sa z analýzy výsledkom dozvedeli, že 29 % respondentov samoplatiteľov (46 % z celkového súboru) bolo v kúpeľoch na liečbe 2 - 5 nocí, 47 % v trvaní 6 - 13 nocí, 14 - 21 nocí 22 % a 2 % respondentov 22 a viac nocí. Klienti zdravotných poisťovní boli na liečebnom pobyte v 74 % 14 - 21 nocí a 22 a viac absolvovali kúpeľnú liečbu v 26 %. Tretia skupina respondentov absolvovali kúpeľný pobyt v 60 % 6 - 13 nocí, a po 20 % 2 - 5 nocí a taktiež 14 - 21 nocí.



Graf č. 5 Zlepšenie zdravotného stavu

Až 80 % respondentov odpovedalo, že sa im zlepšil zdravotný stav, len 3 % zo všetkých respondentov uvideli nezlepšenie zdravotného stavu a 17 % respondentov nevedelo subjektívne posúdiť svoj zdravotný stav.



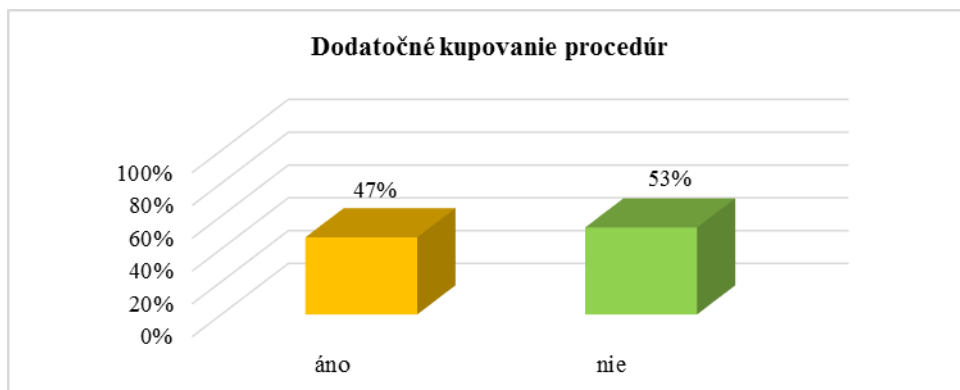
Graf č. 6 Oblasti zlepšenia zdravotného stavu

30 % respondentov odpovedalo, že počas kúpeľnej liečby u nich došlo k zlepšeniu hybnosti, zmiernenie bolesti malo 24 % respondentov, kondícia sa zlepšila u 18 % respondentom. Pri tejto otázke sme vychádzali zo súboru, ktorý tvorilo 80 % respondentov, nakoľko na prechádzajúcu otázku odpovedali záporne (nie), alebo neviem posúdiť čo tvorilo zostávajúcich 20 % respondentov.

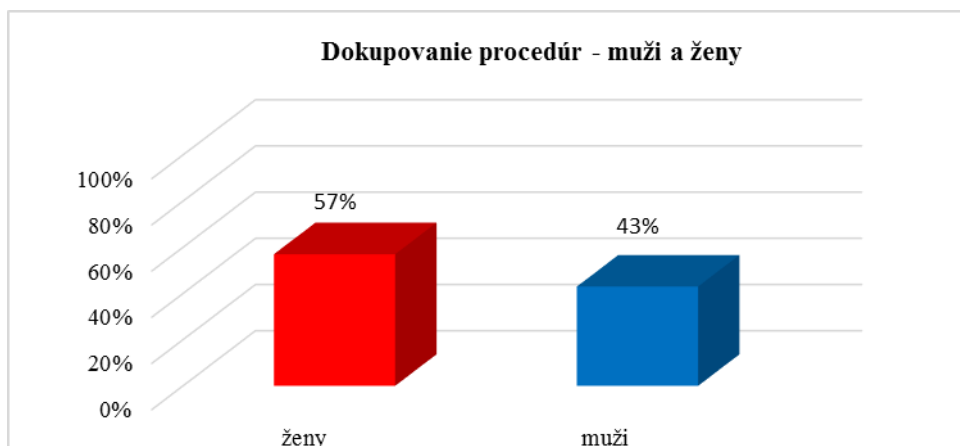
Otázka 2: Aké procedúry považujú klienti za najobľúbenejšie?

Z vodných procedúr uviedli respondenti v dotazníku ako najobľúbenejšiu procedúru podvodnú masáž v 36 %, 33 % klientov určilo bahnisco. 22 % klientov považuje za najobľúbenejšiu procedúru zrkadlisko. Perličkový kúpeľ obľubuje 11 % respondentov a škótske streky len 3 % respondentov. Z fyzioterapie sme pre účely nášho prieskumu vybrali skupinový a individuálny telocvik, klasickú masáž, reflexnú masáž a trakcie. U 43 % respondentov je najobľúbenejšia klasická a u 33 % respondentov reflexná masáž. 13 % klientov obľubuje individuálny telocvik. Trakcie má v obľube 7 % a skupinový telocvik 6 % respondentov. Z analýzy obľúbenosti procedúr z oblasti elektroliečby patria medzi najobľúbenejšie magnetoterapia 37 % respondentov, TENS a diadynamické prúdy má v obľube 21 % respondentov, 18 % respondentov obľubuje interferenčný prúd a len 2 % respondentov určilo galvanický kúpeľ. 64 % respondentov považuje bahenný zábal ako najobľúbenejšiu procedúru, parafango 23 % respondentov. Parafrínový zábal má v obľube 8 % respondentov. Peloidoterapiu označili za obľúbenú 3 % a studený zábal len 2 % respondentov.

Otázka 3: Aké procedúry sú najčastejšie dokupované klientami počas liečby?

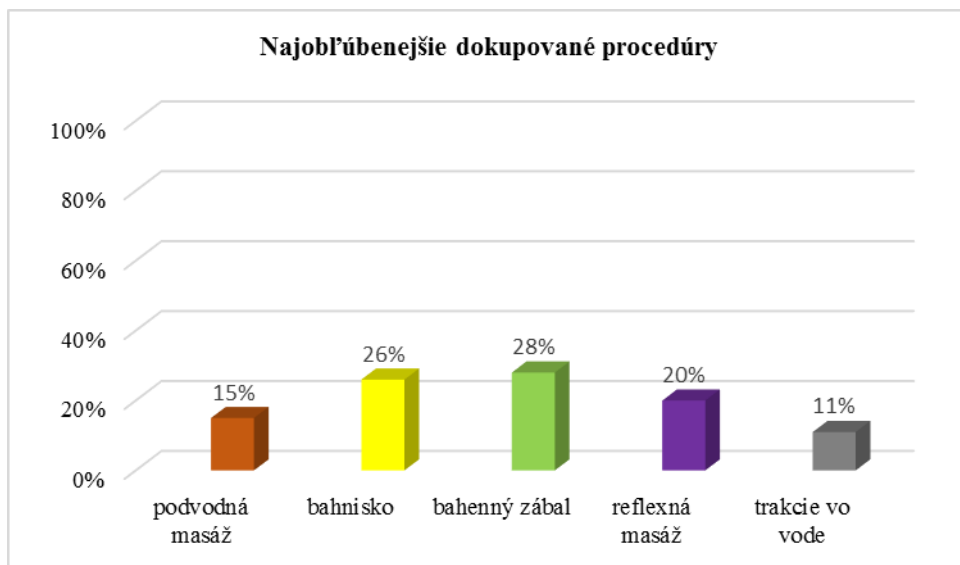


Graf č. 7 Dodatočné kupovanie procedúr



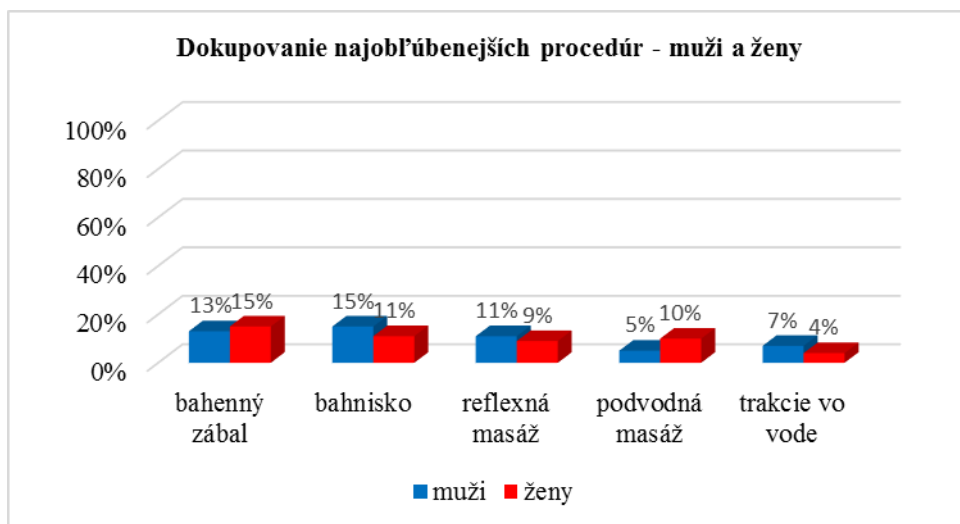
Graf č. 8 Dokupovanie procedúr – muži a ženy

Z celkového počtu respondentov si ešte dodatočne dokupovalo procedúry 47 % respondentov. Tento počet respondentov sme rozdelili podľa pohlavia, pričom muži tvorili 43 % a ženy 57 %. Následne sme vyšpecifikovali o aké procedúry mali respondenti zvýšený záujem.



Graf č. 9 Najobľúbenejšie dokupované procedúry

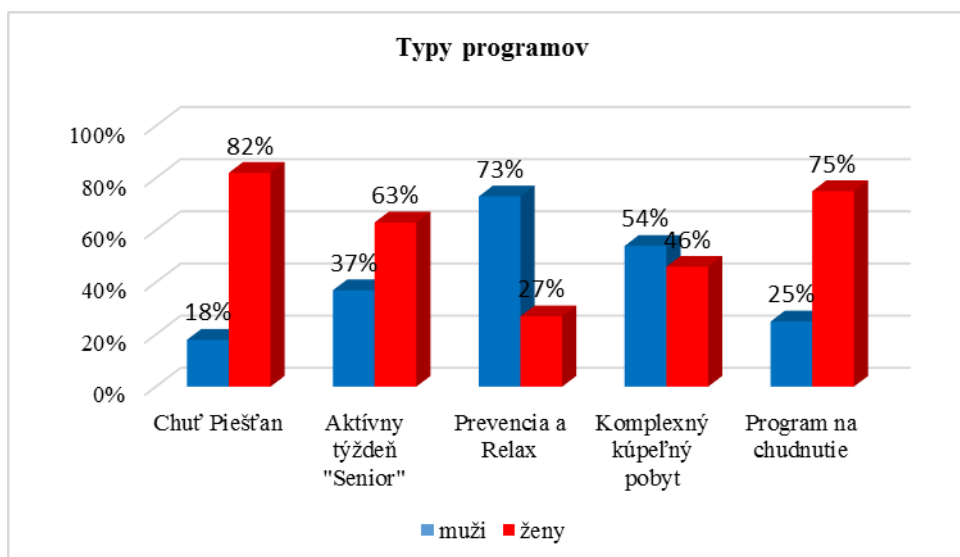
Z celkového počtu si 46 % klientov dodatočne dokupovalo procedúry. Keďže sa jednalo o otvorenú otázku s možnosťou vlastnej odpovede, analýzou sme dospeli k zisteniu, že najviac dokupované procedúry boli bahenný zábal 28 %, bahnisko 26 %, reflexná masáž 20 %, podvodná masáž 15 % a trakcie vo vode 11 %.



Graf č. 10 Dokupovanie najobľúbenejších procedúr – muži a ženy

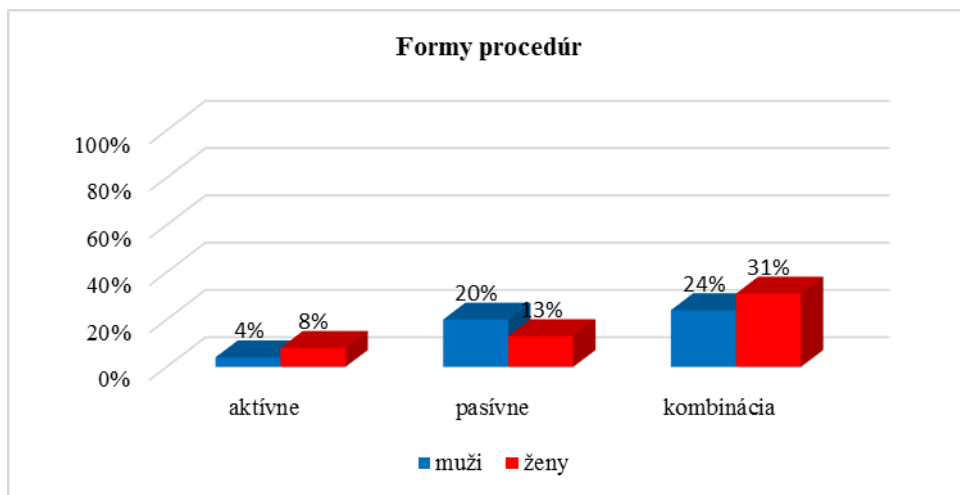
Z analýzy výsledkov dokupovania obľúbených procedúr vyplynulo, že 13 % mužov a 15 % žien si dokupovali bahenný zábal, o bahnisko prejavilo záujem 15 % mužov a 11 % žien. Reflexnú masáž si dodatočne dokupovalo 11 % mužov a 9 % žien. O podvodnú masáž malo záujem 5 % mužov a 10 % žien. Aj napriek tomu, že trakcie nepatrili k najobľúbenejším procedúram, dokupovalo ich 7 % mužov a 4 % žien.

Otázka 4: Je rozdiel vo využívaní jednotlivých typov programov, foriem procedúr a očakávaného efektu z kúpeľnej liečby medzi ženami a mužmi?



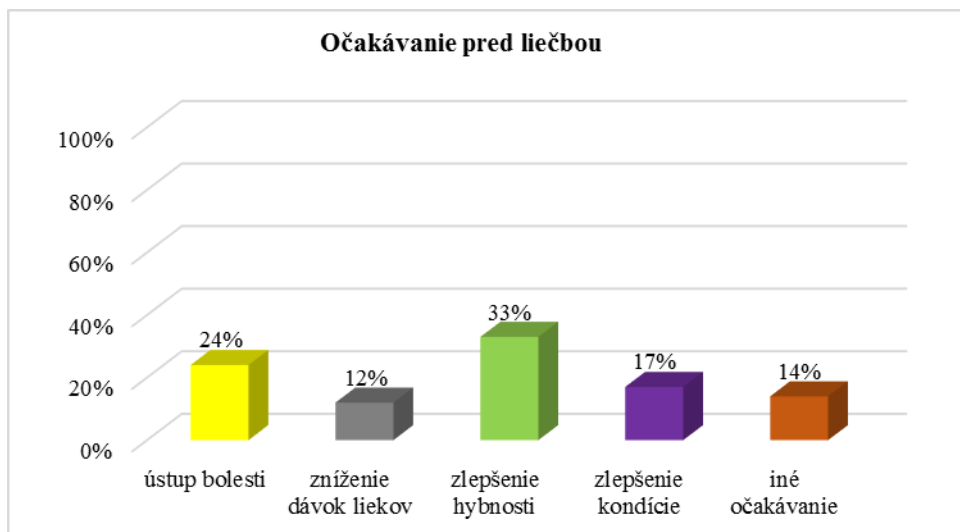
Graf č. 11 Typy programov

Z analýzy výsledkov prieskumu sme zistili, že samostatný typ pobytu „Chut' Piešťan“ absolvovalo 18 % mužov a 82 % žien. 37% mužov a 63 % žien vyhovoval typ pobytu „Aktívny týždeň senior“. Typ pobytu „Prevencia a relax“ absolvovalo 73 % mužov a 27 % žien. Komplexný kúpeľný pobyt absolvovalo 54 % mužov a 46 % žien. Program na chudnutie absolvovalo 25 % mužov a 75 % žien.



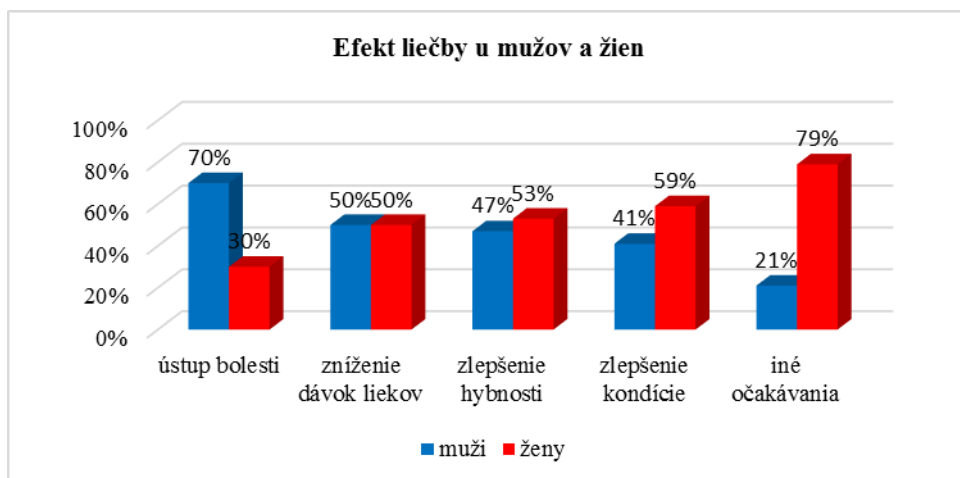
Graf č. 12 Formy procedúr – muži a ženy

4 % mužov a 8 % žien má rado aktívne formy procedúr. Pasívne formy procedúr uprednostňuje 20 % mužov a 13 % žien. 24 % mužov a 31 % žien uprednostňuje kombináciu aktívnych a pasívnych procedúr.



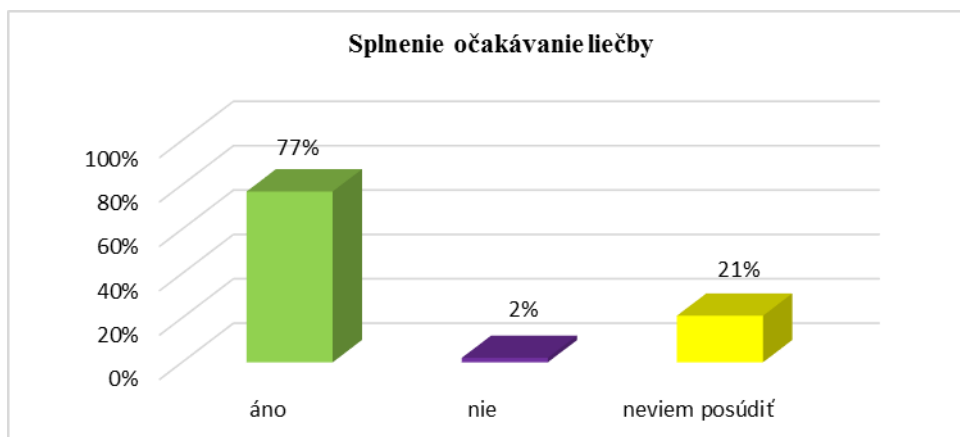
Graf č. 13 Očakávanie pred liečbou

Respondenti pred nástupom na kúpeľnú liečbu očakávali v 33 % zlepšenie hybnosti, 24 % respondentov ústup bolesti, 17 % respondentov očakávalo zlepšenie kondície, 12 % respondentov zníženie dávok liekov a 14 % respondentov malo iné očakávania.



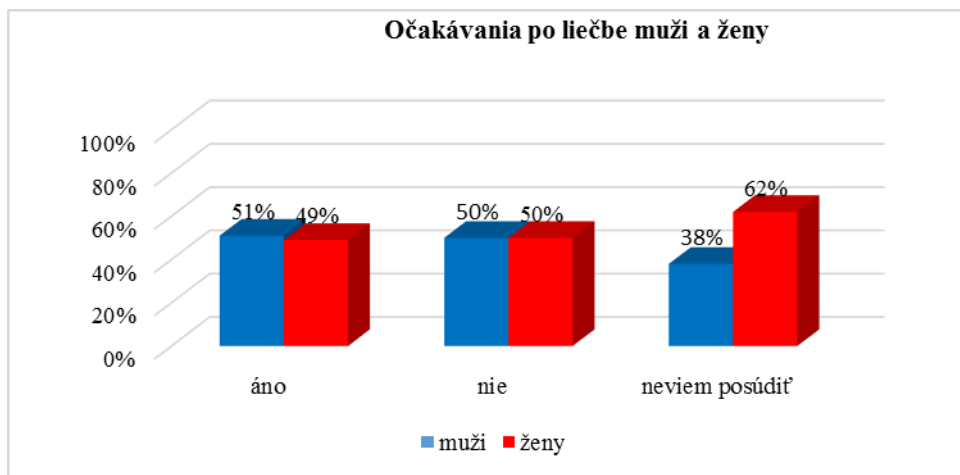
Graf č. 14 Efekt liečby u mužov a žien

Ku koncu kúpeľnej liečby muži udávali v 70 % ústup bolesti, 50 % znížilo dávky liekov, 47 % mužom sa zlepšila hybnosť a 21 % mali iné očakávania. U žien boli iné očakávania až v 79 %, zlepšenie kondície udávalo 59 % žien, 53 % žien sa zlepšila hybnosť, 50 % žien znížilo dávky liekov a 30 % udávalo ústup bolesti.



Graf č. 15 Splnenie očakávania liečby

Z analýzy odpovedí vyplynulo, že 77 % respondentom splnila kúpeľná liečba očakávania. 21 % respondentov nevedelo posúdiť a 2 % klientom kúpeľná liečba nesplnila očakávania.



Graf č. 16 Očakávania po liečbe – muži a ženy

Pri analýze súboru respondentov, ktorým kúpeľná liečba splnila očakávania bolo 51 % mužov a 49 % žien. Respondenti, ktorým kúpeľná liečba nespĺnila očakávania boli v rovnakom pomere u mužov aj žien a 38 % mužov a 62 % žien nevedelo posúdiť, či im splnila kúpeľná liečba ich očakávania.

DISKUSIA

Kúpeľná liečba je v ostatnom čase neoddeliteľnou súčasťou pri podpore a udržiavaní zdravia. Pre svoj komplexný charakter ovplyvňuje zdravie a kvalitu života ľudí každého veku. Úmerne s tým ako vzrastá uvedomenie ľudí, že je nevyhnutné udržiavať si dobrý zdravotný stav, tak súčasne vzrastá aj záujem o liečbu v prírodných liečebných kúpeľoch.

V priebehu ostatných 5 rokov sa v liečebných kúpeľoch zvýšil počet pacientov – klientov takmer o 20 000. Podľa Národného centra zdravotníckych informácií v roku 2009 sa liečilo v kúpeľoch 133 891 klientov – pacientov, v roku 2013 to bolo až 153 711. Najväčší nárast zaznamenali choroby pohybového ústrojenstva, pre ktoré v roku 2009 bolo liečených 90 783 klientov – pacientov a v roku 2013 až 106 636 (Národné centrum zdravotníckych informácií, online 2016).

Všeobecná zdravotná poisťovňa zaznamenala skoro 10 % nárast poistencov liečených v kúpeľoch. Počet poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera, ktorí navštívili kúpele má tiež stúpajúcu tendenciu (TASR, online 2016).

Zálešáková (2008) prezentuje informácie o tom, že kúpele budú s odstupom času zameriavané na prevenciu pre dnešnú mladú generáciu, žijúcu nezdravým životným štýlom, a pre seniorov na zabezpečenie sebestačnosti a zlepšenie kvality života, čo vyplýva

z demografických údajov v Európe. Komplexná kúpeľná liečba pre chronicky chorých zatiaľ zostáva hlavnou ponukou. S autorkou môžeme súhlasiť, v čom nás utvrdzuje aj náš prieskum, realizovaný v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s.

Prvým cieľom prieskumu diplomovej práce bolo stanoviť, či dĺžka pobytu v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s., ovplyvňuje zlepšenie zdravotného stavu klientov v oblastiach motoriky, sebaobsluhy a eliminácie bolesti.

Ďalej sme chceli zistiť, o ktoré procedúry majú klienti absolvujúci komplexnú kúpeľnú liečbu v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s., najväčší záujem a komparovať obľúbenosť typov programov, foriem procedúr a očakávaného efektu kúpeľnej liečby u mužov a žien.

Podľa našich zistení najpočetnejšiu skupinu respondentov tvorili klienti vo veku 51 - 65 rokov, čo tvorilo 38 % z celkového počtu respondentov. V tomto veku dochádza k výrazným zmenám pohybového aparátu a metabolizmu. 24 % respondentov bolo vo veku 61 – 80 rokov a 22 % 36 – 50 ročných respondentov. Respondenti vo veku 20 – 35 rokov tvorili 15 % z celého súboru respondentov, u ktorých je skôr záujem o relax spojený so zábavou. Len 1 % tvorili klienti vo veku 81 a viac, pričom predpokladáme, že táto skutočnosť je ovplyvňovaná polymorbiditou, zhoršenou pohyblivosťou a nesebestačnosťou seniorov. Zo všetkých respondentov až 73 % malo znalosti o účinkoch prírodných liečivých zdrojov. Uzdravujúce účinky síry poznali klienti najmä vďaka termálnej vode a liečivému bahnu.

Podľa pracovného zaradenia respondentov v prieskume, zamestnanci tvorili 38 %, nepracujúci 36 %, do tejto skupiny sme zahrnuli respondentov poberajúcich starobný a invalidný dôchodok. Samostatne zárobkovo činné osoby tvorili 26 %. Pre porovnanie uvádzame výsledky z Národného centra zdravotníckych informácií za rok 2013, podľa ktorých pravidelne zamestnaní boli v počte 30 845 a poberatelia starobného a invalidného dôchodku 29 160 . Z porovnania zistených výsledkov konštatujeme, že pacienti – klienti podľa pracovného zaradenia (pracujúci a invalidní, starobní dôchodcovia) sa približne zhodujú.

Na základe analýzy dát z dotazníkov sme zistili, že 50 % respondentov absolvovalo kúpeľnú liečbu na odporúčanie odborného a 17 % na odporúčanie obvodného lekára. Zvyšných 33 % respondentov absolvovalo kúpeľnú liečbu z vlastnej iniciatívy, na odporúčanie priateľov alebo iných informačných zdrojov. Európske programy zamerané na zdravotný stav obyvateľstva hovoria o prevencii. Tieto programy podnecujú vlády

členských štátov k tomu, aby venovali väčšiu pozornosť prevencii. Práve kúpele sú ideálnym miestom pre realizáciu takýchto programov.

Na komplexnej kúpeľnej liečbe v trvaní 14 - 21 prenocovaní bolo 45 % respondentov, z čoho 44 % tvorili klienti, ktorí boli na kúpeľnej liečbe prostredníctvom zdravotného poistenia. Trvanie pobytu 6 - 13 nocí vykazuje 30 % respondentov, 13 % absolvovalo kúpeľnú liečbu na pobyte v trvaní 2 - 5 nocí. 12 % respondentov sa liečilo 22 a viac nocí. 43 % klientov s dĺžkou pobytu menej ako 14 nocí absolvovalo kúpeľnú liečbu ako samoplatiteľ. Naše predpoklady ohľadom dĺžky a spôsobu absolvovania kúpeľnej liečby boli potvrdené. Na otázku zlepšenia zdravotného stavu odpovedalo 80 % respondentov kladne, 3 % respondentov odpovedali záporne a 17 % respondentov nevedelo posúdiť svoj zdravotný stav. Na základe informácií získaných z dotazníkov sa prevažne jednalo o klientov s dĺžkou pobytu 2 - 5 prenocovaní, ktorých primárnym cieľom nebolo zlepšenie zdravotného stavu.

Podľa TASR (2014) pomer samoplatiteľov a klientov ktorým liečebný pobyt hradila poisťovňa je približne v 50 %. Túto zhodu potvrdzujú viaceré kúpeľné zariadenia na Slovensku. Samoplatitelia uprednostňujú kratšie kúpeľné pobyty. Výsledky nášho prieskumu toto vyjadrenie potvrdzujú.

Respondenti pred nástupom na kúpeľnú liečbu mali určité očakávania týkajúce sa zlepšenia zdravotného stavu a z analýzy odpovedí 33 % respondentov vykazovalo zlepšenie hybnosti, 24 % respondentov očakávalo ústup bolesti, 17 % respondentov zlepšenie kondície, 14 % respondentov malo iné očakávania a 12 % respondentov uvažovalo o znížení dávok liekov od bolesti. Splnenie očakávaní klientov sme si overili v závere kúpeľnej liečby. Môžeme konštatovať, že kúpeľná liečba splnila očakávania našich respondentov.

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s., majú vo svojej ponuke viac než 60 procedúr z oblasti balneoterapie, vodoliečby, fyzioterapie, elektroliečby, zábalov a doplnujúcich procedúr. V našom prieskume sme sa pýtali respondentov, ktoré procedúry považujú za najobľúbenejšie.

Z vodných procedúr respondenti označili za najobľúbenejšiu procedúru podvodnú masáž v 36 %, bahnisko obľubuje 33 % klientov, zrkadlisko 22 %, perličkový a uhličitý kúpeľ 11 % respondentov. Výsledky potvrdili, že piešťanská termálna voda a bahno, patria stále k najuznávanejším prostriedkom pre liečbu ochorení pohybového aparátu.

Z oblasti fyzioterapie klienti označili ako najobľúbenejšie v 43 % klasickú masáž, reflexnú masáž obľubuje 33 % respondentov. Z prieskumnej vzorky individuálny telocvik má v obľube 13 % respondentov a skupinový len 6 % respondentov. Trakcie boli obľúbené u 7 % klientov.

Podľa Novákovej (2011) je pohybová aktivita účinná pre zlepšovanie zdravotného stavu, ochraňuje pre niektorými chorobami (znižuje riziko infarktu, pomáha udržiavať hmotnosť, chráni pred vznikom osteoporózy) a je považovaná za základ nezávislosti človeka v uspokojovaní potrieb. Napriek priaznivému účinku pohybovej aktivity na zdravie človeka, stále menej ľudí uprednostňuje aktívne činnosti pred pasívnymi, čo potvrdzuje aj náš prieskum, v ktorom aktívne procedúry patrili medzi najmenej obľúbené.

Z elektroterapie respondenti označili magnetoterapiu za najobľúbenejšiu procedúru v 38 %, diadynamické prúdy a transkutánu elektrostimuláciu v 21 % a interferečný prúd obľubuje 18 % respondentov. V oblasti elektroterapie sme nepredpokladali nejaké výrazné rozdiely v obľúbenosti procedúr, čo nám prieskum aj potvrdil.

Oproti nevelkým rozdielom obľúbenosti elektroterapií, sa nám podľa prieskumu ukázali podstatne väčšie rozdiely v obľúbenosti procedúr medzi zábalmi. Najobľúbenejší zo zábalov u 64 % respondentov je bahenný zábal, parafango dosiahlo 23 % obľúbenosť, nasledoval parafínový zábal 8 % respondentov a peloidoterapia 3 % respondentov. Tu sa nám potvrdilo, že respondenti nielen poznali a aj sami pociťovali liečivé účinky bahenného zábalu a parafanga.

Na základe analýzy dotazníkov sme zistili, že klienti, ktorí absolvovali kúpeľnú liečbu v časovom trvaní do 14 dní si ešte dokupovali jednotlivé procedúry. 57 % žien a 43 % mužov prejavilo záujem o doplnenie liečebných programov. Najväčší záujem mali respondenti o bahenný zábal, ktorý si dokupovalo 13 % mužov a 15 % žien. , 26 % si dokupovalo bahnisko z toho 15 % tvorili muži a 11 % ženy. Reflexnú masáž si si dokúpilo 11 % mužov a 9 % žien. O podvodnú masáž malo záujem 15 % respondentov, 5 % mužov a 10 % žien. Trakcie vo vode si dokupovalo 7 % mužov a 4 % žien. Z prieskumu vyplýva, že bahnisko a podvodná masáž patrili k najobľúbenejším a aj najdokupovanejším procedúram. Reflexná masáž bola obľúbená, zaujímavé je, že trakcie respondenti nezaradili k najobľúbenejším a napriek tomu patrili v 11 % k dokupovaným.

V prieskume sme venovali pozornosť komparácii využívania jednotlivých typov liečebných programov a foriem procedúr medzi mužmi a ženami. Tiež sme komparovali očakávaný efekt kúpeľnej liečby medzi mužmi a ženami. Z výsledkov analýzy nám vyplynulo, že komplexný kúpeľný pobyt 2 a viac týždňov absolvovalo približne rovnaký počet mužov a žien. Typ pobytu „Chuť Piešťan“ absolvovalo 4 x viac žien oproti mužom. Typ pobytu „Prevencia a relax“ vyhovoval 2,5 x viac mužom ako ženám. Oba typy pobytov sú zamerané na relax a predchádzanie chorobám, ale my sa domnievame, že ženy z rodinných dôvodov nemôžu absolvovať dlhšie preventívne pobyty.

Program na chudnutie podľa nami realizovaného prieskumu absolvovalo 3 x viac žien ako mužov. Z týchto výsledkov dedukujeme, že ženy viac dbajú o svoju hmotnosť a jej udržiavanie ako muži, s prihliadnutím na estetické a zdravotné dôvody.

„Skúsenosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne ukazujú, že do kúpeľov chodia častejšie ženy ako muži. Podľa Havelkovej to môže súvisieť s tým, že ženy viac dbajú o svoje zdravie“ (TASR, cit. online 2016).

Podľa štatistického vyhodnotenia SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOV PIEŠŤANY, a.s., za rok 2014, tvorili ženy 59 % z celej klientely. V nami realizovanom prieskume bolo 53 % žien.

Z výsledkov prieskumu nám vyplynulo, že kombináciu aktívnych a pasívnych procedúr obľubuje 54 % respondentov. Pasívne procedúry uprednostňuje 34 % respondentov a aktívne len 12 % respondentov. Keďže sme v prieskume robili komparáciu mužov a žien, tak sme jednotlivé skupiny foriem procedúr rozdelili na obľúbenosť mužov a žien. Z výsledkov dát vyplynulo, že kombináciu aktívnych a pasívnych procedúr uprednostňuje 31 % žien oproti 24 % mužom, tiež ženy obľubujú aktívne procedúry v 8 % oproti 4 % mužov. Muži majú v obľube pasívne procedúry v 20 % oproti 13 % žien.

Aj pri tejto komparácii sa nám potvrdilo, že ženy obľubujú viac aktívne procedúry a kombináciu aktívnych a pasívnych procedúr oproti mužom. Predpokladáme, že je tu spojitosť medzi snahou udržať si optimálnu hmotnosť a uvedomením si dôležitosti pohybovej aktivity. Predmetom záujmu prieskumu bol výsledný efekt kúpeľnej liečby u respondentov, vplyv kúpeľnej liečby na zdravie mužov a žien. Ústup bolestí udávalo 70 % mužov a len 30 % u žien. Zlepšenie pohyblivosti potvrdilo 47 % mužov a 53 % žien. Zníženie dávok liekov bolo ku koncu kúpeľnej liečby u oboch pohlaví. U 47 % mužom sa zlepšila hybnosť a u 53 % žien došlo tiež k zlepšeniu hybnosti. 21 % mužov a až 79 % malo iné očakávania. Z odpovedí respondentov v dotazníkoch sme zistili, že iné predstavy sa týkali zábavy, kultúry a väčšieho počtu spoločenských podujatí, čo očakávali ženy vo vekových kategóriách 20 – 35 a 36 – 50 rokov.

Záverom našich zistení a zhodnotení výsledkov prieskumu týkajúceho sa komplexnej kúpeľnej liečby a jej vplyvu pri udržiavaní a podpore zdravia sme dospeli k záveru, že komplexná kúpeľná liečba má skutočne priaznivé účinky na zdravie človeka. Potvrdili nám to odpovede respondentov, ktorým kúpeľná liečba splnila očakávania a prispela k zlepšeniu a stabilizácii zdravotného stavu.

Zálešáková (2015, s. 57) odporúča „všetko čo Vás v kúpeľoch naučia, by ste si mali preniesť aj do osobného života. Aby ste nielen pasívne prijímali liečbu, ale sa aj aktívne zapájali do ochrany svojho zdravia“.

ZÁVER

Cieľom nášho prieskumu bolo stanoviť, či dĺžka pobytu v SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY, a.s., ovplyvňuje zlepšenie zdravotného stavu klientov v oblastiach motoriky, sebaobsluhy a eliminácie bolesti. Zistiť, o ktoré procedúry majú klienti v rámci komplexnej kúpeľnej liečby najväčší záujem a komparovať obľúbenosť typov programov, foriem procedúr a očakávaného efektu kúpeľnej liečby u mužov a žien.

Po spracovaní, skompletizovaní a analýze výsledkov odpovedí sme zistili, že komplexná kúpeľná liečba splnila očakávania respondentov, má priaznivé účinky na zdravie človeka, čím prispieva k udržaniu a podpore zdravia. Okrem preventívneho a liečebného vplyvu pôsobí aj edukatívne. Základom pre všetky tieto činnosti je motivácia a aktívna spolupráca pacienta – klienta. Konštatujeme, že sme stanovené ciele splnili a nami zistené výsledky sme využili pri vypracovaní odporúčaní pre prax.

Kúpele by sa mohli stať pre viacerých ľudí, nielen pacientov, prvým impulzom k tomu, ako venovať väčšiu pozornosť starostlivosti o svoje telo hlavne v rámci primárnej prevencie. Cieľom je zmena životného štýlu, zaradenie pohybových aktivít do bežného života, špeciálne u tých ľudí, ktorí sú už pacientami so svojimi stanovenými diagnózami a preventívne u tých, kde sa problémy ešte neprejavujú vôbec. Vyššie uvedené „investície“ do nášho zdravia sa nám postupne vrátia vo forme zlepšeného fyzického aj mentálneho zdravia, prípadne v nezávislosti a sebestačnosti až do staroby.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

HULKOVÁ, V., HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia a ich vplyv na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. In *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo III.* 1. Vydanie. 2015. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, Detašované pracovisko b. Sály Salkaházi Rožňava. s. 42 – 57. ISBN 978-80-906146-2-8.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ, 2014. [online]. [citované 2016-02-08]. Dostupné na <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2013/sp1402.pdf>.

NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní náuka 2.díl*. Praha : Grada Publishnig, 2011. 13-138 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

TASR, 2014. *Na kúpeľnú starostlivosť dávajú poisťovne desiatky eur*. [online]. [citované 2016-02-08]. Dostupné na <http://www.teraz.sk/zdravie/kupele-starostlivost-poisťovne-peniaze/81816-clanok.html>.

VAVROVÁ, D. 2016. Komplexná kúpeľná liečba a jej vplyv pri udržiavaní a podpore zdravia. Diplomová práca. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Katedra právnych disciplín a štúdia MHA., 2016. 85 s.

ZÁLEŠÁKOVÁ, J. 2008. *Asociácia slovenských kúpeľov*. [online]. [citované 2016-01-15]. Dostupné na http://www.ask.sk/sk/pre_verejnost.php.

ZÁLEŠÁKOVÁ, J. 2015. Zdravá rada. In *Zdravie*. Bratislava : News and Media holding, a.s. November 2015, s.57.

Kontaktná adresa autorky:

Mgr. Dagmar Vavrová

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

dagmar.vavrova@papiestany.sk

PSYCHICKÁ ZÁŤAŽ ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV PRACUJÚCICH V HOSPICOCH

ZAMBORIOVÁ Mária, SIMOČKOVÁ Viera

ABSTRAKT

Autorky v príspevku sumarizujú riziko syndrómu vyhorenia u zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicoch. Výsledky poukazujú na vysoké riziko i prítomnosť syndrómu vyhorenia hlavne u sestier. Opierajú sa o ďalšie výskumy, ktoré boli realizované na podobnú tému.

Kľúčové slová: Hospic. Paliatívna starostlivosť. Psychická záťaž. Syndróm vyhorenia.

ÚVOD

Hospice fungujú ako samostatné zdravotnícke zariadenia určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Súčasťou hospicu môže byť stacionár paliatívnej starostlivosti, mobilný hospic, ambulancia paliatívnej medicíny alebo iná ambulancia špecializovanej zdravotnej starostlivosti (Slamková, Poledníková, 2013, s. 20).

Do hospicu sa prijímajú terminálne chorí, ktorých úmrtie sa očakáva v časovom horizonte približne 6 mesiacov od prijatia do zariadenia. Režim hospicu je orientovaný na zaistenie psychickej podpory materiálneho a sociálneho komfortu. Jeho prioritou je zmiernovať fyzické, psychické, sociálne a duševné utrpenie. V zásade platia určité indikácie na prijatie do hospicu (Hanzlíková a kol., 2006, s. 272).

V hospici nie sú rigidné pravidlá. Návštevy sú povolené prispôsobené želaniam pacienta. Ďalšou veľkou výhodou hospicu je možnosť neobmedzenej prítomnosti príbuzných, kde sú pre nich zriadené aj samostatné izby. Príbuzní sa môžu, ale nemusia zapojiť do priamej starostlivosti o svojho člena (Cínová, Ondriová, 2012, s. 23).

S ohľadom na zmeny prebiehajúce v súčasnej globalizovanej spoločnosti, dochádza vo svete práce k presunu od telesne namáhavej fyzickej práce k práci duševnej. Zdravotnícki pracovníci podieľajúci sa na ošetrovaní ťažko chorých, sú často konfrontovaní s umieraním a smrťou. Takáto starostlivosť o pacientov sa stáva dôležitou otázkou aj pre rodinných príslušníkov, opatrovateľov a sociálnych pracovníkov (Štefková, 2015).

Počas práce s ťažko chorými ľuďmi zažívajú stres, frustráciu, smútok, sú ohrození deformáciou osobnosti v zmysle zníženia alebo straty citlivosti pre bolesť a smrť pacientov, a sú vystavení komplexu rizikových faktorov podmieňujúcich vznik psychickej záťaže (Ozorovský, 2010, s. 24).

Psychika človeka je zapojená pri každej pracovnej činnosti. V pracovnom procese dominujú nároky na psychické, senzorické a kognitívne procesy alebo pracovné činnosti vyžadujúce si kontakt a jednanie s inými ľuďmi, spojené často s riešením konfliktných situácií. Úroveň a intenzita zapojenia jednotlivých zložiek a systémov psychických procesov závisí od typu a obsahu práce. V posledných rokoch všeobecne dochádzalo k intenzifikácii práce, k vyššiemu časovému tlaku na plnenie úloh, nevhodnej organizácii práce, čo sú ďalšie faktory pôsobiace na psychiku pracovníka a tak čoraz viac vystupuje pri práci do popredia zaťaženie psychiky – psychická záťaž (Matulová a kol., 2010, s. 6-7).

Podľa Vyhlášky č. 542 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z roku 2007 o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci sa v časti § 2 v základných pojmoch psychická záťaž definuje ako:

- a) psychická pracovná záťaž je faktor, ktorý predstavuje súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia pôsobiacich na kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zaťaženia psychofyziologických funkcií,
- b) psychická záťaž je faktor pôsobiaci zaťažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovávanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia.

Rozlišujú sa tri formy psychickej záťaže: senzorická, mentálna a emocionálna. Senzorická záťaž vyplýva z požiadaviek na činnosť periférnych zmyslových orgánov a im zodpovedajúcich štruktúr centrálného nervového systému, mentálna vyplýva z požiadaviek na spracovávanie informácií, ktoré kladú nároky na psychické funkcie a procesy, ktorými sú pozornosť, predstavivosť, pamäť, myslenie a rozhodovanie. Emocionálna záťaž vyplýva z požiadaviek vyvolávajúcich afektívnu odozvu.

Sobota (2001) vymedzuje predpoklady práce so zomierajúcimi: Zdôrazňuje psychickú zaťažiteľnosť v zmysle psychickej odolnosti. Je dôležité si uvedomiť, že v procese sprevádzania do istej miery spoluprežívanie i osud sprevádzaného (In Hatoková 2007).

Starostlivosť o pacientov v poslednej fáze života a o ich rodiny môže byť stresujúca, avšak prináša aj uspokojenie.

Práca s pacientmi, ktorí sa snažia vyrovnať sa s blížiacou sa smrťou, kladie na zdravotníckych pracovníkov veľké psychické nároky a často je najvýznamnejšou príčinou stresu u sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (Sováriová Soósová, Sušinková, Cenkenrová, 2013). Doprevádzanie pacientov a ich blízkych v najťažšom období ich života a účasť na zmiernení ich utrpenia môžu byť pre zdravotníka nesmierne obohacujúcou skúsenosťou, na druhej strane neustále vystavenie utrpeniu a strate môže mať negatívny dopad na psychiku ošetrojúcich. Z toho dôvodu sa zameriavame na psychickú záťaž ošetrojúcich v hospicioch.

CIELE

Cieľom prieskumu je zistiť psychickú záťaž ošetrojúcich v zariadeniach hospicového typu v profesiách sestra, zdravotnícky asistent a sanitár pri vykonávaní pracovných činností. Preto zisťujeme, do akej miery respondentov ich práca vyčerpáva na úrovni depersonalizácie (odosobnenia) a emocionálneho vyčerpania.

Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v úrovni depersonalizácie medzi sestrami na jednej strane a sanitármi a zdravotníckymi asistentmi na druhej strane.

Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v úrovni emocionálneho vyčerpania medzi sestrami na jednej strane a sanitármi a zdravotníckymi asistentmi na druhej strane.

METODIKA

So žiadosťou o realizáciu prieskumu sme oslovili niektoré zariadenia hospicového typu na celom území Slovenska:

- HOSPIC MATKY TEREZY, Pri štadióne 2, Bardejov 085 01
- Hospic Domu Božieho milosrdenstva, T. Andrašovana 44, Banská Bystrica 974 01
- Spišská katolícka charita, Hospic sv. Alžbety, Sv. Alžbety 1, Ľubica 059 71
- Hospic Sv. Františka z Assisi, n.o., Slovenská 11, Palárikovo 941 11
- HOSPIC TOLERANCIA, n.o., Trstice 659 925 42
- REFUGIUM, n.o., HOSPIC MILOSRDNÝCH SESTIER Súvoz č.739, Trenčín 911 01
- Liečebňa sv. Františka, a.s., Bjornsova 8, Bratislava 811 05
- Hospic Harmónia, Hlavná 97/94, Slovenské Nové Mesto 076 33
- SPIŠKÁ KATOLÍCKA CHRITA MOBILNÝ HOSPIC CHARITAS, Sv. Cyrila a Metoda 318, Námestovo 029 01.

Získali sme písomné súhlasy vo všetkých zariadeniach. Samotný prieskum bol realizovaný od decembra 2014 do konca januára 2015 u zdravotníckych pracovníkov (sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári). Poštovou zásielkou bolo zaslaných 125 dotazníkov.

V práci sme zisťovali, ako respondenti vnímajú pracovnú záťaž v zariadeniach hospicového typu. Použili sme dotazníkovú metódu prostredníctvom štandardizovaného – MBI: Maslach Burnout Inventory. Vyplnenie dotazníka bolo anonymné. Návratnosť dotazníka bola 82 % - 110 dotazníkov.

Pre spracovanie výsledkov na potvrdenie hypotéz sme použili metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky (smerodajná odchýlka (SD) a Studentov t-test). hypotézy sú testované na hladine významnosti $\alpha < 0,05$. Pri spracovaní jednotlivých položiek prieskumu sme využili program Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

CHARAKTERISTIKA VZORKY

Výber respondentov bol zámerný. Oslovili sme respondentov – pracovníkov vybraných hospicových zariadení na celom území Slovenska v pracovných pozíciách sestra, zdravotnícky asistent a sanitár oboch pohlaví vo veku od 19 do 60 rokov, v celkovom počte 110 respondentov. Prieskumu sa zúčastnilo 91 % respondentov ženského pohlavia (100 žien) a 9 % respondentov mužského pohlavia (10 mužov) (tab. 1).

Tabuľka 1 Vek a pohlavie respondentov

Vek (roky)	19 - 25		26 – 35		36 – 49		50 – 60		Spolu	
Pohlavie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Žena	18	16	20	18	40	36	22	20	100	90
Muž	2	2	2	2	4	4	2	2	10	10
Spolu	20	18	22	20	44	40	24	22	110	100

Z celkového počtu 110 respondentov sa prieskumu zúčastnilo 18 % respondentov vo vekovej hranici od 19 do 25 rokov, 20 % respondentov vo veku od 26 do 35 rokov, 40 % respondentov od 36 do 49 rokov a 22 % respondentov päťdesiat až šesťdesiat ročných.

Tabuľka 2 Pohlavie podľa profesie

Zdravotnícki pracovníci	sestra		zdravotnícky asistent		sanitár		Spolu	
Pohlavie	n	%	n	%	n	%	n	%
Žena	48	44	39	35	13	12	100	91
Muž	2	2	1	1	7	6	10	9
Spolu	50	46	40	36	20	18	110	100

Zo 110 respondentov (100 %) sa prieskumu zúčastnilo 50 sestier, čo tvorí 46 % (44 % ženského a 2 % mužského pohlavia), 40 zdravotníckych asistentov – 36 % (35 % ženského a 1 % mužského pohlavia) a 20 sanitárov – 18 % (12 % ženského a 6 % mužského pohlavia).

Tabuľka 3 Vzdelanie

Vzdelanie	VŠ 2. stupeň		VŠ 1. stupeň		VOV		SŠ		iné		Spolu	
Pohlavie	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Žena	10	9	15	14	15	14	60	54	0	0	100	91
Muž	2	2	0	0	0	0	8	7	0	0	10	9
Spolu	12	11	15	14	15	14	68	61	0	0	110	100

Podľa vykonávanej profesie sme zaznamenali najvyššie dosiahnuté vzdelanie s rôznou dĺžkou ošetrovateľskej praxe. Vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa dosiahlo 11 % respondentov, prvého stupňa vyštudovalo 14 % respondentov, vyššie odborné vzdelanie (VOV) má 14 %, stredoškolské vzdelanie (SŠ) má 61 % respondentov.

Tabuľka 4 Dĺžka odbornej praxe

Dĺžka praxe (roky)	menej ako 1		1 - 5		6 - 10		11 - 20		21 a viac		Spolu	
profesia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sestra	4	4	2	2	12	11	18	16	14	12	50	45
zdrav. asistent	7	6	10	9	6	6	13	12	4	4	40	37
sanitár	3	3	6	5	7	6	0	0	4	4	20	18
Spolu	14	13	18	16	25	23	31	28	22	20	110	100

Menej ako jeden rok v hospicoch pracuje 4 % sestier, 6 % zdravotníckych asistentov a 3 % sanitárov. Najpočetnejšia skupina – 16 % sestier a 12 % zdravotníckych asistentov má odbornú prax od 10 do 20 rokov. 6 % sanitárov pracuje od 5 do 10 rokov.

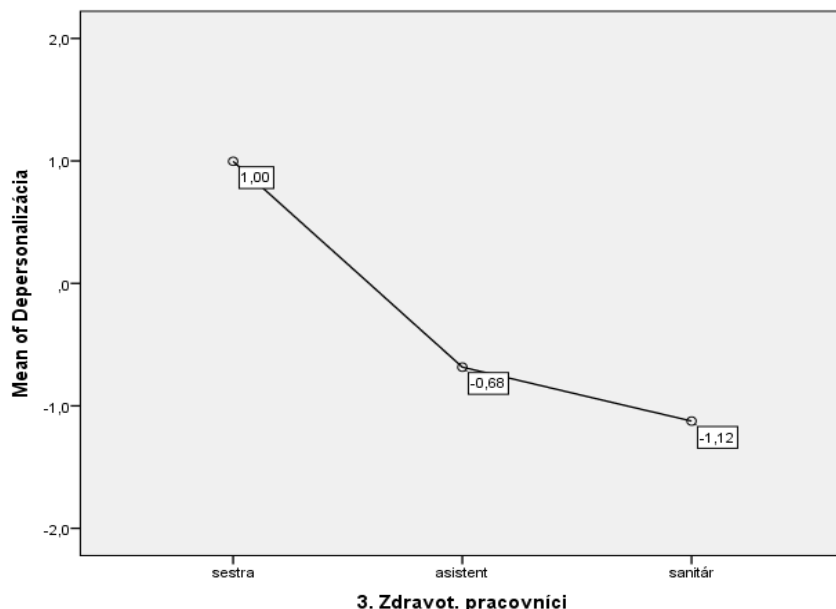
VÝSLEDKY

V rámci výsledkov našej práce vyberáme tie, ktoré sa dotýkajú depersonalizácie a emocionálneho vyčerpania.

Tabuľka 5 Posudzovanie rozdielov v úrovni depersonalizácie

Kontrast			Hodnota kontrastu	SD	t	df	p
Odosobnenie	Predpokladajme rovnaké rozptyly	1	3,8016166	0,14907187	25,502	107	0,000
	Nepredpokladajme rovnaké rozptyly	1	3,8016166	0,12049233	31,551	71,730	0,000

Konštatujeme, že na základe výsledkov sa nám potvrdil štatisticky významný vzťah medzi zdravotníckymi pracovníkmi na úrovni depersonalizácie. Sestry majú v priemere vyššiu úroveň depersonalizácie než ostatné dve skupiny zdravotníckych pracovníkov ($t = 31,6$, $p < 0,001$), čo môžeme lepšie vidieť v nasledujúcom grafe 1. Podiel variability závislej premennej je 86 %.

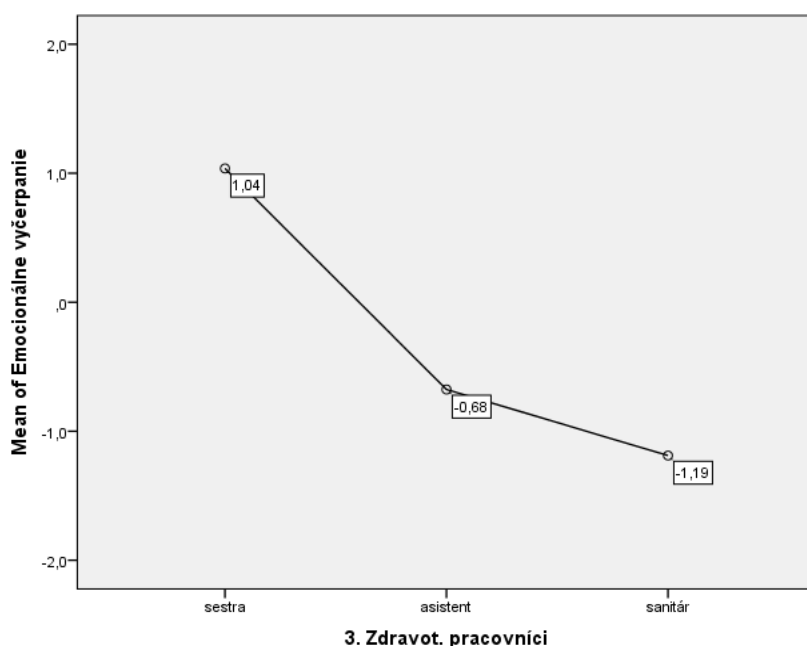


Graf 1 Rozdiely v úrovni depersonalizácie medzi jednotlivými profesiami zdravotníckych pracovníkov

Ďalej sme predpokladali štatisticky významné rozdiely v úrovni emocionálneho vyčerpania medzi sestrami na jednej strane a sanitármi a zdravotníckymi asistentmi na druhej strane.

Tabuľka 6 Posudzovanie rozdielov v úrovni emocionálneho vyčerpania

Kontrast			Hodnota kontrastu	SD	t	df	p
Emocionálne vyčerpanie	Predpokladajme rovnaké rozptyly	1	3,9389465	0,11373150	34,634	106	0,000
	Nepredpokladajme rovnaké rozptyly	1	3,9389465	0,09152677	43,036	79,509	0,000



Graf 2 Rozdiely v úrovni citového vyčerpania medzi zdravotníckymi pracovníkmi

Zistili sme, že medzi zdravotníckymi pracovníkmi sú významné rozdiely na úrovni citového vyčerpania (tab. 6, graf 2). Sestry majú v priemere vyššiu úroveň citového vyčerpania ako ostatné dve skupiny zdravotníckych pracovníkov ($t = 43,0$, $p < 0,001$). Podiel variability závislej premennej je 92 %.

DISKUSIA

Ondriová, Slan (2010, s. 28) realizovali prieskum v hospicioch SR. Prieskum bol realizovaný u 50 zdravotníckych pracovníkov a cieľom bolo zistiť informovanosť o prevencii syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov v hospicioch. Na otázku, či respondenti poznajú prejavy syndrómu vyhorenia 76 % zvolilo odpoveď áno a 24 % variantu nie. Čo sa týka vymenovania prejavov syndrómu vyhorenia, 36 % uviedlo apatiu, 22 % agresivitu, 14 % vyčerpanie a 14 % depresiu. Na otázku Udržujete si zdravý odstup od svojich pacientov?“, 26 % odpovedalo „často“, 34 % „občas“, 26 % „niekedy“, 10 % „zriedka“ a 4 % „nikdy“.

Avšak z výsledkov prieskumu syndrómu vyhorenia, ktorý realizovala Stupková (2012, s. 46) na špecializovanom pracovisku v Bratislave vyplynulo, že sestry uvádzali ako najčastejšie prejavy syndrómu vyhorenia hostilitu, únik od pacienta, veľkú únavu, emocionálne vyčerpanie, zdravotné problémy, obmedzenie komunikácie, cyklus vyhorenia, pocit straty kontroly nad situáciou a strata zmyslu práce.

Komačková (2010) zrealizovala výskum, v ktorom sledovala špecifické záťažové sesterské v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Výskumného projektu sa zúčastnilo 257 sester. Ich zistenie miery vyhorenia sester (priemerná hodnota 3,1, zodpovedajúca v nominálnej klasifikácii stupňu „prítomnosť signálov vyhorenia“; N = 255) sú v zhode so závermi iných prác týkajúcich sa miery vyhorenia u sester (napr. s parciálnymi zisteniami o výskyte vyhorenia u sester z výskumov Bérešovej (2011, s. 27)). Na možné zdravotné riziká sester vyplývajúce z nadmernej psychickej záťaže pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti poukazuje aj skutočnosť, že 12 % sester je v pásme prítomnosti syndrómu vyhorenia a u 2,4 % zistili „havarijný stav“ psychického vyčerpania.

V rámci nášho prieskumu sme zistili, že pomerne vysoký počet zdravotníckych pracovníkov trpí syndrómom vyhorenia. Z prvej hypotézy vyplynulo, že sestry majú v priemere vyššiu úroveň depersonalizácie než zdravotnícki asistenti a sanitári. Testovaním hypotézy 2 bolo zas zistené, že sestry sú omnoho viac citovo vyčerpané pri vykonávaní svojej práce, na rozdiel od zdravotníckych asistentov a sanitárov.

Naše výsledky môžeme porovnať i s výsledkami Pilárika, Tobákošovej (2013), ktorí vykonali výskum u 62 sester z Kliniky úrazovej chirurgie Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach. Priemerný vek sester sa pohyboval od 22 do 56 rokov. U sledovanej skupiny sester zistili v oblasti emocionálneho vyčerpania vysoký stupeň vyčerpania u 33,9 % respondentov, stredný stupeň bol u 25,8 % respondentov. V oblasti depersonalizácie vykazovala vysoký stupeň vyhorenia 30,6 % sester, stredný stupeň bol u 27,4 %.

Najvyššia miera vyhorenia bola zistená vo faktore osobného výkonu, kde až 50 % sestier vykazovalo vysoký stupeň vyhorenia (Emocionálna inteligencia ..., 2013).

Naše zistenia korešpondujú s výsledkami výskumu Dimunovej, Lévyovej (2011, s. 21), ktorý bol zameraný na syndróm vyhorenia u sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku, zistili, že 56 % sestier v úrovni emocionálneho vyčerpania má vysoký stupeň vyhorenia, v úrovni depersonalizácie sa u 29,4 % sestier zistil vysoký stupeň vyhorenia, a v dimenzii osobného uspokojenia vyšiel výsledok 88,3 % nízky stupeň.

ZÁVER

Zdravotnícke povolanie patrí z hľadiska odbornej prípravy i konkrétneho profesionálneho výkonu medzi veľmi náročné. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby za každých okolností boli pohotoví, flexibilní, vedeli pružne, rýchlo a správne reagovať a boli empatickí. Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva je taktiež poskytovať kvalitnú, bezpečnú a na pacienta orientovanú ošetrovateľskú starostlivosť (Németová, Raková, 2014, s. 198-199). Objektom práce zdravotníkov je vždy chorý človek. Ťažko chorí pacienti, starostlivosť o umierajúcich a kontakt s príbuznými je pre ošetrojúci personál veľmi stresujúci. Psychická záťaž a stres, ktoré sprevádzajú prácu zdravotníckych pracovníkov, sa môžu neraz už po niekoľkých rokoch tejto náročnej práce vyvinúť až do syndrómu vyhorenia.

Prítomnosť a riziká syndrómu vyhorenia potvrdzujú výsledky našej práce. V oblasti citového vyčerpania a odosobnenia sme zistili prítomnú vysokú mieru úrovne vyčerpania. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že prítomnosť psychickej záťaže a následný syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v hospicioch nielen hrozí, ale je reálne prítomný na rôznych úrovniach vo všetkých dimenziách.

Telesné ani psychické zdravie neexistuje a nefunguje samostatne. Preto je dôležité znižovať pracovnú záťaž, stres. Obranou proti syndrómu vyhorenia je dôsledná prevencia a zoznamovanie zdravotníckych pracovníkov s touto problematikou. Preto odporúčame pre zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicioch v hospicioch, najmä však pre sestry:

- samostatne vyhľadávať informácie týkajúce sa syndrómu vyhorenia,
- dopriať si dostatok času na relax, oddych, regeneráciu, pestovať koníčky,
- rozložiť a plánovať si dovolenku priebežne na celý rok,
- zúčastňovať sa na výučbových programoch týkajúcich sa psychickej a záťaže,
- sestry musia pochopiť význam starostlivosti o seba samé, pokiaľ sa chcú starať o druhých,

- nebáť sa zmien, pozitívne ich prijímať a mať ich ako výzvy,
- uplatňovať svoje asertívne práva v praxi,
- stanoviť si dosiahnuteľné osobné i profesionálne ciele.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÉREŠOVÁ, A. 2011. Závaž v práci sestier a riziká syndrómu vyhorenia. In *Aspekty práce pomáhajúcich profesií*. Praha : MANUS, 2011, s. 24-31.

CINOVÁ, J., ONDŘIOVÁ, I. 2012. *Hodnotenie paliatívnej starostlivosti*. Košice : Viliam Ščavnický. 2012. 128 s. ISBN 987-80-971061-0-2.

DIMUNOVÁ, L., LÉVYOVÁ, M. 2011. Výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 5-6, 50 s.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.

HATOKOVÁ, M. 2007. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. In *Onkológia*, Bratislava, 2007, roč. 2 (2): 112–115[cit. 2016-03-15]. Dostupné na: <<http://www.solen.sk/pdf/854cc524d857cdbfb159e604e93b14a7.pdf>>. *Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier* [on line]. Ošetrovatel'stvo.eu, 2013 [cit. 2015-03-15]. Dostupné na: <<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/emocionalna-inteligencia-a-syndrom-vyhorenia-u-sestier>>.

KOMAČEKOVÁ, D. 2010. Fyzická a psychická záťaž pri poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry) In *Prohuman. Vedecko-odborný internetový časopis – sociálna práca, psychológia,, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovatel'stvo*. [on line]. 2010. [citované 2015-02-15]. Dostupné na internete: <<http://www.prohuman.sk/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-pri-poskytovani-osetrovatelskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>>.

MATULOVÁ, S., HATINA, T., KORDOŠOVÁ, M., NOVOTNÝ, M., PERICHTOVÁ, B. 2010. *Prehľad systému riadenia rizikových faktorov práce. Správa z riešenia 3. etapy*. [online]. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2010. 54 s. [Citované 2014-12-16]. Dostupné na internete: <http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2010/Matulova/Matulova_VU_2329pdf>.

NÉMETOVÁ, L., RAKOVÁ, J. 2014. Využitie ošetrovateľstva založeného na dôkazoch v starostlivosti o periférne intravenózne katétre. In Bóriková, I., Farský, I., Žiaková, K. (eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin : JLF UK, 2014. s. 197-208. ISBN 978-80-89544-68-4.

ONDŘIOVÁ, I., SLAN, J. 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníku při ošetrování terminálně nemocných. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č.10, 50 s.

OZOROVSKÝ, V. 2010. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže? In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č. 7-8, 50 s.

PILÁRIK, TOBÁKOŠOVÁ, 2013. Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier. In *Ošetrovateľstvo – teória, výskum, vzdelávanie*. Elektronický, recenzovaný, vedecko-odborný časopis pre ošetrovateľstvo 2013, roč.3, č.1 ISSN 1338-6263 s. 5-10.

POLČOVÁ, E. 2015. *Psychická záťaž nelekárskych zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v hospicoch* [Diplomová práca]. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove. 81 s.

SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, Ľ. 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty Paliatívnej starostlivosti*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2013. 146. ISBN 978-80-80-63-379-0.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., SUŠINKOVÁ, J., CENKNEROVÁ, M. 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2013, roč. 4, č. 3, s. 622-627. ISSN 1804-2740.

STUPKOVÁ, M. 2012. Pomoc vyhoreným. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. X, č. 3-4, 46 s.

ŠTEFKOVÁ, G. 2015. Život s terapeutickým robotom. In Bugri, Š., Pribišová, E., Billá, T. (eds.) *Sociálne služby v súčasnosti a budúcnosti, u nás a v Európe*. Prešov : 2015. s. 236-240. ISBN 978-80-971957-2-4

Vyhláška č. 542 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z roku 2007 o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci.

Kontakt

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD. mim. prof.

Univerzita P. J. Šafárika

Lekárska Fakulta

Ústav ošetrovateľstva

040 01 Košice

E-mail: maria.zamboriova@upjs.sk

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

POSTEROVÁ ČASŤ

VYVÁŽENÁ STRAVA AKO SÚČASŤ KOMPLEXNEJ KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI

BORSÍKOVÁ Anna, KABÁTOVÁ Mária, TRAJČÍK Slavomír

ABSTRAKT

Slovenská republika je bohatým štátom na prírodné liečebné kúpele. Kúpele sa stali dôležitým faktorom pri starostlivosti o pacienta a jeho zdravie. Nepretržite stúpa ich význam aj z hľadiska medzinárodného. Liečebná výživa v kúpeľoch je výživa prispôbená zdravotnému stavu človeka. Je to špeciálne upravená strava v čase choroby, ktorá pomáha oslabenému organizmu. Liečebného účinku sa dosahuje poklesom alebo vzostupom hmotnosti človeka, zmenou príjmu tukov, cukrov alebo bielkovín, výberom potravín (zákaz, obmedzenie potravín alebo zvýšený príjem niektorých nutrientov), technologickou úpravou pokrmov.

Kľúčové slová: Liečebná výživa. Liečebný účinok.

ÚVOD

Kúpeľná liečebná starostlivosť sa významne podieľa na liečebno-preventívnej starostlivosti pri stave po akútnych ochoreniach, operáciách, úrazoch, ako aj pri chronických chorobách ľudského organizmu. V komplexe kúpeľných liečebných činiteľov, ktoré svojim spôsobom ovplyvňujú celý organizmus ako aj chorý orgán, má dôležité miesto liečebná výživa. Pri niektorých ochoreniach, napr. tráviacej sústavy, kožných ochorení, ochorení pohybového aparátu patrí medzi hlavné terapeutické prostriedky. Preto sa v liečebných kúpeľoch stravovaniu venuje taká pozornosť. Vyvážená strava v kúpeľných zariadeniach zabezpečuje z hľadiska prísunu energie, stavebných látok a ďalších esenciálnych živín fyziologické potreby organizmu, udržiava dobrý zdravotný stav, rovnováhu látkovej premeny, imunitný stav, optimálnu psychickú a fyzickú aktivitu, správny vývin a dlhý vek. Strava má obsahovať optimálne množstvo bielkovín, tukov, sacharidov, vlákniny, vitamínov, minerálnych látok, ochranných a biologicky aktívnych látok. Toho je možné dosiahnuť voľbou správneho množstva vytvoreného z jednotlivých skupín potravín – tj. obilnín, strukovín, zemiakov, zeleniny, ovocia, olejnatých semien, mliečnych produktov, vajec, mäsa a tukov.

Pre kvalitu stravy nie je rozhodujúca zložitosť úpravy, ale jej chemické zloženie. Každý deň by mala strava obsahovať potrebné živiny a minerálne látky. Má byť pestrá a vhodne striedať jednotlivé skupiny potravín. Každý deň by mali byť zastúpené najmenej štyri z hlavných skupín potravín - väčšia časť majú tvoriť potraviny s nižším obsahom bielkovín (obilniny, zemiaky, zelenina, ovocie) a menšia časť potraviny s vyšším obsahom bielkovín napr. strukoviny, mäso, mliečne výrobky, vajcia (Doberský a kol. 1958).

DIÉTNY SYSTÉM

Diétny systém pre nemocnice a kúpeľné zariadenia je na Slovensku známy od roku 1955.

Zostavil ho kolektív autorov pod vedením doc. Doberského. Zmyslom zadefinovania diétného systému bolo zabezpečenie liečebnej výživy pre pacientov. Používanie diétného systému zlepšilo úroveň orálnej liečebnej výživy v nemocniciach a kúpeľných zariadeniach, i odborné vedomosti lekárov a asistentov výživy.

Diétny systém bol na základe nových poznatkov z fyziológie a patofyziológie výživy v rokoch 1958 a 1983 novelizovaný. V roku 1991 boli upravené odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo a následne v roku 1992 bol vydaný Diétny systém pre nemocnice. V tejto základnej podobe sa diétny systém v Slovenskej republike používa dodnes. Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo Slovenskej republiky boli naposledy revidované v júli 2015. Dôležitú roľu v tvorbe diétného systému v kúpeľoch hrajú aj asistenti výživy. Ich úlohou je zabezpečovať liečebnú výživu ako neoddeliteľnú súčasť kvalitnej kúpeľnej starostlivosti o pacienta (vyzivaspol.cz, 2016).

Asistent výživy musí:

- zabezpečiť primeranú výživu podľa individuálnych potrieb pacienta,
- reagovať na prípadné potravinové alergie alebo neznášanlivosti niektorých potravín, pokrmov,
- vedieť upraviť stravovanie podľa osobných zvyklostí pacienta (napríklad raňajkuje len ovocie, večeria studené pokrmy, nekonzumuje ryby),
- upraviť stravovanie pre rôzne náboženské, sociálnej skupiny,
- zabezpečiť celodenné stravovanie v rámci ekonomických limitov tj. stravnej jednotky (oschir.jfmed.uniba.sk, 2015).

VYVÁŽENÁ STRAVA

Pod pojmom vyvážená strava myslíme výživu, ktorá zodpovedá potrebám organizmu, po stránke kvality aj po stránke kvantity a je založená na vedeckých základoch pri naplňovaní potrieb človeka. Moderné poznatky o vplyve výživy môžu byť využité k primárnej prevencii radu chronických chorôb a k posilňovaniu zdravia. Z toho dôvodu sú zostavené odporúčania zdravej výživy pre obyvateľstvo. Vychádza sa z úrovne vedeckých poznatkov, ale aj z určitých zvyklostí jednotlivých krajín.

Odporúčané dávky potravín vychádzajú z odporúčaných dávok živín pre jednotlivé kategórie obyvateľov podľa veku, fyzickej záťaže a pod. Sú dôležité najmä pre osoby odkázané na celodenné spoločné stravovanie. Pri príjme odporúčaných dávok potravín musí byť zaručené, že všetky sledované živiny boli prijaté v strave v dostatočnom množstve pri príprave pokrmov a pri zostavovaní jedálnych lístkov sa tieto odporúčané dávky potravín ľahšie sledujú ako odporúčané dávky živín. Je vhodné dodržiavať nižšie uvedené zásady.

Konzumujeme len také množstvo potravy, pre ktoré je nutné na udržanie stabilnej telesnej hmotnosti v jej odporúčanej výške. Prijímaná strava má byť pestrá, tým sa zvýši pravdepodobnosť, že poskytne všetky živiny. Príjem tuku by nemal prevyšovať 30 % z celkového príjmu energie. Optimálne zastúpenie jednotlivých druhov tuku by malo byť také, aby 1/3 tuku bola s nasýtenými vyššími masnými kyselinami, 1/3 mala vyššiu masné kyseliny s jednou dvojitou väzbou a 1/3 vyššia masné kyseliny s viacerými dvojitými väzbami. Príjem cholesterolu by nemal prevýšiť 300 mg / deň. Príjem bielkovín by mal nahradiť asi 15 % príjmu energie. Odporúčaná denná dávka bielkovín je 0,8 g / kg hmotnosti. Nadmerný prísun bielkovín zaťažuje pečeň a obličky. Zvyšok energetického príjmu (55 %) by mali tvoriť sacharidy. Sacharidy by mali zahŕňať veľké množstvo vlákniny, minimálne 30 g za deň. Príjem soli by mal byť obmedzený na 5 - 7,5 g denne. Príjem alkoholu by nemal prevyšovať 30 g / deň, tj. asi 2 - 3 dcl vína.

Stravovacie návyky nášho obyvateľstva sú mnohokrát týmto zásadám vzdialené. Svedčí o tom značné rozšírenie obezity, vysoká úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia a tiež vysoký výskyt kolorektálneho karcinómu. Do budúcnosti by sa predovšetkým mal znížiť energetický príjem priemerného obyvateľa SR. Mala by vzrásť spotreba zeleniny, strukovín, mlieka a mliečnych výrobkov. Mal by sa znížiť vysoký podiel bravčového mäsa a údenín na celkovej spotrebe v prospech mäsa hydiny a rýb. Trend náhrady živočíšnych tukov rastlinnými je prospešný. Spotreba cukru a soli by sa mala rozhodne znížiť.

Chronickým nedostatkom našej stravy je nízky príjem vitamínu C, ktorý nedosahujeme, najmä ak uvažíme straty pri skladovaní potravín a pri príprave stravy. Riešením by bola väčšia spotreba zeleniny a ovocia, ktorá by súčasne zvýšila príjem vlákniny a znížila koncentráciu energie v potrave. V súčasnej dobe sa bohužiaľ tešia značnej obľube kolové nápoje, ktoré obsahujú vysoké množstvo cukru alebo umelých sladidiel a syntetických aromatizujúcich látok. So zásadami správnej výživy a zdravotného štýlu by ľudia mali byť systematicky zoznamovaní. Veľkú úlohu v tom ohľade má škola a školské stravovanie (Šebelová, 2002, Pánek a kol., 2002).

VÝBER SUROVÍN A ICH TEPELNÁ ÚPRAVA

Je potrebné vyhovieť nutričným potrebám a prispôbiť ich rytmu denného života. Pokrok súčasnej doby prináša zároveň nepriaznivé vplyvy na zdravie. To na druhej strane vyvoláva potrebu jesť zdravo. Skladba a nutričný obsah ponúkaných pokrmov musí preto zodpovedať základným požiadavkám.

Najčastejšie používané tepelné úpravy pokrmov

Varenie je tepelná úprava, pri ktorej pôsobíme vriacou vodou alebo vodnou parou pri normálnom alebo zvýšenom tlaku. Ak chceme z potravín získať čo najviac cenných látok do vývaru, vkladáme potraviny do studenej tekutiny a potom ju postupne privádzame do varu. Týmto spôsobom sa všetky dôležité látky vplyvom postupného zahrievania vylúhujú do tekutiny. Získame tak silný a aromatický vývar. Ak však potraviny vkladáme do vriacej tekutiny, na povrchu sa vplyvom tepla uzavria póry a potravina zostáva vo vnútri šťavnatá, získaný vývar je slabý. Varenie je možné kvalifikovať ako najjednoduchšiu tepelnú úpravu.

Dusenie je tepelná úprava potravín, pri ktorej pôsobíme v uzavretej nádobe parou, s minimálnym množstvom tekutiny i tuku. Mäso pred dusením opekáme. Na povrchu sa bielkovina jemne zrazí a zabráni sa tak vylúhovanie chuťových látok a mäso si tak zachová šťavnatosť.

Pečenie je tepelná úprava, pri ktorej pôsobíme horúcim vzduchom. Pri pečení sa uvoľňujú aromatické látky s chuťou a vôňou charakteristickou pre upravovaný pokrm. Voda sa z povrchu vyparuje a vytvára sa kôrka, ktorá zabraňuje unikaniu rozpustných látok a znižuje biologické straty.

Vyprážanie je tepelná úprava potravín, pri ktorej pôsobíme rozpáleným tukom (170 - 180 °C). Najvhodnejším spôsobom je potravinu úplne ponoriť do tuku. Ak sa jedná o povrchovú úpravu potravín už predpripravených, je možné použiť menšie množstvo tuku.

Dôsledky nezdravého životného štýlu

Medzi zdravím a výživou je úzka súvislosť. Ide hlavne o vzťah medzi výživou a obezitou, hypertenziou, kardiovaskulárnymi chorobami, zvýšeným cholesterolom, kolorektálnym karcinómom a diabetom II. typu. Prvoradou úlohou výživy je ochoreniu predchádzať. Úlohou výživy je tiež napomáhať v priebehu liečenia a to diétami.

Určenie vhodnej diéty

Základným momentom určenia vhodnej diétnej stravy v každom kúpeľnom zariadení je vstupná prehliadka u kúpeľného lekára, ktorá je nevyhnutnou súčasťou príjmu. Na jej základe a na základe ďalších informácií poskytnutých pacientom je mu následne odporúčaná vhodná strava a vhodný liečebný režim. Systém je založený na prepojení informácií od lekára k asistentovi výživy, ktorý následne pripraví jedálny lístok. Je veľmi dôležité, aby bol personál kuchyne oboznámený s problematikou diétného stravovania, aby nedochádzalo k diétnym chybám.

Tabuľka č.1 Zoznam najčastejšie používaných diét v SLK Piešťany a PLK Smrdáky

D.č 2 – šetriaca diéta
D.č. 3 – základná s protisklerotickým charakterom
D.č. 4 – s obmedzením tukov
D.č. 8 – redukčná diéta
D.č. 9 – diabetická
D.č. 10 – neslaná šetriaca
Bezlepková diéta
Bezlaktózová diéta
Vegetariánska strava
Histamínová intolerancia

Kúpele Smrdáky sú známe jedinečným zložením prírodnej minerálnej vody s vysokým obsahom sírovodíka. Patria medzi najúčinnšie slovenské kúpele na liečbu neinfekčných kožných chorôb i ochorení pohybového aparátu. Oblasť kúpeľov bola pred 25 miliónmi rokov zaliata morom, kde vznikali biologické usadeniny, ktoré sa neskôr premenili na ložiská liečivej minerálnej vody s vysokým obsahom sírovodíka.

Najčastejšie sa tu liečia nasledujúce ochorenia:

- atopická dermatitída;
- psoriáza;
- psoriatická artritída;
- neurodermitída;
- akné;
- stavy po popáleninách a obareninách.

Atopický ekzém

Atopický ekzém (atopická dermatitída) je dlhodobé kožné ochorenie, ktoré postihuje predovšetkým kojencov, deti a mladistvých. Základnými vlastnosťami kože pacienta s atopickým ekzémom je nadmerná suchosť spôsobená nedostatočnou a odlišnou funkciou mazových žliaz, nedostatočnou činnosťou potných žliaz a zníženou schopnosťou viazať v koži vodu. Medzi najčastejšie faktory vonkajšieho prostredia provokujúce vývoj ekzémových prejavov patria vzduchom šírené alergény (roztoče, pele, vzdušné plesne, rôzne prachy, látky zvieracieho pôvodu) a potravinové alergény (napr. vajíčka, citrusové plody, kakao, orechy, mak, kravské mlieko), ktoré sa do kože dostanú krvným obehom z čreva. Ekzémové prejavy môžu výrazne zhoršovať aj rôzne fyzikálne podnety, vedúce k nealergickému uvoľneniu zápalových látok v koži (mechanické dráždenie, napríklad vlneným oblečením, prehriatie organizmu) a psychické vplyvy. Ochorenie sa zvyčajne prejaví už v prvých mesiacoch života, ale prvé príznaky sa môžu objaviť v ktoromkoľvek veku, v dospelosti však vznikajú už len zriedkavo. Priebeh atopickej dermatitídy je chronický, charakteristický striedaním období výrazných ťažkostí s obdobiami relatívneho pokoja, často však zapálené ložiská na koži pretrvávajú aj veľmi dlho. Lokalizácia ekzémových prejavov sa typicky mení s vekom.

Úprava výživy pri atopickom ekzéme

Pri atopickom ekzéme je dôležité zníženie alebo úplné vylúčenie zložiek ktoré podporujú zápal. Patia tu nasýtené mastné kyseliny - (červené mäso, maslo, masť, údeniny, vnútornosti, mliečne výrobky), rafinované potraviny a cukor, biela múka a výrobky z nej, tvrdé margaríny určené na pečenie, stužený pokrmový tuk, plnené keksy a dobošky (obsahujú transmastné kyseliny). Príjem kofeínu a alkoholu by sa mal minimalizovať.

Naopak, zvyšujeme príjem potravín s protizápalovým účinkom. Patrí tu surová zelenina a ovocie, orechy a olejnaté semená (ľan, sezam, tekvica, slnečnica) Tak isto zvyšujeme aj príjem esenciálnych mastných kyselín, ktoré obsahujú - orechy, olejnaté semená, tučné morské ryby. Zinok sa odporúča v dávke 30-50 mg denne. Podporuje imunitu a hojenie kože. Významný je aj príjem Beta karoténu, ktorý tiež podporuje imunitu a integritu slizníc a tak isto aj hojenie kože. Obsahuje ho mrkva, rebarbora, tmavozelená listová zelenina, vňate, marhule, tekvica, paradajky, brokolica.

Dôležitý aj príjem vitamínu E, no nemli by sme zabudnúť ani na selén a vitamín C (Bukovský, 2014).

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Kúpele Piešťany sa nachádzajú na východe Slovenska a patria medzi najznámejšie na Slovensku. Na liečbu sa používajú prírodné zdroje – termálna minerálna voda a unikátne sírne liečivé bahno, ktoré boli tiež základom pre ich vznik. Svetoznámy sa stali vďaka moderným metódam liečby reumatizmu a iných ochorení pohybového aparátu.

Najčastejšie sa tu liečia nasledujúce ochorenia:

- choroby pohybového aparátu;
- porúrazové stavy;
- nervové ochorenia;
- skoliózy;
- chronické reumatické ochorenia.

Osteoporóza

Progresívne ochorenie kostí spôsobujúce úbytok minerálov (rezorbcia prevažuje nad tvorbou) a rednutie kostnej hmoty. Dôsledkom sú bolesti, deformity a zlomeniny. Osteoporóza postihuje ženy asi 4-krát častejšie ako mužov.

Najčastejší vznik osteoporózy: nedostatok fyzickej aktivity, nadmerný príjem kávy a soli, deficit vápnika, horčíka a stopových prvkov v strave, deficit vitamínu D, fajčenie, dlhodobé používanie kortikosteroidov a heparínu, zlyhávanie obličiek, znížené vstrebávanie vápnika.

Úprava výživy pri osteoporóze

Pri osteoporóze obmedzujeme príjem fosforu ktorý obsahujú živočíšne potraviny a sýtené nápoje. Obmedzujeme aj príjem soli ktorá podporuje vylučovanie vápnika močom a odvápnuje kosti. Tak isto minimalizujeme príjem kávy, čierneho čaju, kolových nápojov, cukru a sladkostí. Naopak, zvyšujeme príjem komplexných sacharidov (strukoviny, obilniny, orechy, zelenina). Vitamín C je potrebný na tvorbu osteoidu ktorý tvorí základ kostnej hmoty. Sója obsahuje fytoestrogény ktoré spomaľujú rozklad kostí.

Zvyšujeme aj príjem tmavozelenej a kapustovej zeleniny, bylín a korenín ako šalvia, rozmarín, klinčeky, tymián ktoré obsahujú fytochemikálie - spomaľujú odvápnovanie kostí. Najdôležitejší je aj príjem vápnika. Obsahujú ho mandle, mak, sezamové semienka, sušené slivky a marhule. Príjem draslík podporuje využitie vápnika v organizme.

Rozhovor s klientom SLKP Piešťany

1. Ste v SLK Piešťany prvý krát?

Nie som, som tu celkovo šiesty krát a štvrtý krát v Hoteli Pro Patria. Páči sa mi tu. Som spokojný nielen s liečebnými procedúrami ale aj s prostredím ako aj s atmosférou ktorá panuje v kúpeľoch. Dúfam že sa mi podarí prísť aj budúci rok.

2. Máte v rámci pobytu diétne stravovanie predpísané lekárom?

Áno, mám určenú diétu po konzultácii so svojim lekárom. Od roku 2004 mi diagnostikovali laktózovú intoleranciu. Diétu zodpovedne dodržiavam lebo som presvedčený že takýto prístup pozitívne ovplyvňuje moje zdravie.

3. Ste spokojný s kvalitou a chuťou pokrmov?

Som spokojný a snažím sa prípadné pripomienky konzultovať s asistentkou výživy ktorá tieto požiadavky aplikuje do môjho jedálneho lístka.

4. Ste spokojný s ponukou jedál v jedálnom lístku?

Keďže stravu mi vytvára asistentka výživy z ponuky jedál si nevyberám ale myslím si že jedálny lístok je pestrý.

5. Dbáte v bežnom živote na zdravé stravovanie?

Uvedomujem že správna životospráva je dôležitá pre zachovanie si zdravia aj pre znovuzískanie zdravia v prípade chorôb a rekonvalescencie. Snažím sa dodržiavať správnu životosprávu. Vyhýbam sa jedeniu červeného mäsa, nadmernej konzumácii rafinovaného cukru a zbytočnému presoľovaniu jedál.

6. Viete čím sa zaoberá diétológia?

Myslím si že sa zaoberá správnym určovaním pravidiel stravovania s prihliadnutím na jednotlivca a jeho zdravotný stav.

7. Zaujímajú Vás prednášky o stravovaní s asistentmi výživy?

Prednášky ma zaujímajú a bol by som rád keby bývali častejšie. Je škoda že málo pacientov využíva takéto príležitosti rozšírenia si svojich vedomostí.

8. Aké sú vaše stravovacie návyky doma?

Na raňajky zvyčajne jedávam ryby a bio nátierky s tmavým pečivom. V mojom zamestnaní je možnosť výberu z viacerých jedál a jednou z možností je makrobiotická strava ktorú si pravidelne dávam na obed. Doma večeriam väčšinou ryby s ryžou natural alebo pečenými zemiakmi.

ZÁVER

To, ako sa človek stravuje, významne ovplyvňuje jeho vývoj a zdravie. Každá zložka vo výžive má svoj osobitný vplyv na správny chod životných funkcií. Vhodné potraviny potom dodávajú telu potrebnú energiu pre jeho fungovanie a tiež dodávajú nevyhnutné živiny. Kvalitné stravovanie je dôležitou podmienkou pre spokojný pobyt hosťa v kúpeľoch, ale tiež často priamou súčasťou jeho liečebného procesu. K uzdraveniu alebo rýchlejšej regenerácii ľudského organizmu napomáha vonkajšie prostredie, ktorým pre človeka nie je len vzduch, ktorý dýcha, ale aj potrava, ktorú prijíma.

Potrava veľmi ovplyvňuje život človeka od narodenia až do smrti, pretože práve z nej je naše telo tvorené a tiež obnovované. Okrem stavebného materiálu pre bunky ľudského tela je tiež dôležitý príjem energie, ktorú potrebujeme k životu a fyzickej činnosti. Veľmi dôležitou súčasťou kúpeľnej starostlivosti je stravovanie, ktoré môže ovplyvniť spokojnosť pacienta. Má dôležitý vplyv na rýchlosť rekonvalescencie, kvôli ktorej pacient do kúpeľov prišiel. Kúpeľné stravovanie pokrýva dennú potrebu živín a energie. Nevyhnutná súčasť príjmu zahŕňa vstupnú prehliadku u lekára ktorý určí vhodnú diétu. Každá diéta má svoje číselné označenie, svoj názov a tiež je charakteristická svojím zložením. Diéta je vlastne v širšom zmysle slova výživa odporúčaná lekárom ako prevencia chorôb. O diétny systém a hlavne o jeho správne dodržiavanie sa v kúpeľoch starajú asistenti výživy, ktorí samozrejme spolupracujú nielen s lekárom, ale tiež s kuchármi alebo s vedením stravovacieho úseku kúpeľov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BUKOVSKÝ, I. 2014. *Nová mini encyklopédia prírodnej liečby*. Bratislava : AKV. 2014. 222 s. ISBN 978-80- 970230-0-3.

DOBERSKÝ, P. a kol. 1958. *Dietní systém pro lázeňské léčebné ústavy*. Praha : Vydavatelství vnitřního obchodu. 1958. 205 s.

ŠEBELOVÁ, M. 2002. *Potraviny a výživa*. Praha : Parta. 2002. 114 s. ISBN 80-7320-010-4.

PÁNEK, J., POKORNÝ, J., DOSTALOVÁ, J., KOHOUT, P. 2002. *Základy výživy*. Praha : Nakladatelství Svoboda Servis. 2002. 205 s. ISBN 80-86320-23-5.

ASISTENT VÝŽIVY MUSÍ, [online]. [citované 6.4.2016] Dostupné na internete: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/Urol-6.php>.

DIÉTNY SYSTÉM, [online]. [citované 6.4.2016] Dostupné na internete: <http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2016/01/dostalova.pdf>.

PRÍRODNÉ LIEČEBNÉ KÚPELE SMRDÁKY, a.s [online]. [citované 6.4.2016] Dostupné na internete: <http://www.obec-smrdaky.sk/o-obci-smrdaky-kupele>.

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s [online]. [citované 6.4.2016] Dostupné na internete: <http://piestany.danubiushotels.sk/?sid=j46e7os7qst0bis0arlj6cglr1>.

Kontaktná adresa autorky:

Anna Borsíková

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

anna.borsikova@spapiestany.sk

Kontaktná adresa spoluautorov:

Mária Kabátová

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

maria.kabatova@spapiestany.sk

Slavomír Trajčík

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

slavomir.trajcik@spapiestany.sk

KÚPEĽNÁ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE V ŠTATISTIKÁCH

KRIŽAN Štefan, VALOVIČ Roman, BALÁŽIKOVÁ Emília

Podľa štatistických zistení Národného centra zdravotníckych informácií SR (ďalej iba „NCZI“) za ostatných 5 rokov stúpol počet pacientov liečiacich sa v slovenských kúpeľoch o takmer 20-tisíc. Ľudia si najčastejšie chodia do kúpeľov preliečiť pohybové ústrojenstvo a dýchacie cesty. Kým v roku 2009 navštívilo slovenské kúpele 133 891 pacientov, v roku 2013 to bolo už 153 711. Z celkového počtu pacientov, ktorí sa v roku 2012 liečili na Slovensku, bolo 114 001 tuzemcov a 39 710 cudzincov.

Cudzinci vyhľadávali kúpeľné zariadenia v SR najmä pre liečbu chorôb pohybového ústrojenstva (37 381 liečených pacientov). Aj domáci pacienti si v kúpeľoch najčastejšie liečili pohybové ústrojenstvo (72 145 liečených).

V členení podľa veku podstúpilo liečbu 144 845 pacientov starších ako 19 rokov a 8 866 pacientov vo veku 0 – 18 rokov. Dospelí pacienti sa najčastejšie liečili na choroby pohybového ústrojenstva (73,5 %).

Z celkového počtu liečebných pobytov tuzemcov zdravotné poisťovne uhradili 53,1 % pobytov, zvyšných 46,9 % hradili pacienti (NCZI,2015).

V SR je 25 kúpeľných miest. Až 40 % klientov je zo zahraničia, najmä z krajín EU.

Celkový počet lôžok v uznaných kúpeľných podnikoch je cca 10 500. Ročne evidujú asi 3 milióny prenocovaní, pričom podiel zahraničných návštevníkov dosahuje cca 35 % čo je celoslovenský priemer (www.ask.sk).

Na základe údajov zo Zdravotníckych ročeniek NCZI za roky 2015 až 2014 sme spracovali prehľad kúpeľnej starostlivosti v indikačnej skupine „Choroby pohybového ústrojenstva“.

V prehľadovej tabuľke č.1 prezentujeme počty odliečených klientov zo SR a cudzincov podľa spôsobu hradenia pobytu – zdravotnou poisťovňou alebo samotnými poistencami.

Tabuľka č. 1 Kúpeľná starostlivosť v rokoch 2005 – 2014

Indikačná skupina Choroby pohybového ústrojenstva		Počet odliečených klientov			
Rok	Spolu	Pobyt hradený poisťovňou		Pobyt hradený poistencom	
		SR	Cudzinci	SR	Cudzinci
2014	108 117	29 261	148	43 893	34 815
2013	106 636	28 701	181	40 961	36 793
2012	99 860	25 666	302	41 278	32 614
2011	96 334	24 948	324	39 520	31 542
2010	93 565	24 473	219	35 925	32 948
2009	90 783	25 326	189	34 627	30 641
2008	106 664	26 210	261	38 227	41 966
2007	112 190	27 592	296	39 980	44 322
2006	111 098	19 967	308	44 103	46 720
2005	88 840	16 943	525	32 775	38 597

Zdroj: Zdravotnícke ročenky SR, 2014 – 2005

V rámci kúpeľnej starostlivosti v roku 2014 bolo na choroby pohybového ústrojenstva odliečených 108 117 klientov, z toho bolo 29 261 pobytov hradených zdravotnou poisťovňou v SR a 148 cudzincov. 43 893 pobytov si hradili samotní poistenci zo SR a 34 815 cudzinci (Zdravotnícka ročenka SR, 2014, s. 141).

Z prehľadovej tabuľky č. 1 je zrejmé markantné zníženie počtu odliečených klientov na choroby pohybového ústrojenstva v roku 2009 oproti roku 2008 o 15 881 klientov, čo bolo zrejme spôsobené ekonomickou krízou. V porovnaní rokov 2005 a 2014 je nárast počtu klientov o 19 277.

Tabuľka č. 2 Počet postelí v kúpeľoch v rokoch 2012 – 2014

Počet postelí v prírodných liečebných kúpeľoch a kúpeľných liečebniach	2012	2013	2014
	10 792	10 517	10 733
Z toho počet postelí na liečebné účely v SLKP		2050	2053

Zdroj: Zdravotníctvo SR v číslach. 2014, s. 11.

Vlastný, SLKP 2016

Tabuľka č. 3 Počet odliečených klientov zo SR v rokoch 2012 – 2014

Odliečení občania SR v kúpeľnej starostlivosti	2012	2013	2014
	108 585	114 001	112 331

Zdroj: Zdravotníctvo SR v číslach. 2014, s. 11.

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s. patria dlhodobo medzi najobľúbenejšie kúpele v SR.

Tabuľka č. 4

Výkony kúpeľnej starostlivosti v SLKP v rokoch 2013 – 2015

Výkony kúpeľnej starostlivosti	2013		2014		2015	
	amb.	ústavná	amb.	ústavná	amb.	ústavná
Minerálne a termálne kúpele	22 694	229 459	22 135	223 807	44 754	203 877
Peloidné výkony	12 992	131 362	12 899	130 425	25 672	116 950
Vodoliečba a masáže	24 014	242 810	23 220	234 775	44 625	203 290
Rehabilitácia	20 174	203 985	19 747	199 669	45 696	208 169

Zdroj: NCZI 2013 – 2015, www.nczi.sk

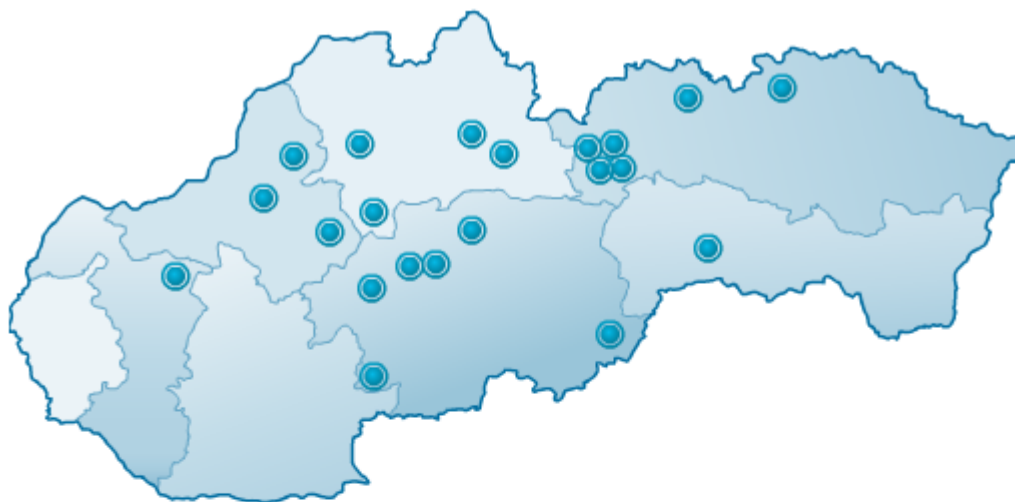
Vlastný, SLKP 2016

Z prehľadovej tabuľky je zrejmý nárast výkonov kúpeľnej starostlivosti v roku 2015 u ambulantných pacientov oproti predchádzajúcim rokom.

Priemerná dĺžka pobytu v kúpeľoch bola 10,5 nocí. 41 % klientov bolo zo SR, vyše polovici z nich hradili pobyt zdravotné poisťovne, z toho klientov VŠZP bolo 50 000.

Najviac cudzincov v kúpeľoch pochádzalo z Nemecka.

Podiel samoplatcov každoročne stúpa, skrátila sa však priemerná doba pobytu z 23 dní v roku 1995 na 16 dní v roku 2006. Každoročne sa zvyšuje podiel zahraničných klientov, pričom priemerná dĺžka ich pobytu je 17 dní (www.ask.sk).



Zoznam kúpeľov

- BARDEJOVSKÉ KÚPELE a.s.
- Kúpeľno-liečebný ústav Družba
- Kúpele Bojnice, a.s.
- Kúpele Brusno, a.s.
- Špecializovaný liečebný ústav Marína š.p.
- Wellness KOVÁČOVÁ, s.r.o.
- Kúpeľno-rehabilitačný ústav Bystrá
- Kúpele Lučivná, a. s.
- HOREZZA, a.s.
- Slovenské liečebné kúpele, a. s. Rajecké Teplice
- Liečebné termálne kúpele, a. s. Sklené Teplice
- Kúpele Sliač, a. s.
- Prírodné jódové kúpele ČŽ, a. s.
- Kúpele Dudince, a.s.
- SLOVOTHERMAE, Kúpele Diamant Dudince, š.p.
- Kúpele Horný Smokovec, s.r.o.
- Kúpele Lúčky, a. s.
- Kúpele Nimnica, a. s.
- KÚPELE NOVÝ SMOKOVEC, a. s.
- Slovenské liečebné kúpele, a. s. Piešťany (Smrdáky)
- KÚPELE ŠTÓS, a. s.
- Kúpele Trenčianske Teplice, a. s.
- Kúpeľno-liečebný ústav ARCO
- Slovenské liečebné kúpele Turčianske Teplice, a. s.
- Kúpele Vyšné Ružbachy, a. s.

Zdroj: www.ask.sk

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Edícia ročeniek. [online]. 2016. [citované 25.02.2016]. Dostupné na internete:
www.nczi.sk/Publikacie/Edicia_roceniek/Pages/default.aspx

Liečebné kúpele. [online]. 2016. [citované 25.02.2016]. Dostupné na internete:
www.ask.sk/sk/liecebne_kupele.php

Zdravotnícka ročenka SR. 2014. NCZI 2016, 243 s. ISBN 978-80-89292-47-9.

Zdravotníctvo SR v číslach. 2014. NCZI, 2015, 14 s.

Zdravotnícke ročenky SR, 2014 – 2005. NCZI.

Kontakt

Križan Š., Valovič R., Balážiková E.
SLKP a.s. Piešťany

LÁZEŇSKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2014

MANIAKOVÁ Dáša, LIBEŠOVÁ Lucie

„Zanechávám tři velké lékaře: vodu, pohyb, dietu.“ Vincenc Priessnitz

Narodil se 4. října 1799 v Gräfenberku (dnes Jeseník) u Frývaldova, byl zakladatel **přírodního léčitelství**. Prosazoval léčbu prací, čerstvým vzduchem a čistou horskou vodou. Položil tak základy hydroterapie. Je zakladatelem světoznámých **lázní** „Jeseník“. Lázně oficiálně vznikly až roku 1837, kdy císařská komise prohlásila vodoléčbu za: „nový pozoruhodný jev v oblasti zdravotnictví“. V lázních se tou dobou léčilo až 1500 pacientů ročně a sjížděli se lékaři z celé Evropy, aby studovali Priessnitzovy léčebné metody.

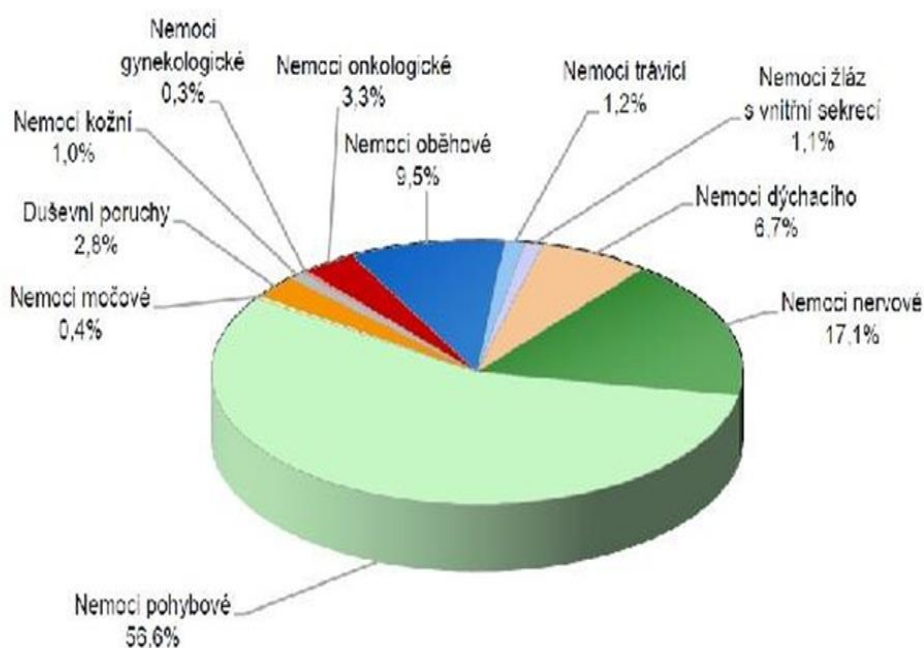


Rok 1999 vyhlásilo UNESCO, při příležitosti dvoustetletého výročí Priessnitzova narození, významným kulturním výročím.

Kdy a kde do lázní?

Našli jste se v grafu? Neváhejte a vyberte si:

- nemoci gynekologické;
- nemoci onkologické;
- nemoci oběhové;
- nemoci kožní;
- nemoci trávicí;
- nemoci močové;
- nemoci dýchací, pohybové, nervové, duševní poruchy, žláz s vnitřní sekrecí.



Graf 1 Lázeňská péče v ČR 2014

Zdroj: www.uzis.cz

Co očekávat?



Karlovy Vary – největší koncentrace léčivých pramenů

Snížení četnosti akutních onemocnění a dávek užívaných léků

Omezení komplikací základního onemocnění

Zlepšení kvality života a zařazení do kolektivu

Zlepšení fyziologických funkcí

Zvýšení pracovní kapacity

Optimalizace svalového metabolismu

Psychickou pohodu, optimizmus.

Mariánské Lázně

Sto studených pramenů minerální vody s vysokým obsahem oxidu uhličitého



Františkovy Lázně

- onemocnění srdce a oběhové soustavy
- nemoci pohybové soustavy
- nemoci gynekologické včetně neplodnosti



Luhačovice

- 16 jedinečných léčivých pramenů
- nejznámější „Vincentka“

Teplice

- nejstarší lázně ve střední Evropě
- 18. – 19. Století „malá Paříž“



Jáchymov

- unikátní radonová voda
- léčba nemocí pohybového aparátu

Lázně Poděbrady

- nemoci oběhové soustavy





Janské Lázně

- léčebna dětské obrny

Lázně Bělohrad

- blahodárné účinky rašeliny
- úspěšné léčení onemocnění pohybového, nervového, gynekologického a kožního původu



Lázně Kynžvart

- nemoci dýchacích cest u dětí

Lázně Libverda

- „boží voda“
- onemocnění srdce a oběhového systému
- onemocnění nervové
- onemocnění pohybového aparátu



SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

JANDOVÁ, D. 2010. Balneologie - česká lázeňská medicína na počátku třetího tisíciletí. In *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 14, s. 11-13. ISSN: 0044-1996.

NOVOTNÝ, J. 2012. Zapomenutý génius Vincez Priessnitz. In *Vita nostra revue*, 2012, roč. 21, č. 4, s. 67-71. ISSN: 1212-5083.

ÚZIS ČR, 2015, ISBN: 978-80-7472-143-4.

ZIMA, T. 2010. České lázeňství má tradici. In *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 14, s. 4. ISSN: 0044-1996.

Kontakt

Mgr. Maniaková, Daša
UJEP- FZS v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 96 Ústí nad Labem

Email: dasa.maniakova@ujep.cz

Mgr. Libešová, Lucie
UJEP- FZS v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 96 Ústí nad Labem

Email: Lucie.libesova@ujep.cz

PROBLEMATIKA OŠETROVATEĽSKÉHO VÝSKUMU Z POHLADU SESTIER

RAKOVÁ Jana

ABSTRAKT

Príspevok poukazuje na dôležitosť participácie sestier na vedecko-výskumnej činnosti v prospech rozvoja odboru ošetrovateľstva. *Cieľ:* Naším cieľom bolo identifikovať názory sestier zapojených do nášho prieskumu na problematiku ošetrovateľského výskumu. *Metodika:* Prieskumu sa zúčastnilo 129 sestier pracujúcich v 2 ústavných zdravotníckych zariadeniach v Košiciach. Najpočetnejšie zastúpenie mali sestry s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (49 % sestier) a s dĺžkou odbornej praxe 11- 20 rokov (43 % sestier). Zber dát bol uskutočnený s využitím neštandardizovaného dotazníka. Interpretáciu výsledkov sme realizovali prostredníctvom metód deskriptívnej štatistiky. *Výsledky:* Znalosť ošetrovateľstva založeného na dôkazoch objasnilo len 19 (15 %) sestier. Realizácia vlastného výskumu sa potvrdila len u 34 (26 %) sestier, ktoré prezentovali svoje výsledky hlavne pri obhajobe záverečných prác. Súhlasný názor na to, že aplikáciou vedecky podložených poznatkov v praxi zefektívňujeme ošetrovateľskú starostlivosť prevládal v kategórii sestier do 40 a nad 40 rokov. Potrebu realizácie výskumu v ošetrovateľstve potvrdilo 89 (69 %) sestier. *Záver:* Naše zistenia poukazujú na nutnosť zvýšiť motiváciu sestier a zároveň znásobiť priestor v prospech ich aktívnej účasti na vedecko-výskumnej činnosti v praxi.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Ošetrovateľský výskum. Rozvoj profesie. Sestra. Vedecky podložené poznatky.

ÚVOD

O problematike ošetrovateľského výskumu je dôležité uvažovať vzhľadom k tomu, že úzko súvisí s rozvojom ošetrovateľskej teórie i praxe. V literatúre existuje viacero definícií, popisov a koncepcií výskumu. Vo všeobecnosti môžeme **výskum** chápať ako organizovaný, systematický a logický proces skúmania, pri ktorom sa využíva empirická informácia pre zodpovedanie otázok (Punch, 2008). Ako tvorivú poznávaciu činnosť v oblasti akéhokoľvek odboru (medicíny, ošetrovateľstva a pod.), smerujúcu k odhaleniu vlastností, príčin a podmienok jednotlivých zákonitostí konkrétnych javov v prírode a ľudskej spoločnosti špecifikujú výskum Bártlová, Sadílek, Tóthová (2005).

Ošetrovateľský výskum je podľa ošetrovateľského slovníka zameraný na skúmanie javov, ktoré sú vymedzené predmetom ošetrovateľstva ako vednej disciplíny. Oblasť výskumu sa vzťahuje na účastníkov ošetrovateľskej starostlivosti (osoby), spoločenské a prírodné prostredie, ktoré súvisí so zdravím a v ktorom sa realizuje ošetrovateľská starostlivosť (Čáp, 2011).

Počiatky ošetrovateľského výskumu na medzinárodnej úrovni siahajú do obdobia štyridsiatych rokov minulého storočia. Za zakladateľky výskumu v ošetrovateľstve sú pokladané americké sestry. Robili výskum, pri ktorom sledovali vzdelanie, pracovné požiadavky a potreby sestier. Americký ošetrovateľský výskum pozitívne ovplyvnil postavenie sestier, ich role a motiváciu v povolání. V súčasnosti je ošetrovateľský výskum realizovaný v rámci klinickej praxe. Rola sestry výskumníčky sa stáva v spoločnosti aktuálnou, utvára sa v nej ošetrovateľstvo ako sociálne významná, dôveryhodná vedecká profesia a záruka kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti (Farkašová a kol., 2006).

V roku 1986 bolo významnou udalosťou v histórii ošetrovateľstva založenie Národného centra pre výskum v ošetrovateľstve (ďalej „NCNR“), ktoré má štyri pobočky. Prvá z nich, je zameraná na rozvoj výskumu, ktorý je realizovaný sestrami formou postgraduálnych štipendií, zo zdrojov NCNR. Ďalšie tri pobočky sú orientované na realizáciu základného alebo aplikovaného výskumu v ošetrovateľstve. Zaoberajú sa klasifikáciou chorôb, prevenciou, ošetrovateľskou starostlivosťou a inými projektmi (Mastiliaková, 2003).

Počiatky ošetrovateľského výskumu na národnej úrovni sa spájajú s etablovaním ošetrovateľského vzdelávania na vysokej škole v roku 1962, týmto medzníkom boli položené základy výskumu v ošetrovateľstve na Slovensku. Ošetrovateľstvo je považované za najstaršie umenie a najmladšiu vedu. Obdobie politických zmien po roku 1989 ovplyvnili ošetrovateľstvo na Slovensku novými prístupmi, ktoré mali nový charakter ponímania profesionalizácie. V prvých rokoch profesionalizácie ošetrovateľstva sa Slovensko dostalo do kontaktu s mnohými odborníkmi z Európy a USA, ktorí nám otvorili dvere pre profesionálnu zmenu v našej ošetrovateľskej teórii a praxi. Bolo potrebné pochopiť základné atribúty, stanoviť úlohy ošetrovateľstva a začleniť ošetrovateľstvo do tímovej zdravotnej starostlivosti. Prvým a nevyhnutným krokom zmeny bol vzdelávací proces. Podľa Hanzlíkovej (2011) profesia potrebuje najmä vysokoškolsky vzdelaných pracovníkov, čím sa vyzdvihne prestíž ošetrovateľstva. Po roku 1990 sa rozšírila možnosť univerzitného vzdelávania sestier, čo pozitívne ovplyvnilo aj aktivity v oblasti ošetrovateľského výskumu. Súčasťou nových vzdelávacích programov sa stalo okrem iného aj príprava sestier

na výskumnú činnosť, čím sa do vzdelávacích programov začlenili predmety ako metodológia výskumu, propedeutika vedy a diplomový seminár. Slovenský národný program ošetrovateľstva poskytuje ciele a úlohy pre výskum. V dizertačných, rigorózných, diplomových a absolventských prácach je mnoho poznatkov z oblastí ošetrovateľstva, ktoré by mali byť databázou pre ďalšie využitie. (Farkašová a kol., 2006). Na základe požiadaviek sestier volajúcich po zmenách vo vzdelávaní a implementácii novodobých celosvetových trendov do ošetrovateľskej praxe a po vstupe Slovenska do Európskej únie sa začalo vysokoškolské vzdelávanie v odbore ošetrovateľstvo orientovať na uspokojenie potrieb, skvalitňovanie ošetrovateľskej starostlivosti založenej na dôkazoch, výchovu sestier k autonómnosti a zodpovednosti (Korintušová, 2012).

5 kľúčových bodov, súvisiacich s výskumom v ošetrovateľstve identifikuje Pick et al. (2011), keď uvádza:

1. Klinický výskum je dôležitý pre nájdenie nových spôsobov liečby a zlepšovania zdravotnej starostlivosti o pacientov.
2. Špecializované výskumné sestry (ang. výraz „research nurses“) resp. podľa našej terminológie sestry výskumníčky potrebujú dôkladne pochopiť výskumný proces a terminológiu, vzhľadom na špeciálne zameranie výskumu.
3. Sestry pôsobia ako obhajkyne pacientov, čo zaisťuje, že pacienti sú chránení a podporovaní počas celej výskumnej štúdie.
4. Sestry výskumníčky by mali mať širokú škálu zručností, vrátane riadenia a organizácie, výučby, mentoringu, komunikácie a zručností v rámci informačných technológií.
5. Pre úspešný výskum má zásadný význam kooperácia jednotlivých vedeckých pracovníkov v multidisciplinárnom tíme.

Ak sa má ošetrovateľstvo rozvíjať ako odbor s výskumnou základňou, nemalo by byť prekvapivé, že sestry by mali mať určité vedomosti o výskume a mali by sa podieľať na identifikácii problémov vhodných pre výskum. Rovnako by sestry v rámci výkonu svojej profesie mali vedieť implementovať výsledky výskumu v ošetrovateľskej praxi. Nadväzujúc na tieto uvedené fakty rozhodli sme sa uskutočniť prieskum, ktorého cieľom bolo **identifikovať názory sestier na problematiku ošetrovateľského výskumu.**

V prieskume sme na zber dát využili neštandardizovaný dotazník, ktorý bol distribuovaný sestrám pracujúcim v dvoch ústavných zdravotníckych zariadeniach v Košiciach. Dotazníky boli distribuované v období mesiacov 10-12/2012 na základe získaného súhlasu v oslovených zdravotníckych zariadeniach (podľa Jaballah, 2013). Celkovo bolo distribuovaných 160 dotazníkov s návratnosťou 129 (80,6 %). Všetky sestry zapojené do prieskumu boli ženského pohlavia.

Z celkového počtu 129 sestier dĺžku odbornej praxe do 10 rokov uviedlo 45 sestier (35 %), dĺžku odbornej praxe 11 – 20 rokov udalo 55 (43 %) sestier, 21 – 30 rokov potvrdilo 17 (13 %) sestier, 31 a viac rokov udalo 12 (9 %) sestier. Z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania celkovo vo vzorke mali najpočetnejšie zastúpenie sestry s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (Bc.) v počte 63 (49 %), 40 sestier (31 %) malo vysokoškolské vzdelanie II. stupňa (Mgr.), stredoškolské vzdelanie (SZŠ) udalo 19 (14 %) sestier, vyššie odborné vzdelanie (skr. VOV) uviedlo 5 (4 %) sestier, rigorózne štúdium (PhDr.) absolvovali 2 (2 %) sestry. Z celkového počtu 129 sestier malo ukončené špecializačné štúdium 78 (60 %).

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Z hľadiska kategorizácie dát sme podľa veku sestry rozdelili do 3 skupín - do 30 rokov, do 40 rokov a nad 40 rokov. Z našich výsledkov interpretujeme nasledujúce zaujímavé zistenia.

Objasnenie významu „Ošetrovatel'stvo založeného na dôkazoch“ (*Evidence Based Nursing – skr. EBN*)

Rozvoj praxe založenej na dôkazoch predstavuje kľúčový komponent modernej zdravotnej starostlivosti (Hanzlíková, 2011). Z celkového počtu 129 sestier, 19 (15 %) uviedlo kladnú odpoveď, pri objasňovaní významu EBN, pričom všetky sestry odpovedali správne a 110 (85 %) sestier tento pojem nepoznalo. Z hľadiska vekových kategórií (tab. 1) bol najviac známy pojem EBN pre sestry v kategórii do 30 rokov. Vychádzajúc zo zistenia poukazujeme na skutočnosť, že znalosti cudzieho jazyka, ktorý je v dnešnej dobe štandardom mladších vekových kategórií, sú základnou bázou aj pre získavanie medzinárodne platných odborných poznatkov a dôkazov v oblasti EBN. Horňáková a kol. (2006) popisujú, že používať cudzí jazyk je pre dnešné sestry, ktoré túžia po seberealizácii, pevnou súčasťou ich osobnostného a vzdelanostného rastu a uspokojenia.

Tab. 1 Znalosť pojmu Evidence Based Nursing podľa vekových kategórií

Veková kategória		Do 30 n=41	%	Do 40 n=44	%	Nad 40 n=44	%
Znalosť pojmu EBN	áno	11	27	6	14	2	3
	nie	30	73	38	86	42	95

REALIZÁCIA VLASTNÉHO VÝSKUMU A PREZENTÁCIA VÝSLEDKOV

Pôsobenie sestier v ošetrovateľskom výskume podporujú mnohé národné i medzinárodné organizácie. Z celkového počtu 129 sestier výskum realizovalo 34 (26 %) sestier a nerealizovalo celkovo 95 (74 %) sestier. Pri pohľade na odpovede sestier podľa vekových kategórií je zrejmé, že v kategórii do 30 rokov (34 % sestier) a do 40 rokov (36 % sestier) realizovalo výskum, zatiaľ čo v kategórii nad 40 rokov len 4 (9 %) sestry potvrdili realizáciu vlastného výskumu. Toto zistenie v tab. 2 si vysvetľujeme tým, že účasť sestier na výskume sa poväčšine spája so zvyšovaním kvalifikácie absolvovaním vysokoškolského štúdia najmä II. stupňa (Mgr.). Bártlová, Tóthová (2010) vo svojom výskume rovnako potvrdzujú pozitívny vzťah medzi vyšším vzdelaním sestier a ich participáciou vo výskume.

Tab. 2 Realizácia vlastného výskumu z hľadiska vekových kategórií sestier

Veková kategória		Do 30 n=41	%	Do 40 n=44	%	Nad 40 n=44	%
Realizácia výskumu	áno	14	34	16	36	4	9
	nie	27	66	28	64	40	91

Tab. 3 informuje, kde sestry zapojené do nášho prieskumu najčastejšie prezentovali výsledky vlastných výskumných prác. Pri tomto zisťovaní tvorí súbor 34 sestier, ktoré v predošlej otázke odpovedali áno a realizovali vlastný výskum. Celkovo sestry prezentovali svoje výskumné výsledky na 48 miestach, pričom pozorujeme výraznú prevahu pri obhajobe záverečných prác (až 30 z nich). Vysokoškolské štúdium sa vo veľkej miere podieľa na výskumných aktivitách a ich prezentácii. V komparácii našich zistení z prieskumom Jakubekovej, Illievovej (2011) vidíme, že v ich prípade žiadna z respondentiek nedistribuovala výsledky záverečnej práce ani verbálnou ani písomnou formou. Autorky ďalej uvádzajú, že sestry sa musia aktívne podieľať na výskumnej činnosti, čím môžu prispievať k zdokonaľovaniu a zlepšovaniu starostlivosti o pacienta.

Tab. 3 Miesta prezentácie vlastného výskumu podľa vekových kategórií

Veková kategória		Do 30	Do 40	Nad 40
Prezentácia výsledkov vlastného výskumu	Obhajoba záverečnej práce	17	11	2
	Vlastné pracovisko	4	5	1
	Mimo pracoviska	1	2	1
	Zahraničie	0	1	0
	Odborné časopisy	1	1	1
Spolu odpovedí		23	20	5

Aplikáciou vedecky podložených poznatkov k zefektívneniu ošetrovateľstva

Tab. 4 znázorňuje súhlas/nesúhlas 129 sestier zapojených do nášho prieskumu, či aplikáciou vedecky podložených poznatkov dochádza k zefektívneniu ošetrovateľskej starostlivosti. 77 (60 %) sestier sa vyjadrilo kladne (áno, skôr áno), 43 (33 %) sestier sa vyjadrilo záporne (nie, skôr nie) a 9 (7 %) sestier odpovedalo neutrálne. Vo vekovej kategórii do 30 rokov pozorujeme prevahu neutrálnych odpovedí, čo naznačuje vážavý a skôr nevyhranený názor na tento skúmaný fakt. Vo vekovej kategórii do 40 a nad 40 je jednoznačná prevaha kladných odpovedí. So zvyšujúcim sa vekom sestier je možné pozorovať väčší vplyv vedeckých poznatkov na efektivitu v ošetrovateľstve. Botíková a kol. (2009) uvádzajú, že syntéza vedeckých poznatkov s faktickými poznatkami z praxe, ktoré sú založené na výsledkoch výskumu, vedie k podloženým racionálnym rozhodnutiam v procese starostlivosti o pacienta. Stotožňujeme sa s tvrdením Kilíkovej (2015), že výsledkom procesu implementácie výsledkov a dôkazov ošetrovateľských výskumov v klinickej praxi je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti „na mieru“, ktorá je prínosom pre pacienta, pre jeho rodinu, pre ošetrojúcich a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Tab. 4 Zefektívnenie ošetrovateľstva vedeckými poznatkami z hľadiska veku

Veková kategória		Do 30 n=41	%	Do 40 n=44	%	Nad 40 n=44	%
Zefektívnenie ošetrovateľstva v dôsledku vedeckých poznatkov	silne súhlasím	8	19	20	45	16	36
	súhlasím	5	12	17	39	11	25
	ani súhlas ani nesúhlas	16	39	7	16	4	9
	nesúhlasím	6	15	0	0	10	23
	silne nesúhlasím	6	15	0	0	3	7

Najviac preskúmaná oblasť v ošetrovatel'stve a potreba realizácie výskumu

V tab. 5 prezentujeme názor sestier na najviac preskúmanú oblasť ošetrovatel'stva.

V kategórii do 30 rokov uviedlo 14 (34 %) sestier za najviac preskúmanú oblasť ošetrovatel'stva vzdelávanie sestier a vo vekovej kategórii do 40 rokov považovalo za najviac preskúmanú oblasť kvalitu života pacienta 22 (50 %) sestier. Vo vekovej kategórii nad 40 rokov uviedlo 21 (48 %) sestier najviac preskúmanú oblasť kvalitu ošetrovatel'skej starostlivosti. Myslíme si, že širšia oblasť záujmu v rámci výskumu v ošetrovatel'stve by prispela k širšiemu objasneniu, skvalitneniu a spokojnosti v každom smere.

Tab. 5 Najviac preskúmaná oblasť ošetrovatel'stva z hľadiska vekových kategórií

Veková kategória	Do 30 n=41	%	Do 40 n=44	%	Nad 40 n=44	%
Legislatívne zmeny	1	5	1	2	0	0
Vzdelávanie sestier	14	34	4	9	3	7
Kvalita života pacienta	8	19	22	50	10	23
Kvalita ošetrovatel'skej starostlivosti	3	7	6	14	21	48
Životný štýl sestier	10	24	7	16	0	0
Pracovné podmienky sestier	3	7	3	7	3	7
História ošetrovatel'stva	1	2	0	0	5	11
Ošetrovatel'ské postupy a techniky	1	2	0	0	2	5
Validita ošetrovatel'kých diagnóz	0	0	1	2	0	0

Názor, či je potrebné realizovať výskum v ošetrovatel'stve sme zisťovali u sestier, ktoré sa zúčastnili nášho prieskumu. Zo 129 sestier odpovedalo 89 (69 %) sestier kladne (áno, skôr áno), 30 (23 %) záporne a 10 (4 %) neutrálne. Vo všetkých vekových kategóriách ako pozorujeme v tab. 6 viac ako polovica (do 30 rokov 58 %, do 40 rokov 64 %, nad 40 rokov 84 %) sestier potvrdila, že je potrebné realizovať výskum v ošetrovatel'stve, čo by mohlo mať významný benefit pre ošetrovatel'stvo z futurologického hľadiska. O nutnosti prepojenia teórie, praxe a výskumu hovorí aj Kilíková (2015) tvrdením, že je žiaduce, aby klinická prax ošetrovúcich mala vedecký základ.

Tab. 6 Potreba realizácie výskumu z hľadiska vekových kategórií

Veková kategória		Do 30 n=41	%	Do 40 n=44	%	Nad 40 n=44	%
Potreba realizácie výskumu	áno	10	24	11	25	18	41
	skôr áno	14	34	17	39	19	43
	skôr nie	7	17	12	27	5	12
	nie	4	10	1	2	1	2
	neviem	6	15	3	7	1	2

ZÁVER

Z hľadiska novodobých poznatkov obsiahnutých v aktualizovanej smernici 2013/55 EÚ je nevyhnutné implementovať vedecké poznatky pre prax založenú na dôkazoch a podporovať a udržiavať pozitívny obraz ošetrovateľstva (EFNA, 2015). Vzdelanie predstavuje veľmi významný faktor pre efektívny výkon profesie a postoj k vlastnému zdraviu (Dimunová, Mechírová, 2013). Nové vedecké prístupy v ošetrovateľstve a ich aplikácia v praxi metodologicky vychádzajú z celostného prístupu k človeku v zdraví i v chorobe (Zamboriová, Simočková, 2014). V dôsledku snahy o ekonomickosť zdravotníckych služieb musí byť starostlivosť poskytovaná na vysokej, kvalitnej úrovni a mala by sa uskutočňovať v súlade s aktuálnymi a vedecky podloženými poznatkami založenými na dôkazoch. (Alexander, Runciman, 2003, Hulková, 2016).

Vyplývajú z našich zistení si dovoľíme poukázať na potrebu motivovať sestry k účasti na výskume v rámci spolupráce v multidisciplinárnom tíme. Zároveň vyjadrujeme názor, že je potrebné vytvárať priestor pre uplatnenie potenciálu sestier a rozširovanie ich kompetencií v zmysle podpory ošetrovateľského výskumu a rozvoja moderného ošetrovateľstva.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. 2003. *Struktura kompetencií všeobecné sestry podľa ICN*. Brno : NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2005. *Výzkum a ošetrovateľství*. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V. 2010. The roles and expectations of nurses from nursing research in Czech republic. *J of Nursing, Social Studies and Public Health* 2010, 1(1-2): 54-61.

BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. 180 s. ISBN 978-80-8082-253-8.

ČÁP, J. 2009. Ošetrovatel'ský výskum. In Žiaková, K. a kol. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin : Osveta, 2009. s. 112-113. ISBN 978-80-8063-315-8.

DIMUNOVÁ, L., MECHÍROVÁ, V. 2013. Vybrané faktory životného štýlu u sestier a pôrodných asistentiek. In *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*, ISSN 1804-2740, roč. 4, č. 4 (2013), s. 700-707.

European Federation of Nurses Associations (EFNA). 2015. *EFN Competency Framework*. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. Brussels, Belgium. [online]. [cit. 2016-3-03]. Dostupné na: <<http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015-SK.pdf>>.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-228-6.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin : Osveta, 2011. 156 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha : Grada Publishing, 2016. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.

HORNÁKOVÁ, A. a kol. 2006. Motivácia zdravotnej sestry učiť sa cudzí jazyk. In Kudlová, P. (ed.) *Sociokulturní kontexty v ošetrovatel'ství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. Olomouc, 2006. s. 438-443. ISBN 80-244-1424-4.

JABALLAH, Z. 2013. *Uplatňovanie profesijnej roly sestry výskumníčky v súčasnej ošetrovatel'skej praxi*. VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Diplomová práca. 2013. 65 s.

JAKUBEKOVÁ, J., ILLIEVOVÁ, Ľ. 2011. Postoj sestier k výskumu v ošetrovatel'stve. In Bašková, M., Bubeníková, M., Kelčíková, S. (eds.) *Výskum v nelekárskych študijných programoch*. Martin: JLF UK, 2011. s. 89-96. ISBN 978-80-88866-94-7.

KILÍKOVÁ, M. 2015. Evidence Based Nursing - Teoretické východiská starostlivosti v psychiatrickom ošetrovatel'stve. In *Starostlivosť o psychiatrického pacienta v 21. storočí*. Bratislava : SKSaPA, 2015. s. 27-34. ISBN 978-80-89542-53-6.

KORINTUŠOVÁ, M. 2012. Päťdesiat rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku v odbore ošetrovatel'stvo. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. 2012, ISSN 1336-183X, roč. X., č. 5, s. 8.

MASTILIAKOVÁ, D. 2003. *Úvod do ošetrovatel'ství. Systémový prístup*. 1. díl. Praha : UK, 2003. 184 s. ISBN 80-246-0429-9.

PICK, A. et al. 2011. The role of the research nurse. [online]. *Nursing Times*. Apr 2011;107. [cit. 2016-3-03]. Dostupné na: <<http://www.nursingtimes.net/Journals/1/Files/2011/4/21/Research%20nurse%20role.pdf>>.

PUNCH, K.F. 2008. *Úspešný návrh výzkumu*. Praha : Portál, 2008. 232 s. ISBN 978-80-7367-468-7.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2014. Zdravie ako súčasť metaparadigmy v ošetrovatel'stve. In *20 rokov agentúr domácej ošetrovatel'skej starostlivosti na Slovensku*. Kežmarok: AADOS, 2014. s. 265-274. ISBN 978-80-971586-5-1.

Kontakt na autora:

PhDr. Jana Raková, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovatel'stva

Tr. SNP 1, 040 11 Košice

e-mail: janka.rakova@gmail.com

BEZPEČNOSŤ PACIENTA A MANAŽMENT RIZÍK

VALKOVÁ Monika

ABSTRAKT

Nedostatočná bezpečnosť pacienta predstavuje závažný problém pre verejné zdravie. Spôsobuje zvýšenú mortalitu, morbiditu a predĺženie hospitalizácie. Zároveň má negatívne dopady na ekonomiku, spôsobuje zvýšenie nákladov pre finančné zdroje v oblasti zdravotnej starostlivosti. Za negatívne príhody zodpovedajú prevažne systémové faktory tak v ústavnej ako aj primárnej starostlivosti. Svetová zdravotnícka organizácia definovala bezpečnosť pacientov ako právo pacientov neutrpieť zbytočnú ujmu alebo potenciálnu ujmu spojenú so zdravotnou starostlivosťou.

Kľúčové slová: Bezpečnosť pacienta. Riziko. Manažment rizík.

BEZPEČNOSŤ PACIENTOV PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Vážnym problémom, ktorý predstavuje zvyšujúcu sa hrozbu pre systémy zdravotníctva na celom svete, je bezpečnosť pacientov. **V apríli 2005 bolo Luxemburskou deklaráciou** o bezpečnosti pacientov uznané, že prístup k vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti je základným ľudským právom, ktoré musia rešpektovať krajiny Európskej únie.

„Bezpečnosť pacientov vymedzila Svetová zdravotnícka organizácia ako právo pacientov neutrpieť zbytočnú alebo potenciálnu ujmu spojenú so zdravotnou starostlivosťou. Riadenie rizík sa musí stať bežným nástrojom v celom zdravotníckom sektore. Predpokladom riadenia rizík je otvorené a dôverné pracovné prostredie. Správy o nežiaducich udalostiach by sa mali podávať skôr konštruktívnym ako disciplinárnym spôsobom, bez strachu z negatívnych dôsledkov...“ (Luxembourg Declaration on Patient Safety Luxembourg, April 5, 2005).

LUXEMBURSKÁ DEKLARÁCIA O BEZPEČNOSTI PACIENTOV

Luxemburská deklarácia o bezpečnosti pacientov prijala nasledujúce odporúčania pre členské štáty EÚ:

- umožniť pacientom úplný a voľný prístup k informáciám, zaistiť správnosť týchto informácií a ich zrozumiteľnosť pre pacientov,
- presadzovať princíp, že informovaný pacient je lepšie vybavený v starostlivosti o svoje zdravie,
- podniknúť potrebné kroky na vytvorenie spoločného vymedzenia pojmov, terminológie a ukazovateľov v oblasti bezpečnosti pacientov,
- postupne zavádzať procesy v oblasti riadenia rizík v zdravotníctve, napríklad vytváraním algoritmov a indikátorov kvality,
- optimalizovať využitie nových technológií, napríklad zavádzaním elektronickej formy zdravotnej dokumentácie,
- vytvoriť národné fórum zaoberajúce sa problematikou bezpečnosti pacientov,
- zabezpečiť, aby bezpečnosť pacientov bola zahrnutá do vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov a poskytovateľov starostlivosti,
- zlepšiť systémy podávania správ bez sankcií a systémy učenia sa, aby bolo možné zachytiť rozsah, druh a príčiny nežiaducich udalostí. Správy by mali byť podávané skôr konštruktívnym ako disciplinárnym alebo represívnym spôsobom,
- zaistiť, aby národná legislatíva chránila súkromie pacientov a dôvernosť zdravotnej dokumentácie,
- spolupracovať s pacientami a ich blízkymi s cieľom informovať ich o existencii nežiaducich udalostí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane,
- podporovať európske programy výskumu v oblasti bezpečnosti a dokončiť výskum, ktorý v súčasnosti prebieha na vnútroštátnej úrovni,
- zvážiť, akým spôsobom možno dosiahnuť a dlhodobo udržať efektívnu spoluprácu v oblasti bezpečnosti pacientov medzi členskými štátmi (Cesta ke kvalitnímu a bezpečnejšiemu zdravotníctví, 2008).

Komisia vo svojej bielej knihe „Spoločne za zdravie: strategický prístup EÚ na obdobie 2008 – 2013“ z 23. októbra 2007 sa bezpečnosť pacienta určuje ako oblasť činnosti.

Z existujúcich dôkazov vyplýva, že členské štáty EÚ sú na rôznej úrovni rozvoja a vykonávania účinných a komplexných stratégií bezpečnosti pacienta. Zámerom tohto odporúčania je preto vytvoriť rámec na podnietenie rozvoja politiky a budúcu činnosť v členských štátoch a spoločne vo viacerých členských štátoch s cieľom riešiť kľúčové otázky bezpečnosti pacienta, pred ktorými EÚ stojí. Členské štáty by mali zriaďovať, udržiavať alebo zdokonaľovať komplexné systémy podávania správ a systémy učenia sa, aby bolo možné zaznamenávať rozsah a príčiny negatívnych príhod s cieľom vypracovať účinné riešenia a zásahy. Bezpečnosť pacienta by sa mala zahrnúť do vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov ako poskytovateľov starostlivosti. Na úrovni Spoločenstva by sa mali zhromažďovať porovnateľné údaje s cieľom zaviesť účinné a transparentné programy, štruktúry a politiky bezpečnosti pacienta a najlepšie postupy by sa mali šíriť v rámci členských štátov. S cieľom uľahčiť vzájomné učenie sa je potrebné vypracovať spoločnú terminológiu pre bezpečnosť pacienta a spoločné ukazovatele, a to prostredníctvom spolupráce členských štátov a Európskej komisie s prihliadnutím na činnosť príslušných medzinárodných organizácií.

MIMORIADNE UDALOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Podľa údajov v zahraničí je približne každý desiaty hospitalizovaný pacient poškodený pri pobyte v zdravotníckom zariadení (Marx, 2007). V ostatných dvoch desaťročiach sa zvýšil záujem o kvalitu a dosiahol úroveň spoločenskej nevyhnutnosti. Kvalita sa stala integrálnou súčasťou celej spoločnosti každodenného života. Pokiaľ by platil Heinrichov pomer „1:29:300“, keď na jedno vážne poškodenie sa s vysokou mierou pravdepodobnosti vyskytlo 29 incidentov s miernym poškodením a 300 mimoriadnych udalostí bez vážnych následkov (obr. č. 1), bol by počet poškodených pacientov pravdepodobne vyšší. Ako uvádza Müllerová (2010) na začiatku 90. rokov minulého storočia bolo tabu o podobnej problematike rozprávať. Verejne priznať, že v zariadení došlo k mimoriadnej udalosti, bolo pre niektorých manažérov veľmi ťažké.



Obr. č. 1 Heinrichov trojuholník alebo pyramída bezpečnosti

Zdroj: Špirudová, 2009

Problematikou kvality zdravotnej starostlivosti sa v ČR zaoberal Gladkij, Heger a Strnad. V ich publikácii nájdeme deväť dimenzií kvalitnej starostlivosti, ktorú v roku 1995 definovala Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations:

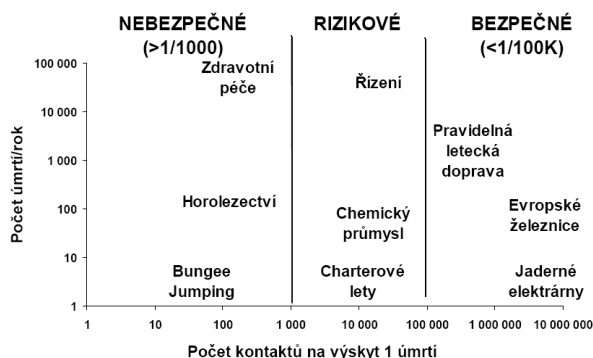
1. Dostupnosť.
2. Primeranosť – vhodnosť.
3. Sústavnosť.
4. Účinnosť.
5. Bezpečnosť.
6. Hospodárnosť – ekonomickosť.
7. Autonómiu pacienta a spokojnosť.
8. Očakávanú účinnosť.
9. Včasnosť.

Škrlovi (2003) označujú kvalitu za komplexný pojem a okrem vyššie uvedených uvádzajú ďalšie dimenzie kvality:

10. Kompetencie.
11. Prijateľnosť.

Slovenská republika sa aktívne zapája do projektov týkajúcich sa bezpečnosti pacienta. Koncom mája 2012 sa v dánskom Roskilde konala úvodná konferencia medzinárodného projektu „Sieť EÚ pre bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti“ (PaSQ). Zúčastnili sa ho partneri z 27 členských štátov únie a aktívne sa do projektu zapojilo aj Slovensko.

Odhaduje sa, že 8 až 12 % hospitalizovaných pacientov v členských štátoch EÚ je počas poskytovania zdravotnej starostlivosti vystavených negatívnym príhodám.



Obr. č. 2 Aká ne (bezpečná) je zdravotná starostlivosť

Zdroj: Marx, 2006

Mimoriadnu udalosť definujú Škrlovi (s.50, 2003) ako „*udalosť, keď nastalo pochybenie pri výkone starostlivosti o pacienta či procedúry alebo keď intervencia neprebehla podľa plánu, platných smerníc alebo ošetrovateľských štandardov a následkom toho nastalo poškodenie zdravia pacienta, zamestnanca, inej osoby alebo majetku.*“

Medzi hlavné nežiaduce / mimoriadne udalosti v zdravotníckych zariadeniach patria:

- infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou (okolo 25 % z prípadov nežiaducich javov),
- omyly pri predpisovaní alebo podávaní liekov,
- chirurgické omyly,
- zlyhania lekárskeho prístrojov,
- omyly pri diagnostikovaní,
- nesprávne reakcie zdravotníckeho personálu na výsledky testov pacientov.

Škrľa (2005) rozdeľuje klasifikáciu mimoriadnych udalostí do dvoch hlavných skupín:

1. Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa následkov.
2. Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa príčiny.

Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa následkov

Podľa následkov môžeme mimoriadne udalosti rozdeliť do troch až štyroch skupín.

Do prvej kategórie patria mimoriadne udalosti, pri ktorých vzniku bolo či už zámernou alebo náhodnou intervenciou, v poslednej chvíli zabránené. Do druhej kategórie zaraďujeme mimoriadne udalosti bez následkov. K posledným kategóriám patria mimoriadne udalosti s následkom. Túto skupinu môžeme rozdeliť na udalosti s ľahkým a ťažkým následkom, či už na zdraví, majetku alebo prevádzke zdravotníckeho zariadenia.

Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa príčiny

Príčiny prečo dochádza k pochybeniam v zdravotnej starostlivosti môžeme rozdeliť do dvoch skupín.

1. Aktívne chyby – na úrovni zamestnanca poskytujúceho starostlivosť

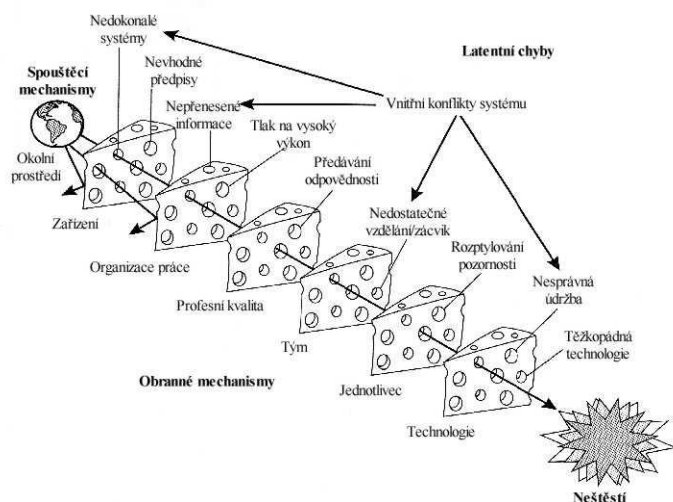
- neznalosť,
- vysoké sebavedomie bez sebakontroly,
- nezáujem,
- únava,
- nezvažovanie dôsledkov rozhodnutí a činností,
- nerozmýšľanie pri výkone praxe,
- zbrklosť.

2. Latentné chyby – sú skryté v systéme (vybavenie, organizácia práce, manažment)

- nerealizovateľný plán činnosti,
- nedostatočné personálne obsadenie,
- nedostatočné zaškolenie,
- časový stres,
- neprimerané prístrojové vybavenie,
- nedostatočná údržba prístrojov,
- nedodržiavanie štandardov kvality alebo ich absencia v organizácii (Marx, 2007).

Ako naznačuje klasifikácia, nie je možné zvaľovať vinu iba na jednotlivca. Každý z nás je omylný a preto je nutné s tým rátať. Systém musí byť nastavený tak, aby sa chybám jednotlivcov dalo zabrániť inými opatreniami a tak nedochádzalo k ohrozeniu či poškodeniu pacienta. Fungovanie s možnými nedostatkami takého systému vidíme na obr. č. 3.

Za bežných okolností je narušeniu jedného alebo viacerých ochranných mechanizmov „pufrované“ inými funkčnými ochrannými mechanizmami. Kumulácia týchto narušení vedie ku vzniku chyby a k nešťastiu.



Obr. č. 3 Princíp „Teórie ementálskeho syra“ pri vzniku nešťastia

Zdroj: Vychytil - Hříb, 2008

Od roku 2008 sú podľa JCI povinnou súčasťou akreditácie Medzinárodné bezpečnostné ciele, medzi ktoré patrí:

1. správna identifikácia pacienta;
2. efektívna komunikácia;
3. zvýšenie bezpečnosti u rizikových liekov;
4. prevencia zámeny pacienta, výkonu a lokalizácie prevedenia;
5. zdravotnícke zariadenia zavedú postupy vedúce k zníženiu rizika nozokomiálnych infekcií;
6. zdravotnícke zariadenia zavedú postupy k zníženiu rizika poškodenia pacientov v dôsledku pádov (JCI, Medzinárodné akreditačné štandardy pre nemocnice).

Najúčinnejšou prevenciou je budovanie kultúry bezpečnosti v súlade s výzvou WHO a Luxemburskou deklaráciou o bezpečnosti pacienta.

Kultúra bezpečnosti je definovaná ako „*integrovaná súčasť správania jednotlivca a správania kolektívu, založená na viere a hodnotách, s neustálym úsilím minimalizovať poškodenie (ubliženie) pacienta, ktoré by mohlo vzniknúť v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti*“ (Aspden, s.7, 2004).

V oblasti riadenej zdravotnej starostlivosti – managed care – je manažment mimoriadnych udalostí súčasťou manažmentu rizík.

Prevenca rizík a problematika pochybení predstavujú komplexný problém, na ktorý neexistuje univerzálne riešenie. Každé zdravotnícke zariadenie je jedinečné, organizačná kultúra, prostredie a manažment iné. Úspech manažmentu rizík je záležitosťou nadšených ľudí, ich vedomostí a zručností, vízie, kreativity a schopnosti meniť slová na skutky.

„Manažment rizík je plánovanie, organizovanie a riadenie komplexného programu aktivít, ktoré identifikujú, hodnotia a podnikajú nápravné opatrenia proti rizikám, ktoré by mohli viesť k zraneniu pacientov, zamestnancov a k strate alebo poškodeniu majetku s následnou finančnou stratou“ (Grohar – Murray, M.E., s. 186, 2003).

Stratégia bezpečnosti pacienta podľa odporúčaní Rady Európy z 9. júna 2009

o bezpečnosti pacienta (2009/C 151/01)

- kultúra bezpečnosti,
- úloha indikátorov,
- systémy hlásenia,
- ľudský faktor,
- účasť pacientov,
- bezpečnosť liečby,
- odškodnenie pacienta.

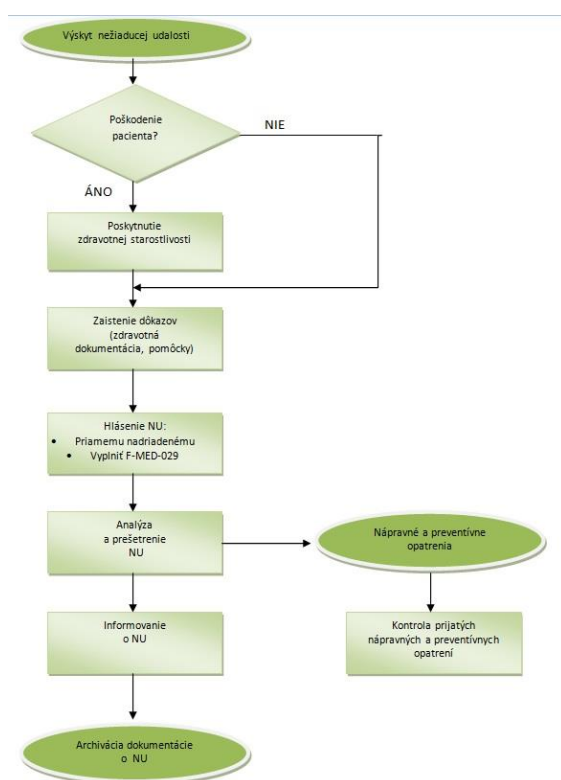
Možné oblasti zlepšenia v rámci rozpracovaných riešení bezpečnosti pacienta:

- podobné názvy liekov,
- správna dispenzácia liekov v nemocniciach,
- identifikácia pacienta,
- komunikácia počas prekladu pacienta,
- výkon korektnej procedúry na správnej strane tela,
- kontrola koncentrovaných infúzných roztokov,
- prevencia zlého spojenia katétrov a túb,
- zlepšená hygiena rúk - účinná prevencia pre infekcie asociované s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Budovanie kultúry bezpečnosti sa má stať v organizácii cieľom, ktorý zabezpečí bezpečnosť nielen pre pacienta, ale i pre zamestnanca. Úlohou organizácie je vytvoriť bariéry pochybeniam a rizikám tak, aby ich bolo čo najviac zachytených a eliminovaných.

Je preto nutná otvorená komunikácia o chybách, zmena myslenia, jednania a postojov všetkých zúčastnených. Nemenej dôležité je správne nastavenie priorít, porozumenie systémov, hľadanie chýb, budovanie bezpečných systémov, uplatňovanie poznatkov o ľudských faktoroch a podpora vzdelávania (Marx, 2001). Keďže sme ako jedno z troch zariadení siete polikliník ProCare, ktorá v rámci Slovenskej republiky ako prvá získala certifikát SAK ČR, vnútornou smernicou bol definovaný postup pri výskyte nežiaducej udalosti v nasledovne:

Pri výskyte nežiaducej udalosti sa v našom ZZ postupuje nasledovne:



Krok 1: Poskytnutie zdravotnej starostlivosti pacientovi

- V prípade, ak došlo k poškodeniu pacienta, pacientovi zabezpečíme adekvátnu/optimálnu zdravotnú starostlivosť a minimalizujeme škody
- Zdravotnú starostlivosť pacientovi poskytnú iní zdravotnícki pracovníci, akí sa podieľali na NU

Krok 2: Zaistenie a bezpečné uchovanie dôkazov, ktoré mohli byť príčinou alebo prispieť k vzniku NU, a to za účelom vyšetrenia príčin NU:

- Zdravotná dokumentácia

- Pomôcky (liečivá, injekčné striekačky, i.v. súpravy...)
- Príslušná technika (infúzna pumpa, anestéziologická technika,...)

Za zaistenie a bezpečné uchovanie dôkazov zodpovedá osoba, ktorá NU spôsobila alebo zistila ako prvá.

Krok 3: Hlásenie nežiaducej udalosti

Každý zamestnanec, ktorý je svedkom alebo sa nejakým spôsobom podieľal na NU, je povinný:

- Bezodkladne nahlásiť NU svojmu priamemu nadriadenému, príp. jeho zástupcovi, ktorý rozhodne o ďalšom postupe
- Písomne nahlásiť NU prostredníctvom interného formuláru

Krok 4: Analýza a prešetrenie nežiaducej udalosti

MIMS vymenuje komisiu, ktorá NU dôkladne prešetrí.

Krok 5: Informovanie o nežiaducej udalosti

V prípade, ak pri NU bol poškodený pacient, je potrebné Informovať pacienta, príp. jeho rodinu. Komunikáciu s médiami zabezpečuje generálny riaditeľ spol. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti hlásia nežiaduce udalosti UDZS raz ročne k 31. Januáru kalendárneho roka na predpísaných formulároch.

Národné akreditačné štandardy SAK ČR pre ambulantné zdravotnícke zariadenia sú určené pre primárnu a špecializovanú starostlivosť, akreditujú sa nimi aj ZZ v SR. Vydanie štandardov pre ambulantné ZZ sa určite stane míľnikom v histórii SAK ČR najmä z troch dôvodov. Tým prvým je celospoločenský tlak na potrebu kvality a bezpečia v zdravotníctve, druhým je hľadanie nástrojov k zaisteniu kvality a tretí dôvod spočíva v štruktúre a počte ambulantných poskytovateľov a v rozsahu nimi poskytovanej starostlivosti.

Manažéri v zdravotníctve, ktorí sa rozhodnú venovať zvýšenú pozornosť bezpečnosti pacientov vo svojich zdravotníckych zariadeniach, sa môžu zapojiť už do existujúcich programov, alebo si vytvoriť vlastný systém sledovania mimoriadnych udalostí.

Na riešenie a prevenciu rizík možno podľa Škrlových použiť napr.

1. SWOT analýzu
2. RCA – Root Cause Analysis – analýza skutočných príčin (tzv. koreňová analýza) – používa sa v prípade, keď už k mimoriadnej udalosti alebo k skoropochybeniu došlo. Ide o metódu retrospektívnu a reaktívnu.

3. FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – analýza možností vzniku a následkov zlyhania – predstavuje metódu identifikácie a prevencie potenciálnych problémov či pochybení. Jedná sa o proaktívnu preventívnu stratégiu.

4. FTA – Fault Tree Analysis – analýza stromu porúch – určuje nielen hlavnú príčinu problému, ale všetky príčiny. Možnosť využiť ako reaktívnu i proaktívnu.

Riadiaci pracovníci a manažéri majú dva spôsoby, ako zabrániť chybám:

1. výberom kompetentných zamestnancov (výber jedincov s vhodným vzdelaním, dôkladná orientácia nových zamestnancov, kontinuálne vzdelávanie, certifikácia a pravidelné vyhodnocovanie pracovného výkonu jednotlivých zamestnancov),
2. správnym definovaním procesov (definovanie pomocou smerníc, štandardov a procedurálnych manuálov).

Riadenie rizík je sústavná systematická a metodická činnosť. Poskytovať kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť je úsilím manažérov a zamestnancov všetkých zdravotníckych zariadení. I keď základnou činnosťou zdravotníckych zariadení je starostlivosť o pacienta, nedá sa dlhodobo a zodpovedne realizovať ju bez potrebného a fungujúceho zázemia, ako je správna organizácia so svojou kultúrou, vyrovnané hospodárenie, spokojní zamestnanci, dobré vzťahy s dodávateľmi, poisťovňami, inými zdravotníckymi i nezdravotníckymi inštitúciami. V tomto reťazci môže kedykoľvek nastať problém, preto je nutné premýšľať nad tým, čo všetko zdravotnícku inštitúciu ovplyvňuje, na aké oblasti je potrebné zamerať sa, aké sú naše priority, akú majú hodnotu, čo všetko ju môže ohroziť a aké veľké môžu byť straty.

Metódou pomerne jednoduchou je pasívna surveillance, pri ktorej majú zdravotnícki pracovníci povinnosť hlásiť výskyt mimoriadnych udalostí. D. Marx (2001) zároveň uvádza dôvody, prečo sa touto metódou odhaľuje iba málo chýb. Medzi hlavné dôvody patrí zaneprázdnenosť zamestnancov, obavy zo sankcií, strach, alebo samotný fakt, že personál nevie o možnosti hlásenia mimoriadnej udalosti. Pri metóde epidemiologického prístupu je hlásenie mimoriadnych udalostí nariadené poverenej osobe.

Dôležitú úlohu v ošetrovatelstve majú na oddelení sestry manažérky, ktoré majú zodpovednosť za celé spektrum aktivít spojených s kvalitnou a bezpečnou ošetrovateľskou starostlivosťou, preto by každá z nich mala byť aj manažérkou rizík na svojom oddelení. Zodpovedajú za:

- výber kompetentného a spoľahlivého personálu,

- výchovu tohto personálu tak, aby bol schopný poskytovať kvalitnú a bezpečnú starostlivosť,
- riadenie prevádzky oddelenia a koordinácia ošetrovateľského personálu,
- kontinuálne monitorovanie a hodnotenie kvalifikácie, výkonu a kompetencií ošetrovateľského personálu.

Jednou z moderných a najvýkonnejších metód riadenia kvality v ošetrovatelstve je Six Sigma. *„Pomocou metódy Six Sigma možno odhaliť najrizikovejší procesný krok vo všetkých štandardných ošetrovateľských postupoch, identifikovať a definovať problém v procese, následne ho merať, analyzovať, zlepšiť a potom navrhnúť konkrétne opatrenie“* (Hulková, s. 14, 2010).

Personál musí byť oboznámený s poslaním, cieľmi, stratégiou organizácie a kultúrou bezpečnosti. Organizácia by mala podporovať rozvoj kvality, spolupráce a kooperácie. V rámci eliminácie rizík, musí mať zariadenie vypracovanú metodiku riadenia. Aj zapojenie pacientov do prevencie rizík už nie je vo svete výnimkou.

ZÁVER

Stať sa moderným zdravotníckym zariadením neznamena mať len veľkolepé ciele, poslanie alebo víziu. Znamená to predovšetkým mať správnych ľudí na správnom mieste. Týka sa to tak manažérov ako aj zamestnancov, pre ktorých je spokojný pacient najvyššou prioritou v ich každodennej práci. Byť zariadením spokojných pacientov je výzva, ktorá sa musí stať jednou zo strategických cieľov organizácie. Spolupracovať na programe riadenia rizík je výzvou pre manažérky v ošetrovatelstve, ale aj sestry, ktoré dennodenne vykonávajú ošetrovateľskú prax. Sestry sa v práci riadia etickým kódexom, podľa ktorého svoje povolanie vykonávajú statočne, svedomito, s hlbokým ľudským prístupom, v súlade s legislatívou a dostupnými poznatkami lekárskeho vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa zdravotná starostlivosť poskytuje.

Dr. Lucian Leape z Harvard School of Public Health, Boston povedal : *„Nekompetentní ľudia predstavujú najviac 1% problému. Zvyšných 99% chýb spôsobujú ľudia, ktorí sa*

snažia poctivo vykonávať svoju prácu a robia pritom triviálne chyby, ale je to nastavenie systému, ktoré ich tieto chyby núti robiť“ (Sepeši, s. 4, 2012).

Problém manažmentu rizík môžeme vyjadriť myšlienkou Dr. Simmonsovej uvedenej v publikácii Petra Škrlu (s. 168, 2008) „*Priznanie a náprava problémov urobí tieto problémy záležitosťou minulosti, ich nepriznanie alebo trivializovanie ich urobí záležitosťou budúcnosti.*“

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ASPDEN, P., – CORRIGAN, J. – WOLCOTT, J., et. Al. 2004. Patient Safety : archieving a new standard for care. Washington, DC: National Academic Press, 2004, pp. 1 – 528.

Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. [online] 2008. [cit. 2016-03-15] Dostupné na internete: <http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1815_13.html>.

GROHAR-MURRAY, M. E. – DiCROCE, H.R. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing,. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

HULKOVÁ, V. 2010. Metóda Six Sigma v ošetrovatel'stve. In *Sestra a lekár v praxi*, 5 – 6/2010, roč. IX, s. 14. ISSN 1335-9444.

MARX, D. 2001. Možnosti kvantifikovaného hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče. In *Zdravotnické noviny ČR*, 2001, roč. 50, č. 2. ISSN 0044-1996.

MARX, David. *Bezpečí zdravotní péče – aktuální pohled na nástroje managementu rizik.* [online] 2007. [cit. 2012-10-15] Dostupné na internete: <<http://www.cnn.cz/zpravy-z-akci>>.

MARX, David. *Mimořádné události ve zdravotnictví* [online] 2006. [cit. 2012-11-01] Dostupné na internete: <www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=328>.

MÜLLEROVÁ, N. 2010. *Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni* [online] [cit. 2012-12-10]. Dostupné na internetu: <<http://theses.cz/id/uctohn>>.

SEPEŠI, B. 2012. *Nežiaduce udalosti a medicínske chyby*. [online] 2012. [cit. 2013-02-10] Dostupné na internetu: <<http://www.authorstream.com/Presentation/blsepesi8125-1568157-ne-ziaduce-udalosti-medic-nske-chyby>>.

ŠKRLA, P. 2005. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLOVI, Petr a Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPIRUDOVÁ, L. 2009. *Management rizik*. Nepublikovaná prednáška, 2009.

VYCHYTIL, P. – HŘIB, Z. 2008. *Sledování MU v lůžkových ZZ následně pece*. [cit.2013-01-15]. Dostupné na internetu: <http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne_zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2007-studie-sledovani-MU/Sledovani_MU_v_luzkovych_ZZ_nasledne_pece.pdf>

Adresa autorky:

Mgr. Monika Valková

PLK ProCare Košice s.r.o.,

Košice

valkova.monika@procare.sk

RECENZIE

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Recenzia

Dielo: Ošetrovatel'stvo - tradície a perspektívy

Zostavovateľ: PhDr. Viera Hulková, PhD.

Autor: Kolektív autorov

Charakter: konferenčný zborník vedeckých prác z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou

Témami príspevkov autorov alebo kolektívu autorov sú tradície a perspektívy v ošetrovatel'stve, ošetrovatel'ská starostlivosť v kúpeľnej liečbe, multikultúrne ošetrovatel'stvo a kvalita v ošetrovatel'stve. Hodnotím ich ako aktuálne a prínosné pre prax v kúpeľnej starostlivosti. Obsah konferenčného zborníka má originálny charakter. Sumarizuje príspevky aktívnych účastníkov konferencie v dvoch jazykoch. Texty sú formátované v súlade s technickou normou a výsledky vedeckých štúdií sú ilustrované graficky. Je dodržaný jazykový štandard a štylistika. Autori príspevkov sú osoby z klinickej praxe, akademici, študenti ev. absolventi vysokoškolského vzdelávania na Slovensku a v niektorých z krajín EÚ. Ich diela majú odborný a vedecký charakter. Prínosom sú výsledky historického charakteru, ktoré sú výsledkom skúmania archívnych prameňov. Osobitnú časť zborníka tvoria postery. Ich kvalita je na požadovanej úrovni. Sú vhodne komentované a graficky ilustrované. Dielo je vhodné na publikáciu. Odporúčam jeho registráciu podľa kritérií centrálnej registrácie publikovaných diel v kategórii BF. Konferenčný zborník vedeckých prác je možné použiť ako zdroj citácií a zdroj nového poznania. Dôstojne reprezentuje vydavateľa, autorov a SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE Piešťany, a.s..

V Rožňave, 20.04.2016

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.,
recenzent

Recenzia

Recenzent: doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č. 1, 040 66 Košice, e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Publikácia: Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou
„Ošetrovateľstvo – tradície a perspektívy“

Predložený zborník vznikol ako výstup 36 príspevkov z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou s názvom Piešťanský deň ošetrovateľstva. Ústredná téma konferencie „Ošetrovateľstvo – tradície a perspektívy“ odzrkadľuje aktuálnu potrebu vychádzajúcu z podmienok rozvoja odboru ošetrovateľstva a klinickej praxe. V zborníku sú uvedené príspevky odborného a vedeckého charakteru tematicky zamerané na, kvalitu a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti, balneoterapiu a na špecifiká poskytovania zdravotnej starostlivosti u kultúrne odlišných etník.

V rámci problematiky *kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti* sú uvedené príspevky zamerané na štandardizáciu v ošetrovateľstve, ktorá je nástrojom zabezpečenia kvality služieb poskytovaných pacientom. Aktuálnou problematikou riešenou v celej Európe je bezpečnosť pacienta, ktorá je veľmi vhodne spracovaná v príspevkoch o vedení zdravotnej dokumentácie, elektronickej dokumentácie, o právach pacientov a informáciách ako predchádzať medikálnym pochybeniam. Na potrebu zabezpečenia bezpečnosti zdravotníckych pracovníkov poukazujú príspevky vymedzujúce psychickú a fyzickú záťaž sestier. O špecifikách kladených na pomáhajúce profesie so zreteľom na kvalitu služieb poukazuje príspevok približujúci emocionálnu inteligenciu.

Oblasť *kúpeľnej starostlivosti* je uvedená v kontexte historického vývoja až po súčasné trendy. V zborníku sú veľmi prehľadne a výstižne uvedené príspevky oboznamujúce s históriou kúpeľníctva v Slovenskej a Českej republike. V záveroch príspevkov sú načrtnuté aktuálne trendy v balneológii. Konkrétne sú priblížené Slovenské liečebné kúpele Piešťany, Prírodné liečebné kúpele Smrdáky a Mariánske Lázně. Všetky príspevky autorov sú vhodne doplnené štatistickými prehľadmi a obrázkovou dokumentáciou.

Špecifikám poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa autori venujú v príspevkoch zameraných na tradičné a moderné spôsoby ošetrovania rán, na starostlivosť o pacienta s Gullian-Barrého syndrómom a pacientov po operáciách bedrových kĺbov. Veľmi pútavé sú aj príspevky spracované na tematiku kultúrnych aspektov u pacientov s odlišných etník. Pre rozvoj odboru ošetrovateľstvo je potrebný okrem klinických skúseností aj výskum, ktorý je rozpracovaný z pohľadu sestier a prináša podnetné informácie.

Celkovo je predložený zborník príspevkov z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou logicky štruktúrovaný, prehľadne spracovaný, napísaný zrozumiteľným jazykom, vhodne doplnený obrázkovou dokumentáciou. Použitá literatúra v jednotlivých príspevkoch je aktuálna a využíva domáce aj zahraničné bibliografické pramene.

Vzhľadom na úroveň spracovaných príspevkov, možno konštatovať, že zborník vydaný pri príležitosti celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou pod názvom Piešťanský deň ošetrovateľstva je cenným a relevantným zdrojom informácií pre odbornú a laickú verejnosť.

V Košiciach, 26.4. 2016

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.



Účastníci konferencie, 22.4.2016, Piešťany
(Zdroj: Mgr. Kvasničková, 2016).

Ďakujeme všetkým, ktorí podporili realizáciu celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou - Piešťanský deň ošetrovateľstva v dňoch 21.-22. apríla 2016.

Ústredné témy:

Tradície a perspektívy v ošetrovateľstve

Ošetrovateľská starostlivosť v kúpeľnej liečbe

Multikultúrne ošetrovateľstvo

Kvalita v ošetrovateľstve



21. -22. apríla 2016, Piešťany

**SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE
PIEŠŤANY, a. s.**

**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, n.o. Bratislava
detašované pracovisko bl. Sáro
Salkaháziovej v Rožňave**

**Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram,
Česká republika**

**Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska
fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice**