



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry

OŠETROVATEĽSTVO

MEDZI TEÓRIOU A PRAXOU

PIELĘGNIARSTWO MIĘDZY TEORIA I PRAKTYKĄ



Redaktor/editor: Lukáš Kober, Wojciech Niklewicz, Danka Halečková

Tatranská Kotlina 2011

Recenzenti/ recenzenci

PhDr. Lukáš Kober

*Národný ústav tuberkulózy pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, SK*

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, SK

dr n. med Mariola Głowacka

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, PL

Mgr. Jaroslav Pekara

*Ústřední vojenská nemocnice Praha
Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, CZ*

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, CZ

ISBN 978-80-89542-06-2

EAN 9788089542062

I. vydanie

© Copyright Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Preklady/ tłumaczenia: mgr Wojciech Niklewicz

Zostavil/ Skład: PhDr. Lukáš Kober

Vydavateľ/ Wydawca:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 71

821 06 Bratislava

ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

(IN EXTENZO)

**Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori
odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej
konferencie.**

PREDHOVOR

Vážené kolegyně, kolegovia.

V rámci II. Belianskych dní ošetrovateľstva Vám predkladané rozsiahly recenzovaný zborník s názvom „Ošetrovateľstvo medzi teóriou a praxou“, v ktorom autori zo Slovenska, Českej republiky a Poľska prezentujú skúsenosti a pohľady na teóriu a samotnú prax ošetrovateľstva, ktorá je často rozdielna. Našou snahou bolo poukázať na fakt, že praktické zreálnenie teórie ošetrovateľstva prispieva ku kvalite a rozvoju poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Praktické využitie teórie ošetrovateľstva je základ k tomu, aby sestra dokázala aplikovať svoje vedomosti získané študiom v praxi a prispela tak k zavádzaniu nových inovatívnych metód pri uspokojovaní bio – psycho – sociálnych a duchovných potrieb pacienta. Myšlienka ošetrovateľstva bez hraníc, ktorá vznikla na I. Belianskych dňoch ošetrovateľstva ako nápad a následne bola rozvinutá v Poľskom meste Lodz na Lodzských dňoch ošetrovateľstva sa tentoraz vrátila do Tatier a v spolupráci s Poľskými kolegami nabera na intenzite, či už samotnou odbornou kvalitou, ale aj početnou účasťou sestier z oboch strán Tatier. Teší nás aj zvyšujúci sa záujem Českých kolegýň a kolegov, ktorí prispeli k pádu ďalších hraníc medzi sestrami a pôrodnými asistentkami, čím nastáva intenzívna a neustále sa rozvíjajúca spolupráca v rámci vzdelávania v ošetrovateľstve.

Veríme, že predkladaný zborník obohatí Vaše poznatky a bude slúžiť ako vhodný zdroj informácií, ktoré budete následne aplikovať v praxi.

Chceme poďakovať recenzentom za posúdenie jednotlivých rukopisov.

Autori

OBSAH/TREŠĆ

Predhovor/Przedmowa

Novinky v ošetrovatel'stve/Nowości w Pielęgniarstwie

- Kulhánková J. Havířov (CZ) 11
Současná diagnostika a screening na dětském oddělení v Havířově
(Współczesna diagnostyka i screening w oddziale dziecięcym w Havířově)
- Hošťálková, M. Praha (CZ) 16
Uzavřený infúzní systém a jeho ošetřování
(Zamknięty system infuzyjny obsługa techniczna i pielęgnacja)
- Frątczak J. Piła (PL) 23
Symulacja medyczna – realistyczne środowisko kształtowania kompetencji
(Zdravotnícka simulácia – realistické prostredie pre rozvoj kompetencií)
- Komorowska Z., Wojciechowska M. Łódź (PL) 34
Kształcenie polskich pielęgniarek
(Vzdelávanie poľských sestier)
- Cholewka B. Warszawa (PL) 40
Projekt systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – stan realizacji na 30.06.2011
(Systémový projekt „Odborná príprava sestier a pôrodných asistentiek v rámci ďalších štúdií” spolufinancované z Európskeho sociálneho fondu v rámci programu Ľudský kapitál – stav realizácie (30/06/2011))
- Michalcová, I. Prešov (SK) 50
Sústavné vzdelávanie sestier
(Ustawiczne kształcenie pielęgniarek)

Multidisciplinárna spolupráca v zdravotníctve, varia/ Wielospecjalistyczna współpraca w ochronie zdrowia, varia

- Kisvetrová H. Olomouc (CZ) 56
Florence Waldová – zakladatelka konceptu hospicové péče v USA
(Florence Wald – autorka koncepcji opieki hospicyjnej w USA)
- Trokšiar, L., Pekara, J. Praha (CZ) 62
Jsme tým?
(Czy jesteście zespołem?)

Maníková, E. Andrašiková, K. <i>Poprad (SK)</i> Dojčenie <i>(Karmienie piersią)</i>	67
Chovanová, L., Babjaková, R. <i>Liptovský Mikuláš (SK)</i> Aktivity zamerané na skvalitnenie a humanizáciu starostlivosti o ženu, matku a dieťa <i>(Aktywności skierowane na poprawę jakości i humanizację opieki nad kobietą, matką i dzieckiem)</i>	67
Gračko, M., Laurinc, M., <i>Bratislava (SK)</i> Muži v ošetrovatel'stve na Slovensku v 21. storočí <i>(Mężczyźni w pielęgniarstwie na Słowacji w XXI wieku)</i>	70
Bučuričová, A. Záborský, V. <i>Bratislava (SK)</i> Náš pohľad na zvládanie psychickej záťaže a stresu na OAIM <i>(Sposoby radzenia sobie z obciążeniem psychicznym i stresem w OIOM – doświadczenia własne)</i>	77
Problémy v ošetrovatel'skej profesii/Problemy w pielęgniarstwie	
Novysedláková, M., Hudáková, Z. <i>Ružomberok (SK)</i> Starostlivosť o pacientku s inkontinenciou moču <i>(Opieka nad pacjentką z nietrzymaniem moczu)</i>	82
Hudáková, Z., Novysedláková, M. <i>Ružomberok (SK)</i> Vplyv inkontinencie na kvalitu života žien <i>(Wpływ nietrzymania moczu na jakość życia kobiet)</i>	91
Eliašová, A., Mareková, B. <i>Bratislava (SK)</i> Komplexná ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s dekubitmi <i>(Kompleksowa opieka nad pacjentem z odleżynami)</i>	98
Mareková, B. <i>Bratislava (SK)</i> Dekubity – klasifikácia a liečba <i>(Odlężyny – klasyfikacja i leczenie)</i>	105
Harvan, R., Harvanová, I. <i>Vyšné Hágy (SK)</i> Vredy predkolenia a ich ošetrovanie <i>(Owrzodzenia podudzi i ich leczenie)</i>	114
Pekara, J., Trešlová, M. <i>Praha (CZ)</i> Fenómén násilí v ošetrovatel'ství <i>(Fenomen przemocy w pielęgniarstwie)</i>	116

Procháska, P., Horáková, M. <i>Praha (CZ)</i>	123
Psychická zátěž zdravotnického personálu při ošetřování "romského prince" (<i>Emocjonalne obciążenie pracowników w czasie świadczenia opieki na rzecz „romskiego księcia”</i>)	
Pazderová, J. <i>Havířov (CZ)</i>	129
Pankreatitida, nemoc také u dětí – kazuistika (<i>Zapalenie trzustki, choroba dotykająca również dzieci – kazuistyka</i>)	
Kopáčiková, M., Stančiak, J., Rutowski, A. <i>Ružomberok (SK)</i>	134
Stres v práci sestry na traumatologickom oddelení (<i>Stres w pracy pielęgniarki w oddziale traumatologii</i>)	
Wojciechowska M., Golenia E., Antos E. <i>Żyrardów (PL)</i>	146
Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej (<i>Vyhorenie u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti</i>)	
Głowacka, M., Kolińska, P. <i>Toruń (PL)</i>	155
Znajomość a respektowanie zasad etyki zawodowej pracy pielęgniarki/pielęgniara (<i>Znalosť a dodržiavanie zásad etiky v práci sestry</i>)	

Teória ošetrovatel'stva a súčasná prax/Teorie pielęgniarstwa a współczesna praktyka

Muszałik M. <i>Toruń (PL)</i>	172
Analiza porównawcza wydolności funkcjonalnej i realizacji potrzeb osób starszych w oparciu o badania klinimetryczne oraz skalę CDS (<i>Komparatívna analýza funkčnej kapacity a potrieb starších ľudí na základe výskumu a škály CDS</i>)	
Majerčíková, K., Wiczmándyová, D., Rysulová, I. <i>Ružomberok (SK)</i>	184
Význam prevencie kardiovaskulárnych ochorení v dnešnej spoločnosti (<i>Znaczenie profilaktyki chorób układu krążenia we współczesnym społeczeństwie</i>)	
Cetlová, L., Stančiak, J. <i>Jihlava (CZ)</i>	189
Náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace z pohledu sestry (<i>Trudności prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwiej z perspektywy pielęgniarki</i>)	
Dokoupilová, R. <i>Ostrava (CZ)</i>	200
Nové podmínky BCG vakcinace v praxi (<i>Nowe warunki prowadzenia szczepień BCG w praktyce</i>)	

Zavacká, A., Lojdlová, I. <i>Dolný Smokovec (SK)</i> BCG vakcinácia a jej komplikácie <i>(Powikłania poszczepienne BCG)</i>	202
Fertaľová, T., Klímová, E., Ondriová, I. <i>Prešov (SK)</i> Podpora zdravého starnutia ako jedna z účinných foriem eliminácie duševných ochorení <i>(Promocja zdrowego starzenia się jako jedna ze skutecznych form ochrony przed zaburzeniami psychicznymi)</i>	210
Simová, D., Slačková, M., Lepiešová, M. <i>Martin (SK)</i> Riziko pádu u seniorov, posudzovanie nástroje verus prax <i>(Ryzyko upadków u seniorów, urzãdzenia wspomagajãce a praktyka)</i>	219
Ondriová, I., Magurová, D., Šantová, T. <i>Prešov (SK)</i> Rodina v kontexte kvality života detí a mladistvých <i>(Rodzina w kontekście jakości życia dzieci i młodzieży)</i>	232
Hudáková, Z. <i>Ružomberok (SK)</i> Budúcnosť fyto terapie v ošetrovatel'stve <i>(Przyszłość fizjoterapii w pielęgniarstwie)</i>	236
Hudáková, Z., Zacharová, E. <i>Ružomberok (SK)</i> Cviky na posilnenie svalov panvového dna pri inkontinencii žien <i>(Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy przy nietrzymaniu moczu u kobiet)</i>	246
Đuráčová, L., Halajčuk, T., <i>Liberec (CZ)</i> Efektivnost manažerského vzdělávání staničních sester v České republice <i>(Efektywność kształcenia czeskich pielęgniarek oddziałowych w zakresie organizacji i zarządzania)</i>	252
Vavroušková, M., Holá, J. <i>Pardubice (CZ)</i> Hodnocení manažerských kompetencí středního managementu v ošetrovatelské péči <i>(Ocena menadżerskich kompetencji kadry kierowniczej średniego szczebla w pielęgniarstwie)</i>	253
Repčeková, T. <i>Vyšné Hãgy (SK)</i> Novinky v liečbe dekubitov <i>(Nowości w leczeniu odleżyn)</i>	255
Vránová, E. <i>Brno (CZ)</i> Prevence kolorektálního karcinomu <i>(Profilaktyka raka jelita grubego)</i>	264

Vránová, E. Brno (CZ)	265
Mamární screening a samovyšetřování (Profesjonalne badanie piersi a samobadanie)	
Kober, L., Solovič, I., Siska, V. Ružomberok, Vyšné Hágy, Prešov (SK)	267
E-Learning – novinka vo vzdelávaní sestier (E-Learning – nowość w kształceniu pielęgniarek)	
Šoltisová, I., Friedmannová, A., Škrabová, P. Poprad (SK)	279
Ošetrovateľská starostlivosť o chronicky chorého pacienta na UPV (Opieka pielęgniarska nad pacjentem długookresowo podanym sztucznej wentylacji płuc)	
Špirudová, L., Mastiliaková, D., Opava (CZ)	281
Koncipování vzdělávacích cílů a vizí – klíč k modulární přestavbě pregraduálního studijního kurikula oboru všeobecná sestra (Konceptualizacja celów kształcenia i wizji – klucz do przebudowy modułowych programów nauczania na studiach licencjackich pielęgniarstwa)	
Kutnohorská, J. Zlín (CZ)	285
Právo a důstojnost umírajícího v ošetrovateľské péči	
Cinová, J., Šantová, T., Hudáková, A. Prešov (SK)	291
Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť u detí	
Hudáková, A., Obročníková, A., Cínová, J. Pršov (SK)	298
Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia	
Šuličová, A., Šantová, T., Šimová Z. Prešov (SK)	306
Kompenzácia poznávacích schopností u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Šantová T., Šuličová A. Prešov (SK)	314
Efektivita výchovy dialyzovaného pacienta.	
Filanowicz, M., Pankiewicz, P., Szynkiewicz, E., Zacniewski, R. Toruń (PL)	324
Neuropsychimmunologia w astmie – wybrane zagadnienia	
	334
Filanowicz, M., Szynkiewicz, E., Cegła, B., Chrzaniecka, E., Dowbór-Dzwonka, A. Toruń (PL)	
Analiza zmian behawioralnych pacjentów stosujących kotrykosteroidy wziewne w różnych etapach zaawansowania choroby astmatycznej	
Pielach, J., Gorzkowicz, B. Szczecin (PL)	351
Postrzeganie zawodu przez pielęgniarki i przez społeczeństwo w Polsce	

<i>Prus, J., Gorzkowicz, B. Szczecin (PL)</i>	362
Stan wiedzy polskich pielęgniarek z regionu zachodniopomorskiego na temat wpływu cytostatyków na stan zdrowia personelu medycznego	
<i>Pasek, M., Kosiorowska, M. Tarnow (PL)</i>	373
Badania nad zachowaniami zdrowotnymi chorych na nadciśnienie tętnicze: styl życia. Część I.	
<i>Pasek, M., Kosiorowska, M. Tarnow (PL)</i>	385
Badania nad zachowaniami zdrowotnymi chorych na nadciśnienie tętnicze: samoopieka i samoleczenie. Część II.	
<i>Szynkiewicz, E., Cegła, B., Filanowicz, M., Dowbór-Dzwonka, A. Toruń (PL)</i>	396
Wpływ wybranych determinantów na percepcję własnego zdrowia u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów	
<i>Franek, G., Kozłowska, A., Ryś, B., Kulik, H. Bielsko-Biała (PL)</i>	410
Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek	
<i>Mariola Głowacka, Sybilla Mańkowska Toruń (PL)</i>	420
Pielęgniarstwo jako zawód i źródło utrzymania w ocenie studentów drugiego stopnia Collegium Medicum UMK w Toruniu	
<i>(Ošetrovatel'stvo ako profesia a živobytie v hodnotení študentov druhého stupňa Collegium Medicum, Univerzita Mikuláše Kopernika v Toruni)</i>	

Současná diagnostika a screening na dětském oddělení v Havířově

Kulhánková J.

Studentka, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Ve svém krátkém příspěvku, bych vás chtěla seznámit se screeningovými i diagnostickými vyšetřeními, která používáme na našem pracovišti, na dětském oddělení nemocnice s poliklinikou v Havířově.

Screening je aktivní a celoplošné (celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném preklinickém stádiu. Onemocnění je pak možno diagnostikovat a léčit dříve, než se projeví a způsobí nevratné a závažné poškození zdraví.

Screeningové metody, které hrají významnou roli v prevenci, využíváme především na novorozeneckém oddělení. V širším slova smyslu můžeme pod pojem novorozenecký screening zahrnout:

1. Pravidelné klinické vyšetření novorozence dětským lékařem
2. Oční vyšetření při vyhledávání vrozeného očního zákalu - katarakty
3. Ortopedické vyšetření kyčlí
4. Sonografické vyšetření ledvin k časnému zachytu vrozených vývojových vad močového ústrojí
5. Vyšetření sluchu – toto screeningové vyšetření u nás provádíme od roku 2010. Pomocí transientně evokovaných otoakustických emisí zjišťujeme eventuální ztrátu sluchu novorozence. Měření se provádí pomocí ušní sondy zavedené do zevního zvukovodu do 72 hodin po narození. Hodnotíme výbavnost či nevýbavnost emisí. V případě patologie doporučujeme kontrolní vyšetření v odstupu 2-3 týdnů, eventuálně dovyšetření na ORL klinice.

V užším slova smyslu se novorozeneckým screeningem rozumí vyhledávání onemocnění vyšetřením suché kapky krve na filtračním papírku, tzv. novorozenecké screeningové kartičce. Analýzou této krve se stanoví koncentrace specifických látek, event. i průkaz genové mutace. Krev se odebírá za definovaných podmínek všem novorozencům narozeným na území České republiky mezi 48.-72. hodinou života nejčastěji z patičky novorozence. Vzorek je pak spolu s vyplněným formulářem odeslán do speciální screeningové laboratoře. Pravidla pro provádění screeningu jsou uvedena v Metodickém návodě Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jejich nedodržení je považováno za postup „non lege artis“.

V současnosti zahrnuje vyšetření 13 onemocnění:

- dědičné poruchy látkové výměny aminokyselin – 4 onemocnění, mezi nejznámější z této skupiny patří **fenylketonurie** (PKU). Screening tohoto onemocnění byl zaveden v naší republice celoplošně jako první v roce 1975.
- dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin – 6 onemocnění
- vrozená snížená funkce štítné žlázy – **kongenitální hypotyreóza** (CH)
- vrozená nedostatečnost tvorby hormonů v nadledvinách – **kongenitální adrenální hyperplazie** (CAH)
- vrozená porucha tvorby hlenu – **cystická fibróza** (CF). Screening tohoto onemocnění patří mezi nejmladší novorozenecké screeningové programy. Jeho důležitost spočívá v tom, že choroba má nejlepší prognózu, pokud je diagnostikována do 2 měsíců věku dítěte.

Pravděpodobnost výskytu některého z uvedených onemocnění je velmi malá (dle dostupných údajů asi 1:1150), ale přesto může včasné odhalení pomoci chránit zdraví a někdy i život dítěte. Nezanedbatelné hledisko je v současné době samozřejmě i hledisko ekonomické, kdy včasná diagnostika představuje značnou úsporu nákladů na léčbu, včetně léčby komplikací.

U batolat, dětí a dospívajících se v současné době žádný populační screening neprovádí, protože nejsou dostatečné důkazy o jeho prospěšnosti. Cílený screening je doporučen jen v případech evidentního rizika, např. při nedostatku železa, vysokém cholesterolu, požití drogových substancí či infekci HIV. V případě výskytu familiární hypercholesterolemie nebo předčasné aterosklerózy u rodičů, je doporučováno vyšetřit hladinu cholesterolu u dítěte ve věku 5 let.

V další části svého sdělení bych vás ráda krátce seznámila s některými diagnostickými postupy, které u nás používáme. Ke stanovení nebo upřesnění diagnózy slouží různé diagnostické nástroje. Jistě všichni víte, že mezi ně patří:

- důkladně odebraná anamnéza
- fyzikální vyšetření
- pomocná vyšetření
 - laboratorní
 - zobrazovací metody (skiografie, vyšetření ultrazvukem, výpočetní tomografie, magnetická rezonance,...)
 - endoskopické metody

- elektrofyzilogické metody (EKG, EEG,...)
- další metody (spirometrie, zátěžová vyšetření, audiometrie, provokační testy,...)
- vyšetření specialistou pomocí různých vyšetřovacích přístrojů (oční, ORL vyšetření,...)

Od loňského roku máme na oddělení k dispozici **pH metr**, který umožňuje objektivně prokázat návrat kyselého žaludečního obsahu do jícnu, tzv. gastroezofageální reflux (GERD – Gastroesophageal Reflux Disease), a zhodnotit jeho závažnost. Gastroezofageální reflux je pro organismus škodlivý, protože žaludeční šťáva je mnohem kyselější než vnitřní prostředí v jícnu a může poškodit jeho vnitřní výstelku. Indikací k vyšetření jsou:

- opakované infekce dýchacích cest – bronchitidy a pneumonie
- epizody apnoe
- chronický chrapot a kašel
- bolest na hrudi po vyloučení koronárního původu
- **přítomnost typických příznaků GERD (pyróza, palčivá bolest za sternem či v epigastriu, regurgitace potravy, odynofagie, dysfagie) bez endoskopických známek ezofagitidy**

24 hodinovou pH-metrii provádíme za hospitalizace. Větší děti zvládají vyšetření samy, malé děti doprovází většinou maminky. Podstatou vyšetření je zavedení tenké sondy přes nos do koncové části jícnu asi 4-5 cm nad přechod jícnu do žaludku. Sonda je ukončena čidlem, které dokáže zhodnotit aktuální kyselost dané oblasti. Druhý konec sondy je spojen s malým přístrojem, který je součástí vyšetřovací soupravy a zaznamenává naměřené hodnoty. Přístroj je zavěšen na opasek nebo jej dítě nosí v batůžku na zádech. Monitorování se provádí 24 hodin. Před zavedením sondy musí být dítě lačné a musí být vysazena léčba, která ovlivňuje funkce zažívacího traktu: inhibitory protonové pumpy (Omeprazol, Helicid,...), prokinetika (Degan, Motilium...), blokátory H₂ receptorů (Ranital, Famosan,...), antacida (Anacid, Malox...). Během celého vyšetření vykonává dítě běžnou denní činnost a jí normální stravu kromě kyselých jídel a nápojů. Je nutno zaznamenávat do přístroje pomocí různých tlačítek epizody jídla, změny poloh, fyzickou aktivitu, bolesti na hrudi, pálení žáhy, u malých dětí záchvaty pláče, křiku,

promodrávání, regurgitace atd. Po 24 hodinách je sonda vytažena a záznam je vyhodnocen erudovaným lékařem.

Dalším, dnes již běžným vyšetřením, je **24-hodinové monitorování krevního tlaku – TK Holter**. Stejně jako u dospělých přibývá i v kategorii dětí pacientů s vysokým krevním tlakem. Indikací k tomuto vyšetření jsou:

- opakovaně zachycené vyšší hodnoty TK při měření u praktického dětského lékaře
nebo za hospitalizace bez doprovodných symptomů hypertenze
- vyšší hodnoty TK doprovázené symptomy hypertenze
- monitorování TK v rámci antihypertenzní léčby

Vyšetření provádíme dětem od deseti let a probíhá stejně jako u dospělých. Dítě má tlakovou manžetu, jejíž velikost závisí na jeho věku, nasazenu na nedominantní končetině a tlak je měřen automaticky oscilometrickou metodou po dobu 24 hodin ve 30 – 60 minutových intervalech.

Další diagnostickou metodou je **potní test**, jehož účelem je odebrat pot a vyšetřit koncentraci chloridů. Vyšetření se provádí u dětí s podezřením na cystickou fibrózu, což je geneticky podmíněné onemocnění, které se v klasické formě projevuje opakovanými infekcemi horních cest dýchacích. Určitě jste zaregistrovali, že vyšetření cystické fibrózy je dnes již součástí novorozeneckého screeningu, ale musíme vyšetřovat děti, které tento screening ještě neabsolvovali. Koncentrace chloridů v potu je u tohoto onemocnění asi 5x vyšší (60 mmol/l) než je normální hladina (10-30 mmol/l). Test se provádí stimulací pocení pilokarpinovou iontoforézou. Potřebné množství roztoku pilokarpinu se aplikuje na předloktí pacienta. Na toto místo se připevní elektrody a oblast se stimuluje slabým elektrickým proudem. Procedura je bezbolestná, může vyvolat slabé brnění nebo pocit tepla. Po deseti minutách se tato oblast očistí destilovanou vodou a produkováný pot se sbírá po dobu 30 minut do savého, předem zváženého čtverečku, který se kryje kouskem igelitu a plenou. Získaný pot se analyzuje v laboratoři. V případě pozitivního nálezu je dítě odesláno ke genetickému vyšetření.

Na závěr svého příspěvku bych vás ještě krátce seznámila s příkladem **stimulačního zátěžového testu**. Provádí se na základě indikace dětského endokrinologa u dítěte

s podezřením na opoždění růstu. Vyšetřuje se koncentrace růstového (somatotropního - STH) hormonu v krvi po stimulaci organismu inzulínem nebo kombinací pyridostigminu s clonidinem. Růstový hormon se tvoří v adenohypofýze a jeho hladina je řízená dvěma hypotalamickými hormony. Somatostatin snižuje tvorbu STH, somatoliberin naopak zvyšuje.

Kombinovaný test s pyridostigminem a clonidinem: využívá se účinku pyridostigminu, který blokuje somatostatin a clonidinu, který stimuluje somatoliberin. V nulté hodině odebereme krev na lačno a podáme per os pyridostigmin. Po 60 minutách odebíráme druhý vzorek krve a hned podáme také per os nízkodávkovaný clonidin. Třetí vzorek krve odebíráme za dalších 60 minut. V průběhu tohoto testu sledujeme dítě na jednotce intenzivní péče, protože účinkem clonidinu může dojít u vnímavého jedince k prudkému poklesu krevního tlaku.

Test po inzulínu: inzulínem navozená hypoglykemie způsobuje zvýšenou sekreci růstového hormonu v adenohypofýze a jeho vyplavení do krevního oběhu. Krev se odebírá nalačno a 3 x v předem daných intervalech po podání inzulínu. Během inzulínového zátěžového testu sledujeme dítě na jednotce intenzivní péče, protože hrozí pokles glykemie s možnou poruchou vědomí.

Zdroje:

KLENER, P. et al. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3.vyd. Praha: Galén, 2009. 234 s. ISBN 978-80-7262-643-4

<http://www.stefajir.cz/index.php?q=refluxni-choroba-jicen>

<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/ctyriadvacetihodinova-jicnova-ph-metrie-v-diagnostice-gerd-133103>

<http://www.novorozeneckyscreening.cz/>

<http://www.labtestsonline.cz>

<http://centrumprev.sweb.cz/MANUAL/MANUALVI-oddil2.htm>

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/R%C5%AFstov%C3%BD_hormon_\(sekrece\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/R%C5%AFstov%C3%BD_hormon_(sekrece))

Kontakt na autora:

Bc. Martina Vavroušková

E-mail: Martina.Vavrouskova@seznam.cz

Uzavřený infúzní systém a jeho ošetřování

Hošťálková, M.

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Abstrakt

Nemocný hospitalizovaný především na specializovaných ošetrovacích jednotkách, jako je anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) či jednotka intenzivní péče (JIP), má zpravidla zajištěný přístup do intravaskulárního řečiště. Jde o zajištění žilního přístupu prostřednictvím periferního nebo centrálního žilního katétru. Velmi často je pacientům hospitalizovaným na těchto typech oddělení zaveden také arteriální katétr pro invazivní monitoraci krevního tlaku a odběry arteriální krve. Sestra při aplikaci intravenózních léků, infuzí, odběrech krve, musí mnohokrát denně manipulovat s infuzním či arteriálním systémem, což s sebou přináší nemalá rizika vzniku nozokomiální infekce. O uzavřený infuzní systém, jehož součástí jsou bezjehlové spojky, musí pečovat sestry tak, aby účinně bránily vzniku nozokomiální infekce (NI) krevního řečiště.

V textu je věnována pozornost NI, které souvisí s používáním a ošetřováním infuzního systému. Hlavní slovo patří uzavřenému infuznímu systému za použití bezjehlových spojek. Zmíněn je také mezinárodní ošetrovatelský standard pro infuze „Infusion Nursing Standard of Practice“ vydán společností „Infusion Nurses Society“.

Cílem disertační práce bude zaměřit se na ošetrovatelskou péči sester o uzavřený infúzní systém včetně dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, s nimiž je bezpochyby spojené snížené riziko vzniku katéetrových infekcí na JIP a ARO. Výzkumnou metodou byl zvolen dotazník a pozorování. Souborem respondentů budou všeobecné sestry pracující na odděleních ARO, JIP.

Úvod

Nemocný hospitalizovaný především na specializovaných ošetrovacích jednotkách, jako je anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) či jednotka intenzivní péče (JIP), má zpravidla zajištěný přístup do intravaskulárního řečiště. Jde o zajištění žilního přístupu prostřednictvím periferního nebo centrálního žilního katétru. Velmi často je pacientům hospitalizovaným na těchto typech oddělení zaveden také arteriální

katétr pro invazivní monitoraci krevního tlaku a odběry arteriální krve. Sestra při aplikaci intravenózních léků, infuzí, odběrech krve musí mnohokrát denně manipulovat s infuzním či arteriálním systémem, což s sebou přináší nemalá rizika vzniku nozokomiální infekce. O uzavřený infuzní systém, jehož součástí jsou bezjehlové spojky, musí pečovat sestry tak, aby účinně bránily vzniku nozokomiální infekce krevního řečiště.

Zkušenosti z praxe všeobecné sestry na ARO a podnětů od kolegyně s ošetřováním uzavřeného systému, které mi nevědomky dávaly, byly motivací pro zpracování disertační práce „Problematika ošetřování uzavřeného infuzního systému“.

Jádro

Pojem **nozokomiální infekce (NI)** je pro mnohé sestry ve zdravotnickém zařízení možná nezajímavý, nepotřebný a postavený pouze v teoretické rovině. Ale zkusme se na problematiku nozokomiálních infekcí podívat blíže. NI, především u pacientů, jejichž stav vyžaduje intenzivní péči, představuje nárůst morbidit a mortality, prodloužení doby hospitalizace, která je provázána zvýšením nákladů na zdravotnickou péči. NI jsou definovány mnoha způsoby. V intenzivní medicíně za NI považujeme tu infekci, jejíž první známky se u nemocného vyskytly za více než 48 hodin po přijetí na ošetrovací jednotku. Podle CDC (definition for nosocomial infection, 1988) NI časově nespecifikuje období během hospitalizace či po ní, které by jednoznačně určovalo, zda se jedná o infekci nozokomiální, nebo získanou mimo zdravotnické zařízení. Další definicí NI je tvrzení, že infekce nebyla přítomna nebo neprobíhala v době přijetí do nemocnice. Zadák a kol. (2007) za NI považuje nákazu pacienta, ke které dojde vlivem zdravotnické péče nebo pobytu ve zdravotnickém zařízení [10, 11].

Ministerstvem zdravotnictví ČR byl zřízen **Registr nozokomiálních infekcí (RNI)** za účelem používání jednotného informačního nástroje pro sledování a vyhodnocování klinických případů těchto infekcí v ČR. Vznikem tohoto registru byla snaha o zavedení metody měření a sledování kvality a efektivity péče jednotlivých zdravotnických zařízení s cílem nalezení standardů podmínek prevence, poskytování a financování péče u nemocných, kdy je jejich stav komplikovaný NI.

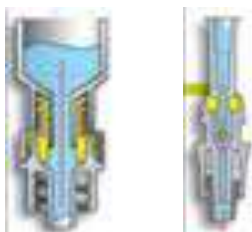
Zahraniční zdroje uvádí, že je na světě pro NI každý den léčeno cca 1,4 milionu lidí. V rozvinutých zemích je výskyt NI u 5 až 10 % všech hospitalizovaných pacientů a u 15 až 40 % pacientů přijímaných na JIP [5].

Katéťrová infekce (infekce krevního řečiště) vzniká nejčastěji migrací mikroorganismů z kůže v místě zavedení katétru do cévy, kontaminací spojek katétrů, spojovacích hadiček, vstupů trojcestných kohoutků a ramp. Čím méně budeme manipulovat s katétrem a infúzní linkou, tím lépe. Tady nachází velké uplatnění bezjehlové spojky, které zamezují otevírání celé infuzní linky, a následně se tak snižuje riziko kontaminace krevního řečiště. V menší míře dochází ke kontaminaci hrotu katétru při hematogenním rozsevu z jiného ložiska nebo podáním znečištěného infuzního roztoku. V popředí by měla být prevence vzniku katéťrových infekcí. K celé infuzní lince můžeme přistupovat s minimální manipulací. Přístup je možný bez rozpojování infuzního systému pomocí bezjehlových spojek, které mohou být v systému ponechány delší dobu.

Uzavřený infúzní systém je moderním a účelným řešením. Představuje logické, praktické a ekonomické řešení. Uzavřený infuzní systém zpravidla není rozpojován a není jej třeba ani zavzdušňovat. Tento infuzní systém představuje minimální rizika kontaminace infúzní linky, roztoků a léčiv, minimální rizika intravaskulárních infekcí periferních i centrálních, prodlužuje možnost použití infuzní linky, šetří čas a práci personálu a snižuje náklady na léčbu. Pro tento typ konektoru se vžil termín ***bezjehlová spojka***. Můžete jej ale znát také pod pojmy bezjehlový vstup, bezjehlový konektor či „needleless connecting devices“. Bezjehlová spojka je určena pro maximálně bezpečný přístup do cévního řečiště. Chrání katétr a pacienta proti vniku infekce a také zdravotníka např. před bodným poraněním. Bezjehlové spojky se dělí podle vnitřních mechanismů na pomůcky ***jednoduché a komplexní***. Jednoduché spojky nemají žádné vnitřní pohyblivé díly, které by byly dalším zdrojem pro kolonizaci bakteriemi, proto jsou v současnosti nejvíce vyhledávané. ***Jednoduché bezjehlové spojky*** mají dělené septum, které je aktivováno jen pomocí tupé kanyly viz obr. 1. Dělené septum je čisté, jednoduché a má vysokou průtokovou rychlost. ***Komplexní bezjehlové spojky*** se běžně nazývají mechanické chlopně. Jde o dva typy mechanických chlopní. Mechanické chlopně s vnitřním mechanismem, který je možné aktivovat kónusem stříkačky, nebo infuzním setem viz obr. č. 2 a mechanické chlopně s pozitivním přetlakem. Ty mají navíc přídatný mechanismus pro dodatečné propláchnutí katétru po odpojení stříkačky viz obr. č. 3.

Bezjehlové spojky jsou určeny pro infuzi i pro aspiraci. U bezjehlové spojky je důležitý také její kryt. Ten může být neprůhledný, průhledný, či částečně průhledný. Bezjehlové spojky vyrobené z průhledného krytu umožňují neporušený, transparentní pohled na celou pomůcku. Sestra tak může jasně vidět krev, infuzi nebo mechanické díly uvnitř celé bezjehlové spojky. Nevýhodou některých bezjehlových spojek je jejich neprůhledné tělo a špatná detekce zbytků infúzí nebo krve. Některé pomůcky jsou vyrobené z barevné umělé hmoty. V tomto případě do těla spojky nevidíme. Bezjehlové spojky vydrží až několik set cyklů aspirací či injekcí, jsou prvkem v bezpečnostním konceptu (tzv. safety konceptu) proti poranění zdravotníků jehlou. Při užívání bezjehlových spojek významně klesá kontaminace vnějšího konce katétru nebo kolonizace ve srovnání s klasickým otevřeným infuzním systémem [3, 7, 1, 2, 8].

Obr. č. 1 Jednoduchá bezjehlová spojka – dělené septum [7]



Obr. č. 2 Mechanická chlopeň [7]



Obr. č. 3 Mechanická chlopeň s pozitivním přetlakem [7]



Pokud je bezjehlová spojka nesprávně využívána, může být nejen branou vstupu infekce, ale také jejím rezervoárem. Při volbě bezjehlové spojky, bychom se měli dívat i na její povrch. Jakékoli nerovnosti spojky jsou pak problémem při dezinfikování, což také může být branou pro vstup infekce do krevního řečiště. Důležitou roli hraje i vnitřní členění jednotlivých bezjehlových spojek. Rezervoárem pro mnoho bakterií může být komplexní a složitá vnitřní konstrukce. Čím jednodušší je vnitřní design bezjehlové spojky, tím je nižší riziko formování biofilmu [9].

I ekonomická stránka je také ukazatelem pro preferenci používání otevřeného či uzavřeného infuzního systému. Cena použitého materiálu za týdenní období bez použití bezjehlové spojky je 2142,- Kč, při použití bezjehlové spojky za stejný časový úsek je cena 1856,- Kč. V této částce je započten veškerý materiál, který je nutný k sestavení infuzní linky. Při použití bezjehlových spojek není třeba každodenní výměnu infuzní linky a tím se snižují náklady potřebné na materiál k sestavení infuzní linky [4].

V prevenci katéetrových infekcí hraje důležitou roli ošetrovatelská péče o invazivní vstupy, ale také přístup do infúzního systému a péče o něj. Mluvíme-li o uzavřeném infuzním systému za použití bezjehlových spojek, pak je velmi důležitá péče o tyto spojky.

V měsíci leden/únor 2011 byl vydán Společností sester pro infuzi (*Infusion Nurses Society; INS*) Ošetrovatelský standard pro infuze (*Infusion Nursing Standard of Practice*), který dává doporučení na mezinárodní úrovni, jak správně pečovat o přídatné zařízení v infuzní lince včetně bezjehlových spojek. Péče o bezjehlové spojky je dána organizační politikou, postupy, doporučeními pro praxi (guedelines) a „Návody k použití“ od výrobců. Zdravotnická zařízení samostatně na základě těchto doporučení vytvářejí ošetrovatelské standardy. Jsou ovšem i zdravotnická zařízení, kde však tyto ošetrovatelské standardy chybí. INS ve standardu „Infusion Nursing Standard of Practice“ doporučuje, aby se pro vstup do bezjehlové spojky používaly pouze sterilní pomůcky. Bezjehlové spojky musí být na principu uzávěru luer-lock. Bezjehlová spojka se při každém vstupu musí dezinfikovat pomocí alkoholového dezinfekčního prostředku o obsahu více než 70 % alkoholu, jodové tinktury nebo dezinfekcí s kombinací chlorhexidinu a alkoholu. Optimální technika a čas působení dezinfekce nebyla přesně definována. Přesto je mnohem vhodnější provádět dezinfekci otřením povrchu bezjehlové spojky a dezinfekce by na povrchu spojky měla zcela zaschnout. Výměna bezjehlových spojek by měla být provedena vždy, pokud je spojka nějakým způsobem poškozená, pokud se uvnitř spojky nachází krev či nečistota, při odběrech krve z katétru na kultivaci. Dále je nutné se řídit postupy, doporučeními pro praxi a „Návody k použití“ od výrobců [8].

V přípravcích určených k parenterální výživě (lipidů) dochází k poměrně rychlé bakteriální kontaminaci [6]. Svou roli hraje i vícecestný centrální venózní katétr, u kterého by měl být vždy jeden vstup a tedy i bezjehlová spojka vyčleněna pouze pro podávání parenterální výživy (lipidů).

Cílem disertační práce bude zaměřit se na ošetrovatelskou péči sester o uzavřený infúzní systém včetně dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, s nimiž je bezpochyby spojené snížené riziko vzniku katéetrových infekcí na JIP a ARO. Výzkumnou metodou byl zvolen dotazník a pozorování. Souborem respondentů budou všeobecné sestry pracující na odděleních ARO, JIP ve státním zdravotnickém zařízení, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo obrany ČR na území hlavního města Prahy.

Závěr

Podle dostupných informací, studií a podle mého názoru a zkušeností přináší tento systém mnoho pozitiv. Snižuje výskyt katéetrové infekce u nemocného, neprodlužuje hospitalizaci, snižuje finanční náklady na léčbu a chrání pacienta i personál. Použití uzavřeného infúzního systému je mnohem menší zátěží pro nemocného i pro ošetřující personál. Proto, aby bylo možno dosáhnout co největší míry všech popsaných výhod, je nutné, aby s uzavřeným systémem pracovala dostatečně informovaná sestra.

Zdroje:

1. DVOŘÁKOVÁ, K. Aesculap academie. *Safety koncept*. [on-line], [citováno 2011-1-22]. Dostupné z: www.csim.cz/FileHandlerler.ashx?FileID=782
2. CASEY, A et al A prospective clinical trial to evaluate the microbial barrier of a needleless connector. *Journal of Hospital Infection*, Vol. 65, No 3, s. 212 – 218
3. *Infúzní technika a infúzní a transfúzní sety*. [on-line], [citováno 2011-1-23]. Dostupné z: www.bbraun.cz
4. KOCOURKOVÁ, Ludmila: *Management používání bezjehlových vstupů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. Praha, 2009. 52 s. 3 přílohy. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Anna Mazalánová, PhD.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Kniha bezpečí pro pacienty. *Nemocniční infekce*. [on-line], [citováno 2011-9-7]. Dostupné z: (http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/obsah/nemocnicni-infekce_2406_18.html)
6. MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 180 s. ISBN 80-247-1673-9
7. *Příručka ke krátkodobé periferní i. v. kanylaci*. BD, 2009

8. Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standard of Practice. *Journal of Infusion Nursing*. 2011, Vol. 34, No. 1S, s. S31 - S33, ISSN 1533-1458
9. SUCHÁ, K. Otevřený vs. uzavřený infuzní systém. Hradec Králové. 2009. [on-line], [citováno 2011-1-22]. Dostupné z: www.csim.cz/FileHandlerler.ashx?FileID=783
10. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. 393 s. ISBN 80-262-203-X
11. ZADÁK, Z. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9

Kontakt na autora:

Mgr. Monika Hošťálková

E-mail: monika.hostalkova@lf1.cuni.cz

Symulacja medyczna – realistyczne środowisko kształtowania kompetencji

(Zdravotnícka simulácia – realistické prostredie pre rozvoj kompetencií)

Frątczak J.

Instytut Ochrony Zdrowia PWSZ, Piła

W roku 1999 podpisaniem przez ministrów edukacji 29 krajów Deklaracji Bolońskiej zapoczątkowany został proces tworzenia europejskiego obszaru szkolnictwa wyższego, zakładający wzmocnienie europejskiego wymiaru szkolenia w świecie.

Priorytetem procesu jest jego wymiar społeczny wyrażający się m.in. poprzez umiędzynarodowienie studiów, wzrost mobilności studentów i pracowników uczelni, a także uczenie się przez całe życie. Koniecznością stało się zintegrowanie systemów edukacyjnych tak, by wspólne kształcenie uczynić powszechną praktyką. Wprowadzono porównywalny system studiów oparty na trójstopniowym cyklu kształcenia (studia licencjackie, magisterskie, doktoranckie), przyjęto system porównywalnych dyplomów i punktowy system zaliczania osiągnięć studentów (ECTS – European Credit Transfer System). Dla większej przejrzystości, dostępności i jakości zdobywanych kwalifikacji utworzono Krajowe Ramy Szkolnictwa opisujące wzajemne relacje między poszczególnymi szczeblami kształcenia. Obecnie na tej podstawie rozpoczęto budowanie programów kształcenia. Programy te koncentrować się mają zgodnie z założeniem na efektach kształcenia, podporządkowując im proces kształcenia. Efekty kształcenia określają natomiast co student będzie wiedział, co rozumiał i co potrafił wykonać po zakończeniu nauki. [1]

Kompetencje jako konieczny efekt kształcenia

Kompetencje to najdoskonalszy efekt kształcenia powstający z połączenia wszystkich komponentów tzn. wiedzy, umiejętności i postaw niezbędny do samorealizacji i rozwoju osobistego, przyjmowania aktywnej postawy obywatelskiej, osiągania integracji społecznej i zatrudnienia. Kompetencje powinny być rozwijane, utrzymywane i aktualizowane w toku uczenia się przez całe życie. [2]

Kompetencje określane są również mianem umiejętności ponadprzedmiotowych wyrażonych:

- zdolnością do samokształcenia (planowanie, organizowanie i ocenianie własnej nauki, przyjmowaniu za nią większej odpowiedzialności)

- skuteczną komunikacją (porozumiewanie się w różnych sytuacjach, prezentacji własnego punktu widzenia, uwzględnianie poglądów innych ludzi, poprawne posługiwanie się językiem, przygotowanie do wystąpień publicznych)
- efektywnym współdziałaniem w zespole (budowaniem więzi międzyludzkich, skutecznym działaniu i podejmowaniu decyzji, przyswajanie sobie technik negocjacyjnych, rozwiązywania konfliktów i problemów społecznych)
- stosowaniem zdobytej wiedzy w praktyce (nabywanie potrzebnych nawyków i doświadczeń, eliminowanie działań zbytecznych bądź błędnych, twórczym rozwiązywaniem problemów, wyszukiwaniem informacji, posługiwaniem się technologią informacyjną) [3]

Absolwent pielęgniarstwa w toku kształcenia zgodnego ze standardem europejskim (licencjat nie mniej niż 6 semestrów, 4815 w tym 2300 przeznaczonych na zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe i ECTS – 180, magister – nie krócej niż 4 semestry, 1300 godzin i ECTS – 120) jest przygotowany do posługiwania się

- zaawansowaną wiedzą z obszaru nauk medycznych i pielęgniarstwa
- świadczenia zindywidualizowanej opieki w zakresie pielęgniarstwa
- organizowania i nadzorowania opieki pielęgniarstwa
- nawiązywania współpracy z członkami zespołu w zakresie doskonalenia jakości opieki
- wdrażania nowych metod, technik i rozwiązań organizacyjnych oraz identyfikowania obszarów podejmowania badań i uczestniczenia w badaniach, oraz jest przygotowany do podjęcia studiów trzeciego stopnia (doktoranckich). [4]

Środowisko nauczania sprzyjające kształtowaniu kompetencji

Efektywność kształcenia jest wypadkową wielu czynników w tym przede wszystkim zaangażowania uczącego, nauczyciela umożliwiającego aktywność i samodzielność uczącym się oraz organizacji i wyposażenia instytucji kształcącej. Kształtując kompetencje zwracać musimy uwagę na to, by nabywana przez uczącego się wiedza posiadała cechy operatywne, tzn. znajdujące zastosowanie w działaniu, tylko wówczas będzie pomagać temu, który ją opanował w kierowaniu jego zamierzeniami i czynnościami. Zatem im wyższy stopień złożoności zadań zawodowych tym większe

powinno być wykorzystywanie metod interaktywnych. Metody te są gwarantem zwiększenia zaangażowania emocjonalnego powodującego zwiększenie wysiłku umysłowego przynoszącego skutki bieżące jak i odległe.

Podstawowym zadaniem organizatorów kształcenia staje się tworzenie warunków sprzyjających działaniu: powtarzać informacje własnymi słowami, podawać przykłady, rozpoznawać problem w innej sytuacji, z innymi danymi, analizować go w szerszym kontekście, korelować z innymi faktami i twierdzeniami, w oparciu o powyższe podejmować decyzje z uwzględnieniem przewidywalnych konsekwencji. To czego uczymy się w działaniu stanowi trwały nabytek ucznia podlegający łatwo transferowi na inne dziedziny. Wartość niepodważalną stanowi możliwość pracy w grupie sprzyjająca socjalizacji i rozwijająca umiejętności współpracy, co jest podstawą procesu pracy i badań naukowych. [5, 6] Niezwykle istotny jest etap analizy krytycznej umożliwiający uczącemu się wskazywanie informacji sprzecznych, przeciwnych, powodujące wytworzenie zaangażowania skutkującego generowaniem w sobie motywacji do samodzielnego poszukiwania sposobu rozwiązania konkretnego zadania. [7] Podmiotowość uczących się oznacza ich większe zaangażowanie w samodzielne poszukiwanie wiedzy, kształtowanie krytycznych, refleksyjnych i twórczych postaw, a także zwiększenie odpowiedzialności za rezultaty końcowe. Nauczycielowi przypisywana jest rola organizacyjna i doradcza. [8]

Symulacja jako metoda dydaktyczna

Symulacja jako metoda nauczania sklasyfikowana została wg Okonia w grupie metod samodzielnego dochodzenia do wiedzy, czyli metod problemowych. Wśród nich takie jak klasyczna metoda problemowa, metoda przypadków, sytuacyjna i gry dydaktyczne, do których zaliczana jest gra symulacyjna. Wyróżnia się ona jednak występującym w czasie jej trwania modelem symulacyjnym, który jest wycinkiem rzeczywistości. Tłumacząc z łaciny *simulatio* oznacza naśladowanie, podobieństwo [9].

Gry kojarzą się ogólnie z zabawą, czyli przyjemnym i dobrowolnym działaniem. Symulacja jest najbardziej atrakcyjną i najpełniejszą grą, której efektywności upatruje się w silnym powiązaniu strony operacyjno-poznawczej z motywacyjną. Powiązania te następują nieformalnie poprzez budowanie napięcia i zaciekawienia z jednoczesnym prawem do ryzyka i powtarzania. Gra narzuca uczniowi postawę badacza, a wola rywalizacji motywację do poszukiwania, co jest siłą napędową wszelkiego uczenia się.

O wysokiej efektywności gier symulacyjnych stanowiąc mogą: zmniejszenie znużenia i zmęczenia, obniżenie poziomu lęku, stan nastawienia i wola rozwiązywania problemów, wybieranie z licznych źródeł elementów wiedzy tylko koniecznych do rozwiązania problemu, co powoduje jej łatwiejsze zapamiętywanie. Łatwiej przypomnieć sobie co zdarzyło się podczas gry niż wykładu. [10]

Proces dydaktyczny z zastosowaniem gry podzielony jest na cztery etapy.

W pierwszym dokonujemy opracowania scenariusza, uwzględniającego poziom wiedzy i możliwości uczniów, a także dostępne rekwizyty, wielkość grupy, ramy czasowe. Etap drugi, to granie poprzedzone wyłonieniem zespołów i omówieniem reguł. Etap ten powinien być pilnie obserwowany, a najlepiej nagrany, by posłużył jako materiał do pracy w etapie oceny. Ocena to etap trzeci, najistotniejszy dla przyswojenia i utrwalenia nowych kompetencji. W formie dyskusji uczestnicy omawiają własne zachowania, komentują podejmowane decyzje, wyłaniają te, które przyczyniały się do osiągnięcia sukcesu i te będące przyczyną porażki. W etapie czwartym, który jest poszukiwaniem uogólnień, następuje przełożenie wyciągniętych wcześniej wniosków na praktykę codzienną, bo nawet jeżeli gra wydaje się zabawą, to nie chodzi przecież o to, kto zdobędzie najwięcej punktów, a jak zastosujemy nabyte doświadczenie w sytuacji życiowej. W efekcie doskonalimy proces podejmowania decyzji, sprawdzamy umiejętność zastosowania teorii w praktyce, współpracy zespołowej i grupowego rozwiązywania problemów.

Rolą nauczyciela jest przygotowanie gry tak, by była ona zgodna z wcześniej założonymi celami dydaktycznymi, interesująca, wartościowa i zakończona refleksją. W trakcie trwania gry nauczyciel czuwa nad jej przebiegiem uważnie obserwując i ingerując tylko w sytuacjach wyjątkowych koniecznych dla realizacji założonego celu. Gdy nauczyciel zasypuje uczniów własnymi przemyśleniami i pokazami, w rzeczywistości przeszkadza w uczeniu. Kończąc grę jest moderatorem powstających w grupie uogólnień, a także „katalizatorem” wytworzonych w trakcie gry emocji. Realizm sytuacyjny sprawia, że pomimo sytuacji fikcyjnych powstają prawdziwe emocje, często antagonizmy, niechęć wzajemna do członków zespołu czy między zespołowa, poczucie przegranej, zawiedzionego zaufania w przypadku wyboru mniej trafnej decyzji itp. Opanowanie nagromadzonych emocji wymaga dużych umiejętności komunikowania się i wrażliwości interpersonalnej. [11, 6]

Symulacja medyczna metoda budowania kompetencji zawodowych

Symulacja w nauczaniu medycznym nie jest zjawiskiem nowym. Wykorzystujemy od dawna plansze, modele anatomiczne, fantomy do wykonywania określonych czynności, istotą jest jej nowy wymiar możliwy do zastosowania dzięki nowoczesnym technologiom w szczególności symulatorom pacjenta. [12] Symulacja medyczna polega na odtworzeniu mającej miejsce w rzeczywistości sytuacji zdrowotnej człowieka. Przebieg powikłanej choroby fizjologii tworzy scenariusz symulacji, który w zależności od skuteczności i czasu podejmowanych decyzji przybierać może na sile lub być eliminowany.

Warunkiem prowadzenia zajęć metodą symulacji jest kompletnie wyposażone stanowisko pracy, odzwierciedlające warunki realne z wyjątkiem pacjenta, którego zastępuje symulator oparty na modelu fizjologii ludzkiej, reagujący na działania ćwiczących automatycznie i obiektywnie. Reakcje wirtualnego pacjenta zależą od czasu i wieku, dla uzyskania pozytywnego rezultatu ćwiczący nie tylko muszą poprawnie przeprowadzić proces decyzyjny, wykonać czynności medyczne, ale również przeprowadzić je w odpowiednim momencie, uwzględniając zmiany fizjologiczne zachodzące wraz ze starzeniem się organizmu.

Praca na symulatorze przebiega zgodnie z poszczególnymi etapami symulacyjnej gry dydaktycznej. Przygotowany przez instruktora scenariusz rozgrywany jest w czasie uzależnionym od decyzji, jakie podejmują uczestnicy, zwykle nie więcej niż 15 min. Dużo ważniejsza i intensywniejsza jest tzw. faza debriefingu, czyli omówienia przeprowadzonej symulacji, trwa ok. 30 - 45 min i jest fazą zasadniczą dla kształtowania kompetencji poprzez refleksję w kontakcie z nagraniem na video materiałem. [12,13,14]

Uczestnik zajęć w ramach symulacji medycznej ma możliwość sprawdzenia swojej wiedzy, wykorzystania umiejętności w sytuacji realnej szczególnie tych zjawisk chorobowych, które występują rzadko bądź obarczone są dużym ryzykiem, zaletą jest to, że scenariusz dopasowany może być do aktualnego poziomu wiedzy studenta, a także do dowolnie tworzonego zespołu. Eksperymentując na modelu mogą oni badać skutki własnych działań nie obawiając się konsekwencji, szczególnie jeżeli dotyczy to małych pacjentów w stanie zagrożenia życia czy argumentowania swoich decyzji nierzadko moralnych. [11,6, 13,15]

Badania własne

Inspiracją przeprowadzonego badania było potwierdzenie istniejącego poglądu o korzystnym wpływie symulacji na efektywność procesu dydaktycznego. Podstawową trudnością, z jaką przychodzi mierzyć się dydaktykom w dobie szybko dostarczanej rozrywki multimedialnej, jest wzbudzenie zaciekawienia pielęgniarzkiego na poziomie gwarantującym zaangażowanie i samodzielne zdobywanie wiedzy i umiejętności, którego skutki trwałyby przez całe życie zawodowe i przyczyniały się do podnoszenia jakości opieki wobec podopiecznego.

Cel badawczy

Celem przeprowadzonych badań była próba odpowiedzi na pytanie:

Czy symulacja medyczna jest metodą akceptowaną przez studentów i budzącą ich zaangażowanie dydaktyczne?

Materiał i Metody

Zajęcia prowadzone były w semestrze zimowym 2010/2011 dla grupy 25 studentów studiów stacjonarnych II roku III semestru Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Pile. Studenci uczestniczyli w bloku zajęć w ramach przedmiotu „Pielęgniarstwo w anestezjologii i stanach zagrożenia życia”, składającym się z 15 godzin wykładu, 15 godzin ćwiczeń, 30 godzin samokształcenia i 40 godzin zajęć praktycznych. Wykłady prowadzone w większości metodą podającą z uwagi na niewielki udział studentów w podejmowanych próbach pracy w oparciu o interaktywną formę przekazu treści.

Samokształcenie realizowano metodą projektów zakończoną niepowodzeniem, którego źródła upatruję w braku konsekwencji nauczyciela, a także braku operatywności i zaangażowania studenta. Ćwiczenia w całości prowadzone metodami problemowymi, część w oparciu o studium przypadku – analizę problemów pielęgnacyjnych, część w oparciu o elementy symulacji. Po odbyciu wykładów i zajęć praktycznych przeprowadzono badanie metodą sondażu diagnostycznego narzędziem własnej konstrukcji, zawierającym pięć otwartych pytań w formie anonimowego, pisemnego arkusza. Wszystkie pytania rozpoczynały się zdaniem:

Zajęcia w ramach ćwiczeń pielęgniarstwo w anestezjologii i stanach zagrożenia życia:

1. dały mi

2. podobało mi się
3. co należałoby zmienić
4. zajęcia z wykorzystaniem fantomów
5. czy powinno być więcej ćwiczeń z wykorzystaniem fantomów

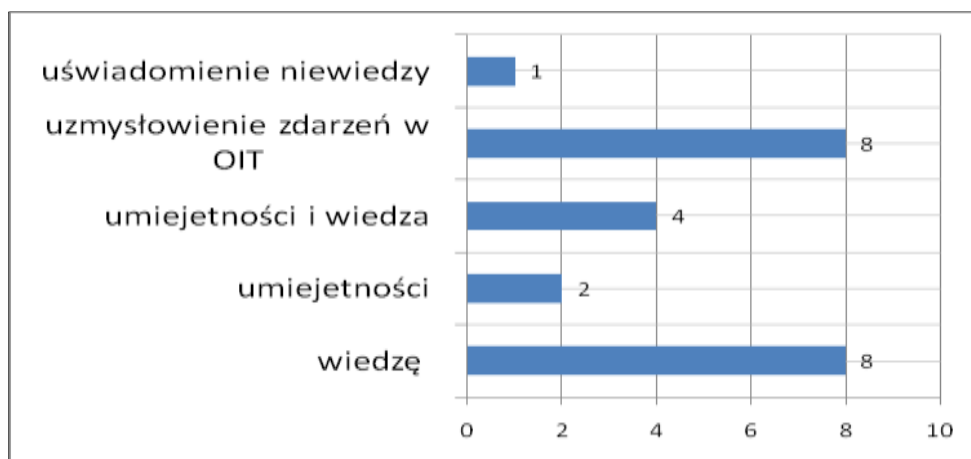
Celem takiej konstrukcji pytań było uzyskanie subiektywnej informacji zwrotnej, jako pilotaż do szerszego zastosowania symulacji w nauczaniu pielęgniarstwa

WYNIKI

Na pytanie

Zajęcia w ramach ćwiczeń pielęgniarstwo w anestezjologii i stanach zagrożenia życia:

1. dały mi



2. podobało mi się

wszyscy zdecydowanie odpowiadali: zajęcia z wykorzystaniem fantomów, ponadto uwzględniono komentarze

- ponieważ dają zarys tego, co dzieje się z człowiekiem , nauczyłam się rzeczy innych niż gdziekolwiek indziej, nie powtarzających się,
- jak stawaliśmy grupką nad fantomem i nikt nie wiedział, jakie czynności podjąć w danej sytuacji,
- to że lekcje są luźne i wszystkiego można się spokojnie nauczyć

3. co należałoby zmienić

- 4 osoby nie miały zdania
- 11 osób – wprowadzić więcej zajęć z wykorzystaniem fantomów
- 8 osób zwiększyć uporządkowanie zajęć, dostarczenie odpowiednich materiałów informacyjnych dotyczących zajęć, a także poprzedzenie ćwiczeń pokazem

4. zajęcia z wykorzystaniem fantomów

zajęcia z wykorzystaniem fantomów oceniono jako korzystne, potrzebne, ciekawe, rozwijające wyobraźnię, inspirujące do poszukiwania wiedzy i zwiększające jej zapamiętywanie – odpowiedziało tak 100%, jedna osoba zwróciła uwagę, że były zabawne

5. czy powinno być więcej ćwiczeń z wykorzystaniem fantomów

wszyscy opowiedzieli się za zwiększeniem godzin zajęć z wykorzystaniem fantomów, jedna osoba wskazała na usprawnienie procesu w postaci zamiany zajęć innego przedmiotu.

Wnioski

1. Zajęcia na symulatorach wymuszały większą aktywność studentów, mobilizując ich do przygotowania się do zajęć, a także czynnego udziału w nich. Nie wszyscy studenci wyrażali swoje zadowolenie z tego powodu.
2. Zajęcia w oparciu o symulację przyniosły na tyle silny ładunek emocjonalny, że studenci nie zauważyli innych form, a oceniając, skupili się jedynie na zajęciach z wykorzystaniem fantomów, wspominają je do dzisiaj.
3. Zauważalne jest przyzwyczajenie do tradycyjnego modelu edukacji, w której to studenci poddani systemowi podającemu otrzymują notatki, uczestniczą w pokazie i instruktażu bieżącym, oczekują od prowadzącego przekazania informacji i pokazu, przyjmując jedynie postawę odtwórczą. Trudno im opuścić ten bezpieczny skrawek edukacji.
4. Zmiana strategii edukacyjnej wymaga zaangażowania ze strony wszystkich dydaktyków kierunku (różnych przedmiotów).

Podsumowanie

Symulacja od dawna wykorzystywana z powodzeniem w lotnictwie i ekonomii dzisiaj staje się koniecznością w nauczaniu medycznym. To, co łączy te niezależne dyscypliny to fakt błędu ludzkiego, będący główną przyczyną zdarzeń niepożądanych. Ogólnie przyjęty fakt, iż wraz z powtarzaniem czynności uzyskujemy większą sprawność w jej wykonywaniu dowodzi tylko niekwestionowanej roli symulacji dla przygotowania zawodowego. Na podstawie przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii w 2007 roku badań, dotyczących wykorzystania symulacji w nauczaniu pielęgniarstwa, zreformowano

programy nauczania w taki sposób, że można nią zastępować do 300 godzin nauczania przedmiotów klinicznych. [12] Pracownicy medyczni w obliczu zmieniających się metod i technologii konfrontują codziennie umiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się wyzwaniami praktyki. Niezbędne jest przygotowanie samodzielnych myślicieli zdolnych do skutecznego rozwiązywania problemów. Wprowadzenie do dydaktyki symulacji, zastąpienie człowieka symulatorem opartym na najnowszej technologii informatycznej, staje się idealnym narzędziem edukacyjnym. Wysoka wierność profesjonalnych programów symulacji pomaga nauczycielom i uczniom sprostać wyzwaniom związanym z coraz bardziej złożonymi warunkami praktyki klinicznej. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone przez nauczycieli uniwersytetu w Ontario w Kanadzie. Symulację zastosowano tu do zespołowego szkolenia pielęgniarek o różnym poziomie wykształcenia. Uczestnicy podejmowali decyzje jedynie w obszarze swojego wykształcenia i umiejętności klinicznych. W ewaluacji szkolenia wskazywano na korzystne efekty wzajemnego wykorzystywania wiedzy, umiejętności, a także udzielane sobie wsparcie w ramach profesjonalnego zespołu. [16] Symulacja to dynamicznie rozwijającą się technologia o ogromnym potencjale dla programów studiów pielęgniarskich, szczególnie w dziedzinach, takich jak pediatria w obszarze intensywnej opieki, gdzie istnieje mniejsza możliwość kształcenia umiejętności w środowisku klinicznym [15,17]. Dzięki symulacji studenci mogą uzyskiwać i doskonalić empirycznie umiejętności w bezpiecznym, nie zagrażającym środowisku, które daje możliwości podejmowania decyzji, uczy krytycznego myślenia i współdziałania w zespole. Niestety, potencjał ten jest niedoceniany i niedostatecznie wykorzystywany. Trudne jest zdobycie wiedzy i umiejętności potrzebnych nauczycielom do korzystania z tej strategii edukacji, opracowania realnych scenariuszy, projektowania i weryfikacji standardowych i niezawodnych metod badań dla wykorzystania w testach kompetencji [18, 19].

Propozycją pomocy środowiskom akademickim w rozwoju symulacji w celu włączenia symulacji do metod nauczania jest utworzenie konsorcjum koordynującego współpracę ośrodków korzystających z technologii symulacyjnych. [20] Należy wyrazić nadzieję, że w Polsce rolę tę spełni Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej utworzone wraz z centrum symulacji w 2010 roku przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Do dyskusji wykorzystano jedynie przykłady doniesień literatury zagranicznej z powodu braku opracowań Polskich. Własne niewielkie badania pilotażowe

potwierdzają jedynie korzystny wpływ symulacji na zaangażowanie studentów w proces nauczania. Pozwalają jednak na postawienie tezy że niewątpliwie symulacja medyczna jest właściwą drogą podnoszenia jakości nauczania, tym samym rozwoju kompetencji.

Piśmiennictwo

1. <http://www.nauka.gov.pl/szkolnictwo-wyzsze/sprawy-miedzynarodowe/proces-bolonski/> 29.06.2011
2. Kwiatkowski S., Bogaj A., Baraniak B.: Pedagogika Pracy, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007
3. Nowak M.: Jak (od)uczyć wkuwania?, Dyrektor Szkoły 6 (138) 2005, s. 56-57
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w prawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dziennik Ustaw - rok 2007, nr 164, poz. 1166 z dnia 2007-09-13)
5. Nowacki T.: Metody aktywizujące w kształceniu, CODN, Warszawa 1999
6. Kozak A, Łaguna M.: Metody prowadzenia szkoleń, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Sopot 2008
7. Silberman M.: Uczymy się uczyć, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005
8. Ciechaniewicz W.: Pedagogika, PZWL. Warszaw 2008
9. Okoń W.: Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej, Wydawnictwo Żak , Warszawa 1995
10. Ruszczyńska-Schiller M., Putkiewicz E.: Gry symulacyjne w szkole, WSiP Warszawa 1983
11. Goźlińska E.: Jak skonstruować grę dydaktyczną, WSiP Warszawa 2004
12. Makowska K.: Symulacja medyczna – nowy wymiar edukacji, Na ratunek 1/2010 s. 37
13. Starosolski M.: Symulacja – nowoczesna metoda szkolenia, Na ratunek 2/2009 s. 16-18
14. Starowicz M.: Symulacja coraz bardziej popularna, Na ratunek 2/2009 s. 12-15

15. Parker RA, McNeill JA, Pelayo LW, Goei KA, Howard J, Gunter MD: Pediatric clinical simulation: a pilot project. J Nurs Educ. 2011 Feb;50(2):105-11.
16. Leonard B, Shuhaibar EL, Chen R: Nursing student perceptions of intraprofessional team education using high-fidelity simulation. J Nurs Educ. 2010 Nov;49(11):628-31. Epub 2010 Jul 30.
17. Kane J, Pye S, Jones A: Effectiveness of a simulation-based educational program in a pediatric cardiac intensive care unit. J Pediatr Nurs. 2011 Aug;26 (4): 287-94
18. Medley CF, Horne C: Using simulation technology for undergraduate nursing education. J Nurs Educ. 2005 Jan; 44 (1): 31-4.
19. Decker S, Sportsman S, Puetz L, Billings L: The evolution of simulation and its contribution to competency. J Contin Educ Nurs. 2008 Feb;39 (2): 74-80.
20. Halstead JA, Phillips JM, Koller A, Hardin K, Porter ML, Dwyer JS: Preparing Nurse Educators to Use Simulation Technology: A Consortium Model for Practice and Education. J Contin Educ Nurs. 2011 May 9: 1-7.

Kontakt na autora:

mgr Jolanta Frątczak

E-mail: jolantafratczak@wp.pl

Kształcenie polskich pielęgniarek

(Vzdelávanie poľských sestier)

Komorowska Z¹., Wojciechowska M.²

¹Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

²Collegium Masoviense. Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

Wstęp

Przemiany polityczne, społeczne i gospodarcze Polski zbiegły się z dynamiką rozwoju pielęgniarstwa. Można zauważyć, że wydarzenia społeczne mają znaczący wpływ na rozwój pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo traktowane jest jako podsystem w systemie ochrony zdrowia, funkcjonujący w określonych warunkach. Pielęgniarka w Polsce jest jeszcze często postrzegana jako pomocnicza kadra medyczna – podległa lekarzowi, a nie jako autonomiczny profesjonalista – partner nie tylko lekarza, ale całego zespołu terapeutycznego. Na charakter i organizację opieki medycznej – pielęgniarskiej ma wpływ między innymi: wzrost aspiracji zawodowych środowiska pielęgniarskiego, wzrost liczby pielęgniarek z wykształceniem wyższym (zawodowym, magisterskim, ale także ciągły wzrost liczby pielęgniarek – doktorów), kierunki wyznaczone przez Światową Organizację Zdrowia czy też Międzynarodową Radę Pielęgniarek.

Rozwinięcie

Ustawa z 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych wprowadziła te zawody do grupy zawodów wolnych, nadając im pełną samodzielność, w granicach prawa, w wykonywaniu zadań oraz ustalaniu kierunków w działaniu i rozwoju pielęgniarstwa. Ustawa z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej określiła zasady oraz warunki wykonywania powyższej wymienionych zawodów. Obie wymienione ustawy otworzyły przed środowiskiem pielęgniarek i położnych nowe, szerokie możliwości rozwoju zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Pielęgniarka to osoba, która ukończyła obowiązujący program kształcenia pielęgniarskiego na poziomie podstawowym oraz uzyskała prawo do wykonywania zawodu na terenie swojego kraju. Jest przygotowana oraz posiada uprawnienia do wykonywania praktyki pielęgniarskiej w podstawowym zakresie: promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i niepełnosprawnościom, udziału w diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji oraz opieki nad wszystkimi grupami odbiorców usług, we wszystkich ośrodkach opieki zdrowotnej i środowiskach społecznych.

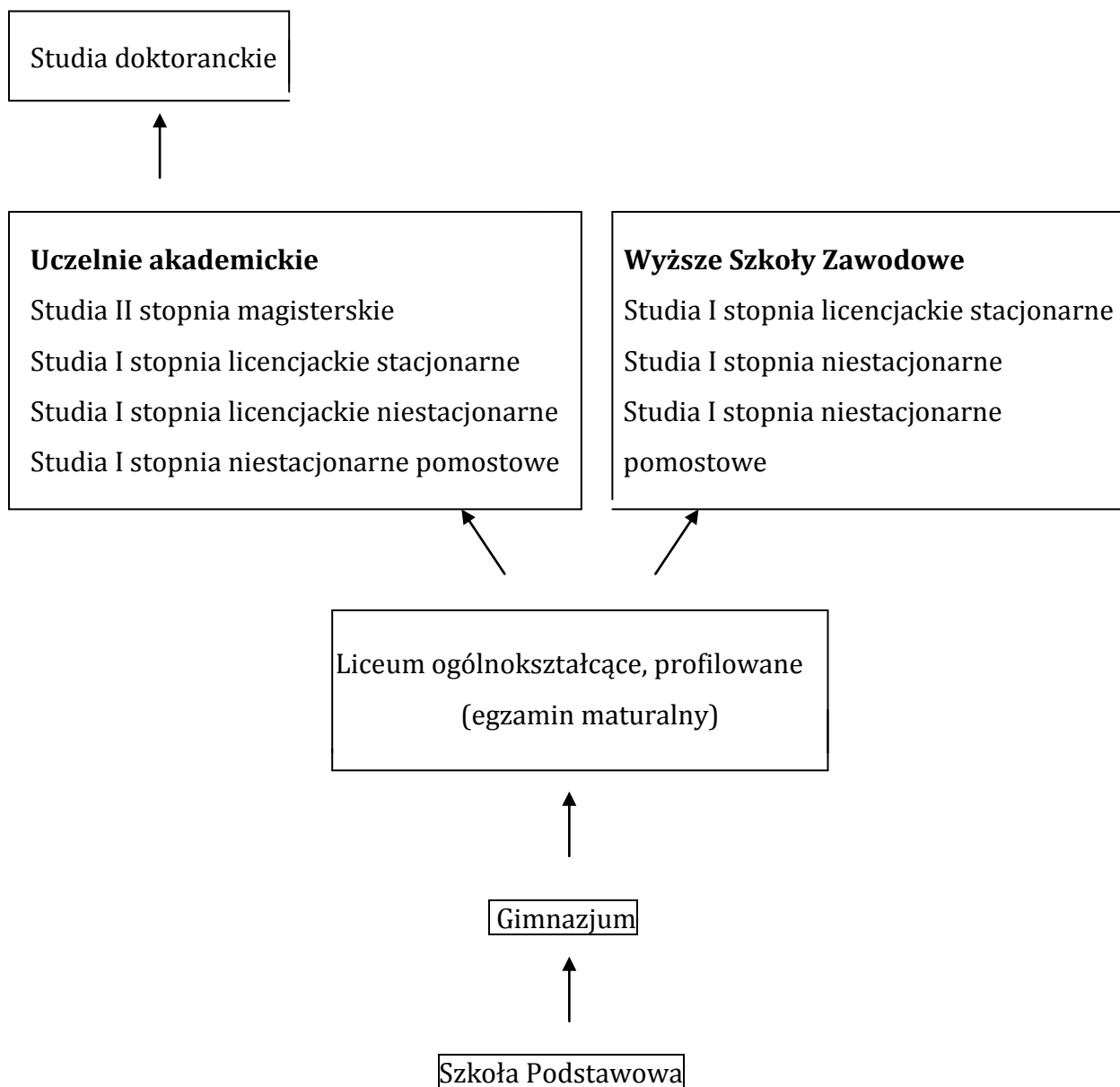
Pielęgniarstwo jest terminem, który ma kilka znaczeń. Przede wszystkim rozumiane jest jako praktyczna działalność pielęgniarek na rzecz podmiotu opieki, zarządzanie tym obszarem opieki oraz systemem kształcenia w zawodzie pielęgniarstwie na każdym możliwym poziomie tzn. akademickim i doskonaleniu zawodowym.

W roku 1999 przystąpiono do opracowania minimalnych wymagań dla studiów licencjackich kształcących w zawodzie pielęgniarki. W dniu 29 czerwca 2000 roku w formie uchwały zostały wydane minimalne wymagania programowe dotyczące studiów na kierunku pielęgniarstwo, zgodne z wymaganiami prawnymi i standardami kształcenia obowiązującymi w Unii Europejskiej [5]. W roku następnym Rada Główna Szkolnictwa Wyższego zatwierdziła wymagania, a wyższe uczelnie medyczne mogły uzyskać akredytację po spełnieniu wymaganych standardów nauczania (odnoszących się do przedmiotów ogólnych, podstawowych i kierunkowych) oraz minimalnej ilości godzin, których realizacja jest obligatoryjna. Akredytację kierunku przeprowadza Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego powołana przez Ministra Zdrowia, po uprzednim złożeniu dokumentów przez zainteresowaną uczelnię. Akredytacja jest wydawana na okres 3 lub 5 lat (możliwa także akredytacja warunkowa na okres jednego roku). W trakcie trwania akredytacji każda uczelnia może mieć przeprowadzony monitoring. Po upływie czasu na jaki została wydana akredytacja uczelnia występuje o jej ponowienie. Uczelnie w Polsce bez aktualnej akredytacji Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego nie mogą kształcić na kierunku pielęgniarstwo, jak również absolwentka kierunku, który nie ma akredytacji nie otrzyma prawa wykonywania zawodu wydawanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Kształcenie przeddyplomowe

Aby w Polsce zdobyć zawód pielęgniarki należy ukończyć studia wyższe I stopnia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo, w systemie stacjonarnym lub niestacjonarnym w jednej z 73 uczelni kształcących w tym kierunku. Czas trwania studiów stacjonarnych obecnie wynosi 6 semestrów, w trakcie których należy zaliczyć 4815 godzin (w tym 2300 godzin to część praktyczna). Kilka uczelni w kraju prowadzi studia I stopnia niestacjonarne, które w większości trwają 7 semestrów, przy zachowanej liczbie godzin takiej jak na studiach stacjonarnych. Absolwenci studiów I stopnia mogą kontynuować naukę na studiach II stopnia magisterskich, trwających 4 semestry i mających

co najmniej 1300 godzin zajęć. Po ukończeniu II stopnia można podjąć naukę na studiach doktoranckich trwających minimum 3 lata.



Rycina 1. Obecne kształcenie zawodowe pielęgniarek – opracowanie własne na podstawie: Blak-Kaleta A.: Praktyczny poradnik dla pielęgniarek, Verlag Dashofer, Warszawa, 2005 [1].

Studia pomostowe:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 roku począwszy od roku akademickiego 2004/2005 rozpoczęto kształcenie pomostowe. Regulacje prawne dotyczące kształcenia pomostowego znajdują się na poziomie ustawy

i rozporządzenia. Studia pomostowe mają uzupełnić programowo i godzinowo wiedzę zawodową pielęgniarek zgodnie z systemem kształcenia pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej. Studentami są pielęgniarki/pielęgniarze po Liceum Medycznym oraz Medycznym Studium Zawodowym. Absolwenci studiów pomostowych otrzymują tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Należy pamiętać, że powyższe studia nie mają charakteru obligatoryjnego. Zgodnie w wymienionym powyższej rozporządzeniem ustalono czas kształcenia dla poszczególnych grup docelowych – tzw. ścieżek i tak:

- 3 semestry lub 1633 godziny dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę w roku szkolnym 1980/81 lub później (ścieżka A)
- 5 semestrów lub 3000 godzin dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę przed rokiem szkolnym 1980/81 (ścieżka B)
- 3 semestry lub 2410 godzin dla absolwentów dwuletnich medycznych szkół zawodowych (ścieżka C)
- 2 semestry lub 1984 godziny dla absolwentów dwuipółletnich medycznych szkół zawodowych (ścieżka D)
- 2 semestry dla absolwentów trzyletnich medycznych szkół zawodowych (ścieżka E).

Program, który należy zrealizować powinien zawierać część teoretyczną, stanowiącą nie mniej niż 33% całości programu oraz część praktyczną, stanowiącą co najmniej 50% programu. W wymiarze nie większym niż 50% wymiaru zajęć praktycznych i praktyk – przewidziane praktyki i zajęcia praktyczne mogą zostać zaliczone na podstawie udokumentowanych przez studenta doświadczeń zawodowych.

Od roku akademickiego 2010/2011 zmieniono dla ścieżki A i ścieżki B czas trwania studiów – łącząc obie ścieżki w jedną, na której studia trwają 2 semestry i realizowany jest program w liczbie 1150 godzin (400 godzin zajęć teoretycznych i 750 godzin praktyk), pozostałe ścieżki realizują wcześniejsze programy. Przewidziane praktyki i zajęcia praktyczne mogą zostać zaliczone na podstawie udokumentowanych przez studenta doświadczeń zawodowych w wymiarze 225 godzin)

Kształcenie podyplomowe

Ustawiczne kształcenie (doksztalcanie) pielęgniarek wymusza wprowadzenie nowych technologii, rozwój nauk medycznych czy wprowadzanie coraz to nowszych leków. Dlatego też kształcenie podyplomowe stało się koniecznością i powinno być dostępne przez cały okres aktywności zawodowej [2]. Do roku 1998 funkcjonowało kształcenie podyplomowe prowadzone na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 roku [3]. Na podstawie Rozporządzenia Ministra zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1998 roku powstało Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, którego głównym zadaniem jest koordynacja spraw związanych z przebiegiem kształcenia podyplomowego, a także organizacja państwowego egzaminu specjalizacyjnego [4]. Obecnie prowadzi się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego pielęgniarek:

- szkolenie specjalizacyjne (specjalizacje)
- kursy kwalifikacyjne
- kursy specjalistyczne
- kursy doksztalcające

W procesie kształcenia podyplomowego istotną rolę odgrywa Samorząd Zawodowy.

Wnioski

1. Nauka zawodu pielęgniarki odbywa się obecnie na studiach wyższych I i II stopnia.
2. Pielęgniarki mające wykształcenie średnie zawodowe mogą uzupełnić wykształcenie na studiach pielęgniarskich pomostowych.
3. Każda pielęgniarka powinna w ciągu swojej pracy zawodowej pogłębiać swoją wiedzę poprzez uczestnictwo w dowolnym rodzaju kształcenia podyplomowego.

Literatura:

1. Blak-Kaleta A.: Praktyczny poradnik dla pielęgniarek, Verlag Dashofer, Warszawa, 2005
2. Kaczmarek M. L.: Kształcenie i rozwój zawodowy pielęgniarek na tle przemian ustrojowych w Polsce po II wojnie światowej, praca licencjacka, WSHE, Łódź, 2007
3. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś, PZWL, Warszawa, 1988

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 roku, w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2001 roku. Dz. U. 2001 r. nr 83 poz. 904 w sprawie krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego oraz uzyskiwania akredytacji.

Kontakt na autorov:

mgr Zofia Komorowska

E-mail: zofiakomorowska@wp.pl

dr n. med. Małgorzata Wojciechowska,

E-mail: dziekan@cm.edu.pl

Projekt systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – stan realizacji na 30.06.2011

(Systémový projekt „Odborná príprava sestier a pôrodných asistentiek v rámci ďalších štúdií” spolufinancované z Európskeho sociálneho fondu v rámci programu Ľudský kapitál – stav realizácie (30/06/2011))

Cholewka B.

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, Warszawa

1. Wstęp

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych realizuje Projekt Systemowy pn. *Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych*, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [1].

Przedmiotowy Projekt jest jednym z największych w Polsce projektów realizowanych ze środków EFS w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) w perspektywie finansowej 2007-2013. Na jego realizację zaplanowano środki w kwocie ok. 180 mln zł (47,5 mln euro) [2]. Łączna wartość środków przeznaczonych na ochronę zdrowia w ramach PO KL wynosi 105 mln euro [3].

Głównym celem Projektu jest uzupełnienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa, które będą uznawane automatycznie we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie szczegółowych informacji o Projekcie, w tym m.in. informacji nt. celów, okresu realizacji, zakładanych rezultatów i osób objętych wsparciem w ramach Projektu, a także prezentacja działań podejmowanych w latach 2008-2010 oraz planów do końca realizacji Projektu.

2. Realizacja Projektu systemowego

Genezy Projektu należy szukać w okresie przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, kiedy to w 2002 r. eksperci państw członkowskich przeprowadzili przegląd programów kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, stwierdzając,

że programy te realizowane w systemie średniego szkolnictwa medycznego nie spełniają wymogów dyrektyw sektorowych obowiązujących w Europie, w zakresie dotyczącym liczby godzin kształcenia zawodowego. Dlatego też, w celu uzupełnienia wykształcenia polskich pielęgniarek i położnych, tak by spełniało ono standardy unijne, w 2004 r. uruchomiono tzw. studia pomostowe, które można określić jako pomost pomiędzy starym a nowym systemem kształcenia (trzyletnim systemem studiów licencjackich), a podstawą uruchomienia tych studiów była ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw* [4] oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w *sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej* [5].

Departament Pielęgniarek i Położnych (DPiP) w Ministerstwie Zdrowia powołany został w kwietniu 2006 r. i od tego momentu czynnie włączył się w prace nad treścią dokumentów programowych PO KL 2007-2013, w zakresie dotyczącym kształcenia pomostowego pielęgniarek i położnych. W 2007 r. DPiP został Beneficjentem Systemowym, czyli jednostką właściwą merytorycznie do wdrażania tego ogromnego przedsięwzięcia, jakim jest Projekt Systemowy [1]. Przełom 2007 i 2008 r. to praca nad założeniami Projektu, jego harmonogramem i budżetem. Na etapie przygotowań wniosku o dofinansowanie Projektu Departament współpracował w tym zakresie z przedstawicielami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, w tym przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, a także Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i wybranymi uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne oraz Krajowym Konsultantem w dziedzinie pielęgniarstwa [6].

Oficjalna realizacja Projektu rozpoczęła się w momencie wydania decyzji Ministra Zdrowia w sprawie dofinansowania Projektu Systemowego [2]. Miało to miejsce 31 lipca 2008 r. W drugiej połowie 2008 r. uruchomiono studia pomostowe w 32 uczelniach wybranych w drodze postępowania przetargowego dla blisko 3000 pielęgniarek i położnych, podjęto prace organizacyjne związane z utworzeniem Wydziału Wdrażania

Projektu Systemowego w DPiP oraz rozpoczęto kampanię informacyjno-promocyjną w mediach.

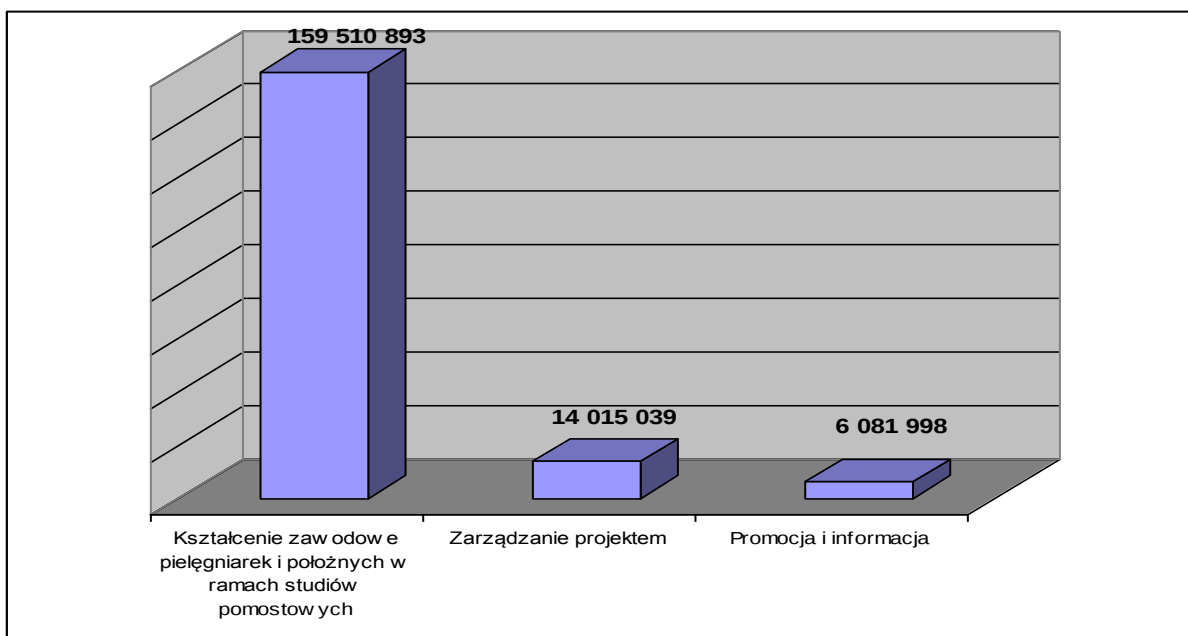
Projekt Systemowy pn. *Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych* jest finansowany w 85% ze środków EFS, a w 15% ze środków krajowych [3].

Projekt skierowany jest do pielęgniarek i położnych, które: posiadają świadectwo dojrzałości, są absolwentami średnich medycznych szkół zawodowych, posiadają status osoby zatrudnionej lub wolontariusza i zostały zakwalifikowane na studia pomostowe zgodnie z zasadami rekrutacji obowiązującymi w wybranej uczelni. Projekt ma charakter ogólnokrajowy i jest realizowany na obszarze całej Polski w okresie od 01.05.2008 r. do 30.06.2015 r.

Rezultaty twarde Projektu to: ukończenie studiów pomostowych przez co najmniej 24 000 pielęgniarek i położnych, zorganizowanie 11 konferencji informacyjno-szkoleniowych dla 910 osób z uczelni realizujących studia pomostowe, stworzenie systemu informatycznego pozwalającego na monitorowanie stanu realizacji Projektu, przygotowanie 26 332 szt. pakietów startowych dla studentów, opracowanie 372 000 szt. materiałów informacyjno-promocyjnych [2].

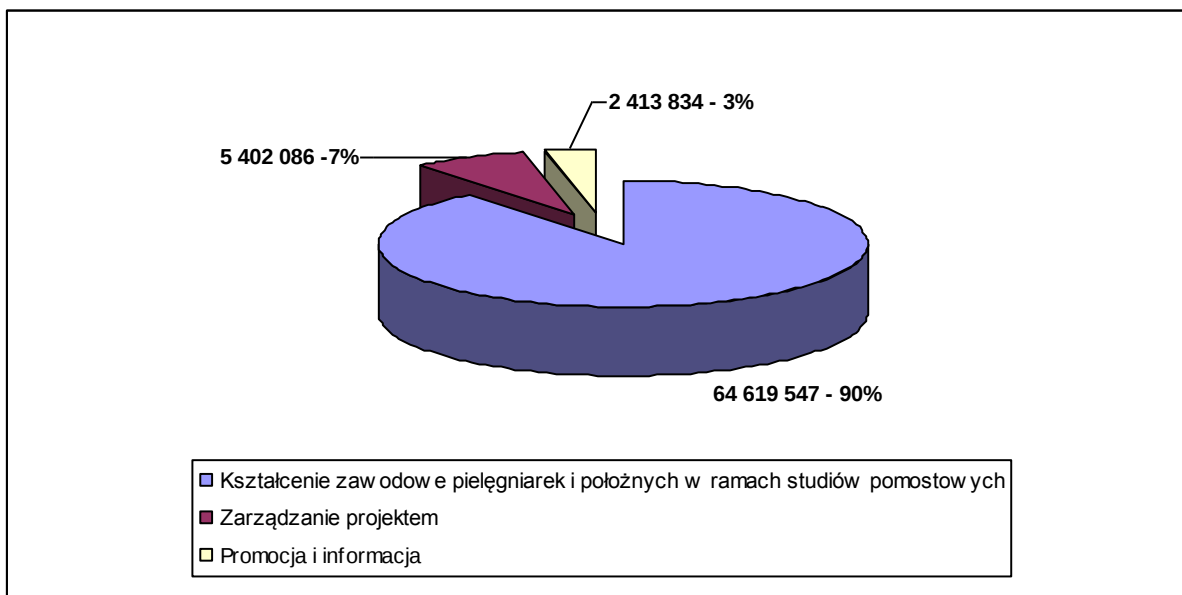
Natomiast rezultaty miękkie to: podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych do poziomu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, zwiększenie motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji, podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym, stworzenie możliwości awansu zawodowego i społecznego, zwiększenie poziomu świadomości wpływu na jakość opieki świadczonej na rzecz społeczeństwa, upowszechnienie informacji o studiach pomostowych dofinansowanych z EFS w ramach PO KL w środowisku pielęgniarek i położnych [2].

Budżet Projektu w latach 2008-2015 wynosi 179 607 929,82 zł, z tego kwota 159 510 892,46 zł przeznaczona jest na realizację Zadania 1 – *Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych*. Na finansowanie Zadania 2 – *Zarządzanie projektem* przeznaczono kwotę 14 015 039,23 zł, a na Zadanie 3 – *Promocja i informacja* zaplanowano kwotę 6 081 998,13 zł [7]. Budżet z podziałem na poszczególne zadania przedstawia ryc. 1.



Ryc. 1. Budżet Projektu z podziałem na zadania

Dotychczas poniesione wydatki w zakresie poszczególnych zadań składających się na budżet są proporcjonalne do wielkości środków finansowych zarezerwowanych na ich realizację: na kształcenie pielęgniarek i położnych od początku realizacji Projektu do dnia 30 czerwca 2011 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 64 619 547 zł, co stanowi 90% dotychczas poniesionych całkowitych wydatków w ramach realizowanego Projektu. Pozostałe środki finansowe to nakłady przeznaczone na zarządzanie projektem w wysokości 5 402 086 zł oraz działania promocyjno-informacyjne w wysokości 2 413 834 zł. Poniesione wydatki od początku realizacji Projektu przedstawia ryc. 2.



Ryc.2. Poniesione wydatki od początku realizacji Projektu (stan na 30 czerwca 2011r.)

Zadanie 1 – *Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych* – realizowane jest we współpracy z uczelniami (wykonawcami) wybranymi w oparciu o przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych w trybie przetargu nieograniczonego. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego mające na celu wybór uczelni realizujących studia pomostowe w ramach Projektu składa się z dwóch etapów. Pierwszy etap to podpisanie umowy ramowej z uczelniami, które planują uruchomienie studiów pomostowych, drugi – to podpisanie umów wykonawczych z uczelniami, które złożyły najkorzystniejsze oferty cenowe i zakwalifikowały się do realizacji studiów pomostowych dofinansowanych z EFS. Do zadań uczelni należy m.in.: rekrutacja uczestników, podpisywanie w imieniu Ministra Zdrowia tzw. umów uczestnictwa z osobami zakwalifikowanymi do odbywania studiów, gromadzenie i przekazywanie do Ministra Zdrowia danych osobowych uczestników, prowadzenie działań informacyjnych i promocyjnych związanych z realizacją Projektu oraz uruchomienie i realizacja studiów pomostowych. W latach 2008-2010 w ramach Projektu studia pomostowe realizowało 61 uczelni z całej Polski. Do końca realizacji Projektu w ramach Zadania 1 zaplanowano jeszcze dwa nabory na studia pomostowe: na rok akademicki 2011/2012 oraz 2012/2013, na które zostanie wydatkowane ok. 71 984 000 zł. W ramach planowanych naborów dofinansowaniem będzie jeszcze można objąć ok. 9 tys. osób.

Do 30 czerwca 2011 r. w studiach pomostowych realizowanych w ramach Projektu rozpoczęło udział 18426 pielęgniarek i położnych (w tym 18197 kobiet i 229 mężczyzn), a zakończyło 10536 pielęgniarek i położnych (w tym 10409 kobiet i 127 mężczyzn). Spośród dotychczasowych uczestników 5292 osoby zamieszkuje obszar wiejski, a 13134 obszar miejski. Wśród osób otrzymujących wsparcie 18315 to osoby w przedziale do 54 lat, a 111 to osoby powyżej 55 roku życia. Spośród uczestników 10024 posiada wykształcenie ponadgimnazjalne, 6610 wykształcenie pomaturalne, natomiast 1792 wykształcenie wyższe. W grupie dotychczasowych uczestników 11498 pracuje w dużych przedsiębiorstwach, 4170 w średnich przedsiębiorstwach, 582 prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek, 469 pracuje w mikroprzedsiębiorstwach, 1371 w małych przedsiębiorstwach, 294 w administracji publicznej, a 38 w organizacjach pozarządowych.

W ramach Zadania 2 – *Zarządzania Projektem* w Departamencie utworzony został Wydział Wdrażania Projektu Systemowego. W Wydziale pracuje 8 osób, które realizują zadania wynikające z Projektu, prace Wydziału koordynuje i nadzoruje Kierownik Projektu. W ramach zarządzania prowadzona jest koordynacja działań projektowych i nadzorowanie realizacji celów przedsięwzięcia przez personel wdrażający. Prowadzona jest obsługa administracyjna uczestników Projektu z poziomu uczelni, obejmująca m.in. zawieranie umów uczestnictwa ze studentami w imieniu Ministra Zdrowia, gromadzenie i przekazywanie do Departamentu danych osobowych uczestników oraz prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych związanych z prowadzeniem studiów w ramach Projektu. Ponadto, w ramach tego zadania wykonywane są m.in. takie działania jak: monitoring i ewaluacja Projektu, obsługa finansowa Projektu, archiwizacja dokumentów, kontrola w miejscu realizacji studiów pomostowych. W ramach realizacji Zadania 2 kadra zarządzająca Projektem uczestniczy w cyklicznych szkoleniach związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków europejskich. W roku 2011 zostanie m.in. zakończone wdrażanie, zakupionego w ramach doposażenia Wydziału, systemu informatycznego, usprawniającego monitorowanie stanu realizacji Projektu. Środki finansowe przeznaczone na działania planowane do realizacji w ramach Zadania 2 do 30 czerwca 2015 r. – wynoszą ponad 14 mln zł.

W ramach Zadania 3 – *Promocji i informacji* podejmowane są co roku m.in. takie działania jak: przygotowanie i dystrybucja graficznych materiałów informacyjno-

promocyjnych, kampania informacyjno-promocyjna w radiu, czasopismach branżowych, przygotowanie pakietów startowych dla uczestników Projektu (w skład których wchodzi: torba, długopis, kołonoś i dokument w formie listu Ministra Zdrowia służący promocji Projektu) oraz konferencje i spotkania z udziałem m.in. mediów, przedstawicieli uczelni i środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych. W ramach promocji i informacji prowadzona jest strona internetowa Projektu, na której znajdują się m.in. aktualne informacje dotyczące wydarzeń (relacje ze szkoleń, konferencji, spotkań), dokumenty programowe czy publikacje wszystkich materiałów, które powstały w ramach Projektu [8]. Do końca realizacji Projektu w ramach Zadania 3 zaplanowano jeszcze realizację nowych działań, m.in. takich jak: promocja Projektu przez internet, emisja spotów radiowych i programów telewizyjnych podsumowujących dotychczasową realizację Projektu oraz publikacja zawierająca m.in. informacje nt. wszystkich realizatorów kształcenia. Środki finansowe przeznaczone na w/w działania promocyjno-informacyjne do 30 czerwca 2015 r. wynoszą ponad 6 mln zł.

W ramach Zadania 3 przeprowadzane są ankiety ewaluacyjne dla studentów na zakończenie studiów pomostowych, realizowanych w ramach Projektu. W 2010 r. oceniono założone w Projekcie rezultaty miękkie za pomocą systemu pytań ankietowych przeprowadzonych wśród absolwentów studiów pomostowych. Dla potrzeb niniejszych badań skonstruowano kwestionariusz składający się z pytań zamkniętych. W próbie badawczej uczestniczyło 1804 osoby (pielęgniarki i położne), które ukończyły studia pomostowe w 2010 r. Badanie zostało przeprowadzone w miesiącach od marca do listopada 2010 r. Na 1804 osoby biorące udział w ankiecie 1777 stanowią kobiety, 27 to mężczyźni. Większość studentów to osoby między 30 a 40 rokiem życia (59% ogólnej liczby studentów). Osób, które skończyły 50 lat, jest tylko 1,9%. Najliczniejszą grupę zawodową stanowią pielęgniarki/pielęgniarze, bo aż 98,2% całości osób badanych, grupa zawodowa położnych stanowi 1,8%.

Wyniki przeprowadzonych badań ankietowych wykazują, że dla 97,7% badanych podstawową korzyścią płynącą z uczestnictwa w Projekcie jest podniesienie kwalifikacji zawodowych, u 89,9% badanych osób zwiększyła się motywacja do rozwoju kariery zawodowej oraz dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych. Wśród znaczącej większości, bo aż u 92,7% absolwentów studiów, wzrosła samoocena i pewność siebie w sytuacjach na gruncie zawodowym. Wykazują one większą niż dotąd samodzielność

zawodową, przez co ich pozycja w zespole terapeutycznym stała się silniejsza. U większości absolwentów – 88,7% zwiększył się również poziom samooceny na gruncie społecznym. Dla niemal połowy, bo 45,4% badanych, ukończenie studiów otworzyło możliwość awansu zawodowego i gratyfikacji finansowej, a dla 40,1% badanych stworzyło możliwość awansu społecznego. Uzyskane wskaźniki przedstawia tabela 1. Wskaźniki te przekraczają wskaźniki założone w Projekcie.

Tabela 1. Rezultaty miękkie założone w Projekcie systemowym i osiągnięte wskaźniki w 2010 r.

Lp.	Założony wskaźnik	%	Osiągnięty wskaźnik	%
1	Podniesienie kwalifikacji zawodowych	100%	Podniesienie kwalifikacji zawodowych	97,7%
2	Zwiększenie motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych	60%	Zwiększenie motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych	89,9%
3	Podniesienia poziomu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym	60%	Podniesienia poziomu samooceny na gruncie zawodowym	92,7%
			Podniesienia poziomu samooceny na gruncie społecznym	88,7%
4	Stworzenie możliwości awansu zawodowego i społecznego	40%	Stworzenie możliwości awansu zawodowego	45,4%
			Stworzenie możliwości awansu społecznego	40,1%

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Pielęgniarek i Położnych

3. Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że założone w Projekcie rezultaty miękkie badane systemem ankietowym po zakończeniu cyklu studiów w 2010 roku zostały osiągnięte:

1. Ukończenie studiów pomostowych i uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa podnosi kwalifikacje pielęgniarek i położnych, powodując zaliczenie do grupy osób z wyższym wykształceniem zawodowym.
2. Ukończenie studiów pomostowych wpływa w dużym stopniu na zwiększenie motywacji do dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych i rozwoju kariery zawodowej.
3. Pracujące pielęgniarki i położne po ukończeniu studiów wykazują większą samodzielność, stają się silnym partnerem w zespole terapeutycznym, co daje im pewność siebie i wyższą samoocenę na gruncie zawodowym. To z kolei wpływa na podniesienie prestiżu społecznego w środowisku pracowników ochrony zdrowia oraz podnosi rangę zawodu wśród ogółu społeczeństwa i odczuwane jest przez środowisko pielęgniarek i położnych.
4. Ukończenie studiów pomostowych i uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa stwarza większą możliwość uzyskania gratyfikacji finansowej i awansu zawodowego oraz społecznego, co zachęca inne pielęgniarki i położne do podjęcia studiów pomostowych.
5. Ponadto wartością dodaną Projektu jest: uzyskanie w krótkim czasie wyższego wykształcenia zawodowego, zwiększenie aspiracji zawodowych i osobistych uczestników Projektu, możliwość korzystania ze wspólnotowego rynku pracy i swobodnego przepływu osób, wzbudzanie i rozwijanie motywacji do świadomego i odpowiedzialnego udziału w działalności na rzecz rozwoju zawodu pielęgniarki/położnej.

Piśmiennictwo:

1. Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z dnia 13 marca 2008, wydany przez Ministra Rozwoju Regionalnego.
2. Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2008 r. w sprawie dofinansowania Projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, z późniejszymi zmianami.

3. Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007-2013, zatwierdzony decyzją Komisji Europejskiej z dnia 28 września 2007 r. nr K (2007) 4547, zmieniony decyzją z dnia 21 sierpnia 2009r. nr K (2009) 6607.
4. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2004 r., Nr 92, poz. 885).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 110, poz. 1170 z późn. zm.).
6. Cholewka B. Jak to się zaczęło, czyli historia projektu, Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 4.V.2011,Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. Projekt Systemowy Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomyślowych. Raport 2008-2010. Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2010.
8. strona internetowa Projektu systemowego: www.studiapomostowe.mz.gov.pl.

Kontakt na autora:

mgr Beata Cholewka

tel. +48 022 53 00 207, faks +48 022 831 2177

Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek – práca s elektronickým portálom.

Michalcová, I.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

*Regionálne centrum pre hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných
asistentiek vo VÚC Prešov*

Abstrakt

V úvode príspevku autorka poukazuje na legislatívne dokumenty vo vzťahu k sústavnému vzdelávaniu sestier a pôrodných asistentiek. Stručne popisuje proces hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, spôsob registrácie a podrobne sa venuje práci s elektronickým portálom sksapa. Autorka informuje o prvých výsledkoch zhodnotených sestier a pôrodných asistentiek za obdobie 2010 až 2011 v rámci Slovenska a prešovského samosprávneho kraja. Pozornosť venuje aj Smernici k organizovaniu aktivít sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, ktorá bola prijatá 30.4.2011 na Sneme SK SaPA.

Kľúčové slová: hodnotenie sústavného vzdelávania, sústavné vzdelávanie, sestry a pôrodné asistentky

Úvod

V úvode príspevku by som chcela poukázať na legislatívne dokumenty vzťahujúce sa na sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a priblížiť proces hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.

Povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ustanovuje zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ustanovení § 42 a § 80. Sústavné vzdelávanie ako formu ďalšieho vzdelávania ustanovuje Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Zákon č. 578/2004 Z. z. tiež stanovil povinnosť

komory zhodnotiť sústavné vzdelávanie zdravotníckym pracovníkom, ktorých registruje, v našom prípade Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Základný rámec pre hodnotenie sústavného vzdelávania ustanovuje Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Sústavné vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka sa hodnotí v pravidelných päťročných cykloch počítaných odo dňa registrácie v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch. Dátum registrácie sestry a pôrodnej asistentky v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch, uvedený na potvrdení o registrácii je dňom, kedy sestre a pôrodnej asistentke začal 5 – ročný hodnotiaci cyklus. Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek vykonáva Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. V každom vyššom územnom celku, okrem bratislavského, zriadila komora regionálne centrum pre hodnotenie sústavného vzdelávania, na čele ktorého stojí vedúci regionálneho centra, ktorý zodpovedá za hodnotenie sústavného vzdelávania sestier v danom samosprávnom kraji. Kontaktné údaje na jednotlivé regionálne centrá nájdete na www.sksapa.sk. Fyzicky hodnotenie sústavného vzdelávania vykonávajú hodnotitelia.

Počas 5 – ročného hodnotiaceho cyklu je sestra a pôrodná asistentka povinná získať 100 kreditov, z toho 50 kreditov za prax a 50 kreditov za absolvovanie aktivít ďalšieho a sústavného vzdelávania. Podmienku získania 50 kreditov za prax sestra alebo pôrodná asistentka spĺňa, ak počas hodnotiaceho obdobia pracovala aspoň 4 roky, t.j. 48 mesiacov, bez ohľadu na rozsah pracovného úväzku. Do nasledujúceho hodnotiaceho obdobia je možné preniesť najviac 10% z ustanoveného celkového počtu kreditov.

Ďalej chcem poukázať na to, ako má postupovať sestra alebo pôrodná asistentka, ktorá nie je registrovaná podľa aktuálne platného zákona 578/2004 Z. z. Na webovej stránke komory www.sksapa.sk v časti „Registrácia, Oznámenie údajov – zákon č. 578/2004 Z. z.“ sa nachádzajú informácie o postupe pri registrácii spolu s tlačivom (tlačivo má 4 strany). Toto tlačivo je potrebné vytlačiť, vypísať a podpísané zaslať riadnou poštou na adresu: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, ul. Amurská 71, 821 06 Bratislava. K tlačivu **nie je potrebné predložiť doklady, ktoré ste predkladali pri zápise do registra podľa zákona č. 311/2002 Z. z.**, ale len úradne overené kópie vysvedčení a dokladov o ďalšom vzdelaní (vysokoškolské,

špecializačné štúdium, certifikačná príprava a pod.), ktoré ste absolvovali v období po zápise do registra podľa zákona č. 311/2002 Z. z. Doklad o úhrade registračného poplatku -13,00 EUR - bezplatne je pre sestry a pôrodné, ktoré boli registrované podľa 311/2002 Z. z. Následne registrovaná sestra a PA obdrží list s postupom pri hodnotení sústavného vzdelávania a prístupové údaje na portál- vstup do systému – **portal.sksapa.sk**

V nasledujúcej časti príspevku by som priblížila prácu s elektronickým portálom sksapa. Po zadaní prihlasovacích údajov a hesla, Váš systém vyzve na zmenu hesla. Nové heslo musí mať minimálne jedno veľké písmeno a jednu číslicu. Tým zabezpečíte svojmu kontu bezpečnosť. Následne si skontrolujte Vaše osobné údaje. V prípade, ak je niektorý z údajov nepresný, neaktuálny alebo chýba, zmeňte údaj alebo ho doplňte. Pri každom údaji je uvedená informácia, či je potrebné zasielať do kancelárie komory v Bratislave doklad preukazujúci jeho zmenu alebo nie a ak áno, aký doklad je potrebný.

(každý zdravotnícky pracovník je v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. povinný oznamovať komore, v ktorej je registrovaný, zmeny údajov vedených v registri!)

V časti „Moja prax“ zadáte v portáli Vašu prax počas hodnotiaceho obdobia (názov zamestnávateľa, zamestná/ý od – do).

V časti „Absolvované vzdelávacie aktivity“ zadáte všetky absolvované aktivity sústavného vzdelávania počas hodnotiaceho cyklu. Pre hodnotenie sústavného vzdelávania v prvom cykle sa budú pri hodnotení brať do úvahy aktivity absolvované počas piatich rokov odo dňa registrácie podľa zákona č. 578/2004 Z. z. Aktivity sústavného vzdelávania sa zadávajú podľa časového rozpätia, pozor na aktívnu a pasívnu účasť – autor – spoluautor. Vzdelávacie aktivity, ktoré ste absolvovali od ukončenia 5- ročného cyklu do dňa, kedy prebehne hodnotenie, budú súčasťou ďalšieho cyklu hodnotenia sústavného vzdelávania, v prípade ak ste splnili podmienky sústavného vzdelávania.

Sestra alebo pôrodná asistentka sa môže prihlásiť na hodnotenie sústavného vzdelávania až uplynutím 5- ročného cyklu a to kliknutím na **„Prihlásiť sa na hodnotenie“**. Vyberie si svoj región, zo zoznamu vyberie pre seba najvhodnejšie miesto a čas hodnotenia a prihlási sa na hodnotenie. Na hodnotenie je potrebné si so sebou priniesť:

Všetky originály potvrdení o účasti zo vzdelávacích aktivít, ktorých ste sa zúčastnili počas hodnotiaceho obdobia a overené kópie diplomov preukazujúcich

ukončenie vysokoškolského štúdia (Bc. alebo Mgr.), špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy. Overené kópie diplomov si hodnotiteľ ponechá a stanú sa súčasťou Vášho registračného spisu. Pokiaľ ste overené fotokópie diplomov do kancelárie komory v Bratislave zasielali, na hodnotenie postačí priniesť k nahliadnutiu hodnotiteľovi neoverené kópie alebo originály dokladov, ktoré Vám budú po kontrole vrátené.

Potvrdenie o vykonávaní povolania sestry alebo pôrodnej asistentky počas 5 – ročného hodnotiaceho obdobia, kde musí byť jednoznačne uvedené, že ste vykonávali buď povolanie sestry alebo povolanie pôrodnej asistentky minimálne v dĺžke 48 mesiacov počas hodnotiaceho obdobia. Pokiaľ ste počas hodnotiaceho obdobia nevykonávali povolanie viac ako jeden rok, je potrebné priniesť doklad preukazujúci túto skutočnosť (doklad zo sociálnej poisťovne v prípade materskej dovolenky alebo dôchodku – pokiaľ ste popri dôchodku nepracovali, z úradu práce v prípade nezamestnanosti, od zamestnávateľa v prípade dlhodobej PN atď.). Tieto doklady odovzdáte hodnotiteľovi a budú súčasťou Vášho registračného spisu.

Fotokópiu dokladu o úhrade poplatku za hodnotenie sústavného vzdelávania vo výške 10 €. Kópiu dokladu si ponechá hodnotiteľ. Poplatok za hodnotenie sústavného vzdelávania je potrebné uhradiť na číslo účtu: 1670169854/0200, účet vedený vo VÚB banke, a.s., variabilný symbol: 6565, špecifický symbol: Vaše registračné číslo.

Ďalej elektronický portál umožňuje sestrám a pôrodným asistentkám **prihlasovať sa na vzdelávacie aktivity sústavného vzdelávania.** V databáze sa nachádzajú aktivity v rámci celého Slovenska. Po zadaní vzdelávacej aktivity do elektronického systému sa sestry a pôrodné asistentky môžu prostredníctvom tohto systému na aktivitu sústavného vzdelávania prihlásiť.

Ďalej chcem poukázať, že v súvislosti s registráciou má sestra a pôrodná asistentka **isté povinnosti.** Povinnosťou každej registrovanej sestry alebo pôrodnej asistentky je oznamovať zmeny údajov do registra, pri prerušení výkonu povolania môže sestra alebo pôrodná asistentka požiadať o dočasné pozastavenie registrácie s následné požiadať o obnovenie registrácie pri výkone povolania. Zrušenie registrácie uplatní pri ukončení výkonu povolania. Medzi isté povinnosti registrovanej sestry alebo pôrodnej asistentky patria aj lehoty, dokedy je nevyhnutné vykonať hodnotenie sústavného vzdelávania. Sestre alebo pôrodnej asistentke, ktorej cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania skončil v roku **2010**, bola povinná absolvovať hodnotenie sústavného vzdelávania do

30.6.2011. Pokiaľ sa sestra alebo pôrodná asistentka nedostavila v stanovenom termíne na hodnotenie, dostane list s **výzvou tak urobiť do 31.12.2011.** Sestra alebo pôrodná, ktorej cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania skončil neskôr ako v roku 2010, je povinná absolvovať hodnotenie sústavného vzdelávania do 6 mesiacov od ukončenia hodnotiaceho cyklu. Pokiaľ si sestra alebo pôrodná asistentka túto povinnosť nesplnila, hrozí jej pokuta do výšky 663 EUR.

Fungovanie Regionálneho centra hodnotenia sústavného vzdelávania v rámci Žilinského samosprávneho kraja, poukázala na dosiahnuté výsledky hodnotenia sústavného vzdelávania a doterajšie skúsenosti.

V príspevku poskytujem aj informácie o počte zhodnotených sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku, ktorý bol k 31 septembru v počte 17 418 zhodnotených sestier a pôrodných asistentiek. Z toho v prešovskom samosprávnom kraji bolo zhodnotených 2017 sestier a pôrodných asistentiek.

V druhej časti príspevku chcem poukázať na postup pri organizovaní aktivít sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, zdôrazniť základné požiadavky, ktoré sú kladené na kvalitu aktivít sústavného vzdelávania, aké má povinnosti organizátor aktivít sústavného vzdelávania.

Zoznam bibliografických odkazov

Informácie o Projekte hodnotenia sústavného vzdelávania. [online].[cit. 2011-08-23].

Dostupné na internete:

<<http://www.sksapa.sk/Hodnotenie-sustavneho-vzdelavania/informacie-o-projekte-hodnotenia-sv.html>>.

Smernica systému hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.

[online]. 19 s. [cit. 2011-08-23]. Dostupné na internete:

<<http://www.sksapa.sk/Hodnotenie-sustavneho-vzdelavania/smernica-hodnotenia-sv.html>>.

Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Kontakt na autora:

Mgr. Iveta Michalcová

E-mail: iveta.michalcova@sksapa.sk

Florence Waldová - zakladatelka konceptu hospicové péče v USA

Kisvetrová H.

Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Souhrn

Příspěvek seznamuje s životním příběhem Florence Waldové, zdravotní sestry a děkanky Fakulty ošetřovatelství Yalské univerzity. Jejím zájmem, když rozvíjela nové kurikulum ošetřovatelství, byl akcent na společné zapojení pacienta, jeho rodiny a sester do péče o pacienta. Na základě propojení svých teoretických znalostí i praktických zkušeností z ošetřování terminálně nemocných iniciovala spolu se svými spolupracovníky vznik prvního amerického národního programu domácí péče pro terminálně nemocné. Představoval novou dimenzi v ošetřovatelství, která umožňovala, aby pacient strávil konec svého života podle svých představ. Svým celoživotním dílem Florence Waldová přispěla ke změně pohledu odborné veřejnosti v USA na péči o umírající.

Klíčová slova

Florence Wald, sestra, ošetřovatelství, praxe, teorie, hospicová péče, USA

Úvod

Péče o umírající v různých historických epochách vždy odrážela jak teoretické a praktické znalosti ošetřování nemocných, tak hodnotové priority a filozofii konkrétní společnosti. Až do konce 19. století byla péče umírajícím v Evropě a v Severní Americe poskytována v duchu křesťanských zásad jako tzv. domácí model umírání a nebo prostřednictvím církevních charitativních institucí [1]. Změna pohledu na umírání a smrt ve 20. století je spojená se společenskými změnami a s rozvojem medicíny, která stále častěji chápala smrt jako medicínské selhání, a ne milník života jedince a součást historie rodiny. V tzv. institucionálním modelu umírání byla poskytována profesionální ale neosobní péče, která ve svém důsledku často vedla k situaci, že člověk umíral ve zdravotnickém zařízení v sociální izolaci. Teprve až ve druhé polovině 20. století se společnost opět vrací k porozumění a akceptaci umírání v kontextu konečnosti lidské existence a nabízí umírajícím a jejich rodinám paliativní péči zaměřenou na zajištění co nejlepší kvality závěru života v bio-psycho-socio-spirituální dimenzi. Průkopnicí takto

chápané péče o umírající byla v USA Florence Waldová, která dokázala propojit teoretickou rovinu profesní přípravy sester se zkušenostmi z péče o umírající.

Florence Sophie Wald, RN, MN, MS, FAAN

Florence Sophie Shorske Wald se narodila 19. 4. 1917 v Bronxu, v New Yorku, ale o jejím dětství není příliš informací. Její rodiče Gertrude a Theodore Shorske zastávali princip sociální demokracie a snažili se pomáhat imigrantům v přizpůsobení se životu v USA [2]. Florence Waldová studovala na Mount Holyoke College v South Hadley (Massachusetts) a získala zde v roce 1938 bakalářskou hodnost. Magisterský titul v ošetrovatelství obhájila v roce 1941 na Yalské univerzitě a svou profesní kariéru zahájila v dětské nemocnici v Bostonu. V letech 1955-1957 vyučovala na fakultě ošetrovatelství na Rutgers Univerzitě v New Jersey. V roce 1958 byla jmenovaná děkankou fakulty ošetrovatelství Yalské univerzity a tuto pozici zastávala až do roku 1967. Během svého působení ve funkci děkanky uskutečnila řadu reforem v kurikulu a implementovala do studijního programu ošetrovatelství více vědeckého přístupu. Jejím zájmem, když rozvíjela nové kurikulum ošetrovatelství, byl akcent na společné zapojení pacienta, jeho rodiny a sester do plánování péče o pacienta. Takto koncipovaný studijní plán vedl sestry k tomu, aby se v péči více zaměřovaly na zajištění komfortu pro umírající i jejich rodiny [3]. V této době bylo totiž běžné, že lékař dělal všechna léčebná rozhodnutí bez přihlédnutí k názoru a přání pacienta a jeho rodiny.

Od šedesátých let Waldová vystupovala proti přemrštěnému ordinování léků seniorům a preferování pouze medicínských technologií v léčbě terminálních onkologických pacientů bez ohledu na kvalitu závěrečné fáze života [4]. V roce 1963 se setkala s dr. Cicely Saundersovou, která navštívila USA, aby na přednáškách představila svou ideu hospicové péče. Saundersová publikovala také v American Journal of Nursing, a ve svém článku použila case study z hospice sv. Josefa v Londýně, kde se zaměřila na ošetrovatelské aspekty péče o umírající a na problém sdělení diagnózy a špatné prognózy pacientovi. Tento článek vyvolal mezi americkou ošetrovatelskou veřejností velký zájem, a každý, kdo Saundersové napsal, dostal od ní osobní odpověď [5,6]. Také Waldovou nadchla idea hospicové péče a v roce 1965 pozvala dr. Saundersovou na jeden semestr jako hostujícího člena Fakulty ošetrovatelství Yalské univerzity [7]. Na přednáškách pro studenty Yalské univerzity Saundersová obhajovala koncept zvládání bolesti a mírnění utrpení v terminální fázi života, aby se pacient a jeho rodina mohli

soustředit na vzájemný vztah a připravit se na přijetí nevyhnutelnosti smrti. Podle Saundersové má být cílem péče v této závěrečné fázi života zjistit přání pacienta a ne prodlužovat za každou cenu život. Waldová popsala své dojmy a zážitky z tohoto setkání v esejí „Vznik hospicové péče ve Spojených státech“ v knize *Tváří v tvář smrti: kde se setkává kultura, náboženství a medicína* [8]. Na Waldovou udělaly přednášky dr. Saundersové velký dojem, protože si až dosud myslela, že pouze zdravotní sestry se trápí tím, jak je pečováno o terminálně nemocné. Lékaři se v té době vyhýbali otázkám o léčbě, která selhala, a odmítali snahy sester intervenujících ve prospěch pacientů. Ale sestry si začaly uvědomovat, jak je důležité umožnit pacientovi vyjádřit své pocity a názory na léčbu a tak jej zapojit do rozhodování o způsobu léčení v závěru života. V šedesátých letech v USA ženy bojovaly za svá práva a toto hnutí ovlivnilo i genderové bariéry mezi lékaři (převážně muži) a ošetřujícím personálem (převážně ženami). Lékaři začali respektovat i názor sester. Dr. Saundersová se vrátila do USA ještě v dalších letech a získávala stále více pozornosti a pochopení pro hospicovou myšlenku. Společně s dr. Kübler-Rossovou, další průkopnicí péče o umírající, cestovala po Spojených státech a přednášela o hospicovém hnutí [2].

V roce 1967 Florence Waldová rezignovala na pozici děkanky Fakulty ošetřovatelství a začala spolupracovat s dalšími průkopníky, kteří chtěli realizovat koncept hospicové péče ve Spojených státech. Na Yalské univerzitě pracovala dále jako vědecká pracovnice. V roce 1969 absolvovala stáž v hospici sv. Kryštofa v Londýně a když se vrátila do USA, vytvořila interdisciplinární tým složený z lékařů, zdravotních sester a duchovních. S tímto týmem uskutečnila dvouletou výzkumnou studii o potřebách umírajících pacientů a jejich rodin, protože chtěla, aby volba intervencí umožňujících zmírnit utrpení a strach umírajících pacientů byla založená na důkazech. Projekt byl sponzorován Yalskou univerzitou, Americkou nadací sester a dalšími institucemi. V letech 1969 – 1971 byla dr. Saundersová poradkyní tohoto interdisciplinárního týmu. Mimo Florence Waldové zde pracovala i další zdravotní sestra – Katherine Klausová, lékaři dr. Ira Goldenbert a dr. Morris Wessel, dále kněží Don McNeil, Robert Canney, a pastor Fred Auman. Tým pracoval s nevléčitelně nemocnými pacienty v nemocnicích, domovech důchodců i v domácím prostředí. Waldová a Klausová ošetřovaly terminálně nemocné pacienty a vedly deník rozhovorů a pozorování zaměřených na pocity pacientů a jejich rodin. Zjistily, že nevléčitelně nemocní mají své jedinečné potřeby [9].

Zájem o hospicovou problematiku vzrůstal jak mezi odborníky tak i u veřejnosti a výsledkem bylo, že v roce 1974 interdisciplinární tým společně s Henry Waldem (manželem Florence Waldové) založil první hospicové zařízení – „Connecticut Hospice“ v New Haven ve státě Connecticut, první národní program domácí péče pro terminálně nemocné [10]. První dva roky pečoval tým o 22 pacienty, a to především v jejich domovech, ale také v naléhavých případech v nemocnici. Waldová se svým týmem bojovala za právo na péči o své pacienty v každém prostředí, protože zastávala názor, že nejlepší péči poskytují pacientovi ti, kteří jej znají nejlépe. V roce 1980 bylo připojeno i lůžkové oddělení pro 44 pacientů, kde umírající mohl trávit celý den se svými nejbližšími a pracovníci hospice se snažili mírnit jejich utrpení. Tento hospic se stal vzorem pro hospicovou péči ve Spojených státech [11,12,13]. V následujících letech bylo po celých Spojených státech amerických otevřeno mnoho dalších hospicových zařízení, která realizovala model péče propagovaný Florence Waldovou. Model prezentoval holistické a humanistické pojetí péče o pacienta a požadoval od pečovatелů porozumění smrti a potřebám umírajících osob i jejich rodin. Představoval novou dimenzi v ošetrovatelství, která umožnila, aby pacient strávil konec svého života podle svých představ. Jak uvedla Yalská univerzita, změny iniciované Florence Waldovou ve vzdělávacím programu ošetrovatelství, které vedly sestry k tomu, aby se více zaměřili na pacienta a jeho rodinu, změnily vnímání péče o umírající v USA [10].

V průběhu devadesátých let 20. století se Florence Waldová začala angažovat také ve vězeňských hospicových programech. Podle Waldové jsou potřeby umírajících vězňů odlišné od ostatních umírajících. Uvěznění lidé musí čelit blížící se smrti s vědomím, že jejich život se nevydařil. Součástí řešení hospicové péče ve věznicích bylo i proškolení některých vězňů jako dobrovolníků v péči o umírající. Waldová zjistila, že vězni, kteří pomáhali jako dobrovolníci ve vězeňské nemocnici, získávali pozitivnější pohled na hodnotu života a měli důvěru umírajících spoluvězňů. To dokazovalo, že i v této špatné situaci se může objevit něco pozitivního. Od té doby bylo proškoleny ve věznicích Connecticutu více než 150 vězňů -dobrovolníků [10].

Za své průkopnické úsilí v oblasti hospicové péče v USA získala Florence Waldová mnoho ocenění, např. čestné tituly Yalské univerzity, Cenu zakladatelů Národní hospicové asociace a další. V roce 1998 byla slavnostně uvedena do Národní ženské síně slávy v Seneca Falls v New Yorku [4].

Florence Waldová považovala hospicovou péči za konečný článek v systému péče, která provází člověka od narození. Tento kontinuální typ péče je charakterizován na pacienta a rodinu orientovaným přístupem ke zdravotní péči, která patří do komunity společně s přirozeným porodem, školní zdravotní péčí, péčí o duševní zdraví a péčí o dospělé. Florence Waldová zemřela v kruhu své rodiny 8. 11. 2008 v Branfordu a její pohřeb se konal 12. 11. z kaple Yalské univerzity [7]. V této době už bylo ve Spojených státech amerických více než 4 700 hospicových zařízení [2,12,13].

Závěr

V historii vývoji péče o umírající sehrály sestry jako Florence Waldová významnou roli, protože nechápaly umírání a smrt pouze jako neúspěch a prohru medicíny. Dokázaly propojit teorii s ošetrovatelskou praxí a přinesly do profesionální ošetrovatelské péče o umírající prvek doprovázení, který umírajícímu pomáhá zachovat důstojnost, poskytuje lásku i pocit sounáležitosti až do posledního dne života. I v současné době jsou sestry pilířem hospicové péče a vykonávají zde jednu z nejnáročnějších ošetrovatelských praxí v rámci své profese. Pro výkon své profese potřebují ale disponovat nejen specifickými odbornými znalosti a dovednosti, ale také uměním vytvářet potřebnou kvalitu mezilidských vztahů a mít i odpovídající vztah k sobě samému. Potřebují mít také dostatek opor, které by jim pomohly zvládat různé zátěže a najít odpovědi na aktuální profesní otázky, problémy a nejasnosti vycházející často z diskrepancí mezi teorií a reálnou ošetrovatelskou praxí [14]. Jednou z takových opor je i profesní klinická supervize vykonávaná nezávislým profesionálem z oboru ošetrovatelství. Tato možnost je však v podmínkách českého ošetrovatelství poměrně neznámá a v současné praxi prakticky nevyužívaná.

Literatura:

1. KUtnohorská, J. Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
2. ADAMS, C. Florence Wald, Pioneer in Hospice Care. [on line]. [cit. 2011-03-28]. Dostupné z: <http://www.truthaboutnursing.org/press/pioneers/florence_wald.html>.
3. Maugh, T.H. Florence S. Wald dies at 91; former dean of Yale's nursing program pioneered U.S. hospice care. In Los Angeles Times, 2008, November 14. [on line].

- [cit. 2011-03-28]. Dostupné z: <<http://www.latimes.com/features/health/la-me-wald14-2008nov14,0,2440951.story>>.
4. The Connecticut Women's Hall of Fame. Florence Wald. [on line]. [cit. 2011-03-28]. Dostupné z: <http://www.cwhf.org/browse_hall/hall/people/wald.php>.
 5. Smith, W. J. Culture of Death: The Assault on Medical Ethics in America 1. vyd. San Francisco: Encounter Books, 2000. 285 s. ISBN 1-893554-06-6.
 6. Clark, D., (ed). Cicely Saunders—Founder of the Hospice Movement. Selected Letters 1959-1999. Oxford: Oxford University Press, 2002. 397 s. ISBN 0-19-851607x
 7. Hospice Community Mourns Death of Florence Wald. [on line]. [cit. 2011-05-28]. Dostupné z: <<http://www.nationalhospicefoundation.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=267>>.
 8. SPIRO, H., WANDEL, L.P., et al.(eds.). Facing Death: Where Culture, Religion, and Medicine Meet. New Haven: Yale University Press, 1998. 256 s. ISBN 978-0300076677.
 9. ADAMS, C. Dying With Dignity in America: The Transformational Leadership of Florence Wald. In Journal of professional nursing: official journal of the American association of Colleges of Nursing, 2010, vol. 26, no 2, pp. 125-132.
 10. HEVESI, D. Florence S. Wald, American Pioneer in End-of-Life Care, Is Dead at 91. In The New York Times, 2008, November 14. [on line]. [cit. 2011-06-30]. Dostupné z: <<http://www.nytimes.com/2008/11/14/health/14wald.html>>.
 11. ASRN. Meet Florence Wald. In Chronicle of Nursing. 2007. November 1. [on line]. [cit. 2011-06-28]. Dostupné z: <<http://www.asrn.org/journal-chronicle-nursing/224-meet-florence-wald.html>>.
 12. BRUERA, E., HIGGINSON, I., RIPAMONTI, C. et al. Textbook of Palliative Medicine. 1. vyd. London: Edward Arnold, 2009. 1095 s. ISBN 978 0 340 810 187.
 13. WALD, F.S., FOSTER, Z., WALD, H.J. The hospice movement as a health care reform. Nursing Outlook, 1980, vol. 28, no. 3. pp. 173-178.
 14. ŠPIRUDOVÁ, L. Klinická supervize v ošetrovatelství – mají sestry o čem diskutovat? Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2010, roč. 3, Supl. 2, s. 26-29.

Kontakt na autora:

PhDr. Helena Kisvetrová

E-mail: helena.kisvetrova@upol.cz

Jsme tým?

Trokšiar, L.¹, Pekara, J.^{1,2}

¹Anesteziologicko-resuscitační oddělení, anestezie ÚVN Praha Střešovice

²Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Abstrakt

Příspěvek popisuje téma mezioborové spolupráce v užším slova smyslu, přímo mezi anesteziologickými sestrami a perioperačními sestrami centrálních operačních sálů Ústřední vojenské nemocnice v Praze ve Střešovicích. Prezentace pojednává o průzkumu spolupráce a nespolutpráce, jejich faktorech a především komunikačních úskalích. Nezvyklou formou, ale za to vtipně jsou prezentovány nedostatky jak komunikačních bariér, tak organizačních záležitostí.

Klíčová slova: Týmová spolupráce. Komunikace. Anesteziologická sestra. Perioperační sestra.

Úvod

Poznáním zvláštností lidí kolem nás můžeme nalézt řešení, jak s nimi vycházet. Spolupráce v týmu může být běžná, automatická, obtížná, pro někoho dokonce nepříjemná. Pokud jsme sóloví hráči, měli bychom být solidární s ostatními. Samostatnou práci preferuje introvert, opakem je extrovert.

Je spousta pravidel o tom, jak vzájemně spolupracovat, podílet se na týmové práci a vzájemně si pomáhat. Nicméně v provozu zdravotnických zařízení, které je plné stresu, hluku, nemocných lidí, mohou pravidla či společenské tradice selhávat. V tomto důsledku může docházet k nepříjemným konfliktním situacím i mezi zaměstnanci, a výsledkem je nespolutpráce.

Tým, spolupráce a nespolutpráce

Tým je skupina lidí aktivně spolupracujících na společném cíli. Cílem týmu je společný cíl. Mezi předpoklady týmové spolupráce patří společný cíl, jasná komunikace mezi členy týmu, pozitivní ladění, pozitivní komunikace směrem ven. Na druhé straně máme však také faktory, které řadíme mezi zdroje nespolutpráce. Mezi nejčastější patří:

- **Záměrná nespolupráce.** V praxi se setkáváme s konflikty, jejichž příčinou je často nespolupráce záměrná, která pramení z různých předsudků nebo nevyřešených situací další příčinou této nespolupráce může být tzv. nepadnutí si do oka, jiný názor nebo, jak tomu v mnoha případech bývá, obyčejná hloupost.
- **Nerespektování.** V této pozici se často mohou nacházet především mladší vedoucí pracovníci, kteří mají problém prosazení respektu u straších kolegů; dalším faktorem této oblasti je problematika týmového řešení, zejména tehdy, pokud je vedení dvojího typu.
- **Komunikace.** Základem všech úspěšných rozhodnutí, dobrého vycházení s lidmi, ale také především konfliktů je komunikace; účinná komunikace mezi jednotlivými členy týmu je rozhodující pro týmovou hru a spolupráci.
- **Tok informací** je velmi důležitým prvkem pracovní spolupráce – zatajování a z něj pramenící pocit moci je velkým problémem některých vedoucích pracovníků, protože získáváním a záměrným zatajováním i /ne/důležitých informací, roste moc nadřízeného vůči podřízeným.
- **Umění komunikace** vyžaduje především ochotu komunikovat (někdo huhňá, někdo řve, někdo odzbrojí jen tím, že je neslušný nebo neodpoví na pozdrav).
- **Vedoucí pracovník** je významným faktorem z oblasti týmové spolupráce. Jestli si nadřízený myslí, že zaměstnancům stačí sdělit co mají dělat, je na omylu. Právě benevolence vedoucích pracovníků vůči práci svých podřízených se bude odrážet vůči spolupracujícímu personálu interpersonálně nebo vůči jiné týmové skupině.
- **Zpětná vazba a pochopení** je velkým „kouzlem“ pro většinu nedorozumění, hlavně v případech, kdy je tým rozdělen na dvě části a každá skupinu má svůj díl práce, avšak se společným cílem. Zde pak začne následně klesat výsledek kvalitní práce a dochází k rozporům týmu.
- **E-informace.** V současné době se spousta informací řeší elektronickou cestou - email či intranet může mít samozřejmě své výhody – problematické situace lze řešit bez emocí, ale samozřejmě i své nevýhody – nevyzvednutí si zprávy, hromadná korespondence interních a soukromých informací a podobně.
- **Porada, nástěnka.** Tyto prvky prostředků komunikačních kanálů v týmu mají samozřejmě stále své místo, nicméně osobní kontakt zůstává nenahraditelný.

- **Zaměstnanci.** Odborné dovednosti, schopnost řešit problémy, péče o interpersonální vztahy – vzdělání, praxe, zkušenosti, lidský přístup, to jsou stavební kameny dobré spolupráce.

Mezi nejčastější komunikační úskalí patří:

- Neúplné, či zastaralé informace (v pracovním postupu)
- Příliš mnoho informací, nepřehlednost (při krizové situaci, polytrauma)
- Nefunkční způsob informací (nástěnka, intranet)
- Neexistence zpětné vazby
- Netransparentní vedení týmu
- Povahové vlastnosti zaměstnanců
- Stres
- Nefunkční předávání informací
- Absence komunikace

Průzkum - Komunikační úskalí mezi anesteziologickými a perioperačními sestrami

V rámci našeho malého průzkumu jsme rozdali celkem 30 dotazníků (15 anesteziologickým sestrám a 15 perioperačním sestrám) a návratnost této ankety byla 100 %. V dotazníku všeobecné sestry (dále jen sestry) vzájemně hodnotili činnost druhé strany operačního sálu prostřednictvím deseti otázek. Anesteziologické sestry tak posuzovali činnost a náročnost sester operačních a sestry operační měli v dotazníku otázky opačné. Společné otázky se pak týkaly vzájemné spolupráce.

Výsledky

Vzájemnou náročnost profese hodnotili sestry stejně, ani jedna skupina by si navzájem práce nepřidávala. Z hlediska vzájemné pomoci (pomoc při pacifikaci pacienta, jeho předávání a občasné vzájemné vypomáhání) jsme zjistili, že si sestry stojí dobře. Ani z jedné strany nevyplynuly požadavky ohledně změn v této oblasti. Ve 40 % se sálové sestry domnívají, že by anesteziologické sestry mohli častěji podporovat drobné časové prostoje kontinuity operačních programů, které vznikají v důsledku zavádění epidurálních katetrů, spinálních anestézií, či periferních blokad. Ohledně oboustranné komunikace si sestry myslí, že si stojí dobře, bohužel je však stále co zlepšovat. V oblasti poděkování téměř 30 % sester z obou skupin stále ještě za celodenní spolupráci a čas

trávený na operačním sále nepoděkuje. Sami anesteziologické sestry se ve 40 % cítí na operačních sálech v prostředí perioperačních sester jako hosté. Tento fakt je potvrzen stranou sálových sester ve 20 %. Poslední otázka se týkala teambuildingu, který právě takto pracující skupiny, které mají společný cíl, stmeluje. O tuto možnost trávení volného času projevilo z obou řad respondentů zájem v 80 %.

Diskuze

Průzkum byl omezen především statisticky, nicméně pro interní potřeby našeho významu byl postačující. Z ankety vyplývá, že spolupráce mezi anesteziologickými a perioperačními sestrami je na velmi pozitivní úrovni. Drobné nedostatky – pozdravení, poděkování za spolupráci, dávání najevo pocitu nadřazenosti vůči druhé specializaci je minimální a souvisí spíše s osobnostními vlivy, než s faktory profesionálními. Zájem o týmové aktivity prostřednictvím přírodních zážitků je určitě velkým impulzem k zamyšlení a následné realizaci, která může přispět ke zlepšení pracovně-právních vztahů této náročné profese.

Z osobní zkušenosti lze jen dodat, že anesteziologické sestry sami sebe vnímají jako někoho „cizího“, když musí spolupracovat s perioperačními sestrami. Po několika rozhovorech s oběma skupinami však musím konstatovat, že tento předpoklad je pouze předsudkem a nabízí se otázka, zda si některé indispozice vedoucí ke spolupráci nezapříčiňují anesteziologické sestry sami.

Závěr

Konflikty jsou všude, v každé práci. Jsou přirozenou součástí života a jejich řešení často i elementem pracovní náplně. Příčinou většiny konfliktů je nedorozumění, příčinou každého zla hloupost. Následující sdělení se zabývá mezioborovou spoluprací mezi anesteziologickými sestrami a perioperačními sestrami centrálních operačních sálů Ústřední vojenské nemocnice v Praze ve Strešovicích. Byla provedena anketa na zjištění komunikačních úskalí mezi těmito skupinami. Výsledky nasvědčují tomu, že mezioborová spolupráce mezi anesteziologickými sestrami a perioperačními sestrami Ústřední vojenské nemocnice v Praze ve Strešovicích, je na velmi dobré úrovni.

Kontakt na autora:

Ľuboslav Trokšiar

Email: lubo.t@seznam.cz

Dojčenie

Maníková, E. Andrašiková, K.

Novorodenecké oddelenie Nemocnica Poprad, a. s.

Abstrakt

Práca sa zaoberá podporou dojčenia, novinkami v oblasti techniky prikladania dieťaťa na prsník, vzťahovej väzby-matka a dieťaťa, starostlivosti o prsníky a význame materského mlieka. Vychádzame so skúseností a praxe na novorodeneckom oddelení, kde máme Rooming-in a pracujeme s matkami od narodenia dieťaťa až do prepustenia pravidelnou edukáciou dojčenia a celkovej starostlivosti o novorodenca, sme držiteľom BFHI. Pri každodennej práci s novorodencami sme zistili, že dojčenie je nielen prijímanie potravy ale je to vytváranie vzájomného puta-matka a dieťa, má vplyv na psychomotorický vývin a vyšší intelekt novorodenca. Materské mlieko je tou najlepšou psychickou aj fyzickou výživou, ktorú môže matka dieťaťu ponúknuť, pretože obsahuje imunoglobulíny, vitamíny a iné dôležité prvky nutné pre zdravý vývin novorodenca. Cieľom je podpora a propagácia dojčenia a čo najviac odchádzajúcich dojčených detí a spokojných matiek.

Kontakt na autora:

Eva Maníková

E-mail: eva.manikova@post.sk

Aktivity zamerané na skvalitnenie a humanizáciu starostlivosti o ženu, matku a dieťa.

Chovanová, L., Babjaková, R.

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie

Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. I. Stodolu Liptovský Mikuláš

Cieľ

Hlavným cieľom pôrodnej asistencie je udržanie dobrého zdravotného stavu a zlepšenie kvality reprodukčného zdravia žien, ich detí, rodín a komunity.

Prednáška je zameraná na súčasnú transformáciu zdravotníctva v pôrodnej asistencii. K trendom vývoja starostlivosti v pôrodnej asistencii patrí humanizácia.

Metodika

Pôrodná asistencia je odbor, ktorý sa zaoberá zdravotnou starostlivosťou o matku a dieťa a o reprodukčné zdravie ženskej populácie.

Prednáška je zameraná na aktivity, ktoré smerujú k humanizácii starostlivosti o klientku, ženu, matku a dieťa na všetkých gynekologicko-pôrodnických pracoviskách.

Tím lekárov a pôrodných asistentiek zameriava svoje aktivity na humanizáciu starostlivosti o ženu, matku už v primárnej ambulantnej sfére.

Ošetrovateľská starostlivosť následne pokračuje v ústavnej sekundárnej oblasti, hlavne na pôrodných oddeleniach. Humanizácia ošetrovateľskej starostlivosti by mala pokračovať v domácom prostredí, kde máme ešte rezervy.

Prednáška sa sústreďuje hlavne na zmeny vybavenia, prístupu, praktík a odporúčaní podľa WHO na pôrodných oddeleniach od r. 1968 po súčasnosť.

Záver

Sústavné vzdelávanie v pôrodnej asistencii je mimoriadne dôležité vzhľadom na veľmi dynamický rozvoj odboru.

Pôrodnú asistenciu poskytujú registrované PA a PA s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe. Podmienkou pre vykonávanie špecializovaných a certifikovaných pracovných činností je odborná spôsobilosť.

Žiaľ, služby v pôrodnej asistencii poskytujú aj dule a laktačné poradkyne bez zdravotníckeho vzdelania, ktoré sú zastrešované materskými centrami.

Kontakt na autora:

Bc. Ľubica Chovanová

E-mail: lubica.chovanova@zoznam.sk

Postavenie mužov v ošetrovatel'stve na slovensku v 21. storočí

Gračko, M.¹, Laurinc, M.²

Fakultná nemocnica, Trenčín¹

NÚSCH a.s., Detské kardiocentrum, Bratislava²

Abstrakt

Povolanie sestera patrí medzi náročné a zodpovedné povolania a preto je potrebné sa veľmi citlivo zamyslieť nad tým, aké postavenie v nej zohrávajú práve muži. Autori prednášky sa zaoberajú problematikou postavenia mužov v ošetrovatel'stve na Slovensku v 21. Storočí. Autori poukazujú na to aká je motivácia mužov k výberu tohto povolania a efektivita ich zastúpenia v ošetrovatel'skom tíme. Na základe výsledkov prieskumu analyzujú postoje a názory mužov na problematiku muža v profesii sestera z pohľadu ich samotných. Pre komplexnejšiu analýzu tejto problematiky autori okrem mužov pracujúcich v profesii sestera, oslovili aj náhodne vybraných pacientov. V tejto prednáške autori porovnali výsledky dvoch prieskumov s odstupom času štyroch rokov, čím chceli čo najreálnejšie prezentovať postavenie mužov v ošetrovatel'stve na Slovensku v súčasnosti.

Kľúčové slová: Povolanie. Sestra. Muž. Motivácia. Ošetrovatel'stvo.

Úvod

Ak spomenieme Florence Nightingaleovú či Virginiu Hendersonovú, väčšine sestier či študentom ošetrovatel'stva sa vybaví veľké množstvo informácií o týchto významných ženách, ktoré ako jedny z mnohých, ovplyvnili dnešné ošetrovatel'stvo. Avšak pri menách mená ako napríklad Juan Ciudad alebo Walt Whitman, iba málo kto vie, že títo muži sú rovnako známi ako ich ženské kolegyne. A práve preto, že o mužoch v ošetrovatel'stve sa dozvedáme iba okrajovo, prevláda v spoločnosti názor, že ošetrovatel'ské povolanie je výsadou žien. Muži v profesii sestera sú stále považovaní za niečo neobvyklé, ak nie až nepochopiteľné z toho dôvodu, že pracujú v prevažne ženskom kolektíve a ich mužnosť častokrát spochybňuje mýtus, že všetci muži v tomto povolaní sú homosexuálne orientovaní. Rovnako často sa objavuje názor, že ošetrovatel'ská starostlivosť je náročná úloha pre muža a preto je vnímaná ako ženská profesia. Všetky tieto nepravdivé tvrdenia sa zakladajú na dominantnom postavení

mužskosti. Rovnako neexistuje žiadny empiricky doložený dôkaz, že by sa ženy starali o pacientov lepšie ako muži.

História ošetrovateľstva

Poznanie histórie umožňuje objasniť a pochopiť postavenie a úroveň ošetrovateľstva v jednotlivých historických obdobiach, t.j. poznať a interpretovať minulosť, analyzovať prítomnosť a súčasné problémy, ale aj prognózovať budúcnosť ošetrovateľstva. Ošetrovateľstvo je múdrosť, láska a pomoc. Aby mohlo plniť tieto tri najhumánnejšie očakávania, musí veľmi intenzívne pracovať na svojej vlastnej podstate. V ošetrovateľskom povolaní je symbolom múdrosti kniha, lásky srdce a pomoci ruka. Ošetrovateľstvo je aj svetlo lampy – symbolu Medzinárodnej rady sestier (ICN). [3]

My sme sa na históriu ošetrovateľstva pozreli z pohľadu mužov v tomto povolaní. Hoci v dnešnej dobe ženy početne prevyšujú mužov v ošetrovateľskej profesii, nebolo tomu vždy tak. Už v dobách starovekého Grécka boli pod vedením slávneho antického lekára Hippokrata, školení muži na vykonávanie ošetrovateľského povolania. Prečo to boli práve muži, ktorí stáli pri zrode ošetrovateľstva, odpovedá O'Lynn vo svojej knihe: „Toto povolanie patrilo výlučne mužom, čo bolo spôsobené spoločenskými obmedzeniami týkajúcich sa žien a ich hlavnou úlohou – starostlivosťou o domácnosť.“ [8]

Ošetrovateľstvo možno rámcovo rozdeliť do troch historických období:

- **neprofesionálne ošetrovateľstvo** – Hippokrates, Galénos, Avicenna, Charaka
- **charitatívne ošetrovateľstvo** – Sv. Ján z Boha, Sv. Vincent de Paul, Sv. Benedikt z Nursie, Sv. Kamil de Lellis
- **profesionálne ošetrovateľstvo** – F. Nightingal, N. I. Pirogov, J. H. Dunant, W. Whitman

Postavenie mužov v modernom ošetrovateľstve na Slovensku

Z historického hľadiska je teda jasné, že význam muža v ošetrovateľstve nemožno brať na ľahkú váhu. Rovnako ako ženy, aj oni majú svoje nezastupiteľné miesto v tejto profesii. Avšak momentálna situácia na Slovensku jasne dokazuje, že v povolaní sestra dominujú vo veľkej miere ženy. Podľa štatistiky ku dňu 01.08.2011, je na Slovensku registrovaných 47 144 sestier a pôrodných asistentiek, pričom z tohto počtu je 98,54 % (46 458) žien a iba 1,46 % (686) mužov (Údaje z registra SK SaPA, 2011).

V dnešnej dobe je muž pracujúci v profesii sestra stále vnímaný spoločnosťou ako niečo neobvyklé alebo výnimočné. Dôvodom, prečo takto spoločnosť reaguje na muža, ktorý pracuje ako sestra je fakt, že toto povolanie považujú za ženskú prácu, keďže žena je v spoločnosti vnímaná skôr ako tá, ktorá je – empatická, citovo založená, jemná, starostlivá, súcitná, zameraná na rodinu a iné. Pričom muž je braný ako – agresívny, autoritatívny, panovačný a podobne, čo nie sú práve vlastnosti vhodné pre povolanie sestry. [6]

Na slovenskom pracovnom trhu pretrváva „rodová segregácia.“ Muži v ošetrovatelstve pracujú v prefeminizovanom povolaní. Obe pohlavia však inklinujú skôr k vyrovnanému pracovnému kolektívu čo sa pohlaví týka. Muži v ošetrovatelstve zastávajú určitú pozíciu, ktorá ovplyvňuje „imidž tohto povolania.“ Z hľadiska spoločenského ocenenia profesii sa sestra umiestňuje v rámci sedemdesiatich povolaní na siedmom až desiatom mieste, čo podľa Farkašovej znamená jej nezanedbateľnú pozíciu v očiach verejnosti. [5]

Rod (gender) odkazuje na sociálne a kultúrne predpoklady, vzory správania, ktoré sú spojené s biologickým správaním. Gender, slovo pochádzajúce z gréčtiny, je teda sociálny konštrukt, ktorý vyjadruje, že vlastnosti a chovanie spojované s obrazom muža a ženy, sú formované kultúrou a spoločnosťou. Genderove role môžeme teda nazvať aj ako spoločenské role, ktoré sú jedincom predpisované spoločnosťou na základe pohlavia.

Rodové stereotypy sa v literatúre opisujú ako zjednodušené, častokrát neskutočné obrazy typickej mužskosti a ženskosti. Takéto idealizované a očakávané správanie, nás sprevádza počas celého života. Aj keď sú rodové stereotypy produktom sociálneho vývoja, považujú sa za prirodzené, čo môže vo svojich dôsledkoch poškodzovať dievčatá a chlapcov, napríklad i pri výbere povolania. Rodové stereotypy totiž veľakrát zabraňujú v tom, aby si jedinec slobodne vybral svoje nastávajúce povolanie, keďže niektoré povolania sú charakterizované ako „typicky ženské“ (učiteľka, sestra, sekretárka) alebo „typicky mužské“ (elektrikár, mechanik, politik, manažér). Takéto stereotypy sa označujú aj ako určité zaužívané formy správania, poprípade výzoru či zamestnania, ktoré si spoločnosť vyžaduje v závislosti od rodu.

Problematika diskriminácie sa netýka iba žien, aj keď problém ich znevýhodňovania sa týka viacerých aspektov ako napríklad nedostatočné finančné odmeňovanie, problémy pri zamestnávaní alebo prepúšťaní z práce (hlavne ženy po

materskej dovolenke), nedostatok pracovných príležitostí, ale aj nevhodné pracovné podmienky, pracovný režim, či v neposlednom rade sexuálne obťažovanie na pracovisku. [1]

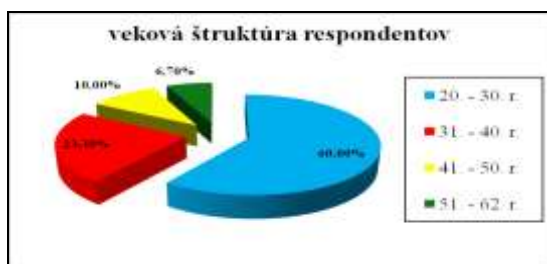
Podľa zahraničných štúdií, muži často krát čelia nepravdivým tvrdeniam, že dôvod prečo sa rozhodli pre povolanie sestry je to, že sú buď homosexuáli alebo si tým kompenzujú určitý neúspech pri štúdiu resp. snahe o štúdiu na medicíne. Dôvodom prečo sú muži nepravdivo označovaní za homosexuálov je už viac krát spomínaný fakt, že spoločnosť berie profesie ako kaderník, módný návrhár alebo sestra za čisto ženské a jedine muž – homosexuál sa môže v nich uplatniť. Jeden z ďalších spojitostí muža a homosexuality je presvedčenie, že muž ktorý sa rozhodol vstúpiť do „ženského“ povolania, nie je schopný si preraziť cestu v „mužskom“ svete. Takéto tvrdenia nemajú žiadny vedecký podklad a sú iba zdrojom intolerancie voči homosexuálom. Tvrdenie, že všetci muži pracujúci ako zdravotné sestry sú homosexuáli, sú založené iba na patriarchálnom obraze mužnosti [2].

Prieskum

Realizácia prieskumu

01/2008 – 03/2008

Respondenti – muži v povolaní sestra: 30

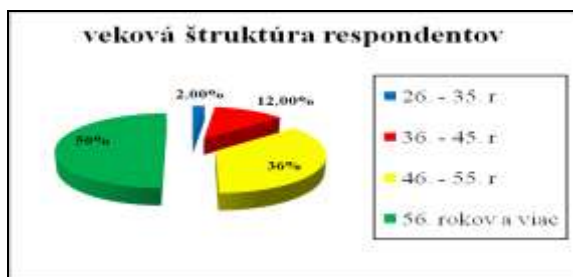


02/2011 – 03/2011

Respondenti – muži v povolaní sestra: 50



Respondenti – pacienti: 50



Vymedzenie prieskumného problému

(01/2008 – 03/2008)

- Čo motivuje mužov k povolaniu sestra?
- Cítia sa muži v tomto povolaní diskriminovaní?
- Sú muži spokojní s oslovovaním sestra pri výkone tohto povolania? [7]

(02/2011 – 03/2011)

- Je profesia sestry typickým ženským povolaním do ktorého muž nemá čo priniesť?
- Ako vnímajú muža v profesii sestra samotní pacienti? [4]

Diskusia

Vnímanie muža v profesii sestra

- motivačné prvky pre prácu sestry sú u muža rovnaké ako u ženy, čo potvrdzuje aj prieskum autoriek Heplová, Michálková (2010)
- rovnako ako ženy tak aj muži majú svoje miesto v profesii sestra
- nie je ničím výnimočné, že pacient odmietne ošetrovanie od muža v povolaní sestra
- častokrát sú muži pri výkone svojho povolania konfrontovaní, aj s narážkami na svoju sexuálnu orientáciu
- neexistuje vhodný ekvivalent pomenovania muža v profesii sestra

Jedinečné aspekty muža v profesii sestra

- najväčšou predispozíciou pre prácu muža je fyzická sila, ktorá je nepochybne v profesii sestry potrebná

Efektivita práce na oddelení v spolupráci žien a mužov v profesii sestra

- pracovní tím zložený z mužov a žien funguje lepšie
- prínos mužov v takomto kolektíve – práca v sťažených podmienkach, pod veľkou psychickou záťažou, a v situáciách mimo zdravotníckeho zariadenia

Záver

Na záver chceme vysloviť presvedčenie, že muži v povolani sestra sú rovnako dobrí ako ženy, a majú nezastupiteľné postavenie v ošetrovateľskom tíme.

Doporučujeme:

- Pri výučbe študentov ošetrovateľstva venovať priestor aj mužom, ktorí významne ovplyvnili vývoj ošetrovateľstva.
- Venovať sa problematike hľadania adekvátneho pomenovania muža v profesii sestra.
- Snažiť sa zmeniť vnímanie samotného povolania sestry v spoločnosti ako čisto ženskej profesie.
- Informovať širokú verejnosť o rovnocennom postavení mužov a žien v profesii sestra a v ich náplni práce v jednotlivých zameraniach.

Literatúra:

1. BÚTOROVÁ, Z. et al. 2008. *Ona a on na Slovensku: zaostrené na rod a vek*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2008. 368 s. ISBN 978-80-89345-10-6.
2. ENSTWILE, M. *Women only? An Exploration of the Place of Men Within Nursing*. [online]. [Wellington (USA)]. 2004 [cit. 2011-2-27]. Dostupné na: <http://researcharchive.vuw.ac.nz/bitstream/handle/10063/35/thesis.pdf?sequence=2>
3. FARKAŠOVÁ, D. 2005. *Ošetrovateľstvo teória. Martin : Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4*
4. GRAČKO, M. Muži v profesii sestra. Trenčín: Fakulta zdravotníctva, Trenčianská univerzita A. Dubčeka, 2011. Bakalárska práca.
5. HEPLOVÁ, M., MICHÁLKOVÁ, H. Motivační prvky v práci sestry. In *Sestra. ISSN – 1210-0404*. 2010. roč. XX., č. 11, s.30-31
6. KARSTEN, H. 2006. *Ženy – muži: genderove role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X

7. LAURINC, M. Motivačná pyramída mužov k sesterskému povolaniu. Bratislava: FOaZOŠ SZU, 2008. s. 72. Diplomová práca.
8. O'LYNN, CH., TRANBARGER, R. 2007. *Men in nursing*. New York : Springer Publishing Company, 2007. 297 s. ISBN 0-8261-0221-2.

Kontakt na autorov:

Bc. Martin Gračko

E - mail: gracko.martin@gmail.com

PhDr. Milan Laurinc, dipl. s.

E - mail: milan.laurinc@gmail.com

Náš pohľad na zvládanie psychickej záťaže a stresu na OAIM

Bučuričová, A. Záborský, V

NÚSCH, a.s.

Detské Kardiocentrum, OAIM, Bratislava

Abstrakt

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) je vysoko špecializované pracovisko, ktoré poskytuje komplexnú starostlivosť o kriticky chorých, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánov alebo orgánových systémov. Zahŕňa aj anestetickú starostlivosť pri vykonávaní diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Vzhľadom na náročnosť tohto pracoviska sú kladené aj vysoké nároky na personál. Nie len fyzické, psychické a vedomostné, ale aj emočne nároky. Preto nie je nič výnimočné keď na takýchto špecializovaných pracoviskách sa vo vysokej miere vyskytuje syndróm vyhorenia.

V prvej časti prednášky sme sa zamerali na definíciu syndrómu vyhorenia. Popisujeme jeho fázy, príznaky a príčiny jeho vzniku. V druhej časti sme sa zamerali na naše oddelenie. Porovnali sme výsledky prieskumu z rokov 2006, 2010, 2011, ktoré boli zamerané na mieru výskytu syndrómu vyhorenia u sestier na našom oddelení.

Kľúčové slová: Syndróm vyhorenia. Sestra. Vzťahy. Pacient.

Syndróm vyhorenia (iné názvy: **syndróm vyhasnutia, syndróm vypálenia, syndróm vyprahlosti**; angl. *burnout syndrome*) je syndróm, ktorý prvýkrát opísal Herbert Freudenberger v roku 1975.

Definícia syndrómu vyhorenia (SV):

- Ide o psychický stav vyčerpanosti.
- Vyskytuje sa obzvlášť pri profesiách obsahujúcich prácu s ľuďmi.
- Tvorí ho rad symptómov predovšetkým v oblasti psychickej, čiastočne aj fyzickej a sociálnej.
- Kľúčovou zložkou SV je emočná vyčerpanosť, kognitívne vyčerpanie a pocit "opotrebovanosť" a často aj celková únava.
- Všetky hlavné zložky SV vychádzajú z chronického stresu.

Syndróm vyhorenia je dôsledok nerovnováhy medzi:

1. profesijným očakávaním a profesijnou realitou,
2. ideálmi a skutočnosťou,
3. je výsledok dlhého pozvoľného procesu.

Fázy syndrómu vyhorenia (Henning, Keller - 1995):

- Nadšenie – entuziazmus, prichádza do práce s určitými ideálmi, s presvedčením, že bude poskytovať najlepší výkon.
- Stagnácia – očakávané nadšenie a motivácia sa časom otupí, začína zľavovať zo svojich ideálov.
- Frustrácia – začína prežívať veľkú dezilúziu a sklamanie zo svojho povolania. Je frustrovaný a cynický. Zistí, že nie je v jeho silách zmeniť zabehnutý systém, jeho emocionálne rezervy sa znižujú a on má pocit, že zlyhal.
- Apatia – snaží sa robiť len nevyhnutnú prácu, vyhýba sa komunikácii s kolegami.
- **Syndróm vyhorenia.**

Príznaky syndrómu vyhorenia:

1. Psychické príznaky:

- depresia ,strach ,úzkosť
- pocit bezmocnosti a bezcennosti
- osamelosť ,smútok, hnev
- strata motivácie
- klesá záujem o pacientov
- cynizmus
- pocit vnútornej vyprahnutosti

Telesné príznaky:

- pokles energie
- chronická únava ,telesná slabosť
- bolesti hlavy ,krčnej chrbtice
- svalová stuhnutosť
- nechutenstvo alebo nezvyčajný hlad

- poruchy spánku
- závislosť na káve ,alkohole ,cigaretách...

Príčiny syndrómu vyhorenia:

- preťaženie, frustrácia
- dominantnosť medicíny
- zlé medzil'udské vzťahy
- málo podpory zo strany nadriadených
- dlhodobý stres na pracovisku
- veľká emocionálna záťaž
- nedostatočné finančné a morálne ohodnotenie
- nepravidelný pracovný čas – väčší podiel nočnej práce (narušený biorytmus)

Nerovnocenný vzťah lekár – sestra ako príčina syndrómu vyhorenia:

- „nerozhodnosť“ lekárov
- časté zmeny liečebných postupov
- vyžadovanie splnenia viacerých ordinácií naraz
- nadradený až arogantný prístup k sestram
- nejasné kompetencie sestier
- sestry nie sú rovnocenní členovia tímu
- „Lekár je v kontakte s chorobou pacienta – sestra s pacientom samotným. Lekár žije budúcnosťou pacienta – sestra prítomnosťou pacienta. Keď je jasné, že pacient už žiadnu budúcnosť nemá, lekár ho v prenesenom slova zmysle opustí. Zostáva sestra, kt. vníma aj malú úľavu zomierajúceho pacienta ako zmysluplnú prácu.“ (Balogová, 2009).

Výsledky prieskumu syndrómu vyhorenia na našom oddelení:

- Dotazník vyplnilo 28 sestier.
- O vyhorení hovoríme, keď sú hodnoty zvýšené v 2 alebo v 3 subškálach.
- Reálne známky vyhorenia aktuálne vykazuje 20 sestier.
- V rokoch 2010, 2011 všetky tri subškály vykazujú kritické hodnoty.

- Najmarkantnejší rozdiel je v oblasti depersonalizácie – daný človek sa stáva cynickým, necitlivým, snaží sa odpútať od ľudí. Je to forma obrany voči narastajúcemu emocionálnemu vyčerpaniu.

Vyhodnotenie dotazníka

Skóre	2006(%)	2010(%)	2011(%)
Skóre bez známkov vyhorenia	45,5	28,8	28,5
Zvýšené skóre v 2 subškálach	27,3	28,6	32,1
Zvýšené skóre v 3 subškálach	27,3	42,9	39,3

Bez známkov vyhorenia	2
Vyhorenie v 1 subškále	6
Vyhorenie v 2 subškálach	9
Vyhorenie v 3 subškálach	11

- EE- emocionálne vyhorenie
- DP- depersonalizácia (odcudzenie)
- PA- pocit zníženej pracovnej kompetencie

Subškála	2006(%)	2010(%)	2011(%)
EE	50	67	60
DP	36	71	67
PA	77	64	75

Ako sme pokročili:

Aj napriek zhoršeným výsledkom na našom oddelení aktívne bojujeme proti SV.

- Piatkové stretnutia.
- Stretnutie vedúcich a podvedúcich smien.
- Preškoloňovanie vedúcich a podvedúcich smien v manažmente riadenia a vedenia teamu.
- Organizovanie teambuildingových aktivít.
- Možnosť aktívneho vzdelávania (školenia, konferencie...),
- Atd'.

Záver

Vysoké zastúpenie jedincov so syndrómom vyhorenia je alarmujúce. Tejto problematike by sa mali venovať najmä zodpovední vedúci a organizační pracovníci. Motivácia zdravotníkov k aktívnej spolupráci je naďalej sporná. Nedostatočne sa využívajú rezervy v „manažmente“ pracovísk ako zo strany vedúcich pracovníkov, tak samotných postihnutých.

Použitá literatúra:

http://sk.wikipedia.org/wiki/Syindr%C3%B3m_vyhorenia

Kontakt na autora:

Mgr. Andrea Bučuričová

email: andreacz@centrum.sk

Starostlivosť o pacientku s inkontinenciou moču

Novysedláková, M., Hudáková, Z.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Súhrn:

Autorka sa v príspevku zaoberá režimovými opatreniami a behaviorálnymi technikami terapie inkontinencie moču. Sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa podieľa na realizácii daných opatrení. Metódou ošetrovateľského procesu získava pacientku na spoluprácu a realizuje jednotlivé intervencie.

Kľúčové slová: stresová inkontinencia moču – režimové opatrenia – behaviorálne techniky

Abstract:

The author deals with the contribution regime measures, and behavioral therapy techniques for urinary incontinence. Nurse in providing nursing care is involved in the implementation of the measures. The method of educational process for gaining patient cooperation and implement various meetings.

Key words: stress urinary incontinence - modal measures - behavioral techniques

Úvod

Močová inkontinencia je symptóm rady stavov, ktoré postihujú anatómiu a inerváciu dolných močových ciest a narušujú rovnováhu medzi močom zadržujúcimi a močom vypudzujúcimi silami, ktorá je charakteristická pre zdravého človeka (Zikmund, Hanuš, 1995).

Podľa I. C. S. (International Continence Society, 2002) Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu je definícia inkontinencie moču nasledovná: „Inkontinencia moču je stavom nedoborovoľného úniku moču a predstavuje medicínsko - psychologický a sociálno - hygienický problém“.

Jadro

Medzi celkové ciele pacienta s možnými alebo vzniknutými problémami s vylučovaním moču patrí zachovanie alebo obnovenie normálneho vylučovania moču a prevencia

príslušných rizík, ako je infekcia, narušená celistvosť kože, tekutinová a elektrolytová nerovnováha a narušená sebaúcta (Kozierová, 1995, s. 1207).

Posudzovanie pacienta s inkontinenciou moču

Pri chorobách ako je inkontinencia je dôležité zistiť údaje o pacientovi, vyšetriť ho, zistiť jeho denné aktivity a psychologické údaje, ktoré by mohli pomôcť pri liečení alebo aspoň zmiernení zlého zdravotného stavu pacienta.

Anamnéza

Prvým zdrojom anamnestických údajov by mal byť samotný pacient, problém je však v tom, že starší ľudia sa často hanbia hovoriť o inkontinencii, resp. ju zatajujú. Preto je potrebné, aby sa sestra pacienta (rodiny) priamo opýtala na možný neovládateľný únik moču. Ak pacient odpovie kladne, mali by nasledovať ďalšie otázky:

- *Kedy moč odteká?* (pri zvýšení vnútrobrušného tlaku – kýchaní, dvíhaní ťažkých bremien, cez deň alebo v noci, kedykoľvek)
- *Ako často moč uniká?*
- *Ako veľa moču unikne?* (kvapky, musí sa prezliecť, musí použiť absorpčné pomôcky)
- *Aké lieky pacient používa?* (ordinované lekárom aj voľnopredajné, napr. diuretiká, anticholinergiká, antiparkinsoniká, antidepressíva, antihypertenzíva a pod.)
- *Prekonal pacient určité ochorenia alebo takýmito ochoreniami trpí?* (napr. hypertenzia, ochorenia srdca, sclerosis multiplex, hypertrofia prostaty, diabetes mellitus, uroinfekcia, gynekologické choroby, depresia a pod.)
- *S kým pacient žije, aké sú vzťahy v rodine?* (Kozierová, 1995).

Záznamy o močení, **mikčné karty**, môžu mať u starších pacientiek obmedzený význam a ich vedenie nemusí byť spoľahlivé. Rovnako aj rôzne **dotazníkové metódy**, ktoré aj u mladších osôb strácajú svoj diagnostický význam (Gaudenzov dotazník). Odporúčané sú naopak rôzne dotazníky hodnotiace kvalitu života. V súvislosti s inkontinenciou je to I-QoL dotazník podľa Patricka a Wagnera (Huvar, 2003).

Fyzikálne vyšetrenie

Palpácia a perkusia močového mechúra: naplnený močového mechúr, únik moču po zatlačení, dilatovaný mechúr.

Vyšetrenie genitálií: prítomné prejavy zápalu.

Digitálne rektálne vyšetrenie: znížený tonus análneho zvierača, prítomnosť nahromadenej stolice, u mužov zväčšenie prostaty.

Orientačné neurologické vyšetrenie: citlivosť perinea, reflexy L3 a S4.

Kostrovosvalový systém: znížená fyzická výkonnosť, pocity slabosti, neistá chôdza, neobratnosť, poruchy rovnováhy a pod.

Koža: intertrigo v slabinách a v perigenitálnej oblasti, u imobilných pacientov rôzny stupeň dekubitov (Kozierová, 1995).

Aktivity denného života

Príjem tekutín: znížený, vedomé prijímanie malého množstva tekutín (pacient chce predísť pomočeniu).

Aktivita: normálna až imobilita, normálna alebo znížená schopnosť sebaopatery pri aktivitách denného života.

Spánok: nespavosť pre časté močenie v noci alebo strach z pomočenia, spánková inverzia.

Vylučovanie: inkontinencia rôzneho typu, nyktúria, zápcha, striedanie zápchy alebo hnačky.

Hygiena: potreba pomoci v rôznom rozsahu podľa stupňa závislosti, zvýšené riziko ohrozenia zapareninami alebo preležaninami (Kozierová, 1995).

Psychologické údaje

Nálada: kolísavá až depresívna, podráždenosť, citová labilita.

Kognitívne funkcie: možné poruchy kognitívnych funkcií od ľahkého stupňa až po ťažký stupeň (MMSE 27-0 bodov).

Sebavedomie – sebakoncepcia: znížená sebaúcta (pacient sa cíti spoločensky hendikepovaný, pokladá sa za sociálne neprijateľného, obmedzuje sociálne kontakty).

Adaptácia: narušená (inkontinencia je stresor, ktorý má biologické, psychické i sociálne následky, môže sa podieľať na rozvoji geriatrického maladaptívneho syndrómu).

Informovanosť: nedostatočná (pacient alebo rodina nemajú dostatok informácií o režimových opatreniach a behaviorálnych technikách alebo o používaní absorpčných pomôcok pre inkontinentných).

Sociálne údaje Inkontinencia znižuje kvalitu života seniora, vynucuje si zmenu životného štýlu a narušuje rodinné vzťahy. Niekedy je potrebná zmena sociálneho prostredia a umiestnenie pacienta do sociálneho zariadenia (Poledníková, 2006).

Sesterské diagnózy

Revidovaná taxonómia sesterských (ošetrovateľských) diagnóz (NANDA, 2001) obsahuje 13 domén – oblastí zdravia a 46 tried. Základ novej štruktúry tvoria Gordonovej funkčné vzorky zdravia. Jej prepracovaním a doplnením novovytvorených domén –

bezpečie a ochrana, komfort, rast, a vývin vzniklo 13 domén, do ktorých boli diagnostické kategórie rozdelené. Ošetrovateľským problémom inkontinencia moču sa zaoberá Doména 3 Vylučovanie, Trieda: 1 močový systém (Marečková, 2006).

Tabuľka 1

Narušené vylučovanie moču	00016
Retencia moču	00023
Úplná inkontinencia moču	00021
Funkčná inkontinencia moču	00020
Stresová inkontinencia moču	00017
Urgentná inkontinencia moču	00019
Reflexná inkontinencia moču	00018
Riziko urgentnej inkontinencie moču	00022

Stanovenie diagnóz vychádzajúci z Vyhlášky ministerstva zdravotníctva SR č. 306/2005

Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

V 107 Inkontinencia moču, V 108 Pomočovanie, V 109 Zmenené vyprázdňovanie moču.

Sesterské diagnózy súvisiace s problémom vylučovania sú: *inkontinencia moču, zmenené vylučovanie moču a retencia moču*. (Kozierová, 1995).

Stresová inkontinencia moču

Prispievajúce faktory:

- oslabené svalstvo panvového dna, vysoký vnútrobrušný tlak pri obezite,
- oslabenie zvieračov močového mechúra.

Určujúce znaky:

- samovoľné odkvapkávanie moču pri zvýšenom brušnom tlaku,
- časté močenie (častejšie ako každé dve hodiny),
- opakovaná potreba vymočiť sa.

Súvisiace znaky:

- degeneratívne zmeny panvových svalov a štruktúrálnej opory v súvislosti so starnutím,
- nefunkčný vývod močového mechúra,
- príliš veľká náplň močového mechúra medzi močením.

Reflexná inkontinencia moču

Prispievajúce faktory:

- neurologické poškodenie,
- radikálny chirurgický výkon v oblasti panvy.

Určujúce znaky:

- nepociťuje naplnenie močového mechúra,
- nie je schopný potlačiť nutkanie na močenie,
- nepociťuje potrebu vymočiť sa,
- pociťuje potrebu vymočiť sa, ale nie je schopný kontrakcie močového mechúra potlačiť vôľou.

Súvisiace znaky:

- poškodenie tkanív cystitídou, zápalové stavy močového mechúra, radikálny chirurgický zásah v oblasti panvy,
- neurologické poškodenie nad úrovňou sakrálneho mikčného centra alebo mikčného centra v oblasti Varolovho mostu.

Urgentná inkontinencia moču

Prispievajúce faktory:

- dráždenie tlakových receptorov močového mechúra pri zápale, vplyvom alkoholu alebo kofeínu alebo pri nadmernom príjme tekutín,
- znížená kapacita močového mechúra po chirurgickom výkone v brušnej dutine,
- nahromadenie stolice pri zápche,
- depresívne stavy, stavy zmätenosti.

Určujúce znaky:

- silná naliehavosť potreby vymočiť sa,
- pociťuje kontrakciu močového mechúra,
- močí častejšie ako každé 2 hodiny,
- močí veľký objem moču – nad 550 ml,
- močí malý objem moču – pod 100 ml,
- v priebehu noci močí viac než 2x,
- nie je schopný prísť na WC včas.

Súvisiace znaky:

- požitie alkoholu,
- požitie nápojov s kofeínom,

- má zníženú kapacitu močového mechúra,
- má zvýšený príjem tekutín,
- má zníženú koncentráciu moču.

Funkčná inkontinencia moču

Prispievajúce faktory:

- zmeny prostredia – zlé osvetlenie, príliš vzdialená toaleta, neochota privolať sestru signalizačným zariadením. odmietanie podložnej misy,
- obmedzená pohyblivosť,
- zmyslové a kognitívne poruchy (vplyv sedatív alebo hypnotík, zmätenosť),
- zvýšená tvorba moču pri užívaní diuretík alebo metabolických poruchách (hyperglykémia, hyperkalciéma).

Určujúce znaky:

- moč uniká pred príchodom na WC,
- k úniku moču pred príchodom na WC dochádza vždy ráno,
- pociťuje potrebu sa vymočiť,
- má zachovanú schopnosť vyprázdnenia močového mechúra.

Súvisiace znaky:

- psychogénne faktory podporujúce únik moču pred príchodom na WC,
- poruchy zraku,
- nervo - svalové ochorenie,
- oslabenie panvového svalstva,
- poruchy poznávania,
- zmena prostredia (Marečková, 2002)

Ďalšie možné sesterské diagnózy

Tabuľka 2

Hľadanie zdravého životného štýlu – špecifikovať	00084
Riziko deficitu telesných tekutín	00028
Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene	00108
Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní	00110

Deficit vedomostí (špecifikovať)	00126
Riziko situačne zníženej sebaúcty	00153
Riziko narušenia integrity kože	00047
Sociálna izolácia	00053

Plánovanie

Cieľom liečby a ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnuť úplnú kontinenciu, zmierniť sprievodné ťažkosti, obmedziť vznik komplikácií a zlepšiť kvalitu života pacienta. Úsilie lekára zamerané na zvládnutie inkontinencie dopĺňa sestra plánovanou ošetrovateľskou starostlivosťou, v rámci ktorej sa zameriava na potlačenie alebo elimináciu prispievajúcich faktorov.

Realizácia

Režimové opatrenia

sú to jednoduché nenáročné spôsoby podpory kontinencie. Hlavne u starších pacientiek, keď sa zistí zmiešaný typ inkontinencie. Cieľom je upraviť liečbou urgentnú zložku a operáciou korigovať stresovú inkontinenciu.

Pitný režim

U starších osôb sa začína liečba inkontinencie optimalizáciou pitného režimu. Staršie pacientky s obavami pred pomočením obmedzujú príjem tekutín, čo má nepriaznivý vplyv na močové cesty, súčasne sa môžu objaviť príznaky dehydratácie. Odporúča sa pri inkontinencii tekutiny neobmedzovať, vyvarovať sa väčšieho nárazového príjmu tekutín a pitie väčšieho množstva tekutín na noc.

Podpora celkovej telesnej aktivity

Pohyb má tonizujúci vplyv na CNS a svalovú hmotu. Zlepšuje obratnosť a pohyblivosť pacientky, ktorá sa ľahšie dostane na WC.

Dostupnosť toalety

Dostupnosť toalety alebo jej náhrady, vylepšenie toaliet pomôckami hlavne vtedy ak je inkontinencia v dôsledku neschopnosti dostatočne rýchlo sa dostať na WC. Odporúča sa izbové WC, toaletné kreslo pri posteli, močová misa. Cesta k toalete by mala byť bez prekážok. V cudzom prostredí je vhodné zreteľné označenie toalety. Vhodné je aj jednoduché oblečenie, ktoré umožní rýchle a jednoduché použitie WC.

Hygienická starostlivosť

Pacientky, ktoré majú problémy s inkontinenciou sú ohrozené rôznymi druhmi poškodenia kože, vznikom vredov alebo infekcie. Používanie hygienických vložiek a podobných pomôcok ochraňuje odev pred znečistením, ale súčasne nesie so sebou riziko – moč zostáva v trvalom kontakte s pokožkou. I po krátkodobom pôsobení moču začína byť koža vlhká, zaparená, vyskytujú sa odreniny. Preto je potrebné venovať jej zvláštnu starostlivosť – udržiavať ju suchú a čistú (Brown, Nováková, 1998).

Behaviorálna liečba

- a) *závislá na pacientovi* – cvičenie svalov panvového dna, pravidelná edukácia, aktívne ovplyvňovanie urgency, elektrická stimulácia
- b) *závislá na opatrovateľovi* – močenie podľa rozvrhu, dodržanie pravidelných intervalov močenia, močenie na upozornenie.

Tréning močového mechúra (bladder training)

Používa sa pri stresovej i urgentnej inkontinencii. Pacientka močí vopred stanovených časových intervaloch, zvyčajne každé dve hodiny, ktoré sa postupne predlžujú. Súčasne sa pacientka/klientka snaží potlačiť nutkanie, eventuálne nacvičuje voľné prerušovanie mikcie. Úspešnosť techniky dosahuje u starších pacientiek 15 % kontinencie, v 50 % zmierňuje symptómy.

Metóda pravidelného močenia (tzv. scheduled voiding)

Je to aktívny spôsob zachovania kontinencie. Pacientku/klientku upozorníme prípadne privedieme na toaletu každú hodinu. Po úspešnom vymočení nasleduje pozitívna stimulácia. Postupne intervaly predlžujeme. Cieľom je vycvičiť močový mechúr aby sa vyprázdnil za dve - tri hodiny. Metóda znižuje počet inkontinentných epizód.

Technika dvojitého močenia

Pacientka po skončení močenia sa pokúsi opäť vymočiť.

Technika posilneného močenia

Pacientka pri mikcii aktívne použije brušných, prípadne tlačí rukou na oblasť močového mechúra. Pri tréningu močového mechúra je nevyhnutné aby pacientka sama alebo člen rodiny zaznamenal pravidelne v priebehu dňa všetky epizódy močenia a pomočenia do mikčného denníka. Do tabuľky sa zaznamenáva čas a množstvo moču za 24 hodín. Denník sa vedie za 5-7 dní. Výsledkom je vzor častosti močenia a intervaly na ktorom môžeme pripraviť programy užívania toaliet (Topinková, Neuwirth, 1995).

Gymnastika panvového dna

Cvičenie panvového dna vyžaduje špeciálny druh gymnastiky, ktorý je určený na posilnenie a spevnenie svalstva.

Záver

Cieľom komplexnej starostlivosti o pacientku je vypracovaný ošetrovateľský plán súčasťou ktorého je aj edukácia. Plán má byť zameraný na pacientkine možné alebo vzniknuté problémy s vylučovaním moču, zachovanie alebo obnovenie normálneho vylučovania moču a prevenciu príslušných rizík, ako je infekcia, narušená celistvosť kože, tekutinová a elektrolytová nerovnováha a narušená sebaúcta.

Literatúra:

- BROWN, C., NOVÁKOVÁ, M. 1998. Péče o lidí trpící inkontinencí. In: Sestra, roč. VIII, 1998, č. 3, s. 1-9. ISSN 1210-0404.
- DOENGES, M.E., 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 123 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. Praktická gynekologie, 2003, 1, s. 18–22. ISSN 1211-6645
- KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVEROVÁ, R. 1995. Ošetrovateľstvo 1. Martin: Osveta, 1995, 1205 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MAREČKOVÁ, J. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. Martin : Osveta, 2006. 70 s. ISBN 80-8063-208-1.
- TOPINKOVÁ, E. - NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
- ZIKMUND, J. a kol. 1995. Inkontinence moči u žen. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 60 s. ISBN 80-7013-096-2.

Kontakt na autora:

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.

E-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

Vplyv inkontinencie na kvalitu života žien

Hudáková, Z., Novysedláková, M.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Inkontinencia (nedobrovoľný únik moču) moču je nielen zdravotným, ale aj závažným sociálnym a hygienickým problémom. Výskyt inkontinencie je vysoký a odhaduje sa, že každá druhá žena má ťažkosti s udrжанím moču. Väčšina z nich sú ženy v období menopauzy a postmenopauzy. Neželanému úniku moču dochádza pri strate pružnosti a pevnosti zvieračov, ktoré obklopujú močovú trubicu a svaly panvového dna. O močovej inkontinencii sa pacientkam hovorí veľmi ťažko. Sú ňou zahanbené, strácajú sebavedomie, izolujú sa a uzatvárajú do seba. Nevedia, ako svoj problém riešiť a na koho sa obrátiť. Najčastejšie u starších pacientkach je problém donútiť ich únik moču riešiť.

Kľúčové slová: inkontinencia, hygiena, zvierač, kvalita života

Abstract

Incontinence (involuntary loss of urine), urine is not only health, but also serious social and health problems. The incidence of incontinence is high and it is estimated that every second woman has difficulty in retaining urine. Most of them are women in menopause and postmenopause. Unwanted leakage of urine occurs with loss of elasticity and strength of the sphincter surrounding the urethra and pelvic floor muscles. The urinary incontinence is very difficult for patients says. They are embarrassed by it, losing confidence, are isolated and closed to each other. Do not know how to solve your problem and whom to contact. Most common in the elderly patient is a problem to force them to address leakage of urine.

Key words: incontinence, hygiene, animal, quality of life

Úvod

Močová inkontinencia nie je ochorením v pravom zmysle slova, ale príznakom, ktorý má rôzne príčiny. Ochorením sa stáva vtedy, keď spôsobuje svojmu nositeľovi psychické, spoločenské, hygienické, zdravotné a iné ťažkosti (2). Približne každá druhá

žena udáva občasný únik moču. Poruchy funkcie dolných močových ciest má psychosociálny dopad do rôznych oblastí života a je tak závažný, že si vyžaduje kvalifikovaný prístup odborníka (6).

Inkontinencia moču má výrazný negatívny vplyv na kvalitu života postihnutých žien. Inkontinentné pacientky prežívajú pocit straty spoločenskej úlohy, strácajú spoločenské kontakty a obmedzujú telesnú i duševnú aktivitu. I napriek vysokému pokroku medicíny je mnoho postihnutých žien, ktoré nevyhľadávajú lekársku pomoc. Ženy pociťujú hanbu a svoje ťažkosti skrývajú, neveria, že by sa mohli s takým problémom obrátiť na lekára.

V praxi sa stretávame s tým, že ľudia svoje zdravotné problémy podceňujú, prípadne ich vôbec neberú na vedomie. Najmä s citovými záležitosťami, týkajúcimi sa sexuality a pohlavných orgánov sa ľudia neradi zdôverujú. Je dobré počúvať signály vlastného tela a pri prvých príznakoch nepotláčať reálnu skutočnosť, ale začať s ňou pracovať. Pri včasnom uvedomení si prvých príznakov inkontinencie môže pomôcť zaradenie pravidelných podporných cvičení na spevnenie perinea a panvového dna (6).

Rizikové faktory inkontinencie moču

Ako rizikový faktor v inkontinencii sa uplatňujú najmä zmeny väziva v tkanive okolia močovej trubice a vek, obezita, počet pôrodov. Romančík (7) rozdeľuje rizikové faktory na:

- **predispozičné** – rodinná predispozícia, rasa, anatomické a neurologické abnormality.
- **pôrodné a gynekologické** – gravidita a pôrod, vedľajšie účinky panvovej chirurgie a rádioterapia, prolaps panvových orgánov a predná pošvová plastika.
- **promočné** – vek, obezita, mepopauza, stavy so zvýšeným abdominálnym tlakom, znížená pohyblivosť, zhoršenie kognitívnych funkcií, lieky a drogy.

Druhy inkontinencie moču

Podľa ICS (International Continence Society – Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu) sa inkontinencia moču delí:

a) Extrauretrálna inkontinencia – je charakterizovaná trvalým odchodom moču, inou než prirodzenou cestou (napr. pri vrodených vývojových chybách, nádoroch...).

b) Uretrálna inkontinencia – je charakterizovaná únikom moču prirodzenou cestou, močovou trubicou (2).

Delenie uretrálnej inkontinencie:

- a) stresová inkontinencia – ide o pasívny únik moču močovou rúrou, vznikajúca následkom zvýšenia vnútrobrušného tlaku, ktorý vzniká pri výpadku uzáverového mechanizmu pre oslabené svalstvo panvového dna. Ide o mimovoľný únik moču najmä pri smiechu, zakašľaní, kýchaní...
- b) urgentná inkontinencia – nedobrovoľný únik moču, ktorý je sprevádzaný alebo bezprostredne predchádzaný nutkaním na močenie. Po náhlom nutkaní sa začne celý obsah močového mechúra okamžite vyprázdňovať napriek snahe moč udržať,
- c) reflexná inkontinencia – vyskytuje sa pri ochorení alebo poškodení centrálného nervového systému, kedy pacient stráca vedomú kontrolu mikčného reflexu, ktorý potom prebieha nekontrolovane. Mikcia nastáva bez predchádzajúceho pocitu nútenia na močenie,
- d) paradoxná inkontinencia – vzniká v dôsledku zúženia alebo zablokovania vývodných močových ciest napríklad kameňom, nádorom..., kedy sa po naplnení močový mechúr úplne nevyprázdni a po prekročení jeho kapacity moč odteká po kvapkách (2).

Vyhláška MZ SR rozlišuje tri stupne inkontinencie:

- I. Stupeň – príležitostný únik moču pri kašli, smiechu, kýchaní, prípadne ťažkej telesnej práci, t.j. po kvapkách alebo únik maximálne dva razy denne.
- II. Stupeň – únik moču pri chôdzi, výstupe po schodoch, nosení, dvíhaní, t.j. únik prúdom niekoľkokrát cez deň.
- III. Stupeň – trvalý únik moču, t.j. únik niekoľkokrát denne aj v noci v ľahu.

Prevenencia inkontinencie

Ďurišová (2) zhrnula základné pravidlá, ktoré môžu nielen vyriešiť významnú časť porúch močenia a kontinencie, ale i týmto poruchám predísť:

- správne návyky močenia v detstve,
- dostatok pohybu a pravidelné cvičenie k spevneniu panvového dna s dodržiavaním zásad kontroly správneho držania tela,

- udržiavať primeranú telesnú hmotnosť,
- vylúčiť zo stravy korenisté a dráždivé jedlá, dráždivé tekutiny,
- nefajčiť,
- vyhýbať sa fyzicky náročnej práci,
- starostlivosť o pravidelnú stolicu,
- predchádzať infekciám močovo-pohlavného traktu a ich správna a dôkladná liečba,
- správny pitný režim (2 litre denne),
- pri močení relaxovať, nevyprázdňovať močový mechúr násilným tlakom,
- dodržiavať pravidelného intervalu močenia (minimálne každých 4 až 5 hodín),
- hygiena sexuálneho života,
- starostlivosť o správnu funkciu obličiek a močových ciest v tehotenstve, šetrný pôrod s následným ošetrením všetkých pôrodných poranení s obnovou správneho močenia v šestonedelí a s posilňovaním svalstva panvového dna,
- nezanedbať včasné odkrytie a riešenie príznakov ochorení močovo-pohlavných orgánov (2).

V **diagnostike** močovej inkontinencie sa využívajú okrem anamnézy jednoduché testy:

Marshallov test – mechúr sa naplní sterilnou tekutinou a sledujeme únik moču pri zakašľaní. *Bonneyho test* – po prvom teste dvoma prstami vyzdvihneme parauretrálne tkanivo v mieste krčku močového mechúra a moč vtedy pri kašli neodteká.

Q-tip test – umožňuje orientačne zistiť pohyblivosť močovej trubice.

Pad-weight test – test váženia vložky na určenie straty moču pri chôdzi, kašli (2).

Liečba

Podľa Baranovej (1) po vyhodnotení výsledkov vyšetrenia je odporúčaná terapia:

- úprava životosprávy,
- medikamentózna liečba,
- operačná liečba,
- rehabilitačná liečba,
- zdravotné pomôcky.

Kvalita života u žien s inkontinenciou

Močová inkontinencia je jedným z faktorov, ktoré môžu kvalitu života ovplyvniť veľmi výrazne. Postihuje totiž prakticky všetky oblasti života. Je limitovaná v oblasti fyzickej aktivity – musí zanechať šport, cvičenie, dlhšiu chôdzu, tanec. Je limitovaná pracovne – fyzickú prácu je schopná vykonávať len s nemalými psychickými útrapami, čo môže viesť k strate zamestnania. Je hendikepovaná i spoločensky – zo strachu sa uzatvára doma, obmedzuje styk s okolím (5).

Horčíčka (3) uviedol nasledovné oblasti, ktoré sú v strede záujmu:

- fyzické funkcie: pohyblivosť, starostlivosť o seba, cvičenie,
- emočné funkcie: depresie strach, obavy,
- sociálna oblasť: kontakty, záujmová činnosť, intímny oblasť,
- práca: zaradenie v pracovnom procese, starostlivosť o domácnosť, nákupy,
- bolesť,
- spánok,
- špecifické otázky vzťahujúce sa ku skúmanému symptómu.

Meranie kvality života je jednoduchou a účinnou pomôckou k stanovovaniu závažnosti stavu jedinca či súboru pri močovej inkontinencii. V kombinácii s objektívnymi metódami tvorí účinný komplex, postihujúci celkový stav pacienta v maximálnej možnej miere (5).

Rola sestry v starostlivosti o ženy s inkontinenciou

Doménou primárnej starostlivosti je hlavne konzervatívna liečba urgentnej inkontinencie. Tu je dôležité, aby sa sestra orientovala v negatívnych a nežiaducich účinkoch liekov, ktoré sú používané v liečbe. Ošetrovateľom môže byť zvolená i metóda konzervatívnej liečby pomocou gymnastiky panvového dna. Ak chce sestra pacientku dôkladne poučiť, a nielen ju odkázať na brožúru o cvičení, je vhodné si cviky sama na sebe vyskúšať. Mnohokrát zistí, že pochopenie výkladu podľa brožúry je veľmi zložité a vysvetlenie svojimi vlastnými slovami zaberie rovnaký čas, ako predanie brožúry (4).

Ak je pacientka indikovaná k operačnému riešeniu stresovej inkontinencie, predpokladá sa, že bude poučená v urogynekologickom zariadení. I napriek tomu je dôležitá orientácia sestry v typoch operáciách, aby mohla adekvátne odpovedať na niektoré laické otázky pacientok. Najproblematickejšia situácia nastáva vo chvíli, kedy

pacientka nemôže byť operovaná, všetky metódy konzervatívnej liečby zlyhali alebo zlyhala samotná operácia alebo je jej efekt menší, ako pacientka očakávala. Zlepšiť kvalitu života a zložitú psychosociálnu situáciu v takom prípade pomôže len veľmi citlivý prístup ošetrojúceho personálu a používanie absorpčných pomôcok. V starostlivosti o inkontinentné pacientky sú dôležité i ďalšie, doplňujúce informácie. Ide hlavne o kontakty na odborníkov v regióne, ktorí sa zaoberajú liečbou inkontinencie moču (4).

Záver

Kvalita života u žien s inkontinenciou je zmenená. Mnoho žien obmedzuje spoločenské podujatia, návštevy priateľov a príbuzných. Ženy hľadajú často riešenie v používaní bežných menštruačných vložiek či obmedzením pitného režimu. Často sa radšej zrieknu návštevy, alebo spoločenskej udalosti, len aby neboli obmedzované svojim problémom. Trpia pritom nielen zdravotne, ale aj psychicky. Inkontinencia je neustále aktuálny problém, ktorý treba stále riešiť. Dôležitá je prevencia, ktorá sa robí nielen na ambulanciách, ale aj prostredníctvom rôznych letákov, brožúr či iných reklám. Do práce sestry patrí aj aktívne vyhľadávanie žien s únikom moču.

Použitá literatúra:

1. BARANOVÁ, M. 2006. Nezastupiteľné úlohy sestry. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 5, č. 5-6, s. 47.
2. ĎURIŠOVÁ, E. 2008. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. 1. vyd. Hlohovec: AKU – HOME0, 2008. s. 51 – 115. ISBN 978-80-89089-74-1.
3. HORČIČKA, L. 2006. Kvalita života žien s močovou inkontinenciou. In *Moderní Babičtví*. ISSN 1214-5572, roč. 4, 2006, č. 9, s. 6 – 12.
4. HORČIČKA, L. 2009. Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 2, s. 67 – 68.
5. HUVAR, I. 2003. Kvalita života při močové inkontinenci. In *Praktická gynekologie*. ISSN 1211-6645, 2003, roč. 6, č. 1, s. 18 – 22.
6. MINÁČOVÁ, D. 2007. Cvičenie pri inkontinencii je dôležité pre celkové psychické vyváženie. In *Zdravotnícke noviny, príloha Lekárske listy*. ISSN 1335-4477, 2007, roč. 12, č. 16, s. 13.

7. ROMANČÍK, M. 2009. *Inkontinencia moču u žien*. 1. vyd. Bratislava: Herba, spol. s. r. o., 2009. 148 s. ISBN 978-80-89171-61-3.

Kontakt na autora:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dekubitmi

Eliašová, A., Mareková, B.

*Liečebňa dlhodobo chorých, Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia
Bratislava*

Abstrakt

Práca prezentuje ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s dekubitmi, ktorá zahŕňa výmenu obväzov, prípravu pacienta, odstránenie obväzu, inšpekciu dekubitu, čistenie dekubitu a jeho okolia, výplach rany, ošetrovanie okolia rany, aplikáciu liečiva, fixáciu, frekvenciu preväzov, prevenciu infekcie, starosť o výživu, psychiku a sociálnu integráciu pacienta a rehabilitáciu.

Kľúčové slová: Dekubity, ošetrovateľská starostlivosť, komplexný postup, pacient, sestra

Úvod

Preležaniny sa najčastejšie vyskytujú u pacientov s léziami, s poruchou hybnosti, poruchou vedomia, polymorbidných a dlhodobo chorých. U ležiacich pacientov predstavujú závažný problém. Fyziologickou odpoveďou kožného systému na imobilitu je znižovanie turgoru kože. Veľmi často vznikajú dekubity na podklade pôsobenia tlaku, trenia a trhacej sily na predilekčných miestach. Vznik dekubitov ovplyvňujú vnútorné faktory – odolnosť organizmu proti tlaku, celkový stav (hmotnosť, spasticita, anémia), stav cievneho systému, neurogénna zložka, stav pokožky a vonkajšie faktory – okrem tlaku, trenia je to teplo, chlad, vlhkosť, povrch a kvalita pokožky. Pri pôsobení tlaku s dostatočnou intenzitou a trvaním pôsobenia dochádza k ischemizácii tkanív a následným reverzibilným až ireverzibilným zmenám, k vzniku dekubitov. Tlak sa z povrchu prenáša na kostnú prominenciu cez podkožné tkanivá a periférne sa znižuje. Tlaková lézia postupuje z hĺbky na povrch a tak najviac sú ischemii vystavené tkanivá pri povrchu kostí a nie koža a podkožie. [6]

V mieste tvoriaceho sa dekubitu najprv sčervenie kože, potom sa objaví pľuzgier (bulla). Po jeho prasknutí vzniká defekt kožného povrchu rozličného rozsahu, ktorý pri progresii zasahuje hlboko do podkožných oblastí, svalov, niekedy až po kosť. Dekubity bývajú kolonizované zmiešanou bakteriálnou flórou, najčastejšie je to *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Enterococcus*,

Staphylococcus haemolyticus, *Streptococcus*. V chronických dekubitárnych vredoch trvajúcich mnoho rokov môže dôjsť aj k zhubnému bujneniu. Dekubity môžu byť rozlične veľké a hlboké, nezriedka siahajú až do kosti a majú rozličnú intenzitu bolestivosti.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dekubitmi

Dekubity, najmä rozsiahle a hlboké sú dlhodobým ochorením a ich liečba vyžaduje aktívny prístup a spoluprácu chorého, jeho trpezlivosť a disciplinovanosť, ako aj spoluprácu rodinných príslušníkov, možnosť prispenia k liečbe dekubitov a upravenia svojho životného režimu, čím prispajú k urýchleniu procesu hojenia.

Cieľom kvalitného ošetrovania dekubitov je regulácia a stimulácia jednotlivých fáz hojenia, aby bol zabezpečený jeho kvalitnejší priebeh. Nemalú rolu tu zohráva práca sestry, jej odborná pripravenosť a vedomosti o danej problematike a tiež aj schopnosť motivovať pacienta k spolupráci na dlhodobú liečbu.

Správne ošetrovanie si vyžaduje komplexný postup a to:

- úpravu postele: nafukovací masážny matrac, vystreté plachty, mäkké kolieska pod päťami, lakťami a kolenami, medzi kolenami a pod.
- vysoký hygienický štandard: časté umývanie a prezliekanie, telová kozmetika
- rehydratáciu
- starostlivosť o výživu
- polohovanie
- masáže
- rehabilitáciu
- mobilizáciu chorého
- lokálne ošetrenie dekubitu
- sledovanie laboratórnych parametrov
- uspokojovanie psychických, sociálnych, kultúrnych a duchovných potrieb. [1,3,7]

Ochorenie podstatne znižuje kvalitu života chorých, stavia pacienta, rodinných príslušníkov a aj zdravotnícky personál pred dlhotrvajúce problémy.

Hojenie dekubitov je veľmi zložitý proces a predpokladom úspechu je eliminácia alebo aspoň dobrá kompenzácia systémových porúch, odstránenie faktorov, ktoré

negatívne ovplyvňujú prirodzené hojivé procesy a sú aj rizikovým faktorom pre vznik samotných dekubitov, napr. anémia. Preto je nutná starostlivá diferenciálne diagnostická rozvaha a starostlivá ošetrovateľská starostlivosť, ako aj potreba zamyslieť sa pred zahájením liečby nad príčinou poruchy hojenia a adekvátne prispôbiť liečebné a ošetrovateľské prostriedky. Cieľom liečebného snaženia ošetrovateľského personálu a pacienta je regulácia a stimulácia jednotlivých fáz hojenia tak, aby celý proces hojenia prebiehal na kvalitatívne vyššej úrovni a aby sa dekubit zahojil v čo najkratšej ošetrovateľskej dobe. [4,8]

Starostlivosť o dekubity zahŕňa:

Výmena obväzov – je dôležitým faktorom, ktorý môže ovplyvniť priebeh hojenia rany. Voľba obväzu na ranu je dôležitá, lebo vplýva na fázy hojenia rany. Na ďalší priebeh hojenia rany má rozhodujúci vplyv aj kvalita výmeny obväzu.

Príprava pacienta – je dôležitým faktorom. Pacient musí byť informovaný vopred o plánovanej výmene obväzu a ošetrení rany. Ak sa predpokladá bolestivá výmena obväzu, je nutné podať analgetikum pacientovi asi pol hodinu pred výkonom.

Odstránenie obväzu – pacientovi odstránime fixačný obväz a opatrne aj krycí obväz alebo gázu z rany. Ak je gáza prilepená do rany, navlhčíme ju fyziologickým roztokom alebo Dermacynom, kým sa od rany neoddelí, v žiadnom prípade ju nestrhávame nasilu! Skontrolujeme prítomnosť hnisu a iných povlakov na krytí rany.

Inšpekcia dekubitu – je dôležitým predpokladom na voľbu následnej lokálnej terapie. Musí sa hodnotiť:

- veľkosť a hĺbka rany, stupeň poškodenia, či sa zväčšil alebo zmenšil od posledného preväzu;
- rozsah a stav povlakov a nekróz (čierne krusty, mazľavé, hnisavé povlaky);
- stav mokvania (serózne, krvavé) a rozsah sekrécie (silno secernujúci, vysychajúci);
- prítomnosť a stav granulácie;
- rozsah tvorby epitelu;
- sklon rany ku krvácaniu;
- bolestivosť rany;
- príznaky infekcie (opuch, začervenanie, zápach, žlté alebo zelené povlaky);
- stav okolia rany (pokojné, podráždené, zapálené, ekzematózne, šupinaté).

Čistenie dekubitu a jeho okolia – nekrotické tkanivo a povlaky odstraňuje mechanicky za pomoci skalpela vždy lekár za asistencie sestry. Dôkladná očista okolia rany spočíva v odstránení zvyškov mastí a pást pomocou slnečnicového oleja jemnými krúživými pohybmi, čím sa odstránia nielen zvyšky mastí ale aj šupiny z okolia rany.

Laváž a výplach rany – laváž, sprchovanie a výplachy rany patria medzi základné postupy pri ošetrovaní chronických rán. Hlboké rany možno vypláchnuť pomocou injekčnej striekačky silným prúdom dezinfekčného roztoku, ktorý nesmie byť dráždivý alebo alergizujúci. Vhodné je aj sprchovanie rany, lebo napomáha čisteniu rany odplavením zvyškov sekrétov, baktérií, nekrotického tkaniva a krvných zrazenín, podporuje proces hojenia, prekrvuje ranu a nepoškodzuje žiadnu fázu hojenia.

Ošetrovanie okolia rany – ak je okolie rany podráždené a ekzematózne, ošetruje sa pomocou antiseptických prípravkov. Antiseptikum sa nesmie dostať do rany, preto pri nanášaní liečiva nechávame asi 0,5 cm voľný lem od okraja rany.

Aplikácia liečiva do rany – lekárom určené liečivo sa aplikuje výlučne len do rany, má sa dotýkať okrajov rany, no nesmie presakovať na okolité kožné tkanivo. Môže dôjsť k macerácii, s mokvaním okolitého tkaniva, čím sa liečba môže výrazne predĺžiť. Ranu dôkladne prekryjeme dostatočným množstvom krycieho materiálu, prekryjeme aj okolité tkanivo.

Fixácia – má za úlohu chrániť ranu pred vniknutím nečistôt a choroboplodných zárodkov, pred tlakom a nárazom.

Frekvencia preväzov – sa deje vždy podľa individuálneho stavu rany a výberu aplikovaného liečiva či obväzového materiálu. Všetky špeciálne obväzové materiály dávajú signál k výmene tým, že sa zmení ich vzhľad a konzistencia. Zbytočné vymieňanie obväzu znamená narušenie pokoja v rane a traumatizáciu pacienta. Obväz je nutné kontrolovať a prípadne okamžite odstrániť, ak sa pacient sťažuje na výraznú bolesť, ak sa objavila horúčka, ak je obväz premočený a znečistený, ak sa uvoľnila fixácia obväzu.

Prevenca infekcie – pri každej výmene obväzu sa musia dodržiavať zásady sterility. Aj klinicky infikované rany sa musia ošetrovať v aseptických podmienkach. Snažíme sa predchádzať vzniku sekundárnych infekcií, lebo rany predstavujú rezervoár vysokovirulentných kmeňov baktérií. Väčšina infekcií sa prenáša kontaktom s kožou, preto pri výmene obväzu sa nikto nesmie dotýkať obväzu holými rukami, ale má používať jednorazové rukavice. [2]

Ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dekubitmi patrí aj **starostlivosť o výživu**. Dostatočný prísun potrebných substrátov v strave pacienta má za úlohu podporiť novostavbu tkaniva. Zlepšenie výživy patrí medzi hlavné účinné liečebné metódy v oblasti starostlivosti o chorých. Nutričná výživa má veľký význam na celkový stav pacienta, a tým aj na proces hojenia dekubitov. Často sa stáva, že tento faktor je podceňovaný, čím sa stráca aj možnosť efektivity liečby. Ideálna výživa pre pacienta s dekubitmi musí obsahovať dostatok tekutín, bielkovín, energetických zdrojov, minerálov, vitamínov a stopových prvkov. Dôležitý je aj pravidelný prísun jedla.

Starostlivosť o psychiku a sociálnu integráciu pacienta – Každá choroba negatívne vplýva na psychiku chorého. Chorý prežíva úzkosť, strach, obavy o svoje zdravie, bojí sa následkov choroby, má strach zo smrti. Choroba si neraz vyžaduje zásadnú zmenu životného štýlu, prináša rôzne nepríjemné obmedzenia, ktoré strpčujú život chorého. V subjektívnom prežívaní je značná variabilita. Závisí od veku chorého, od jeho premorbidnej osobnosti, od charakteru ochorenia, od sociálnej situácie, v ktorej sa nachádza, od postojov príbuzných k chorému, k jeho chorobe, od jeho predchádzajúcich skúseností so zdravotníkmi, od úrovne zdravotného uvedomenia a iných faktorov, ako bude pacient chorobu prežívať. Hospitalizovaný pacient sa stáva úzkostným, bezradným a často reaguje strachom. Zdravotník by mal vedieť a chápať, že vyrovnanie sa s chorobou je často zložitý, dlho trvajúci proces. Dôležitá je emočná opora poskytovaná pacientovi zo strany príbuzných a získanie dôvery pacienta v zdravotnícky personál. Pri adaptácii pacienta na nemocničné prostredie má dôležitú úlohu postoj zdravotníkov k nemu, ako aj k ostatným pacientom. Pokojné, vládne správanie a empatický postoj zdravotníkov k pacientom pomôže pri zvládnutí pocitu úzkosti, strachu a bezmocnosti pacienta, pomôže získať si pacienta na aktívnu spoluprácu v jeho liečbe. [1,2]

Dôležitým faktorom v liečbe dekubitov je **polohovanie, rehabilitácia a mobilizácia pacienta**. Keďže dekubity vznikajú predovšetkým u imobilných pacientov, dôležité sú preventívne opatrenia na zníženie rizika vzniku preležanín, ktoré zahŕňujú úpravu prostredia, správne polohovanie, výživu a starostlivú hygienu. Sestra ovplyvňuje prostredie tým, že upravuje posteľ pacienta, zabezpečuje hladkú a pevnú podložku bez záhybov, na ktorej leží. Sestra povzbudzuje pacienta k častej zmene polohy tela. Imobilnému pacientovi zabezpečuje zmenu polohy každé dve hodiny, ak je potrebné aj častejšie, pričom pacient sa musí dvíhať, nikdy nie ťahať do sediacej polohy. Ak je pacient v poloskrčenej polohe, je potrebné mu podložiť mäkkú podložku pod nohy,

aby sa nezošmykoval. Ak je viacero predisponujúcich faktorov, je vhodný antidekubitový matrac. [5]

Potrebná je aj rehabilitácia končatín, zlepši sa prekrvenie. Vhodné sú aj masáže ohrozených oblastí mentolom alebo masážnymi olejmi, ktoré zlepšujú prekrvenie kože. Rizikovní pacienti by mali byť uložení v antidekubitárnych ťležitých skonštruovaných tak, aby sa tlak rozkladal na celý povrch tela. Vhodné sú aj penové matrace. Je otázne ťleži sú tieto možnosti v súčasnosti dostupné.

Pri prevencii dekubitov sa dnes používa ťleži prostriedkov. Prvým z nich je už spomenuté polohovanie, kedy so zmenou polohy pacienta dochádza k skracovaniu intervalu, počas ťležit tlak na miesta na tele pôsobí. Ďalej sa môžu využívať rôzne druhy pomôcok, ktoré taktiež zabraňujú vzniku preležanín. Ak sa dosiahne stav, kedy sa pacient môže hýbať, riziko vzniku preležanín samozrejme klesá. U ťležitých pacientov je ťl ťležitý pasívne cvičenie, mobilizačné techniky, dýchacia a cievna gymnastika.

Prevencia vzniku preležanín je kľúčová u pacientov, ktorí sú dlhodobo odkázaný na ležanie na lôžku. V tomto prípade by nemalo dochádzať k zanedbávaniu a mali by sa dodržiavať postupy, ktoré riziko dekubitov minimalizujú.

Záver

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s dekubitmi sa vyžaduje veľmi ľudský prístup, pretože títo pacienti vo svojej bezmocnosti môžu veľmi trpieť nielen telesne ale aj duševne a môžu sa cítiť nepríjemne, a to pre zápach šíriaci sa okolo nich, tiež pre neschopnosť spolupráce a najmä myšlienku, že sú na ťarchu. Sestra má s veľkou trpezlivosťou, láskavosťou a zodpovednosťou pristupovať k týmto ľuďom, aby im spríjemnila ich neľahké životné postavenie. Je potrebné rešpektovať potreby každého chorého a v maximálnej miere mu zabezpečiť čo najvyššiu kvalitu života.

Literatúra:

1. Blanáriková, I.: Úlohy sestry a psychosociálna podpora sestry pri ošetrovaní pacienta s dekubitmi. In: Revue Ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, roč. 11, č.1 2005, s.37-38, ISSN 1335-5090
2. Czaniková, A.: Vred predkolenia – charakteristika, liečba a ošetrovateľská starostlivosť. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík, roč. 14, č.1, 2008, s. 36-41, ISSN 1335-5090

3. Hrušovský, Š.: Preležaniny. In: Lekársky obzor, roč.57, č.6, 2008, s.261-262, ISSN 0457-4214
4. Kaňa, R., Kočí, A.: Roční zkušenosti s využitím vlhkého hojení chronických ran. In: Sestra, roč.16, č.3, 2006, s.35-40, ISSN 1210-0404
5. Kozierová, B. a kol.: Ošetrovateľstvo I-II. 1. Slovenské vydanie, Vydavateľstvo Osveta, Martin 1995, s.1474, ISBN 80-217-0528-0
6. Krišková, A. a kol.: Ošetrovateľské techniky. 2. Vydanie, Vydavateľstvo Osveta, Martin 2006, s.780, ISBN 80-8063-202-2
7. Riebelová, V., Válka, J., Francu, M.: Trendy soudobé chirurgie. Svazek 3, Galén, 2000, s.159, ISBN 80-7262-033-9
8. Ševčíková, V.: Liečba chronických rán vonkajšou kompresiou a negatívnym tlakom. In: Sestra a lekár v praxi, roč.9, č.3-4, 2010, s.22-24, ISSN 1335-9444

Kontakt na autorov:

Mgr. Anna Eliašová, Mgr. Blanka Mareková

e-mail: mariettasdr@gmail.com, sr.viannea@gmail.com

Dekubity - klasifikácia a liečba

Mareková, B.

*Liečebňa dlhodobo chorých, Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia
Bratislava*

Abstrakt

Dekubity predstavujú závažný problém tak pre pacienta, ako aj pre zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke zariadenie. Preto sledovanie výskytu dekubitov patrí k indikátorom kvality poskytovaných služieb. Úmrtnosť pacientov s dekubitmi je päťkrát vyššia ako u ľudí rovnako starých, ktorí preležaninami netrpia. Práca sa zaoberá skúmaním príčin vzniku dekubitov, ich triedenie do skupín, preventívnymi opatreniami, diagnostikou, procesom hojenia dekubitov, faktormi ovplyvňujúcimi hojenie dekubitov, ako aj liečbou dekubitov.

Kľúčové slová: Dekubity, príčiny vzniku, klasifikácia, diagnostika, proces hojenia a liečba.

Úvod

5-25% dlhodobo ležiacich pacientov má preležaninové vredy, pričom počas života majú dekubit takmer všetci ochrnutí pacienti. Mnohé chorobné stavy vedú k dočasnej alebo dlhodobej imobilite, ktorá spôsobuje poruchu výživy kože a podkožia, poškodzujú sa cievy, vzniká hypoxia a ischémia, v dôsledku čoho dochádza k odumieraniu buniek a vzniku nekróz – rozvíja sa dekubit.

Preležaniny predstavujú závažný problém. Preto sledovanie výskytu dekubitov patrí k indikátorom kvality poskytovaných služieb. U ležiacich pacientov spôsobujú veľkú bolesť a sú otvorenou bránou pre vstup infekcií do oslabeného organizmu. Úmrtnosť pacientov s dekubitmi je päťkrát vyššia ako u ľudí rovnako starých, ktorí preležaninami netrpia. Dekubity sa najčastejšie vyskytujú u pacientov s léziami, s poruchou hybnosti, poruchou vedomia, polymorbidných, dlhodobo chorých; bežné sú dekubity u pacientov na ortopedických a geriatrických oddeleniach a v zariadeniach dlhodobej starostlivosti. Dekubit vzniká najmä vo vyššom veku, keď je koža tenšia, krvná cirkulácia nedostatočná, pacient je dlhodobo pripútaný na lôžko, nemá dostatočný príjem živín a koža je dráždená vlhkosťou a nečistotou. Starnúca koža si vyžaduje pravidelné

ošetrovanie. Je potrebné, aby si sestra všímala zmeny na koži a problémom s kožou predchádzala dôkladnou ošetrovateľskou starostlivosťou. [6]

Decubitus

Preležaniny sú spôsobené prerušením obehu krvi v tkanivách, čo má za následok lokalizovanú ischémiu – nedokrvenosť. Bunky majú nedostatok kyslíka a výživných látok a hromadia sa v nich odpadové produkty metabolizmu. Následkom anoxie tkanivo odumiera. [6]

Príčinami vzniku preležanín sú: tlak, trenie a trhacie sily. Pôsobením tlaku na kožu sa krv vytláča a miesto na koži obelie. Po uvoľnení tlaku sa koža stáva jasnočervenou. Ide o reaktívnu hyperémiu, ktorá má priaznivý efekt len vtedy, keď tlak prestane pôsobiť ešte pred vznikom ireverzibilných zmien v tkanivách a krvnom riečisku. Mimoriadne zvýšený prítok krvi do danej oblasti je totiž kompenzáciou predchádzajúceho zhoršeného krvného prietoku. Krv prináša kyslík a odvádza nahromadené metabolity. Trenie vzniká silou pôsobiacou paralelne s kožou. Keď sa pacient napr. vyťahuje na posteli, koža sa trie o plachtu. Trenie môže kožu odierať, t.j. odstraňovať jej povrchové vrstvy, čím sa stáva náchylnejšou na trhliny. [5]

Preležaniny vznikajú u pacientov v bezvedomí alebo u inak imobilných chorých, s léziami periférneho alebo centrálného nervového systému, s obmedzenou pohyblivosťou kĺbov, s vážnymi zlomeninami, u starých ľudí, s metabolickými poruchami, rozvratom vnútorného prostredia, hypoproteinémiou, malnutríciou, anémiou. Riziko vzniku dekubitov zvyšuje horúčka, potenie, dehydratácia, inkontinencia moču a stolice. Preležaniny bývajú v sakrálnej, gluteovej oblasti, v oblasti trochanter maior, na lakťoch, pätách, záhlaví, lopatkách, lícach, nose. [3]

Preležaniny môžeme rozdeliť na povrchové a hĺbkové. Povrchové dekubity sú najčastejšie spôsobené trením. Začínajú sa na koži excoriáciou /odreninou/. Ak sa neliečia, poškodenie môže preniknúť do hlbších vrstiev kože. Hĺbkové dekubity vznikajú zväčša pôsobením štiepných síl a tlaku. Začínajú sa v hlbších tkanivách nad výstupkami kostí a šíria sa nahor k povrchu. Tieto preležaniny nemusia byť spočiatku viditeľné až na tmavšie sčervenanie. [6]

Dekubity klasifikujeme do 4 stupňov:

I. stupeň - erytém - tlakové lézie bez poškodenia kože. Na neporušenej koži sa objavuje neblednúce sčervenanie, oblasť je opuchnutá, teplá a nebolestivá. Napriek tomu však chorý pociťuje pálenie, svrbenie pokožky.



II. stupeň - pl'uzgier - tlakové lézie s čiastočným poškodením kože. Dochádza k poškodeniu pokožky a kože, vytvárajú sa pl'uzgiere. Táto fáza je veľmi bolestivá.



III. stupeň - nekróza - tlaková lézia so zničením tkanív medzi kosťou a pokožkou. Poškodenie zasahuje podkožnú vrstvu, v ktorej dochádza k odumieraniu tkaniva. Tvorí sa hlboký vred, ktorý je krytý suchou čiernohnedou krustou z odumretých buniek alebo vlhkým žltohnedým povlakom. Objavuje sa teplota a nechutenstvo.



IV. stupeň - vred - tlakové lézie sprevádzané ostitídami a artritídami. Dochádza k rozsiahlej deštrukcii, odumiera svalové tkanivo, poškodená je i kosť. I táto rana môže byť pokrytá čiernohnedou krustou z buniek odumretého tkaniva. [8]



Preventívne opatrenia

- kontrolovať denne stav kože a sliznice
- venovať pozornosť kostným výčnelkom, nemasírovať ich
- aktivizovať chorého, udržať rozsah pohyblivosti kĺbov
- minimalizovať poranenie kože
- polohovať chorého podľa harmonogramu
- používať statické matrace (vzduchové alebo dynamické - tlakové s prúdiacim vzduchom)
- vykonávať hygienickú starostlivosť u chorého podľa jeho individuálnych potrieb
- minimalizovať kontakt chorého s vlhkosťou spôsobenou inkontinenciou či potením
- sledovať príjem potravy
- diéta bohatá na bielkoviny, minerály a vitamíny

Liečba preležanín

Terapia dekubitov je zložitý komplex opatrení týkajúcich sa tak celkového stavu človeka ako aj tlakových lézií. V prvom rade sa musí pristúpiť k liečbe základného ochorenia a ku zlepšeniu celkového stavu. Ak už došlo k vzniku dekubitu, je možné zvoliť liečbu konzervatívnu alebo operačnú. Voľba terapie spočíva v posúdení stupňa dekubitu a základného ochorenia pacienta.

Ciele všeobecnej konzervatívnej liečby preležanín

- eliminácia tlaku
- odstránenie nekróz
- boj proti infekcii
- odstránenie bolesti
- podpora granulácie
- podpora epitalizácie [8]

Diagnostika dekubitov zahŕňa anamnézu, hodnotenie funkčného stavu a sebestačnosti, klinické vyšetrenie a diferenciálny diagnostický prístup.

Anamnéza sa zameriava na rodinné a osobné rizikové faktory (hypertenzia, diabetes mellitus), dĺžku trvania imobility, životný štýl (sedavé zamestnanie, statická záťaž,

nedostatok pohybu, výživa), užívanie liekov, konzumácia alkoholu, fajčenie, drogy, vznik a priebeh ochorení.

Funkčný stav je viacrozmerná veličina a zahŕňa hodnotenie zdravotného stavu (fyzického, psychického aj sociálneho) v kontexte s hodnotením vonkajšieho prostredia. Na hodnotenie sebestačnosti vo vzťahu ku konkrétnym životným podmienkam používa ošetrovateľstvo koncept aktivít denného života (activities daily living, ADL), medzi ktoré patrí: Bartelov test, Katzov test, Svanborgov test ošetrovateľskej záťaže. Tieto kvantifikujú a objektivizujú funkčný potenciál jednotlivých oblastí denného života a zároveň vyplňajú medzeru medzi získanými klasickými vyšetreniami, ako sú anamnéza, fyzikálne vyšetrenie a paraklinickým vyšetrením, ako sú laboratórne parametre, zobrazovacie metódy. [1] Klinické vyšetrenie sa zameriava na vyšetrenie laboratórnych parametrov: KO, FW, BCH, ster z dekubitu, príp. iné odbery, na fyziologické funkcie a iné dôležité skutočnosti. Fyzikálne vyšetrenie sa zameriava na lokalizáciu, tvar a veľkosť dekubitu, opuchy, stav spodiny rany a stav okolia dekubitu. Spodina rany môže byť žltkastá, prípadne belastá s fibrínovými náletmi; sekrécia môže byť masívna alebo miernejšia. Hnisavé povlaky na spodine rany a zápach svedčia o prítomnosti patogénnej mikrobiálnej flóry. Aj podľa vzhľadu a zápachu exudátu môžeme tipovať pôvodcu infekcie:

- stafylokok – smotanovo žltý hnis bez zápachu
- streptokok – riedky, žltošedý hnis
- Pseudomonas – modrozelený, silne páchnuci hnis
- Escherichia coli – nahnedlý hnis páchnuci po fekáliách. [2]

Proces hojenia rán:

Hojenie prebieha v 4 fázach, ktoré sa časovo prekrývajú:

1. **exudatívna fáza** začína léziou kože, kedy dochádza k exudácii plazmy a k migrácii leukocytov. Zvyšuje sa hladina laktátov, čím sa aktivujú makrofágy k uvoľňovaniu mnohých mediátorov stimulujúcich ďalšie bunky podieľajúce sa na ďalších fázach hojenia
2. **proliferčná fáza** - prevažuje proliferácia buniek s cieľom vytvoriť nové cievy a vyplniť defekt granulačným tkanivom, slúžiacim na uzavretie rany a tiež ako lôžko pre následnú epitelizáciu

3. **reparačná fáza** – provizórne fibrózne tkanivo je nahradzované kolagénovými vláknami, rana sa kontrahuje, začína epitelizovať
4. **deliferačná fáza** je konečnou fázou hojenia. Môže trvať aj niekoľko mesiacov. Dochádza k prestavbe náhodne usporiadaných kolagénových vlákien do zväzkov orientovaných podľa mechanického zaťaženia rany. Výsledkom je pevná, epitelizovaná a retrahovaná rana. [2,3]

Faktory ovplyvňujúce hojenie dekubitov

Najčastejšie **systémové príčiny** porúch hojenia dekubitov:

starnutie a polymorbidita spôsobuje redukciu bunkových aktivít; cievne poruchy ako ateroskleróza, žilové insuficiencie, poruchy lymfatickej drenáže, pretrvávajúce vazokonstrikcie; metabolické poruchy – diabetes mellitus, dehydratácia, malnutricia, obezita; nádorové ochorenia; kardiopulmonálna dekompenzácia – poruchy prekrvenia vedúce k ischemiám, usadeniny vo veľkom obehu s periférnymi opuchmi; hematologické poruchy – poruchy hemokoagulácie, anémie, nedostatok či nadbytok neutrofilných granulocytov; poruchy imunity a abnormálna zápalová odpoveď – imunodefekty rôznej etiológie, poruchy cytokinovej siete, rastových faktorov, bunkové adhezivity; chronické infekčné ochorenia – TBC, septické stavy a pod.; nedostatok vitamínov – najmä vitamínu C, potrebného pre syntézu kolagénu; farmakologické príčiny – imunosupresíva, celkovo podávané kortikoidy, chemoterapia; psychosociálne aspekty – zlá spolupráca pacientov s demenciou, ateroskleróza cerebrálií, sebaškodzovacie tendencie. [2]

Lokálne príčiny porúch hojenia dekubitov:

mechanizmus vzniku rany a rozsah poškodenia – veľkosť, hĺbka, zasiahnutie hlbších štruktúr – fascie, svaly, šľachy, kosti; stav okrajov rany – hladké, nepravidelné, nerovné, podmínované, napäté okraje rán; stav spodiny rany, opuch, ischemia – podiel nekrotického tkaniva, povaha nekróz, krusty, znečistenie; povaha exudácie: hemoragická, serózna, hematóm; lokalizácia rany, už skôr poškodené tkanivo – v dobre alebo zle prekrvanej oblasti, jazvovité či fibrózne zmenené tkanivo; doba od vzniku dekubitu; nevhodný spôsob ošetrovania, nedostatok kl'udu – vrátane častých preväzov; infekcie rán, čo je najzávažnejšia porucha hojenia rán. [2]

Liečba dekubitov

Liečba sa prispôsobuje tomu, v akej fáze sa dekubit nachádza.

Čistiaca fáza vyžaduje mnoho trpezlivosti a zaberie o to viac času, čím dlhšie dekubit existuje. Uplatňujú sa ciele liečebné opatrenia vedúce k vyčisteniu rany, a to chirurgickou nekrektómiou, alebo pomocou vlhkej terapie. Podpornými prostriedkami sú obklady, výplachy alebo sprchovanie rany pri preväzoch. Ak je spodina rany čistá, začne sa tvoriť granulačné tkanivo. Živo červené, zdravé granulačné tkanivo musí byť chránené pred traumatizáciou pri výmene obväzu.

Pri ranách s dobrou hojivou tendenciou sa objavuje novovytvorený epitel na okrajoch dekubitu, alebo vychádza z ostrovčekov na spodine dekubitu. Pri chronických, viac rokov trvajúcich dekubitoch sa môžu vytvoriť vystúpené okraje preepitelizovaním a stočením dovnútra. Z takto pozmenených okrajov nemôže vychádzať ďalšia epitelizácia a rana sa nehojí. Väčšinou je nevyhnutné okraje oživiť skalpelom alebo ostrými nožnicami.

Častým problémom hojenia dekubitov je prítomnosť infekcie, najmä v sakrálnej a gluteálnej oblasti, kde rana je spravidla infikovaná viacerými mikroorganizmami súčasne. Najčastejšie infekcie sú hnisavé alebo pyogénne. Ich pôvodcovia sú grampozitívne koky (stafylokoky, streptokoky), gramnegatívne pseudomonády a kmeň *Escherichia coli*, čo zistíme mikrobiologickým vyšetrením. Vtedy sa zameriavame na antibiotickú liečbu proti pôvodcovi, ktorý má najväčší patogénny potenciál. Okrem antibiotík uskutočňujeme kroky, ktoré vedú k zamedzeniu infikovania dekubitu močom alebo stolicou.

Väčšina dekubitov je spojená s trvalou alebo intermitentnou bolesťou, čo je pre pacienta traumatizujúce a prejavuje sa depresiou, plačlivosťou, nepokojom. U väčšiny pacientov vystačíme s aplikáciou nenarkotických analgetík, ako je kyselina acetylsalicilová, nesteroidové antireumatiká, paracetamol a tramadol. Z narkotík sa najskôr podáva slabší kodeín, neskôr silnejší morfín, Dolsin. V niektorých prípadoch postačí pokryť analgetikami iba počas preväzu, niekedy treba podávať analgetiká trvale. [2,4]

Záver

Dekubit je závažný ošetrovateľský problém. Vzniká ľahko a rýchlo. U imobilných pacientov stačí pozabudnúť na čas polohovania alebo ich ponechať často len krátky čas

vo vlhkom prostredí od potu, moču, či stolice. Ale následok týchto malých chýb prináša ďalekosiahle následky v podobe vzniku dekubitu a jeho liečenia, teda zdravotné, sociálne, ekonomické a iné problémy. Avšak nie vždy sa dá vzniku dekubitov zabrániť, najmä ak pacient nespolupracuje.

Ošetrovateľská starostlivosť o dlhodobu chorého a imobilného pacienta s dekubitmi je veľmi náročná. Riešenie problémov takého pacienta vyžaduje efektívny prístup multidisciplinárneho tímu. Dôležitým faktorom, ktorý skvalitňuje ošetrovateľskú starostlivosť o dlhodobu chorého a imobilného pacienta s dekubitmi, je spolupráca sestry a lekárov špecialistov, ako aj iných odborníkov. Pri náročnosti tohto ochorenia je dôležité, aby bola dôkladne vykonávaná aj rehabilitácia, čo vyžaduje úzku spoluprácu s fyzioterapeutom. Cieľom sestry je podporovať znovuoobnovenie zdravia chorého: zhojenie dekubitov, získanie sebestačnosti, umožniť mu vnímať vlastný obraz, ako aj pôsobiť preventívne na následky choroby z imobility a dostupnými prostriedkami zabrániť vzniku ďalších komplikácií a sekundárnych zmien u pacienta, čím sa zvýši jeho kvalita života. Treba si uvedomiť, že zabezpečenie optimálneho prostredia a zefektívnenie starostlivosti výrazne pomáha k zlepšeniu liečby dekubitov a ich prevencii predovšetkým u starších pacientov, ako aj u pacientov s poruchami mobility a imobilných pacientov.

Literatúra:

Bóriková, I.: Posudzovanie aktivít denného života u seniorov. In: Sestra, 7-8, 2009, s. 28-29, ISSN 1335-9444

Czaniková, A.: Vred predkolenia – charakteristika, liečba a ošetrovateľská starostlivosť. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík, roč. 14, č.1, 2008, s. 36-41, ISSN 1335-5090

Hrušovský, Š.: Preležaniny. In: Lekársky obzor, roč.57, č.6, 2008, s.261-262, ISSN 0457-4214

Kaňa, R., Kočí, A.: Roční zkušenosti s využitím vlhkého hojení chronických ran. In: Sestra, roč.16, č.3, 2006, s.35-40, ISSN 1210-0404

Kozierová, B. a kol.: Ošetrovateľstvo I-II. 1. slovenské vydanie, Vydavateľstvo Osveta, Martin 1995, s.1474, ISBN 80-217-0528-0

Riebelová, V., Válka, J., Francu, M.: Trendy soudobé chirurgie. Svazek 3, Galén, 2000, s.159, ISBN 80-7262-033-9

Ševčíková, V.: Liečba chronických rán vonkajšou kompresiou a negatívnym tlakom.
In: Sestra a lekár v praxi, roč.9, č.3-4, 2010, s.22-24, ISSN 1335-9444
Dostupné na internete: <http://compex.zdravie-sk.eu/dekubity-prelezaniny.php>
[online] 2011, [cit. 2011-06-07]

Kontakt na autora:

Mgr. Blanka Mareková

E-mail: sr.vianne@gmail.com

Vredy predkolenia a ich ošetrovanie

Harvan, R., Harvanová, I.

Chirurgické oddelenie mimoplúcnej tuberkulózy, urológie a gynekológie.

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

Abstrakt

Ochorenie žilového systému dolných končatín patrí k chorobám postihujúcich pacientov stredného veku, čo vedie k zníženej pracovnej výkonnosti, alebo ekonomickej neschopnosti. Vyskytuje sa u 20-60% populácie v závislosti na veku, pohlaví, pracovného zaradenia atď. Konkrétnym problémom chronickej žilovej insuficiencie je vred predkolenia, znižujúci nie len kvalitu života, ale ekonomicky, finančne a dlhodobo zaťažuje samotného pacienta a aj jeho rodinných príslušníkov.

Súčasná doba a medicínsky pokrok nám umožňuje zlepšovať kvalitu života ľudí postihnutých vredom predkolenia, a to vďaka dostupnosti neinvazívnych diagnostických postupov a využívaním moderných liečebných metód. Tie v konečnom dôsledku využíva a využíva pre svoju dlhodobú a hlavne každodennú prácu sestra, čím zabezpečuje kontinuálnu ošetrovateľskú starostlivosť, permanentnú a vysoko odborne kvalifikovanú prácu pre aplikácií ordinovaných liečebných prostriedkov a hlavne krátkodobejšiu, menej bolestivú a hlavne psychicky odľahčujúcu celkovú starostlivosť a liečbu klienta. Samozrejmosťou a prioritou je správne posúdenie stavu rany, fázy hojenia, obehových pomerov a celkového stavu organizmu.

Cieľom správneho hojenia rany je regulácia a stimulácia jednotlivých fáz hojenia rany, spolupráca a stimulácia pacienta, keďže problémom sa stáva aj estetický a hygienický stav klienta, jeho sociálne zábrany a izolovanosť od predsudkami a nevedomosťami zamoreného okolia. Keďže spomenutý problém je samotná estetika, serozita a zápach rany, je nutné oboznamovať a zásobovať zdravotnícke okolie vedomosťami o problémoch podobných, v našej prednáške konkrétne ulcus cruris. Nie je hanbou nevedomosť ako postupovať pri ošetrovaní a systematike práce, ktoré sa prednáškami dajú doplniť. Problémom je neochota a nezáujem zdravotníka venovať sa trpezlivo a hlavne precízne klientom s podobnými ranami.

Dôležité je nezabúdať na psychosociálny stav klienta, nutnosť jeho aj rodinnej spolupráce, pretože liečba tkvie aj v úprave životného štýlu, ako napr. abúzus alkoholu, nikotínu

Kľúčové slová: Ulcus Cruris. Vlhká terapia. Ošetrovateľská starostlivosť.

Kontakt na autora:

Mgr. Róbet Harvan

E-mail: robert.harvan@gmail.com

Mgr. Ivana Harvanová

E-mail: ivana.harvanova@gmail.com

Fenomén násilí v ošetrovatelství

Pekara, J.^{1,2}, Trešlová, M.²

¹Anesteziologicko-resuscitační oddělení, anestezie ÚVN Praha Střešovice

²Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Abstrakt

Násilí ve společnosti přibývá a násilnické situace nabývají čím dál brutálnějšího charakteru. Výjimkou není ani oblast zdravotní péče, kde se v současné době koncentruje až 25 % veškerého násilí společnosti. Nejvíce jsou ohroženy všeobecné sestry, které tvoří „jakýsi“ nárazník mezi pacienty a lékaři, a jsou tak daleko častěji vystaveny následkům přenášené agrese. V současné době hovoříme o fenoménu násilí v ošetrovatelství, který negativně dopadá nejen na kvalitu poskytované péče, ale odráží se především na straně ošetřujícího personálu – zvýšená fluktuace zaměstnanců, vysoká koncentrace stresu, všeobecné sestry svým nevhodným chováním provokují k násilí potencionální útočníky. Jádrem článku je výčet studií, které poukazují na závažnost fenoménu nejen zahraničních zemí, ale také České republiky, kde však podobný projekt zoufale chybí. Omezit výskyt násilí v ošetrovatelství je nesmírně důležité, protože na rozdíl od jiných resortů, zde má násilí negativní dopad právě na činnost nositelů profese.

Klíčová slova: Násilí. Všeobecná sestra. Ošetrovatelství. Prevence.

Abstract

Violence in society is still increasing and violent situations become more and more brutal. This phenomena is present also in area of health care, where is currently concentrated up 25 % of all violence. Most threatened are nurses, who are a buffer between patients and doctors and are often exposed to the effects of transferred aggression. Currently - we are talking about the phenomenon of violence in nursing, which adversely affects not only the quality of provided care, but primarily turn out on the medici staff – as an increased employee turnover, high concentration of stress, nurses provoke potential attackers to violence against themselves by their inappropriate behavior. The core of the article is a list of studies that point to the relevance of the phenomenon not only in foreign countries but also in the Czech Republic where is still missing similar project.

Reduction of violence in nursing is extremely important, because, in contrast of other ministries, there is a negative impact of violence on the work of professionals.

Keywords: Violence – nurs – nursing – prevention.

Úvod

Existují studie potvrzující, že více než ¼ násilí ve společnosti se odehrává právě ve zdravotnictví, a v řadě zahraničních výzkumů byla právě oblast zdravotnictví identifikována jako značně riziková z hlediska napadení pracovníků.[1] Násilí ve zdravotnictví se stalo globálním problémem bez ohledu na hranice, pracovní prostředí nebo skupiny zaměstnanců. Negativní důsledky násilí tvrdě dopadají na poskytování zdravotnických služeb, snížení jejich kvality, ale i rozhodnutí zaměstnanců zvolit jiné povolání – zvýšení nákladů na péči, snížení rozsahu služeb.[2]

Diskuze

V současné době hovoříme o fenoménu násilí, který proniká do ošetrovatelské péče a významně se podílí na snižování její kvality, efektivity a to především na straně zdravotníků.[3] K projevům násilí a agrese ve zdravotnictví se tak mohou dopouštět nejen samotní klienti, ale právě zdravotničtí pracovníci vůči klientům.[4] V případě setkání projevů agrese dochází k prožívání silného pocitu ohrožení a tím je i zvýšena pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce. V mnoha případech může tedy také všeobecná sestra, respektive její chování, být spouštěčem agrese.[5]

Prakticky ve všech studiích týkajících se násilí ve zdravotnictví a na pracovišti je zmiňováno těsné spojení mezi násilím a stresem. Jakmile je stres intenzivní a překračuje normy, stává se negativním a u zaměstnance, který není schopen se s ním vypořádat, může dojít k selhání jak fyzickému, tak k psychickým poruchám (viz nedávné medializovaná kauza polského lékaře, který umřel vyčerpáním). V praxi to však neznamená dogma, že každý negativní stres sebou nese násilí.[6] Zdravotničtí pracovníci se dostávají do úzkého kontaktu se svými klienty, a to často v situaci, které jsou pro tyto klienty značně stresující. Jsou to lidé v nesnázích, s pocitem bezmoci, v psychickém a fyzickém dyskomfortu a často musejí čekat na poskytnutí pomoci dobu, která jim připadá neúměrně dlouhá. Následný kontakt s takovými lidmi prohlubuje stres zdravotnických pracovníků, který je nedílnou součástí jeho povolání. Celá situace se tak

stává značně stresující, což může vést až k násilnému chování z jejich strany vůči kolegům či klientům.[3] Špatenková považuje za nejčastější chyby v jednání a chování zdravotnických pracovníků, které mohou následně vyvolat klientův hněv, zlost a následnou agresi, především ignorování klienta, křik, přikazování, ponižování a tykání klientům.[7]

Ve studii Saarely z roku 1999 je patrné, že každý desátý pracovník ve finském zdravotnictví se za poslední rok osobně setkal s projevem násilí.[3] V sousedním Švédsku studie Arnetzové potvrzuje, že 1/3 sester byla předmětem násilí během své pracovní kariéry.[8] Barbara Sibbald zjistila, že i na území Britské Kolumbie jsou všeobecné sestry vystaveny násilí, a to 4x častěji než v ostatních profesích.[9] V rozsáhlém výzkumu kolektivu Duncanové bylo v roce 2001 sledováno 8780 sester ve 210 nemocnicích Britské Kolumbie. Kolektiv autorů zjistil, že sledovaný soubor byl vystaven v 38 % nadávkám, v 18 % fyzickému násilí a v 7,6 % násilí sexuálnímu.[10] Mayová a Grubbsová provedly v roce 2002 šetření mezi 770 všeobecnými sestrami z akutních příjmů, jednotek intenzivní péče a emergencí. Skupina zjistila, že 68,8 % dotazovaných bylo terčem násilí, kdy 88 % tvořili verbální nadávky, 74 % fyzické násilí, a to od klientů či jejich rodin během jednoho roku.[11] Ze studie provedené v bulharské Sofii v roce 2001, které se zúčastnilo 508 zaměstnanců různých zdravotnických zařízení, vyplývá, že 7,5 % obětí tohoto souboru bylo vystaveno fyzickému násilí a 37,2 % obětí se setkalo s násilím verbálním.[3]

Je zřejmé, že fenoménu násilí v ošetrovatelství je ve světě věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků. Také skupina European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), jejíž členové jsou především sestry, se zabývající touto problematikou na bázi výzkumu.[12] Jejich bezpočet publikovaných a výzkumných prací směřuje ke zlepšení situace ve prospěch klientů. Švýcarská skupina vedená Sabine Hahn provedla výzkum, který byl zaměřen na zjištění příčin násilí agrese u pacientů na jiných než psychiatrických odděleních. Výzkum odhalil tyto hlavní důvody: čekání na vyšetření a ošetření, tlak na pacienta prostřednictvím zákazů nemocničních zařízení, nepochopení podaných informací, což se více kultivuje u lidí užívajících drogy nebo trpící delirantními či depresivními stavy. Autoři zdůrazňují také souvislost agresivity ve spojení s managementem zařízení, prostředím a především nonverbálním chováním personálu.[13] Podobně i výše uvedené výzkumy (Saraela, Duncan, Mayo) poukazují na nejčastější příčiny takového chování pacientů, kteří jsou opilí nebo pod vlivem jiné

omamné látky, jsou léčeni pro psychiatrickou diagnózu nebo je „vyprovokovalo“ chování personálu či prostředí zdravotnického zařízení.[3] To, že se nejedná o ojedinělé případy, naznačuje také vysoký zájem o tento „problém ošetrovatelství“ jako tématu již v pořadí sedmé, mezinárodní konference skupiny EVIPRG, pořádané v říjnu tohoto roku v Praze.[14]

Podobný projekt byl naplánován i v České republice a měl být řešen v letech 2004–2009. Hlavní zadavatelem a řešitelskou institucí tohoto pětiletého projektu byl Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), garantem projektu za Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR byl prof. V. Bencko. Každá z participujících institucí se svým snahou přičinila o to, že se v roce 2004 rozběhl výzkum, jehož cílem bylo objektivizovat výskyt a podobu násilí v českém zdravotnictví i v sociálních službách. Tento ojedinělý počín však v našich podmínkách nebyl dotažen do konce. V březnu 2006 byl rozhodnutím ministra zdravotnictví zrušen IZPE, a tím také předčasně ukončeny práce na tomto zajímavém projektu. Během dvou let jeho existence však byl realizován empirický výzkum násilí ve zdravotnických zařízeních i v zařízeních sociální péče mapující násilí páchané na zdravotnících i poskytovatelích sociálních služeb. Byly také započaty práce na kvalitativním šetření, které se týkalo druhé strany mince, a to násilí, páchaného zdravotníky na pacientech. Ukázalo se, že násilí je v českém ošetrovatelství velmi rozšířené. Týká se to zejména slovní agrese, se kterou se setkalo v posledním roce 42 % respondentů z celkového počtu 675 dotázaných. Fyzické napadení pocítilo 13 % dotázaných zdravotníků. Je zarážející, že zejména výskyt fyzického násilí je ve srovnání s jinými zeměmi (Thajsko, Bulharsko, Brazílie, Libanon, Portugalsko) v České republice nejvyšší. I když přihlédneme ke kulturním rozdílnostem v tom, co je za násilí považováno, je tento výsledek velmi znepokojivý.[15] Nepublikovaná analýza rozhovorů Heleny Hnilicové s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků, ukazuje i druhou stranu mince také v České republice. Například pacienti objednávatelji se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika) se někdy setkávají s projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester. Pacienti v těchto chvílích očekávají od sestry pochopení, lidský přístup a osobní zájem. Z výsledků této nepublikované analýzy rozhovorů s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků, však vyplývá, že v rozporu s tímto očekáváním, lékaři/sestry nevybíravým způsobem pacienty slovně atakovali. Zdravotníci se chovali neprofesionálně, byli hrubí, arogantní a dokonce v některých případech obviňovali

pacienty, že si svoji nemoc sami zapříčinili („*Kdybyste nebyla tak tlustá, tak byste nemusela na operaci!*“).

Českomoravská konfederace odborových svazů, Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky v roce 2010 zahájily projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. V roce 2010 bylo osloveno 1500 respondentů (zdravotnická zařízení a zařízení sociální péče z celé ČR vyjma Prahy (nemohla být do projektu zahrnuta na základě znění operační výzvy). Šetření ukázalo, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledních 12 měsících 31 % respondentů. Fyzické násilí potvrdilo 17 % respondentů a zkušenost s některou z forem psychického násilí pak dokonce 41 % respondentů (zejména mobbing, bossing, sexuální obtěžování a rasové ponižování). Zajímavé je, že čísla jsou překvapivě shodná s rokem 2004 - psychického násilí 42 % a fyzické násilí dokonce o 4 % vyšší! Ukázalo se také, že 60 % zaměstnavatelů zavedlo opatření proti výskytu pracovního násilí na svém pracovišti (opatření spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a screening pacienta). Výrazně však klesají opatření, jako je úprava pracovního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, navýšení personálu nebo školení personálu v komunikačních dovednostech. Smutné je, že od podobného projektu uplynulo 6 let a ze zkušeností respondentů vyplývá, že nejčastějším zdrojem pracovního násilí je především špatná komunikace, přepracovanost a dezinformovanost.

Závěr

Ze zahraničních studií vyplývá, že sestry jsou ohroženy nejvíce. Slouží jako nárazník mezi pacientem a lékařem, jsou v neustálém a přímém kontaktu s klientem. Studie dokazují nutnost tréninků pracovníků v nácviku chování v zátěžových situacích a především komunikačních dovedností. Pro Českou republiku není násilí v ošetrovatelství v centru zájmu. Je tedy zásadní provedení výzkumu zaměřeného na násilí v ošetrovatelské péči, neboť prostudováním dostupných materiálů zjišťujeme, že i pro Českou republiku je to problém aktuální.

Omezit výskyt násilí v ošetrovatelství je nesmírně důležité, protože oproti jiným resortům, zde má násilí devastující dopad na vlastní činnost nositelů profese. Tam, kde se násilí objeví, dochází k výraznému zhoršení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Oběťmi násilí zde mohou být obě strany profesionálního vztahu – tj. jak sestry, tak i pacienti. Sestry ale i ostatní zdravotníci jsou stále častěji napadáni agresivními,

psychicky narušenými či opilými pacienty, a některé všeobecné sestry zase hrubě a násilnickým způsobem zacházejí s nemocnými, kteří jsou odkázáni na jejich pomoc. Násilí ve zdravotnictví se týká jak pacientů, tak i zaměstnanců – především sester, které jsou v kontaktu s pacientem nejčastěji. Obě strany tak mohou být nejen jeho obětí, ale i jeho pachateli.[15]

Literatura:

1. DI MARTINO, V. *Relationship between stress and workplace violence in the health sector*. [online]. Geneva: ILO/ICN/ WHO/PSI, 2003. s. 33. [cit. 28. 4. 2011]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf.
2. VESELÁ, J. *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví /Rámcový návod pro řešení/*. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky. s. 10. ISBN neuvedeno.
3. HÁVA, P. a kol. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb ČR, Vstupní teoretické studie, Empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: SV, s.r.o., 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
4. DYNÁKOVÁ, Šárka. „Křik není to nejhorší...“. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 9, s. 12. ISSN 1210-0404.
5. DYNÁKOVÁ, Šárka. „Nejsme si v něčem podobní?“. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.
6. HOEL, H. et al.: *The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment*. [online]. Report Commissioned by the International Labour Organization (ILO) Geneva. 2000. s. 81. [cit. 26. 4. 2011]. Dostupné z: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108532.pdf.
7. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Agresivní pacient. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Tematická příloha 2/2003. VERLAG DASHÖFER, Praha, 2003, s. 1–10.
8. ARNETZ, J. E. ARNETZ, B. B., PETTERSON, I. L. Abstract. Violence in the nursering profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurs. [online]. *Work and stress*. 1996, vol. 10., no 2. [cit. 27. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a782430887~frm=titl elink>.
9. SIBBALD, B. Psychician, protect thyself. *Canadian Medical Assotiation Journal*, 1998, vol. 159, no. 8, p. 987-989. ISSN 1488-2329.

10. DUNCAN S. M. et al. Nurses experience of violence in Alberta and British Columbia Hospital. *Canadian Journal of Nursing research*. 2001. vol 32, no. 4, p. 57-78. ISSN 0844-5621.
11. MAY, D. D., GRUBBS, L. M. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among groups of registered nurses in a regional medical centre. *Journal of Emergency Nursing*, 2002, vol. 28, no. 1. ISSN 1527-2966.
12. EUROPEAN VIOLENCE IN PSYCHIATRY RESEARCH GROUP. [online]. [cit. 10. 03. 2011]. Dostupné z: www.eviprg.eu.
13. HAHN, S. et al. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 2008, vol. 13, no. 6, p. 431-441. ISSN 1873-6335.
14. 7TH EUROPEAN CONGRESS ON VIOLENCE IN CLINICAL PSYCHIATRY. [online]. *Challenges for care and treatment*. [cit. 29. 4. 2011]. Dostupné z: http://www.oudconsultancy.nl/prague_cfa/.
15. HNILICOVÁ, H., BENCKO, V., DOBIÁŠOVÁ, K. Násilí jako znepokojivý fenomén. *Praktický lékař*. 2008/5. s. 267-271. ISSN 0032-6739.

Kontakt na autorov:

Mgr. Jaroslav Pekara

Email: jaroslav.pekara@seznam.cz

PhDr. Marie Trešlová

Email: treslova@zsf.jcu.cz

Psychická zátěž zdravotnického personálu při ošetřování "romského prince"

Procháska, P¹., Horáková, M. ²

¹*Fakultní nemocnice Královské Vinohrady - ARO*

²*Viceprezident Vodní záchranné služby ČČK*

Abstrakt

Mezi tradičním způsobem života Romů a Čechů existují rozdíly, které vyplývají z rozdílného přístupu života a mohou způsobovat vzájemné nepochopení. Je nutné zvolit správný přístup při ošetřování těchto jedinců a také znát specifické rysy jejich kultury abychom předešli nedorozumění vyplývajícím z odlišností. Mezi ně patří obtížné chápání principů demokracie, uznávání vlastních pravidel, vlastní přístup ke zdraví, odlišnost zvyků a rituálů spojené s úmrtím. Romové uznávají jiné žebříček hodnot než Češi, neboť je pro ně důležitější například upřednostnění rodiny před prací. Zdraví je až na třetím místě jejich žebříčku hodnot. Kauza „romského prince“, který byl hospitalizován ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v roce 2009, odhalila neadekvátní postoj médií i veřejnosti, který v některých případech přesahoval morální hranice lidského chování a představoval zvýšenou psychickou zátěž pro ošetřující zdravotnický personál. Je otázkou, zda je romská minorita schopna dosáhnout představ majority.

Úvod

Tradiční životní styl Romů se v průběhu posledních desetiletí postupně měnil. V původní podobě jej ještě lze nalézt v některých východoslovenských romských osadách. Přesto v životě českých městských Romů můžeme objevovat některé charakteristické zvyky, které přežívají a nevědomky ovlivňují jejich každodenní život. Proto je dobré poznat tradiční způsob života Romů, našich spoluobčanů. Tato zkušenost nám může pomoci lépe porozumět jedné z českých minorit.

Po listopadu 1989 se Romové stali svébytnou národnostní menšinou se všemi právy. Velké procento Romů začalo hledat identitu a rozvíjet svou kulturu. Získaná svoboda má však i svoji stinnou stránku – velmi vysokou nezaměstnanost Romů (v důsledku jejich nízké kvalifikovanosti a také předsudků ze strany zaměstnavatelů). Romy také ohrožuje fyzické násilí příslušníků mnoha extrémistických sdružení, která jsou v České republice registrována.

Další otázkou, která si zasluhuje naši pozornost, je přístup ke členům minority v případě, kdy dojde k jejich hospitalizaci. Rozdíly v životních návycích, které přetrvávají staletí, nelze změnit ani domluvou, ani písemným prohlášením pacienta. Je třeba se zamyslet nad tím, zda nejsou největší přítěží dobré spolupráce s rodinou či pacientem naše předsudky.

Současný stav

Legislativa ve vztahu ke zdravotní péči o cizince

Cizinci požívají v České republice základních lidských práv a svobod zaručených Listinou základních práv a svobod a v oblasti zdravotní péče jsou postaveni na stejnou úroveň jako občané České republiky. Současně však platí, že jsou povinni dodržovat zákony a ostatní zákonné předpisy platné na území České republiky. [1]

Ustanovení o léčebně preventivní péči ve vztahu k cizím státním příslušníkům obsahuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zákon také stanoví, že cizincům pobývajícím na území České republiky se poskytuje zdravotní péče:

- bezplatně
- na základě zdravotního pojištění
- za přímou úhradu. [2]

Právní postavení cizinců během pobytu na území České republiky dále obsahuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky. Občané cizích států s trvalým pobytem na území České republiky mají právní nárok na pojištění v rámci veřejného zdravotního pojištění. Tato skutečnost platí i pro azylanty. Cizinci, kteří nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou na území České republiky zaměstnáni, jsou pojištěni z titulu svého zaměstnání u zaměstnavatele. Cizinci bez trvalého pobytu, kteří nejsou v České republice zaměstnáni, nemohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale mohou uzavřít tzv. smluvní zdravotní pojištění, které je nezávislé na veřejném zdravotním pojištění. Cizinci bez zdravotního pojištění mohou být lékařsky ošetřeni bez přímé úhrady, pokud pocházejí ze zemí, s nimiž má Česká republika uzavřenou dvoustrannou smlouvu – dohodu o poskytování bezplatné zdravotní péče. [3]

Romská minorita na území České republiky

Nejvíce Romů přišlo na území České republiky po roce 1945 ze Slovenska. Většinou neovládají spisovný jazyk, rodným jazykem romština. S rodinou je pojí silné pouto spojené tradicí a vzájemné solidarity, největším trestem je vyhnání od rodiny a vyloučení ze společnosti. Hlavou rodiny je otec, žena zabezpečuje chod domácnosti, bezpodmínečně poslouchá svého muže. Pro Romy jsou děti bohatstvím, které současně považují za potenciální zdroj obživy. Mezi 14. - 16. rokem rodí 6 % romských dívek, 19 % žen pak poprvé rodí v 16 letech. Těhotná žena se musí řídit pravidly na ochranu plodu (zákaz pohledu na postižené osoby, zesnulé, na hady apod.) a pracuje až do porodu. Dětství končí založením rodiny. Většina Romů se hlásí ke křesťanství, ve způsobu života se promítá vřelý vztah k tanci a hudbě.

Ve Zprávě o situaci romské komunity v České republice (která byla schválena vládou ČR dne 29. 10. 1997, usnesení č. 686) je uveden kvalifikovaný odhad 160 000–200 000 Romů žijících v ČR. To znamená, že přibližně 95% Romů při sčítání lidu v roce 2001 romskou národnost neuvedlo.

Národnost	k 3. 3. 1991		k 1. 3. 2001	
	absolutně	v %	absolutně	v %
Obyvatelé celkem v tom podle národnosti	10 302 215	100,0	10 292 933	100,0
česká	8 363 768	81,2	9 270 615	90,1
moravská	1 362 313	13,2	373 294	3,6
slezská	44 446	0,4	11 248	0,1
slovenská	314 877	3,1	183 749	1,8
německá	48 556	0,5	38 321	0,4
polská	59 383	0,6	50 971	0,5
romská	32 903	0,3	11 716	0,1
ostatní a nezjištěno	75 969	0,7	353 019	3,4

Počet cizinců s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR: 104 884 osob.

Zdroj: www.varianty.cz

Specifika péče o hospitalizované Romy

- ☐ problematické dodržování hygienických standardů
- ☐ nedůvěřivost ke zdravotnickému personálu
- ☐ obtížná komunikace
- ☐ denní aktivity přizpůsobeny biologickým potřebám (příjem potravy, spánek atd.)

- ☐ požadavek na podávání informací nejvyšším představitelem oddělení
- ☐ při nespokojenosti agresivita
- ☐ početné a hlučné návštěvy mimo oficiální návštěvní hodiny
- ☐ obtížné dodržování léčebného režimu a užívání farmak
- ☐ významný strach z bolesti, smrti
- ☐ v případě úmrtí rodina „vartuje“ u zesnulého – ochrana před „zlými duchy“
- ☐ žebříček hodnot Romů:
 1. život
 2. rodina
 3. zdraví [5]

Výsledky

Kazuistika

22. 7. 2009 – olašský Rom (původem z Rumunska) tonoucí v Proboštském jezeře byl náhodnými svědky vytažen z vody v bezvědomí bez hmatného pulsu. Ihned zahájena laická KPCR, při příjezdu RLP asystolie, mydriatické zornice. Srdeční akce byla obnovena po 35 minutách resuscitace s návratem fotoreakce a saturace na periferii. Pacient byl přijat na Anesteziologicko-resuscitační oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Během příjmu byl relaxován, krevní oběh s podporou katecholaminů, mydriatické zornice byly již bez fotoreakce. Z laboratorních výsledků zaznamenána těžká laktátová acidóza.

Postupně došlo k rozvoji těžké ARDS s nutností napojení na oscilační ventilaci, snaha o korekci vnitřního prostředí. Z důvodů neuspokojivých ventilačních parametrů zavedena pronační poloha, při které došlo ke zlepšení ventilace. Návrat na konvenční ventilaci stále nemožný. Následně dochází k rozvoji akutního renálního selhání, 25. 7. zavedena CVVHDF. 29. 7. pacient převeden na konvenční ventilaci, postupně analgosedace a CVVHDF stop. 31. 7. opětovně započato s CVVHDF pro zhoršení stavu. 2. 8. v ranních hodinách anizokorie, na CT masivní intraparenchymatozní hematom, edém mozku, přetlak středočarových struktur cca o 5 milimetrů. Neurochirurg vzhledem k nálezům indikuje pouze konzervativní postup. V odpoledních hodinách klinické známky smrti mozku, potvrzeno dopplerovským vyšetřením mozkového průtoku. [6]

Diskuze

Základní problémem při ošetřování romského mladíka byla jazyková bariéra mezi personálem a příbuznými. Vzhledem k permanentní analgosedaci v tomto případě nebyla potřeba přímé komunikace s pacientem překážkou. Od prvního zveřejnění informací o hospitalizaci „romského prince“ (označení všeobecně převzaté z informací od nejbližších příbuzných) byl zájem médií spíše komplikací. Na základě medializace případu s mezinárodním přesahem se reportéři bulvárních periodik snažili o získání informací a fotografií z oddělení „za každou cenu“. Neváhali se maskovat jako součást početného příbuzenstva při návštěvě nemocného a po odhalení se snažili vnutit fotoaparát na pořízení snímku příbuzným.

Příbuzní navštěvovali hocha po celou dobu hospitalizace i s malými dětmi za doprovodu početného davu osob z romské komunity. Mimo oddělení nocovali na ulicích a v parcích poblíž nemocnice a u nedaleké vodní plochy. Reakce veřejnosti byly velmi rozporuplné – od výrazů soucitu po silnou nenávist. Mezi ošetřujícím personálem - z důvodu statutu privilegovaného pacienta v závislosti na sledovanosti kauzy a častým komentářům k případu (mluvčí nemocnice, vedení kliniky i nemocnice) – bylo možno zaznamenat vyšší psychickou zátěž.

Po smrti chlapce rodina požadovala ustrojení těla do bílého saka a bot. Následovaly rituály přímo na oddělení za projevu hlubokých emocí příbuzenstva:

- svíčky a posvátné předměty u lůžka
- vytrhávání vlasů, pláč a křik na kolenou
- částečně hrané scény s předem domluveným scénářem (funkci „organizátorky“ přebrala blízká příbuzná matky).

Závěr

Hospitalizace vysoce postaveného oláského Roma byla pro personál Anesteziologicko-resuscitačního oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady významnou zkušeností. I zástupci z řad majoritní skupiny obyvatelstva hodnotili vysokou rodinnou soudržnost a podporu přítomné komunity velmi pozitivně. Vděčnost za léčebnou a ošetrovatelskou péči ze strany příbuzných pacienta nebyla ovlivněna ani jeho úmrtím. Také velké množství zavádějících a mnohdy nepravdivých informací, které

média bez ověření skutečností dále publikovala, bylo pro všechny zajímavým a jistě poučným faktem. Někteří reportéři neváhali a snažili se dostat v honbě za atraktivním snímkem na oddělení podvodným způsobem. Největší emoce mezi laickou veřejností vzbudily informace o nákladnosti léčby a následné spekulace o skutečnosti, že pokud výdaje neuhradí nejbližší rodina postiženého, zůstane vyrovnaní účtu na českých daňových poplatnících.

Z hlediska léčebného a ošetrovatelského nebyla péče o zmíněného klienta natolik psychicky zatěžující, jak bylo původně očekáváno. Početné zástupy osob a charakteristické rituály (svíčky, posvátné předměty, pláč na kolenou, emotivní výkřiky, požadavek na oděnění zemřelého do bílého společenského oděvu) u lůžka nemocného při návštěvních hodinách i mimo ně již po několika dnech hospitalizace nikoho nepřekvapovaly. Při komunikaci se neprojevovala ani některými autory popisovaná nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu, ani agresivita či nedodržování hygienických standardů. Prožitou zkušenost lze zhodnotit jako velmi přínosnou pro další profesní působení personálu oddělení a pro potlačení případných předsudků vůči romské komunitě.

Seznam použité literatury

1. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha Galén 2003. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
2. Zákon č. 20/1966 Sb., ze 17. března 1966 *o péči o zdraví lidu*.
3. Zákon č. 326/ 1999 Sb., ze dne 30. listopadu 1999 *o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů*.
4. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: My a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1. vyd. Praha: Portál 2001. 200 s. ISBN 80-7178-6484.
5. IVANOVÁ, K. – ŠPIRUDOVÁ, L. - KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
6. Zdravotnická dokumentace FNKV.

Kontakt na autorov:

Bc. Miluše Horáková, Bc. Pavel Procháška

E-mail: horakova.mila@post.cz, p.prochaska@seznam.cz

Pankreatitida, nemoc také u dětí – kazuistika

Pazderová, J.

Nemocnice s poliklinikou Havířov

Abstrakt

Ve své prezentační práci se věnuji kazuistice dívenky s pankreatitidou.

Je zaměřena na léčebné a ošetrovatelské postupy. Popsána je délka hospitalizace, léčba, pomůcky.

Pankreatitida, nemoc také u dětí

Pankreatitida (zánět slinivky břišní), vzniká zadržením trávicích enzymů ve slinivce, které vyvolají edém (otok) až samonatrávení slinivky. Nejčastější příčiny jsou zaklínění žlučového konkrementu (kamínku) ve Vaterské papile (papilla duodeni major) a chronická konzumace alkoholu. Akutní zánět řadíme mezi náhlé příhody břišní, může končit smrtí.

Typy podle příčin:

- uzávěr nebo překážka ve vývodním systému pankreatu (žlučové kameny)
- infekce pankreatu (hepatitida, salmonela)
- úraz
- léky (glukokortikoidy, cytostatika, imunosupresiva)
- alkohol
- potrava
- reflux (návrat) žluči do výstupního systému slinivky
- případně idiopatická (z neznámé příčiny)

Příznaky:

- prudká bolest břicha (nepřetržitě), může vystřelovat do zad a pod žeberní oblouky, případně bolesti celého břicha
- pocit na zvracení, zvracení
- zarudnutí v obličeji
- zvýšená teplota
- tachykardie (zrychlený tep)
- pocit plného žaludku a břicha
- zastavení větrů

- říhání
- šokový stav

Léčba

- péče o funkční klid pankreatu (vyloučíme podněty, které provokují sekreci slinivky, tj. zakážeme přívod tekutin a potravy přes ústa, tlumíme sekreci slinivky a žaludku)
- opatření proti šoku (tlumení bolesti, náhrada tekutin a elektrolytů)
- antibiotika
- podávání potravy parenterální (do žíly), 4 - 10 dnů
- endoskopická léčba, chirurgická léčba
- léčba lokálních a celkových komplikací
- omezení konzumace alkoholu, kofeinu, snížení tuků v potravě

Akutní pankreatitida je u dětí vzácná. Může provázet tupá poranění břicha, léčbu jiných nemocí nebo virové infekce. Stejně tak pankreatitida chronická není v dětském věku častá. Příčinu nalezneme většinou v dědičných onemocněních, při poruchách imunity nebo vysoké hladině lipidů v krvi.

Pracuji jako staniční sestra na dětském odd. NsP Havířov a jelikož se v poslední době u nás objevují dětské pacienti s akutní pankreatitidou, připravila jsem si následující kazuistiku :

Pacient: Sára S. rok narození 2006

Hospitalizace na dětském odd. od 14.9. 2010 – 21.10.2010

RA: bratr 6 let, v současné době hospitalizace dívky angína, jinak zdrav

Matka: zdravá, bez výskytu vážných onemocnění v rodině

Otec: zdrav, také bez výskytu závažných onemocnění v rodině

SA: bydlí v rodinném domku, dívka navštěvuje MŠ

AA: negativní

PMV: v normě

OA: dítě z II.gravidity, porod v termínu, poporodní adaptace dobrá

NO: akutně vzniklá bolest břicha v okolí pupku, trvající cca 2 hod.

Očkování řádné dle kalendáře

H: 13 kg, V: 95 cm, AS 104', DF 22', TK 95/48, SAT 98%, TT 36,5°C.

Dívka přijata k hospitalizaci na dětskou JIP 14.9. 2010 v 5.20hod.ráno pro akutně vzniklou bolest břicha, lokalizovanou v okolí pupku. Nezvracela, průjem neměla –

poslední stolice 13.9. normální konzistence, bez příměsí. Dietní chybu rodiče negují, v okolí se nevyskytuje infekční onemocnění, dysurické potíže nemá.

Při přijetí plačtivá, negativistická, ustrašená a špatně spolupracující. Nevyhledává úlevovou polohu.

Po uložení dívenky na lůžko, jsou provedeny základní odběry a vyšetření :

- biochemie - sérum: **14. 9.** GLY **6,4**, AMS **8,29**, LPS **35,25**, v moči AMS **66,7**,
aceton ++, **15. 9.** GLY **5,9**, LPS **34,6**, AMS **10,5**
- ko + diff - **14. 9.** LE 8,8, HG 122, TRO 411, HTK 0,35, **15. 9.** LE 7,5, HG **113**,
TRO 380, HTK 0,33
- USG břicha - bez patologických změn
- RTG břicha - meteorismus, nevyprázdňený obsah tračníku
- chirurgické konzilium - vyloučena APE, dg. iritace pankreatu
- odebrána stolice na kultivaci - negativní výsledek

LÉČBA: zavedena inf. terapie ½ FR r. 80ml/h, monitoring VF co 3 hod., BT, strava NPO, přísný klid na lůžku. Opakovaně kontrolovány laboratorní hodnoty, které vykazují opakovaně zvýšené hodnoty LPS a AMS. Lékaři stanoví Dg. Akutní pankreatitida, proto dochází k zavedení nasojejunální sondy. Ta zavedena po délku 55cm nosem, poloha kontrolována fonendoskopem a pro kvalitní zaplavení sondy dívenka polohována na pravý bok. Po zavedení vytéká jen málo tekutiny. Před samotným zavedením NJS dívenka tlumena MIDAZOLANEM i.v. pro lepší spolupráci a správné zavedení sondy. Prováděny pravidelné kontroly glykemií glukometrem s normálními hodnotami. **16. 9.** provedena kontrola zaplavení NJS, zaplavena po délku 60cm. Dle laboratorních hodnot se lékaři rozhodnou Sárinku živit parenterálně, nasazen NEONUTRIN 10% r. 8ml/hod., NJS podáváno NUTRINI 5ml/hod. + kojenecká voda, kontinuálně přes enterální pumpu FLOCARE INFINITY fy Nutricia. i.v. se aplikuje 5% glukóza s ionty + Soluvitem. Pravidelně analgetizována co 6 hod. i.v. NOVALGINEM. PŽK kontrolován denně. Postupně dochází ke zlepšení lab. hodnot AMS, LPS v séru, AMS v moči vykazují normální hodnoty. Příjem Nutrini NJS je postupně navyšován na 40ml/hod., Neonutrin 10% snižován na 2ml/hod. Sára je afebrilní po celou dobu, pobyt na JIP již snáší relativně dobře, BT je vyrovnaná, otoky končetin nejsou. Maminka Sára je po celou dobu informována o výsledcích a léčebných postupech, jelikož je jí umožněn pobyt s dítětem v nemocničním zařízení.

8.den hospitalizace dochází ke zvýšení lab. hodnot LPS 71,6,AMS 13,4! Je snížen příjem Nutrini NJS na 5ml/h a zvýšen příjem Neonutrinu 10% na 8ml/hod., je navýšen příjem vody sondou. I.v. 5% glu zůstává.Dívka je čiperná, neudává výraznější potíže.Léčebný postup a zatěžování stravou je opakován od počátku.

14.den se objevují u dívky zvýšené teploty až na 39°C,udává návrat žaludečních šťáv do úst. Je upocená, bledá, schvácená.Přiordinována jsou antipyretika Nurofen supp. střídavě s Novalginem i.v. ATB zatím nenasazena. Pátrá se po příčině zvýšených teplot. S kontrolními odběry CRP 12,1, odebrána Hemokultura s pozitivním nálezem Enterococcus Faecalis, proveden výtěr z krku – Staphylococcus aureus, odebrána moč na kultivaci – g – tyče. Kontrolní USG břicha bez patologie. Provedeno CT vyšetření břicha k vyloučení abscesního ložiska na slinivce – negativní výsledek. Nasazena prokinetika Motilium 3mg supp.,Helicid 10mg do NJS. Sára má nepravidelnou stolici a to po supp. Glycerini ob den. Další dny hospitalizace se stav pacientky normalizuje, hodnoty odpovídají normám, BT vyrovnaná, bez potíží.

18.den jsou hodnoty LPS, AMS, iontů a KO zcela v sérových hodnotách. Sára je šikovní, afebrilní, spolupracuje dobře, proto může být přeložena na standardní jednotku k matce k dalšímu léčebnému a ošetrovatelskému procesu. I.v. terapie zrušena, zůstává pouze NJS s kontinuálním příjmem potravy.

25.den celkové hospitalizace je nasazena Sáře pankreatická dieta + čaj, přepočítána k věku dítěte a kalorickému příjmu společně s Nutrini. Také na standardní jednotce se kontroluje AMS v moči, sledována je BT, váha kontrolována 1 x denně. Stravu toleruje, BT ojediněle kolísá, váha 13,10kg. Povoleny vycházky v areálu nemocnice.

35.den je zrušena NJS, ponechána pankreatická dieta s čajem a 1x Nutridrink. Spolupráce dobrá s dítětem i matkou. U Sáry už se objevuje na tváři také úsměv ☺.

38.den kontrolní laboratorní hodnoty jsou normalizovány, bolesti břicha neguje, cítí se dobře,proto po domluvě lékařů s matkou, je Sára propuštěna do domácího ošetřování.

Matce je zajištěn edukační pohovor s Nutiční terapeutkou, stanoven termín kontroly v Gastroenterologické ambulanci. Doporučena konzultace s lékařem genetiky k dovyšetření pankreatitidy z genetického hlediska. Pacientka odchází s léčbou Helicid 10mg p.o., Motilium 2mg p.o.

Sára byla následně na dětském oddělení hospitalizována opakovaně, k dnešnímu dni celkem 7x.

Závěrem bych chtěla podotknout, že v současné době byly na našem dětském odd. hospitalizovány další dva dětské pacienti s diagnózou akutní pankreatitida. Klára 8 let, které byla pankreatitida diagnostikována na genetickém podkladě a Jan 18 let, u kterého jsou opakované pankreatitidy zapříčiněny dietní chybou. Otázkou zůstává, proč onemocnění vyskytující se převážně u dospělých, se objevuje také u dětí?

Kontakt na autora:

Jaroslava Pazderová

E-mail: pazderovaj@volny.cz

Stres v práci sestry na traumatologickom oddelení

¹Kopáčiková, M., ²Stančiak, J., ³Rutowski, J., A.

¹Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok

²Katedra zdravotníckych štúdií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

³Institute of Nursing and Health Sciences Medical Department,

University of Rzeszow

Abstrakt

Východisko: Zisťovali sme a porovnávali sme úroveň vedomostí sestier, schopnosť zvládať stres, schopnosť identifikovať stres, mieru uspokojenia v práci a hodnotenie obtiažnosti, realizáciu techník zvládania stresu v praktickom živote.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorilo 80 respondentov/sestier, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky sme spracovali štatisticky a znázornili graficky.

Výsledky: Zistili sme, že úroveň vedomostí o strese a stresoroch je dobrá. Sestry vyjadrili spokojnosť so svojím povoláním, ktoré hodnotia ako obtiažne. V praktickom živote realizujú techniky zvládania stresu. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Záver: Navrhujeme zlepšiť materiálne vybavenie a personálne obsadenie na ošetrovacích jednotkách, optimalizovať pracovné podmienky sestier a vhodne organizovať ich prácu, posilňovať vedomie ich vlastnej hodnoty, profesie sestry, prispievať na relaxačné pobyty.

Kľúčové slová: Psychická záťaž. Stres. Eustres. Distres. Relaxácia.

Úvod

Náš život sa stáva čoraz intenzívnejším a jeho tempo sa systematicky zvyšuje. Na začiatku tretieho tisícročia sa stal stres prioritným problémom. Stresové situácie sa radia ku skupine civilizačných faktorov, ktoré ohrozujú zdravie človeka, ovplyvňujú jeho konanie. Povolanie sestry je najmä výzvou, v ktorej sa skrýva ochota profesionálne sa postarať o tých, ktorí to potrebujú, obdať ich úsmevom, byť oporou v trápení a v beznádeji (Kremeňová, 2005).

Každý deň sú sestry pracujúce na traumatickom oddelení vystavené rôznym tlakom, obmedzeniam, s ktorými sa musia vyrovnat', reagovať na ne a riešiť ich. Ak nedokážu adekvátne reagovať na podnet, tento vyvolá situáciu psychickej záťaže až stresovej reakcie. Keď je takýchto podnetov viacej, nachádzame sa v strese a pri jeho dlhodobom pôsobení na organizmus, organizmus reaguje fyzickými, kognitívnymi a emociálnymi reakciami.

Stres

Ťažké životné situácie sprevádzajú ľudské bytie od nepamäti. Ktosi múdry povedal, že bez konfliktov a frustrácií by sme nedospeli. Je to paradox, ale uznávame, že pôsobia dynamizujúco v smere negenotropie a motivačne. Situácie psychickej záťaže vymedzujeme ako „také okolnosti, podmienky, úlohy, ktoré od ľudí vyžadujú nielen mobilizáciu a napätie psychických síl, osvojenie si určitých vedomostí, skúseností, zručností, ale aj tvorivý prístup k ich vykonávaniu, zvládnutiu, či riešeniu“ (Boroš, 1999). Za tvorcov teórie stresu sú považovaní W.B. Cannon, H. Selye a R. S. Lazarus (Meglosa, 1998, Sieradzki, 2004).

Walter Bradford Cannon objavil význam sympatoadrenálneho systému pre vznik emócií, strachu, úzkosti, hnevu a agresie, ktoré vedú k obrane proti hroziacemu nebezpečenstvu. Základný typ obrany vyjadril pojmi útok – útek, čo je prototypom reakcie organizmu na stres (Baštecká, Goldman, 2001, Palát, 2004, Sieradzki, 2004).

Hans Selye je považovaný za zakladateľa tzv. kortikoidného poňatia stresu – zvýšenej funkcie nadobličiek v stresových podmienkach. Zistil, že vzniká stabilný (nešpecifický) vzor odpovedí na ohrozenie GAS (general adaptation syndrome), ktorý má tri fázy:

- poplachová reakcia.
- fáza rezistencie (odolnosť, odpor),
- fáza vyčerpania (záťažový podnet, stresor).

Intenzívne sa zaujímal o fyziologické pochody v priebehu reakcie organizmu na stresory. Ako biomedicínsky model mu poslúžili zvieratá. Vzhľadom na človeka bol jeho model nedostačujúci, absentovala duševná stránka človeka. Kognitívna aktivita človeka hrá dôležitú úlohu pri zvládaní (coping) záťaže a citový život boj so stresormi neoddeliteľne sprevádza (Křivohlavý, 2001).

Richard Stanley Lazarus položil hlavný dôraz na kognitívnu (poznávaciu a myšlienkovú) špecificky ľudskú charakteristiku zvládania ťažkostí ľuďmi. Zameral sa

na procesy v psychike človeka, ktorý sa ocitne v záťažovej situácii. Formuloval model dvojitého zhodnotenia situácie:

- Prvotné (primárne) – zváženie situácie z hľadiska ohrozenia (vlastnej existencie, sebarealizácie, sebahodnotenia, zdravia). V rámci neho bral do úvahy ohľad na objektívny stav sveta, ale i na rolu subjektívnych faktorov, všetkého čo ovplyvňuje usudzovanie, zvažovanie a hodnotenie existujúcej situácie.
- Druhotné (sekundárne) – týka sa možnosti (adekvátnosti osobnej kompetencie, zdrojov) človeka zvládnuť danú situáciu, ktorú ohodnotil ako ohrozujúcu (Křivohlavý, 2001).

Stres chápeme ako integrovaný súbor celulárnych, tkáňových, orgánových a psychických zmien, ktorých cieľom je navodenie stability organizmu, ktorá v čase pôsobenia stresoruzamedzuje dezintegrácii organizmu a zvyšuje pravdepodobnosť uspokojenia jeho potrieb. U človeka hovoríme o strese vtedy, keď sa dostáva do záťažovej situácie, u ktorej je príčina akákoľvek. Stresová situácia vzniká len vtedy, keď intenzita stresogénnej situácie je vyššia než schopnosť, respektíve možnosť daného človeka situáciu zvládnuť.

Eustres – pozitívny stres, v primeranej miere stimuluje človeka k lepším výkonom. Jeho zvládnutie si vyžaduje určitú námahu, napätie, ale prináša nám radosť, motivuje a dynamizuje našu ďalšiu aktivitu.

Distres – osoba veľmi subjektívne vníma a výrazne negatívne hodnotí vlastné osobné ohrozenie v pomere k možnostiam zvládnuť situáciu, čo má často výrazný negatívny emociálny doprovod (Křivohlavý, 2001).

Stresor je charakterizovaný ako akýkoľvek organizmom percipovaný podnet, ktorý robí existujúcu biologickú homeostázu, či psychickú štruktúru organizmu nevýhodnou z hľadiska prežitia organizmu alebo z hľadiska saturácie potrieb. Pôvod stresoru môže vychádzať z externých a interných zdrojov.

Externé stresory – fyzikálne a sociálne prostredie, interpersonálne smerovanie (emociálne stavy, psychologické vplyvy, spoločenská situácia).

Interné stresory – celkový životný štýl, osobná história človeka, postoje, hodnotový systém, ale aj nedostatok spánku, neúmerné pracovné zaťaženie...

Pri ohrození nastáva okamžitá mobilizácia organizmu, aby sa vytvorili vhodné podmienky k okamžitému zvládnutiu situácie. Dochádza k pôsobeniu chemických látok (adrenalin, nradrenalin). Adrenalin zohráva rozhodujúcu úlohu v každej stresovej

situácii. Osoby, ktoré sú vystavené neustálemu pôsobeniu nadmerného stresu, sú viac náchylné k infekciám (Sieradzki, 2004).

U rôznych osôb sa stres objavuje v rôznej intenzite. Pre jedných je negatívnym stavom, pre druhých je mobilizujúcim činiteľom, ktorý ich aktivizuje fyzicky i mentálne. Niektorí ľudia namiesto toho, aby sa snažili nad stresom zvíťaziť, hľadajú záchranu v úteku, siahajú po alkohole, liekoch alebo sladkostiach. Takéto deštruktívne mechanizmy v úteku pred stresom situáciu len zhoršujú a zväčšujú problémy (Sieradzki, 2004).

Najlepší spôsob, ako zmierniť účinky stresu v našom živote, je udržiavať organizmus v dobrej kondícii tak, aby sme boli schopní zvládať stres vlastnými silami. Ľudia každodenný stres zvládajú rôznymi spôsobmi. Dostatočný príjem tekutín je nevyhnutne potrebný. Vodu potrebujeme na obnovu telesných tekutín, odstraňovanie toxických látok z tela. Kúpeľ vo vlažnej vode, sauna, telasoterapia (kúpeľ v morskej vode) spôsobuje celkové uvoľnenie, odstránenie napätia a celkové fungovanie organizmu. Meditácia je jedným z najstarších prostriedkov pre získanie duševného pokoja. Primeraný oddych po celodennej záťaži. So správnym oddychom úzko súvisí telesné cvičenie. Význam správneho stravovania a zdravého životného štýlu nepopierame.

Stres v práci sestry

Povolanie sestry je najmä výzvou, v ktorej sa skrýva ochota profesionálne sa postarať o tých, ktorí to potrebujú, obdať úsmevom, byť oporou v trápení a v beznádeji (Kremeňová, 2005). Všetci poznáme to známe „Lekár lieči, sestra uzdravuje“. Nielen podávaním liekov, ošetrovateľskými výkonmi, ale aj dobrým slovom, pohladením a drobnými maličkosťami, ktoré sú pre sestru samozrejmosťou, ale pre pacienta veľkou službou, pomocou v jeho situácii.

Na traumatologickom oddelení sú hospitalizovaní pacienti všetkých vekových skupín, sociálneho postavenia, vzdelania, povolania, rôznych národností, rôznych typov a vlastností. Pacient pri akútnom prijíme je vytrhnutý zo svojho spôsobu života a zmena je väčšinou vnímaná negatívne, vyhodnotená pacientom ako tiesňová, ba až kritická životná situácia. Dochádza k zmene jeho psychiky, jeho reakcií a správania. Často je neschopný pohybu, zbavený samostatnosti a nezávislosti.

Každý pacient prežíva úraz jemu vlastným spôsobom. Niektorí bývajú agresívni, stiesnení, depresívni, frustrovaní, plachí. Iní bagatelizujú svoje ochorenie, iní simulujú. Jedni sú panovační, iní nerozhodní.

Sestry sú v priamom kontakte s pacientom po celý svoj pracovný čas, vidia jeho bolesť, slabosť, zlyhávanie, ale aj jeho pokroky a víťazstvá. Vytvára sa medzi nimi a pacientom vzťah, ktorí v sebe nesie prvky materské, rodičovské, ale neraz aj nepriateľské, odmietajúce, odpudzujúce. Byť sestrou znamená vnímať pocity pacienta, rozpoznať aj to čo nepovedal, usmievať sa, prinášať pocit pohody, dobrej nálady, optimizmu. Vpravú chvíľu ho povzbudiť, dodať mu sily.

Stresujúco na sestry pôsobia podmienky, v ktorých pracujú (vybavenie pomôckami, počet pacientov vzhľadom na personálne vybavenie, vzťahy na pracovisku, konflikty). Často je zdrojom stresu aj sestra – rieši viacero problémov naraz, nevie povedať „nie“, nesprávne si zadelí povinnosti a úlohy, kritiku berie osobne, je neasertívna. Sestra musí zvládať nielen výraznú fyzickú záťaž, ale i psychickú vyplývajúcu z konfrontácie so závažným ochorením.

Nesmie jej chýbať:

- altruizmus – ochota pomáhať ľuďom, pracovať v ich prospech,
- schopnosť trpezlivo vypočuť klienta (láskavý a ohľaduplný prístup),
- empatia – schopnosť vžiť sa do duševného stavu pacienta a pochopiť jeho emócie,
- otvorenosť a nefalšovanosť,
- optimizmus – sestra by mala byť pre pacienta zdrojom dobrej nálady a príkladom pozitívneho myslenia,
- schopnosť pocitu vzájomnosti – vytváranie neformálnej dohody medzi sestrou a klientom ako prejavov ľudskej súhry (Tvrdá, 2004).

Cieľom práce je zistiť úroveň vedomostí sestier, schopnosť zvládať stres a to:

- schopnosť identifikovať stres,
- stupeň záťaže na traumatologickom oddelení,
- realizáciu techník zvládania stresu v praktickom živote.

Materiál a metodika

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu na traumatologických oddeleniach zdravotníckych zariadení Trnavského kraja. Prieskumnú vzorku tvorilo 80 respondentov. Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

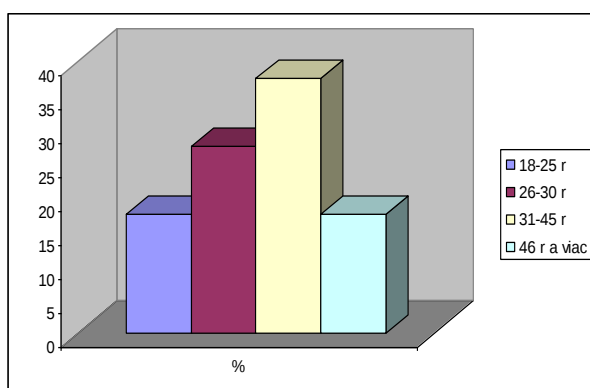
- sestry pracujúce pri lôžku pacienta,
- sestry rôznych vekových skupín a rôzneho vzdelania.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch november a december 2009. Návratnosť dotazníkov bola 100%. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

Výsledky

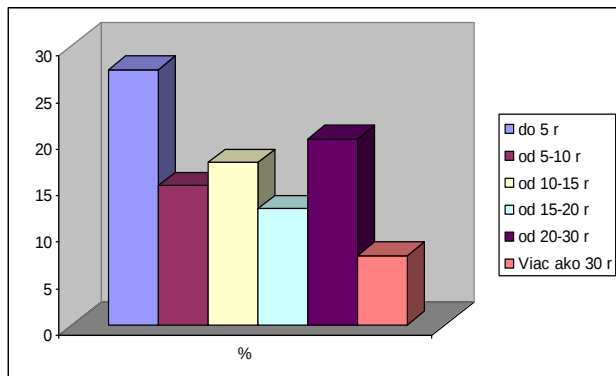
Graf 1 Štruktúra respondentov podľa veku



Výsledok približne kopíruje stav demografického zloženia obyvateľstva, ktorý ale nie je typický pre súčasné zamestnanecké rozloženie. Najväčšie zastúpenie mali sestry vo vekovej kategórii 31-45 rokov 37,5% (30 sester), 27,5% (22) sester bolo vo vekovej

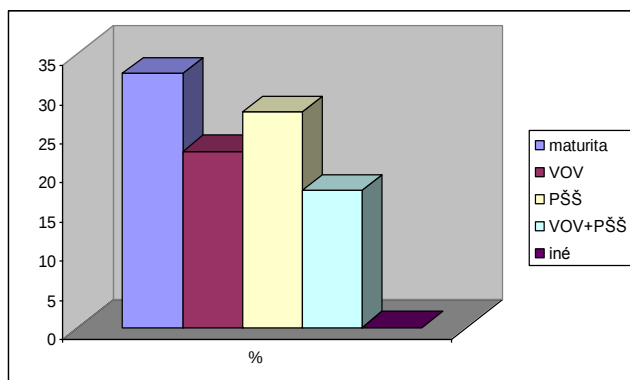
kategórii 26-30 rokov. Zhodne po 17,5% (14) sestier bolo vo vekovej kategórii od 18-25 rokov a vo vekovej kategórii 46 a viac rokov.

Graf 2 Štruktúra respondentov podľa rokov praxe



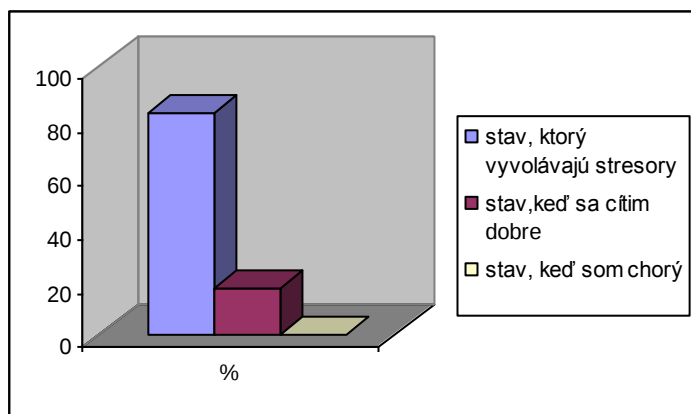
Najväčšiu vzorku 22 respondentov tvorili sestry s praxou do 5 rokov (27,5%), 20% (16) sestier pracuje na oddeleniach od 20 do 30 rokov. 14 (17,5%) sestier udalo dĺžku praxe od 10 do 15 rokov a 15% (12) sestier od 5 do 10 rokov. Najmenšie zastúpenie v súbore 7,5% (6) mali sestry s dĺžkou praxe viac ako 30 rokov.

Graf 3 Štruktúra respondentov podľa vzdelania



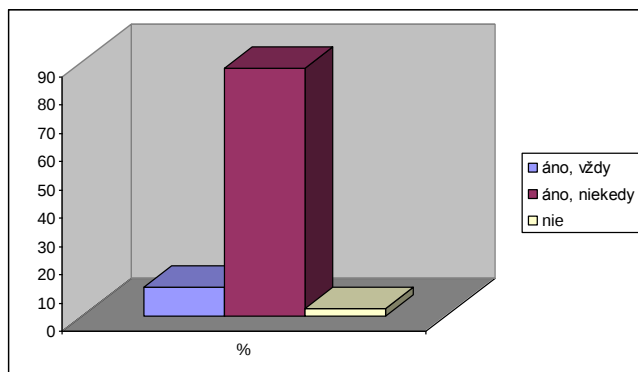
32,5% (26) sestier v skúmanom súbore malo maturitu na SZŠ, 27,5% (22) sestier absolvovalo pomaturitné špecializačné štúdium, 18 (22,5%) sestier absolvovalo vyššie odborné štúdium a 14 (17,5%) sestier zo súboru udalo, že absolvovalo pomaturitné špecializačné štúdium aj vyššie odborné štúdium. Ukončené vysokoškolské štúdium neudala ani jedna sestra.

Graf 4 Identifikácia stresu



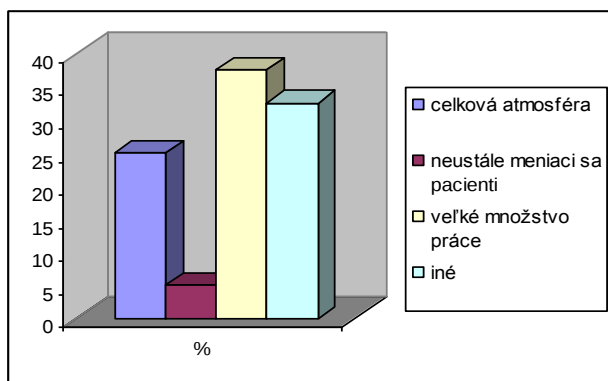
Na základe odpovedí konštatujeme, že väčšina respondentov 82,5% (66) sestier správne identifikovalo stres.

Graf 5 Pociťovanie stresu v zamestnaní



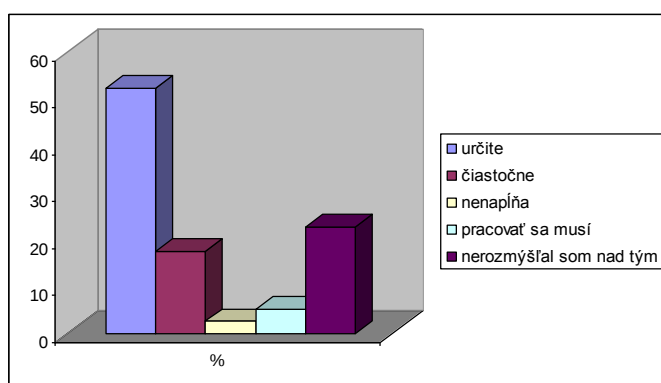
87,5% (70) sestier odpovedalo, že má vždy pocit stresu v práci, niekedy má pocit stresu 10% (8) sestier. 2 (2,5%) sestry odpovedali, že nepociťujú stres v zamestnaní. Na základe odpovedí konštatujeme, že až 97,5% sestier pociťuje stres v zamestnaní.

Graf 6 Identifikácia stresorov



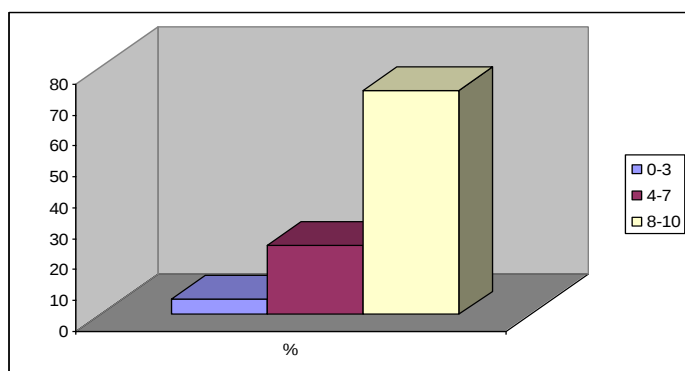
Z odpovedí respondentov vyplýva, že na 37,5% (30) sestier stresujúco pôsobí veľké množstvo práce, 25% (20) sestier uviedlo, že celková atmosféra. Na štyri sestry (5%) negatívne pôsobia neustále sa meniaci pacienti a až 37,5% sestier uvádza ako stresor veľké množstvo práce. 32,5% (26) sestier odpovedalo „iné“. Najčastejšie ako stresor označili interpersonálne vzťahy, zlú organizáciu práce, zdravotný stav pacienta (keď mu nevedia pomôcť), nedostatok pomôcok a techniky, veľké množstvo administrácie. Respondenti špecifikovali, že na nich stresujúco pôsobia etylizovaní pacienti a ťažké detské úrazy.

Graf 7 Spokojnosť v práci



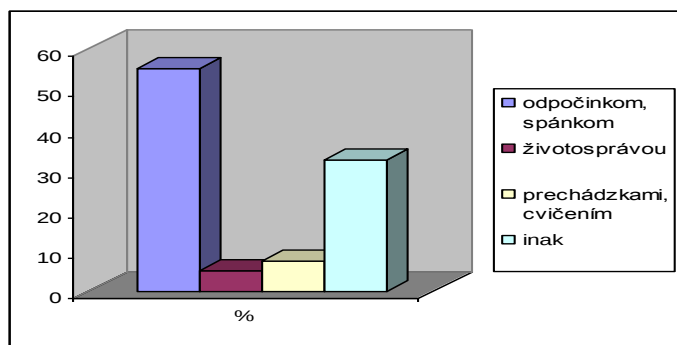
52,5% (42) sestier je spokojných so svojou prácou, 14 (17,5%) je spokojných čiastočne, 2,5% (2) odpovedali, že ich povolanie nenapĺňa. 5% (4) sestry odpovedali, že pracovať sa musí a odpoveď „nerozmýšľala som nad tým“ uviedlo 18 (22,5%) sestier.

Graf 8 Hodnotenie psychickej záťaž



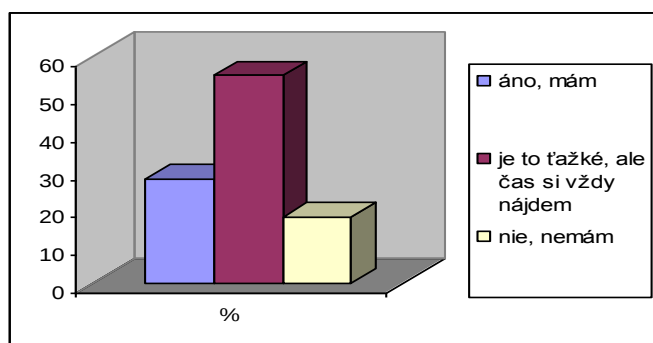
Na stupnici od 0 (žiadna záťaž) po 10 (maximálna záťaž) 72% sestier hodnotí psychickú záťaž ako vysokú, 22% ako strednú a 5% (4) sestry označili nízke hodnoty.

Graf 9 Spôsoby zvládania stresu



Najčastejší spôsob zvládania stresu je odpočinok a spánok. Realizuje ho 55% (44) sester. 4 sestry (5%) zvláda stres úpravou životosprávy a 6 (7,5%) relaxuje prechádzkami a cvičením. 32,5% (26) sester si zvolilo odpoveď „iné“. Svoju odpoveď špecifikovalo nasledovne: pracujem v záhrade, pozerám televíziu, čítam, počúvam hudbu, snažím sa na prácu nemyslieť, pijem kávu.

Graf 9 Dostatok času na relaxovanie mimo pracoviska



55% sester (44) napriek tomu, že je to ťažké si nájde čas na oddych a relaxáciu, 22 sester (27,5%) má čas na oddych v domácich podmienkach a 17,5% (14) sester odpovedalo, že nemá čas.

Diskusia a záver

Na sestru poskytujúcu ošetrovateľskú starostlivosť chorým ľuďom pri lôžku pacienta pôsobí veľké množstvo stresorov, ktoré vyvolá stres (záťažovú situáciu). Je potešiteľné, že väčšina respondentov správne definovala stres a pozná stresory na pracovisku a snaží sa hľadať ich zdroje. Viac ako polovica sester má veľmi pozitívny vzťah k svojmu povolaniu (52,5%), práca ich naplňuje a až 22% sester sa nad svojím vzťahom k práci nezamýšľa. To možno vyhodnotiť niekoľkými spôsobmi, ale s vysokou

pravdepodobnosťou ide o to, uspokojenie z práce prešlo „zo srdca do žíl“ a stalo sa ich neoddeliteľnou a samozrejmovou súčasťou, bez ktorého nie je možné toto povolanie vykonávať. Pozitívom je zistenie faktov, ktoré svedčia o ľudskom a zároveň profesionálnom prístupe sestier ku pacientom.

Psychickú záťaž hodnotí ako vysokú 72% sestier. Nízku záťaž uvádzali sestry s dlhou dobou praxe. Je potešiteľné, že sestry praktizujú techniky na odbúravanie stresu napriek tomu, že je to ťažké, ale čas v domácich podmienkach si vždy nájdu. Najčastejšie relaxujú odpočinkom a spánkom. Na relaxáciu využívajú aj prechádzky a cvičenie, ako aj úpravu životosprávy. Melgosa (1998) odporúča v prevencii stresu využívať liečivé rastliny, (ktoré majú povzbudzujúce účinky, ktoré pomáhajú dosiahnuť rovnováhu nervovej sústavy), meditáciu a upraviť stravovacie návyky.

Na základe výsledkov a štúdia literatúry dovoľujeme si navrhnúť nasledovné odporúčania pre prax:

- zlepšiť materiálne vybavenie a personálne obsadenie na ošetrovacích jednotkách,
- optimalizovať pracovné podmienky sestier a vhodne organizovať ich prácu,
- posilňovať vedomie ich vlastnej hodnoty, profesie sestry,
- prispievať na relaxačné pobyty.

Keď má sestra účinne zvládať ošetrovateľskú starostlivosť, čo sa od nej očakáva, musí byť schopná regenerovať svoje telesné a duševné sily. Povolanie sestry vyžaduje veľa obetavosti, nezištnosti a sebazaprenia. Od sestry sa očakáva, že bude empatická, čestná, pravdovravná, trpezlivá a dôsledná, vzdelaná, s veľkým sociálnym cítením, taktná, vládna, prívetivá a vždy usmievavá. Aby mohla zodpovedne vykonávať svoju prácu na vysokej profesionálnej úrovni musí byť zdravá. Od telesného zdravia sestry nemôžeme oddeliť ani duševné zdravie sestry.

Literatúra:

BAŠTECKÁ, B.- GOLDMANN, P. 2001. Základy klinické psychológie. Praha: Portál , 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.

BOROŠ, J.- ONDRIŠKOVÁ, E.- ŽIVČICOVÁ, E. 1999. *Psychológia*. Bratislava: Iris, 1999, 272 s. ISBN 80-88778-87-5.

GULÁŠOVÁ, I. 2004. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. Sestra, ročník XIV., číslo 6, 2004, s. 8-9. ISSN 1210-0404.

KREMEŇOVÁ, M. 2005. *Model sestry*. Sestra, ročník IV, 2005/12, s. 10. ISSN 1335-9444.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 2. vydanie, Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

MELGOSA, J. 1998. *Zvládni svoj stres*. Vrútky: Advent-Orion, 1998, 191 s. ISBN 80-88719-81.

PALÁT, M. 2004. *Stres – sprievodný fenomén súčasného človeka*. Revue medicíny v praxi, roč. 2, č. 2, 2004, s. 5-6. ISSN 1336-202.

SIERADZKI, A. 2004. *Léčba stresu*. Frýdek-Místek: Alpress, 2004, 112 s. ISBN 80-7362-018-9.

TVRDÁ, G.-MUCHOVÁ, M. 2004. Citlivé srdce a profesionalita. Sestra, ročník III, 2004/10, s. 21. ISSN 1335-9444.

Kontakt na autora:

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

E-mail: maria.kopacikova@gmail.com

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej

(Vyhorenie u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti)

Wojciechowska M.¹, Golenia E.², Antos E.¹

¹Collegium Masoviense. Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

²Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Wstęp

W obliczu bezrobocia i kryzysu gospodarczego praca uważana jest za ogromną wartość. Decyduje o jakości życia, sposobie zdobywania środków do życia, satysfakcji, rozwoju osobistego, może mieć także siłę niszczącą. Wiele osób uznaje pracę za największe źródło stresu. Trudności w skutecznym zmaganiu się ze stresem zawodowym, mogą doprowadzić do sytuacji, w której osoba udzielająca pomocy innym, sama potrzebuje wsparcia. Stopień zagrożenia wypaleniem zawodowym zależy między innymi od profilu wykonywanej pracy. Pewne profesje mają szczególną skłonność do występowania wypalenia zawodowego. Należą do nich pracownicy służb socjalnych, personel medyczny, nauczyciele. Praca pielęgniarki wiąże się z silnymi obciążeniami i stresem psychicznym [1]. Powszechnie wiadomo, że nie wszystkie pielęgniarki są w równym stopniu narażone na zespół wypalenia zawodowego. Cechy osobowości takie jak wrażliwość, odpowiedzialność za innych, zaradność i empatia z jednej strony uprawniają do bycia dobrą pielęgniarką, z drugiej zaś predysponują do szybszego ulegania wypaleniu zawodowemu. Pielęgniarki zatrudnione w opiece paliatywnej mogą być szczególnie narażone na występowanie syndromu wypalenia zawodowego, ponieważ choroba, cierpienie, umieranie i śmierć to trudne i bolesne problemy ludzkiej egzystencji. Specyfika działań personelu opieki paliatywnej wymaga nie tylko opanowania, wiedzy i umiejętności z zakresu łagodzenia dokuczliwych dolegliwości, ale także wsparcia psychicznego, socjalnego i duchowego ofiarowanego choremu i członkom jego rodziny. Dlatego rzeczą niezwykle ważną jest wczesne rozpoznanie objawów przeciążenia stresem i przeciwdziałanie ich rozwojowi [7].

Cele pracy:

1. Ocena wiedzy pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej na temat wypalenia zawodowego.
2. Ocena wpływu stażu pracy na syndrom wypalenia zawodowego.
3. Wskazanie czynników mających wpływa na zjawisko wypalenia zawodowego.

4. Przedstawienie sposobów radzenia sobie z zaistniałym syndromem wypalenia zawodowego.

Metoda

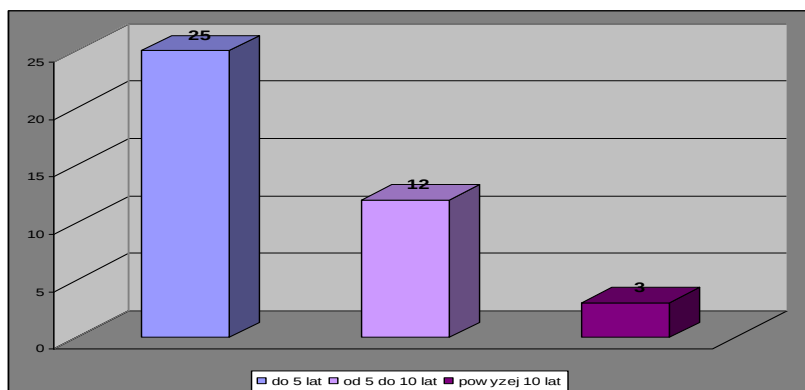
Do realizacji zamierzonego celu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego dokonaną za pomocą techniki jaką była ankieta. Narzędziem pomiaru był własnego autorstwa kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań.

Teren badań – grupa badawcza

Badanie zostało przeprowadzone w październiku 2010 roku w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, wśród uczestniczek specjalizacji z pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz wśród studentek Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi pracujących w opiece paliatywnej. Grupa badanych pielęgniarek składała się z 40 osób zatrudnionych w Łodzi oraz w województwie łódzkim. Miejscem pracy respondentów były zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

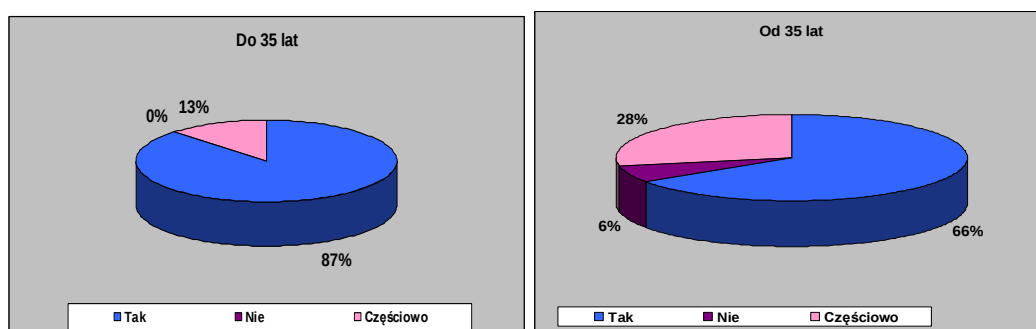
Wyniki

Kobiety stanowią 97%, mężczyźni 3% badanych respondentów. W przedziale wiekowym do 25 lat jest 1 pielęgniarka (3 %), od 26 do 35 lat – 7 osób (17 %), od 36 do 50 – 23 osoby (58 %), powyżej 50 lat – 9 (22%). Wykształcenie średnie miało 30 pielęgniarek (75%), wyższe zawodowe – licencjat miało 6 osób (15%), natomiast wyższe – magisterskie 4 osoby (10%). Do 5 lat staż w zawodzie pielęgniarki miały 3 panie (8%), od 6 do 10 lat – 2 osoby (5%), od 11 do 20 lat – 12 pielęgniarek (30%), od 21 do 30 lat – 14 osób (35%) oraz powyżej 30 lat – 9 (22%). Zatrudnienie w opiece paliatywnej do 5 lat wykazało 25 pielęgniarek (63%), od 6 do 10 lat – 12 pielęgniarek (30%) oraz 3 pielęgniarki powyżej 10 lat (7%) (rycina 1). Cztery pielęgniarki (10%) pracują na jedną zmianę, pracę jednozmianową z czuwaniem pod telefonem wykonuje 8 pielęgniarek (20%), natomiast 28 pielęgniarek/pielęgniarzy (70%) pracuje na zmiany, w tym w godzinach nocnych.



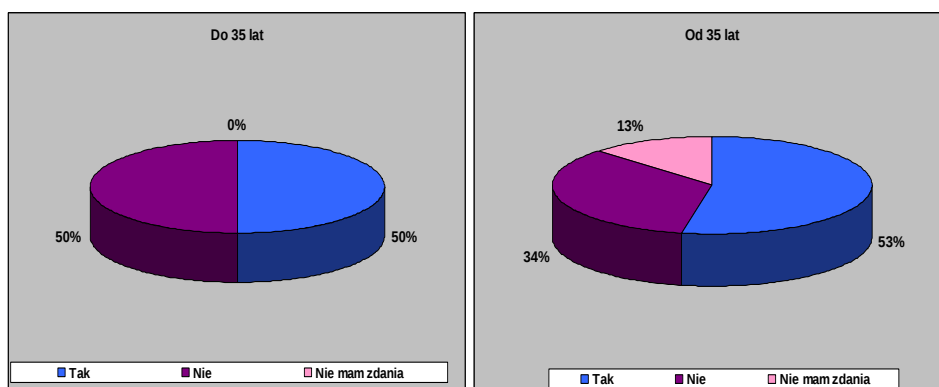
Rycina 1. Staż pracy w opiece paliatywnej

Według subiektywnej oceny pielęgniarki do 35 roku życia (87%) posiadają wiedzę na temat wypalenia zawodowego, 13% posiada tę wiedzę częściowo. W przypadku pielęgniarek powyżej 35 roku życia (66%) ocenia dobrze swoją wiedzę, 28% ma ją częściową, 6% nie posiada jej w ogóle (rycina 2).



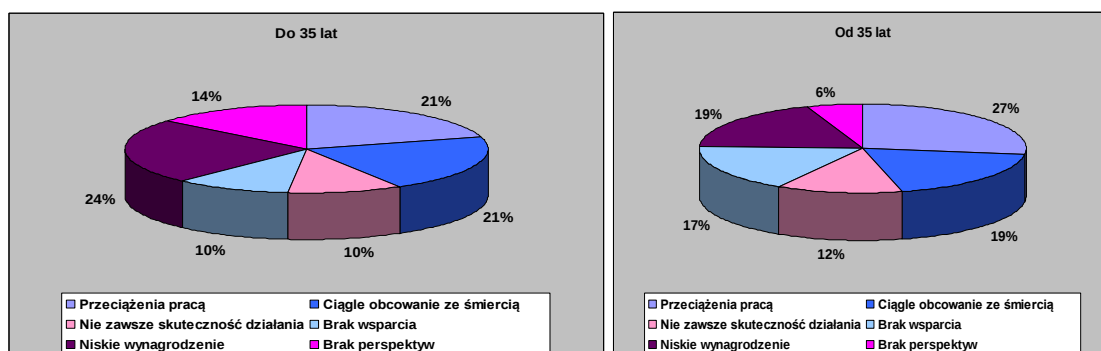
Rycina 2. Wiedza na temat wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek/pielęgniarzy.

W grupie pielęgniarek do 35 roku życia – 35% zaobserwowało u współpracowników codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania, 26% częste dolegliwości fizyczne, po 13% wyłączenie z życia społecznego oraz konfliktowość i niską samoocenę. U pielęgniarek powyżej 35 roku życia codzienne zmęczenie i wyczerpanie zaobserwowało 33% respondentek, 24% wykazało konfliktowość, 20% wskazało dolegliwości fizyczne, 17% na niską samoocenę, 6% na wyłączenie z życia towarzyskiego. U pielęgniarek z dłuższym stażem pracy 53% wskazało na wystąpienie objawów wypalenia zawodowego, 13% nie miało zdania na ten temat, a 34% oceniło negatywnie wystąpienie powyższych objawów (rycina 3).



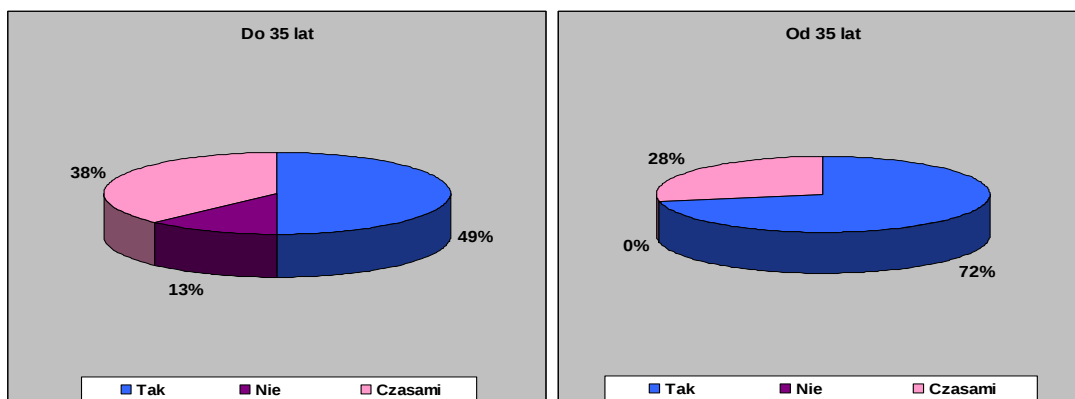
Rycina 3. Występowanie objawów wypalenia zawodowego u respondentów.

Dwadzieścia cztery procent pielęgniarek młodych wskazało przyczynę wypalenia zawodowego w niskim wynagrodzeniu za pracę, 21% widziało źródło wypalenia w obcowaniu ze śmiercią i przeciążeniu pracą, natomiast brak perspektyw podało 14% badanych. Brak wsparcia i nie zawsze skuteczność działania wskazało 10% respondentek. Inaczej przyczyny wypalenia zawodowego wskazywały pielęgniarki powyżej 35 roku życia, otóż 27% wypowiedziało się za przeciążeniem pracą, 19% wskazało na ciągłe obcowanie ze śmiercią oraz niskie zarobki, 17% brak wsparcia, 12% nie zawsze skuteczność działania, a 6% brak perspektyw (rycina 4).



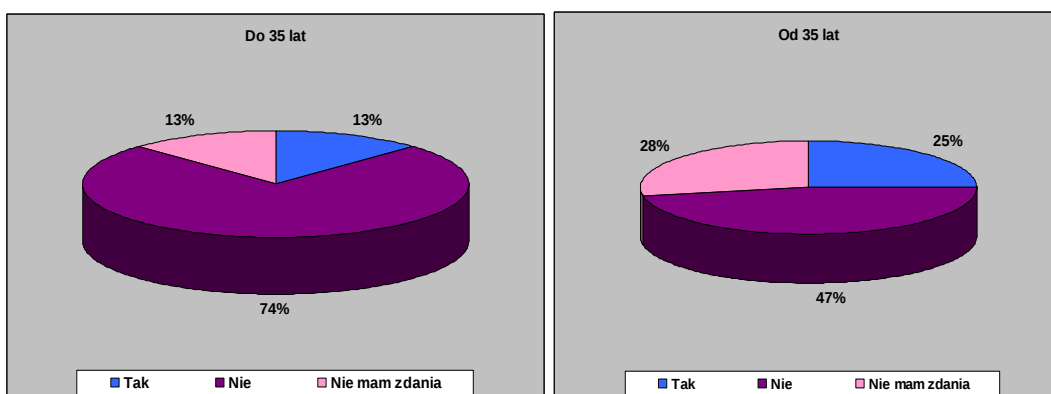
Rycina 4. Przyczyny wypalenia zawodowego zdaniem respondentów

Zdolność oddzielenia życia prywatnego pielęgniarek od zawodowego w obu grupach wiekowych przedstawia rycina 5.

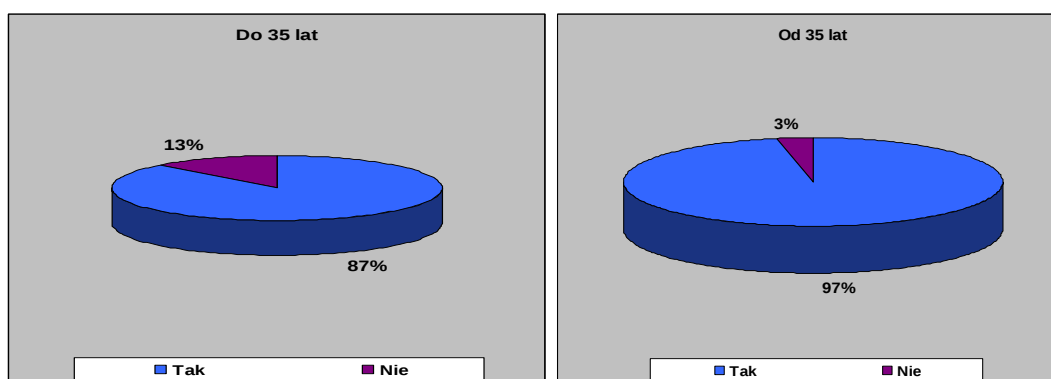


Rycina 5. Zdolność oddzielenia życia prywatnego pielęgniarek od zawodowego

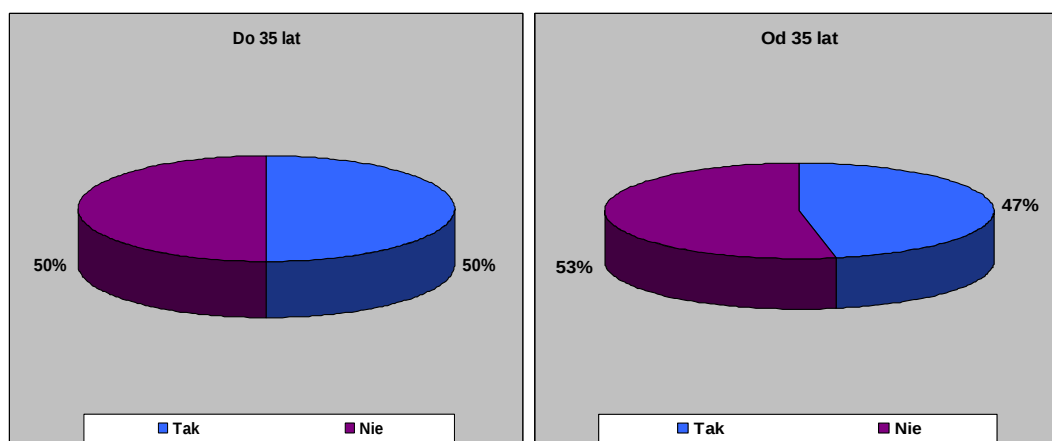
Możliwość awansu zawodowego oraz zainteresowanie zdobywaniem kwalifikacji zawodowych przedstawia rycina 6 i 7.



Rycina 6. Możliwość awansu zawodowego



Rycina 7. Zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pielęgniarek



Rycina 8. Działania profilaktyczne stosowane przeciw syndromowi wypalenia zawodowego

Rycina 8 przedstawia, czy osoby badane w obu grupach podejmują działania, aby przeciwdziałać syndromowi wypalenia zawodowego, czy nie mają takich potrzeb.

Dyskusja

Praca zawodowa jest znaczącym elementem egzystencji każdej istoty ludzkiej, oprócz realizowania potrzeb bytowych, daje możliwość realizacji siebie, swoich aspiracji i wewnętrznych dążeń. Wybierając zawód pielęgniarstwa trzeba mieć świadomość, że jest to profesja o ogromnym znaczeniu społecznym, zorientowanym na duży profesjonalizm i dynamiczny rozwój. Przystosowanie do pracy polega na występowaniu równowagi między potrzebami osób wykonujących pracę, a wymaganiami stawianymi przez ich odbiorców. Objawem dobrego zaadoptowania jest zadowolenie z pracy. Jeżeli jednak oczekiwania wykonywanej profesji są niezwykle wysokie pojawiają się symptomy stresowego przeciążenia. Specjalnością pielęgniarstwa, która jest niezwykle narażona na stres w pracy jest opieka paliatywna. Kontakt z chorymi w stanie terminalnym i ich rodzinami stanowi bardzo duże obciążenie emocjonalne [2]. Działanie długotrwałego stresu i nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami i stresem zawodowym może doprowadzić do zjawiska wypalenia zawodowego. Analizę problemu dokonano wśród pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej w placówkach województwa łódzkiego. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku od 36 do 50 lat, głównie z wykształceniem średnim. Staż pracy w zawodzie kształtował się w przedziale od 11 do powyżej 30 lat. Przebieg zatrudnienia w opiece paliatywnej był znacznie krótszy – od 1 roku do maksymalnie 15 lat. Wynika to z tego, iż medycyna paliatywna jest stosunkowo młodą dziedziną pielęgniarstwa, funkcjonuje od 1999 roku [3]. Miejszem

pracy pielęgniarek jest w 50% oddział Medycyny Paliatywnej, w 50% Domowa opieka paliatywna. Zatrudnione pielęgniarki pracują w systemie pracy zmianowej – 70%, 20% jest zatrudnionych w systemie jednozmianowym z czuwaniem pod telefonem oraz 10% pracuje na jedną zmianę. Praca w godzinach nocnych ma negatywne skutki zarówno w sferze biologicznej, zdrowotnej i socjologicznej. Pielęgniarka jest w środku problemu, przeżywa każdy niepokojący objaw, jest wyłączona ze swojego życia. Może to przy braku wsparcia prowadzić do wypalenia zawodowego. Z badań wynika, że zarówno młode, jak i doświadczone koleżanki posiadają wiedzę na temat wypalenia zawodowego, jedynym błędem było zaliczenie depresji do czynników wypalenia zawodowego. Najpopularniejszym źródłem wiedzy na temat wypalenia zawodowego były różnego rodzaju formy doskonalenia zawodowego – 27% u pielęgniarek młodych i 35% z dłuższym stażem. Wypalenie zawodowe nie jest groźne dla pielęgniarek, które są przekonane o wartości podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Drugim narzędziem wiedzy była literatura medyczna 26% i 27%. Wypalenie zawodowe u współpracowników polegające na codziennym uczuciu zmęczenia i wyczerpania zaobserwowały obie grupy badanych pielęgniarek. Ilościowe i jakościowe obciążenie zadaniami, presja czasu powoduje, że pielęgniarki nie potrafią skutecznie odpoczywać, co skutkuje przemęczeniem w pracy. Częste dolegliwości fizyczne zaobserwowało 26% młodych respondentek i 20% starszych koleżanek. Jako przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarki do 35 lat podają niskie wynagrodzenie (24%), przeciążenie pracą i ciągłe obcowanie ze śmiercią (21%) oraz brak perspektyw (14%), brak wsparcia i nie zawsze skuteczność działania wskazało 10% respondentów. Niestety występuje niewspółmierność dochodów z wysiłkiem za wykonaną pracę, co powoduje frustracje. Istnieje znaczna różnica między uposażeniem pielęgniarek, a przedstawicielami innych grup zawodowych [4]. Opiekując się chorymi terminalnie i ich rodzinami pielęgniarki doświadczają takich uczuć jak: bezsilność i bezradność, w chwili śmierci występowanie typowych objawów żałoby. Stan taki występuje u osób angażujących się zbyt silnie emocjonalnie, odrzucających wszelki dystans emocjonalny. Wyczerpanie emocjonalne i zmęczenie psychiczne po zakończonej pracy deklarowało 50% młodych pielęgniarek, co świadczy o nie radzeniu sobie z negatywnymi emocjami w pracy. Doświadczone koleżanki w 43% potwierdziło występowanie tych objawów. Oczekiwania wobec pielęgniarek biorcy opieki mają duże, oprócz działań takich jak wsparcie psychiczne, dobra jakość życia, na które pielęgniarki mogą mieć wpływ, istnieją oczekiwania,

których mimo najlepszych chęci i profesjonalizmu zrealizować nie można. Mowa tu o takich oczekiwaniach, jak całkowite zniesienie dolegliwości fizycznych, dobra śmierć czy też wyleczenie chorego [5]. Niejednokrotnie jest to powodem dylematów moralnych [8]. „Empatia to zdolność do poprawnego odczytywania uczuć drugiej osoby” [7 s. 63]. Aby móc ocenić zagrożenia wpływające ze środowiska pracy zadano respondentom pytania dotyczące awansu zawodowego. Większość młodych osób – 74% wskazało na brak możliwości awansu, nie lepiej było w starszej grupie pielęgniarek, 47% wytypowało brak możliwości robienia kariery zawodowej. Tymczasem 97% pielęgniarek od 35 roku życia i 87% poniżej 35 lat deklaruje chęć doskonalenia zawodowego. W kwestii profilaktyki wypalenia zawodowego zapytano pielęgniarki o istnienie pracowniczych grup wsparcia. Obie grupy badanych w 87% i 82% nie wskazały na istnienie takich form pomocy. W sytuacjach trudnych emocjonalnie, pielęgniarki mogą liczyć na pomoc współpracowników i rodziny, tylko w nieznacznym stopniu od przełożonych. Tymczasem wsparcie otrzymane od profesjonalistów znających problemy zawodowe przynosi bardziej pozytywne efekty od wsparcia rodzin i przyjaciół [4]. Pielęgniarki w 50% młode i 47% doświadczone stosują profilaktykę przeciw wypaleniu zawodowemu. Należy do niej ustalanie realistycznych celów, stosowanie przerw w pracy, skupianie się na pozytywnych stronach pracy, najwięcej jednak osób wskazało na posiadanie pozazawodowego życia. Respondentki wskazały też na uprawianie sportu, hobby, modlitwę. Warto zatem pamiętać, że każdy człowiek powinien poznać swoją osobowość, potrzeby, emocje oraz motywacje aby móc ustrzec się przed wypaleniem zawodowym.

Wnioski:

1. Pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej posiadają wiedzę na temat wypalenia zawodowego.
2. Staż pracy w opiece paliatywnej może mieć wpływ na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego. Pielęgniarki z dużym stażem pracy są lepiej przygotowane do pracy z chorymi terminalnie, poprzez wyznaczenie sobie realistycznych celów, wyższą samoocenę własnych działań. Mimo, że różnice w ocenie wypalenia zawodowego u siebie były u obu grup niewielkie, to zważywszy na krótki staż pracy młode pielęgniarki aż w 50% zaobserwowały u siebie objawy wypalenia zawodowego.

3. Na przyczynę wypalenia zawodowego respondentki wskazywały niskie wynagrodzenie za pracę, nadmierne obciążenie pracą, ciągłe obcowanie ze śmiercią oraz brak perspektyw i pozbawienie profesjonalnego wsparcia.
4. Tylko połowa z ankietowanych pielęgniarek stosuje profilaktykę przeciw syndromowi wypalenia zawodowego. Działania te w większości polegają na skupianiu się na pozytywnych stronach pracy, stosowaniu przerw podczas aktywności zawodowej oraz posiadaniu pozazawodowego życia. Pielęgniarki wymieniają także różnego rodzaju hobby, uprawianie sportu, jak i praktyki religijne.

Piśmiennictwo

1. Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D. (wsp): Opieka Paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
2. Bilski B. (red): Higiena pracy w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009
3. Bilska E.: Jak feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. „Niebieska linia” nr 4, 2004 s. 3-7
4. de Walden-Gałuszko K. (red.): Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
5. Ciechaniewicz W. (red): Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002
6. Kamińska M., Siewierski B., Skwara A. (wsp): Panowanie nad stresem. HELION, Gliwice 2005
7. Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą o sztuce komunikacji w hospicjum, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006

Kontakt na autorov:

dr n.med. Małgorzata Wojciechowska

Licencjat pielęgniarstwa Ewa Golenia

dr n. med. Elżbieta Antos

E:mail: malgorzataw62@gmail.com

Znajomość a respektowanie zasad etyki zawodowej pracy pielęgniarki/pielęgniarza

Mariola Głowacka, Paulina Kolińska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Zasady etyczne towarzyszą człowiekowi nie tylko w życiu osobistym, przenoszone są także w sferę zawodową, i to zarówno w sferę relacji, jak i obowiązków. Postępowanie zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki zostało wpisane w specyfikę zawodu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo jest profesją, której główną dewizą jest troska o dobro drugiego człowieka. Każdego dnia na swojej drodze personel medyczny spotyka się z dylematami natury moralnej. Aby móc dokonać właściwego wyboru pielęgniarki muszą znać Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej (1,2,3,4,5,6,8,9,12,14).

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu znajomości zasad etyki zawodowej zapisanych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej oraz stopnia ich przestrzegania w pracy zawodowej przez pielęgniarki.

Materiał i metody. Próbę badawczą stanowiła 100-osobowa grupa pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 i Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 w Bydgoszczy. Badanie przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego. Materiał zgromadzono za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, a otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki i wnioski. Większość badanych respondentek знаła Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. Jednakże sama znajomość treści Kodeksu nie świadczyła o jego przestrzeganiu w pracy zawodowej. Postępowanie zgodnie z zasadami etycznymi często sprawiało problem personelowi pielęgniarskiemu. Jako zasady trudne do przestrzegania respondentki wskazywały przede wszystkim: poufność, czynienie dobra i nieszkodzenie oraz sprawiedliwość. Większość ankietowanych (77%) potwierdziła, że w swojej pracy miała do czynienia z dylematami natury etycznej oraz podkreślała potrzebę organizowania szkoleń, konferencji, dyskusji na tematy etyczne (90%).

Słowa kluczowe. etyka, etyka zawodowa, zasady etyczne, Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

ABSTRACT

Introduction. Ethical principles are accompanied by a man not only in their personal lives, they also move into the realm of professional, both in the realm of relationships and responsibilities. Proceedings in accordance with the principles of the Code of Ethics is included in the specificity of the profession of nursing. Nursing is a profession whose main motto is concern for the welfare of another human being. Every day on his way medical staff meets with moral dilemmas. To make the right choice of nurses must therefore be familiar with the Code of Ethics of Nurses and Midwives (1,2,3,4,5,6,8,9,12,14).

Aim. The aim of the research work was to determine the level of awareness of ethical principles enshrined in the Code of Ethics of Nurses and Midwives and their degree of compliance in the workplace.

Material and methods. The sampling was the 100-strong group of nurses / nurses working in the University Hospital No. 1 and 2 in Bydgoszcz. The study was conducted using the diagnostic survey. The material was collected using a questionnaire survey of its own design and the results were statistically analyzed.

Results and conclusions. Most of the surveyed respondents know the Code of Ethics for Nurses and Midwives. However, the mere knowledge of the contents of the Code does not provide for its observance in the workplace. Proceedings in accordance with ethical principles often makes the problem of medical personnel. The rules difficult to comply with the respondents consider first of all: privacy, do good and not to harm and justice. As many as 77% of respondents confirmed that their work had to deal with ethical dilemmas. In turn, 90% of the study group recognized the need for organizing training courses, conferences, discussions on ethics.

Key words: ethics, professional ethics, ethical principles, The Professional Code of Ethics for Nurses and Midwives.

WSTĘP

Od zarania dziejów człowiek zauważał niezwykłą zależność, że aby można było mówić o społecznym zgodnym funkcjonowaniu, trzeba stworzyć zbiór praw i obowiązków, według którego można by postępować. Na przestrzeni lat pojawiały się coraz to nowe formy zorganizowania i uporządkowania ludzkiej egzystencji. Współcześnie skodyfikować można niemalże wszystko. Dla wielu osób kodeksy są

bardzo zawile i często wręcz niepotrzebne. Niemniej jednak są sytuacje, w których bez norm i wyznaczników postępowania nie da się funkcjonować. Należy tu wskazać chociażby na przepisy drogowe. Chwilowa zmiana w organizacji ruchu i brak sygnalizacji świetlnej na skrzyżowaniu potrafią wprowadzić niemałe zamieszanie wśród kierowców. Niemałe, a często także tragiczne w skutkach. Istnieją bowiem kodeksy, bez których nie da się żyć. Wiedza o nich w wielu przypadkach jest sprawą oczywistą i niewymagającą zgłębiania. Ludzie często mają do czynienia z kodeksami normatywnymi, które towarzyszyły im w codziennym życiu od zawsze, a tym samym tkwiły w pamięci i spowodowały wypracowanie swoistego zbioru norm i zasad. Takim płynnym zagadnieniem jest z pewnością zagadnienie etyki. Gdyby zapytać przypadkową osobę, czy kieruje się w życiu pobudkami etycznymi, z pewnością większość odpowiedziałaby bez zawahania, że tak. Ale czy równie wielu potrafiłoby wyjaśnić definicję etyki? Na to pytanie nie ma pełnej odpowiedzi. Można jednak zawęzić grono poszukiwań i sprawdzić tę kwestię na przykładzie konkretnej jednostki społecznej (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18).

Etyka towarzyszy człowiekowi nie tylko w życiu osobistym, obowiązuje również w sferze zawodowej, i to zarówno w sferze relacji, jak i obowiązków. Etyka na stałe wpisała się w specyfikę zawodu pielęgniarstwa. Ten szczególny rodzaj służby, jaką sprawują pielęgniarki wobec osób potrzebujących, wymaga od nich zarówno wysokiego poziomu kwalifikacji zawodowych, jak i należytych postaw i zachowań moralnych. Zasady etyczne to nie tylko nakazy moralne wyznaczające prawidłowy kierunek postępowania. Stanowią one swego rodzaju istotne kryterium, na podstawie którego dokonuje się oceny zachowań zawodowych personelu pielęgniarstwa. Dlatego też, istotnym wydaje się podejmowanie działań zmierzających dla zbadania nie tylko poziomu znajomości zasad etycznych, ale także stopnia ich respektowania w praktyce zawodowej (8,9,14,15,18).

METODOLOGIA I METODYKA BADANIA

Cel pracy. W kontekście powyższego za cel niniejszej pracy przyjęto przedstawienie poziomu wiedzy pielęgniarek aktywnych zawodowo na temat znajomości zasad kodeksu etyki oraz wykorzystania tej wiedzy w praktyce.

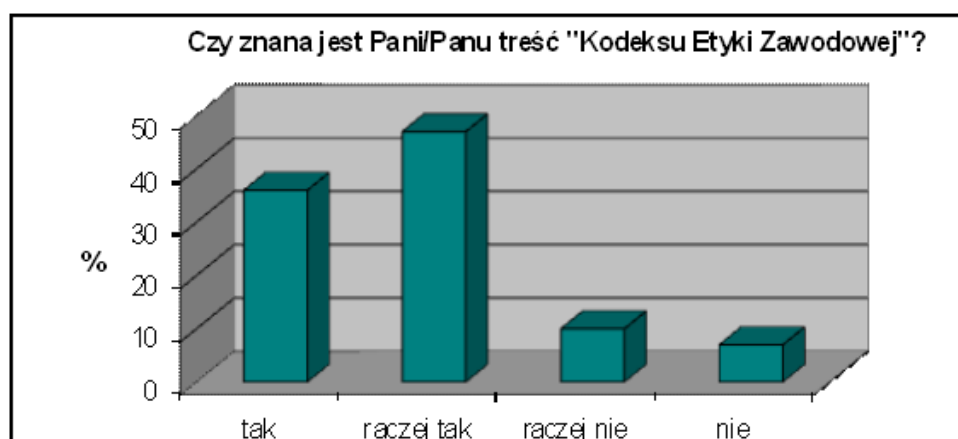
Obszar i okres badań. Badanie przeprowadzono wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. A. Jurasza oraz Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. J. Biziela w Bydgoszczy.

Badanie rozpoczęto w lutym, a zakończono w maju 2011 roku.

Metody, techniki i narzędzia badawcze. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego. Materiał zgromadzono za pomocą autorskiego narzędzia badawczego, którym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta pozwalała na scharakteryzowanie grupy badawczej pod względem kryteriów demograficznych oraz uzyskać odpowiedzi na problemy badawcze. Badaniem została objęta 100-osobowa grupa pielęgniarek pracujących w wyżej wymienionych placówkach. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy mieli prawo do rezygnacji z badania, na każdym jego etapie, bez żadnych konsekwencji. Zdecydowaną większość ankietowanych biorących udział w badaniu stanowiły kobiety. Badana grupa była różnorodna pod względem wieku. Średnia wieku badanych osób wyniosła 38,48 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 30 – 39 lat oraz 40 – 49 lat. Najmniej osób było w wieku 50 i więcej lat (7%). Wśród ankietowanych były osoby z wykształceniem średnim (41%), po ukończeniu studiów licencjackich (33%) i z tytułem magistra pielęgniarstwa (26%). Spośród badanych respondentów nieznaczny odsetek zamieszkiwał na wsi (7%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pochodzące z dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców). Ankietowane pielęgniarki podzielono na trzy grupy wg kryterium długości stażu pracy: krótki (0 do 10 lat), średni (11 – 20 lat) i długi (powyżej 20 lat). Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem 11 – 20 lat (42%). Ankietowani pracowali na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (21%), internistycznym (12%), chirurgicznym (9%) lub na innych niż wymienione w ankiecie oddziałach (58%).

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

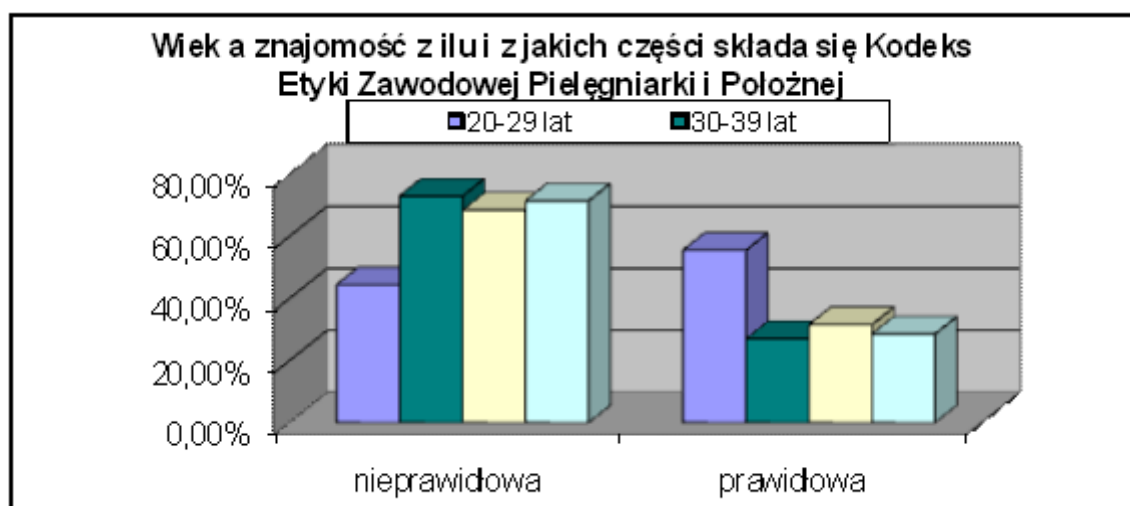
Hipotezy postawione w pracy zweryfikowano za pomocą testu statystycznego X^2 (chi kwadrat), przyjmując poziom istotności $p < 0,05$, weryfikującego istotność odnotowanych różnic między poszczególnymi grupami.



Ryc.1.Znajomość treści Kodeksu Etyki Zawodowej

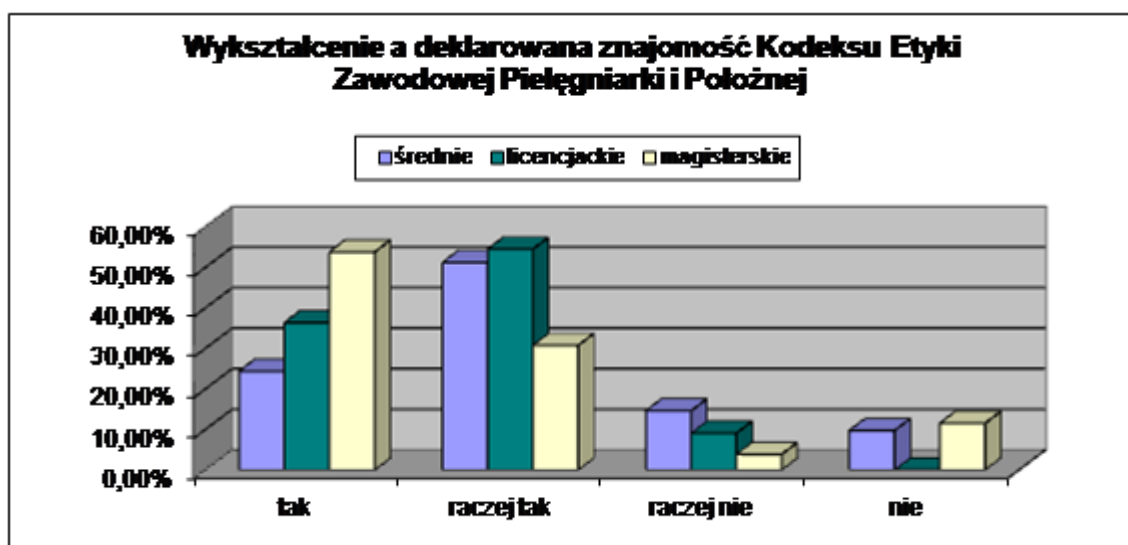
Pierwsze pytania zawarte w ankiecie, na które badana grupa miała udzielić odpowiedzi, dotyczyły kwestii znajomości treści Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej oraz jego budowy. Z analizy danych wynika, że znaczny odsetek badanych deklaruował znajomość treści Kodeksu (36%) lub, że raczej tę wiedzę posiadał (47%). Co dziesiąty ankietowany udzielił odpowiedzi „raczej nie”, a co czternasty (7%) nie znał treści Kodeksu Etyki (Ryc.1). Chcąc sprawdzić, czy badana grupa pielęgniarek/pielęgniarzy rzeczywiście zna Kodeks w kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi, z ilu i z jakich części składa się przedmiotowy dokument. Aż 66% respondentów nie potrafiło udzielić prawidłowej odpowiedzi, mimo że wcześniej deklarowało, że raczej zna Kodeks Etyki.

Wiek ankietowanych nie wpływał znacząco na znajomość zasad etycznych ($p=0,687$). Jednakże, na podstawie uzyskanych informacji stwierdzono, że wśród respondentów najlepszą znajomość Kodeksu deklarowały osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (55,56%) Orientacja w zakresie struktury Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej nie była warunkowana wiekiem pielęgniarek/pielęgniarzy ($p=0,194$) (Ryc.2).



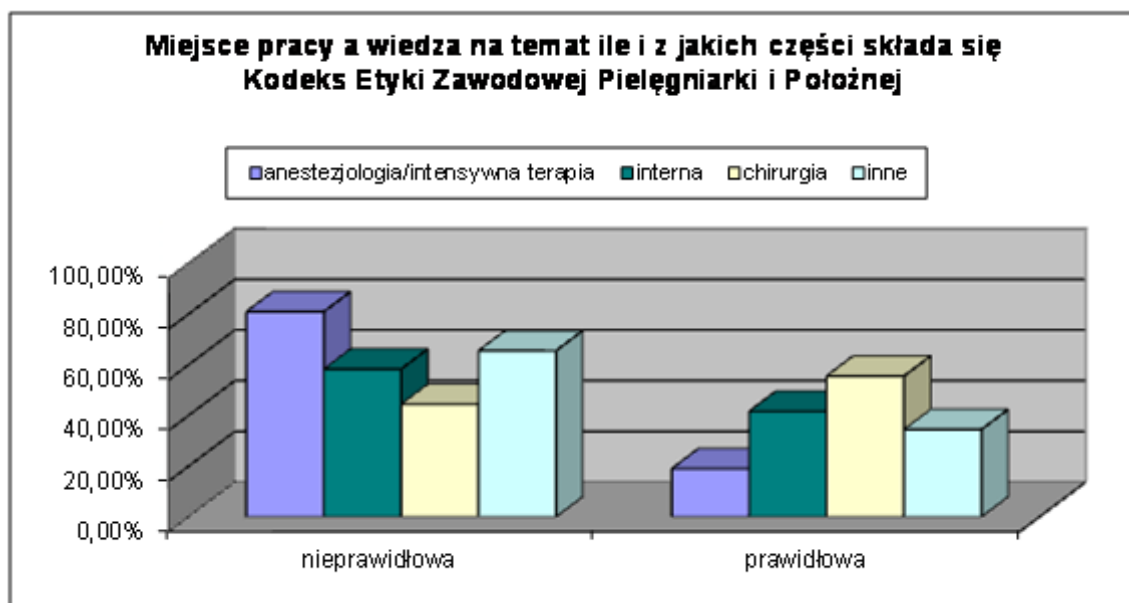
Ryc. 2. Wiek a znajomość części składowych Kodeksu Etyki Zawodowej

Oceniono stopień znajomości Kodeksu w zależności od poziomu wykształcenia. Mimo widocznych dysproporcji analiza statystyczna wykazała, że wykształcenie nie miało wpływu na deklarowaną przez ankietowanych znajomość zasad etycznych, ale osoby ze średnim wykształceniem cechowała znacznie gorsza znajomość Kodeksu niż personel z wykształceniem licencjackim oraz tytułem magistra pielęgniarstwa (Ryc.3).



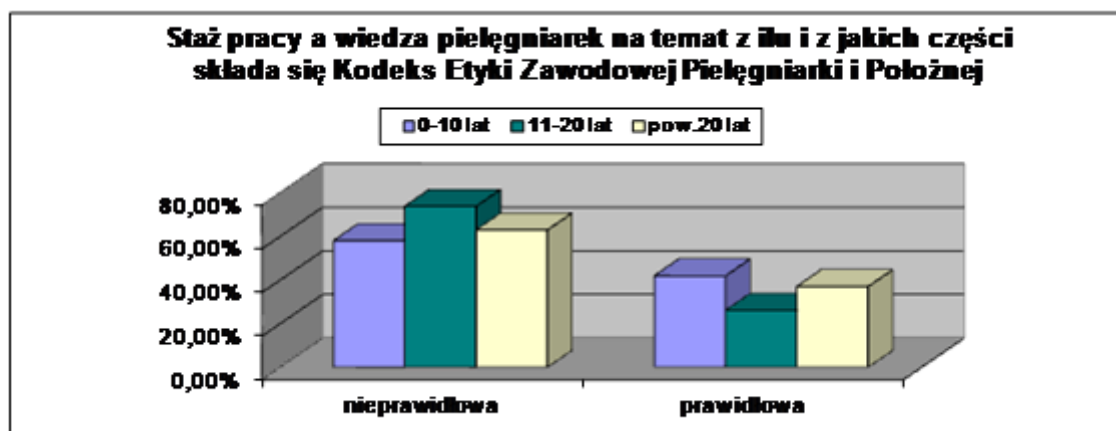
Ryc. 3. Wykształcenie a znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej

Kolejna hipoteza miała zweryfikować, czy znajomość zasad etycznych była zdeterminowana miejscem pracy, w szczególności profilem oddziału, w którym zatrudnione były badane pielęgniarki. Analiza statystyczna nie wykazała ($p=0,842$) wpływu miejsca pracy na poziom deklarowanej znajomości Kodeksu Etyki. Mimo to, na podstawie danych zauważono, że personel pracujący na oddziale internistycznym wykazał się największą znajomością zasad etycznych (50%), a w dalszej kolejności pielęgniarki z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (33%). Natomiast badając wiedzę pielęgniarek co do struktury przedmiotowego dokumentu stwierdzono istotne różnice. Pielęgniarki z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii wykazały się największym brakiem znajomości budowy Kodeksu. A zatem pomimo istotnych statystycznie danych dało się zauważyć, że deklarowana znajomość Kodeksu nie występowała równolegle z poprawną wiedzą co do jego struktury (Ryc.4).



Ryc. 4. Miejsce pracy (oddział) a znajomość części składowych Kodeksu Etyki

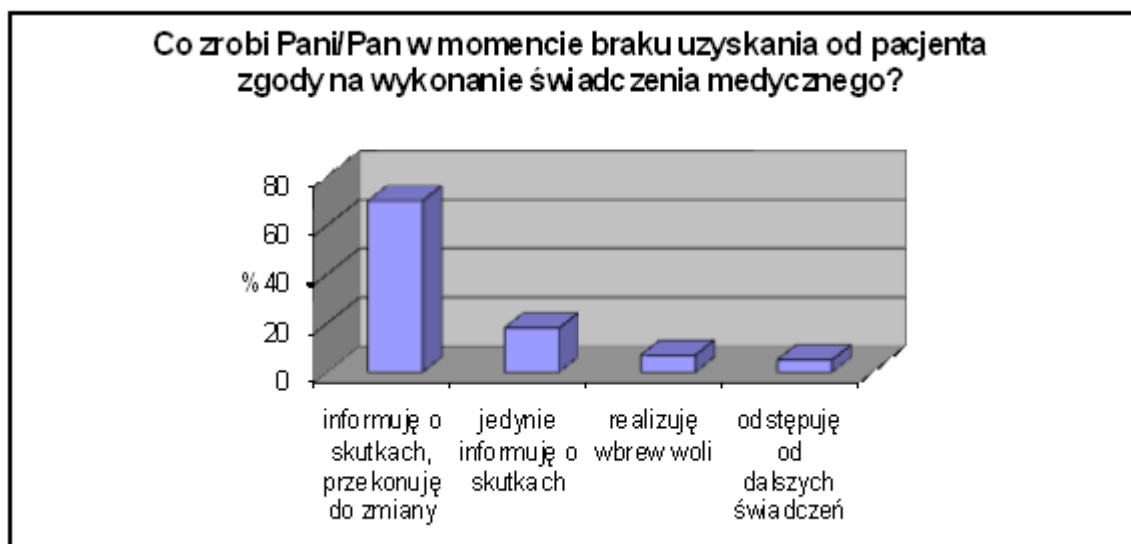
Podobnie staż pracy personelu pielęgniarskiego nie wpływał na znajomość Kodeksu Etyki Pielęgniarki i Położnej ($p=0,445$). Nie mniej jednak można dostrzec, że najmłodsze stażem pielęgniarki wykazały się większą znajomością (45,16%) niż ich koleżanki/koledzy z dłuższym stażem pracy (30,95%). Zbliżone wyniki uzyskano w pytaniu dotyczącym struktury Kodeksu. Tutaj również respondenci najmłodszy stażem pracy wykazali się większą wiedzą (Ryc. 5). Być może ma to związek z niedawno zakończoną edukacją tych osób, przez co ich wiedza była lepsza niż koleżanek po fachu z dłuższym stażem (Ryc.5).



Ryc. 5. Staż pracy a wiedza na temat części składowych kodeksu

Od czego zależy stan wiedzy pielęgniarek na temat znajomości zasad etycznych? To pierwszy z problemów badawczych postawionych w pracy magisterskiej. Do powyższego zapytania sformułowano cztery hipotezy, za pomocą których starano się znaleźć odpowiedzi na postawiony problem. Po dogłębnej analizie przedstawionych powyżej wyników okazało się, że żadna z postawionych hipotez nie potwierdziła się. Dane wykazały, że płeć, wiek, miejsce pracy oraz staż pracy w zawodzie nie wywierały istotnego wpływu na znajomość przez personel pielęgniarski Kodeksu Etyki Zawodowej. Co prawda, w każdej z hipotez dało się wyodrębnić jedną z grup, która w większym stopniu niż inne wykazywała się znajomością Kodeksu. Jednakże w porównaniu do całości, analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między poszczególnymi grupami.

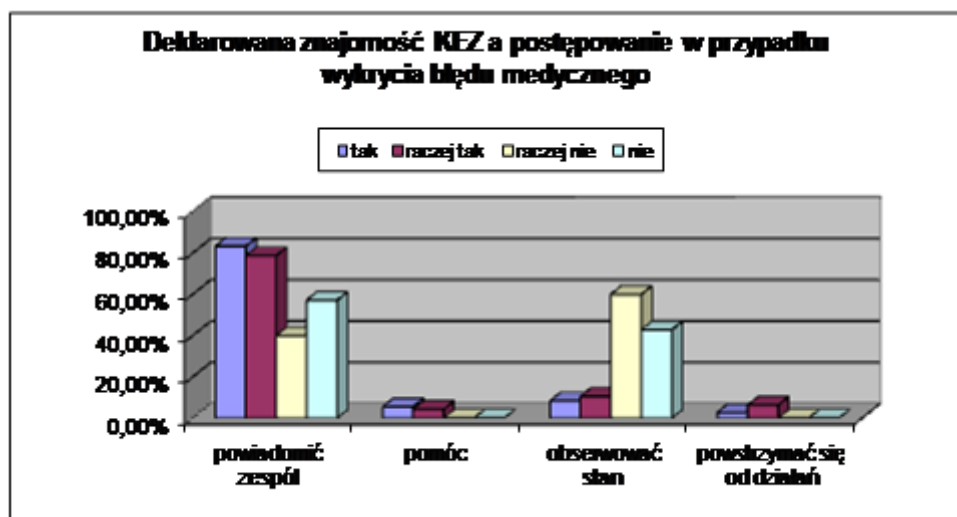
Każde świadczenie zdrowotne realizowane przez pielęgniarkę na rzecz pacjenta powinno być poprzedzone uzyskaniem od niego zgody na wykonanie procedury. W sytuacji kiedy pacjent nie wyraża takiej zgody 70% ankietowanych poinformowałoby pacjenta o skutkach jego decyzji, a następnie postarałoby się go przekonać do jej zmiany, 18% ankietowanych jedynie poinformowałoby swoich podopiecznych o skutkach ich decyzji bez próby przekonywania do jej zmiany, 7% zrealizowałoby świadczenia wbrew woli pacjenta, co niestety jest łamaniem jego praw, a 5% ankietowanych odstąpiłoby od dalszych świadczeń medycznych (Ryc. 6).



Ryc.6. Alternatywne zachowanie pielęgniarki/pielęgniara w sytuacji braku zgody pacjenta na wykonanie świadczenia medycznego.

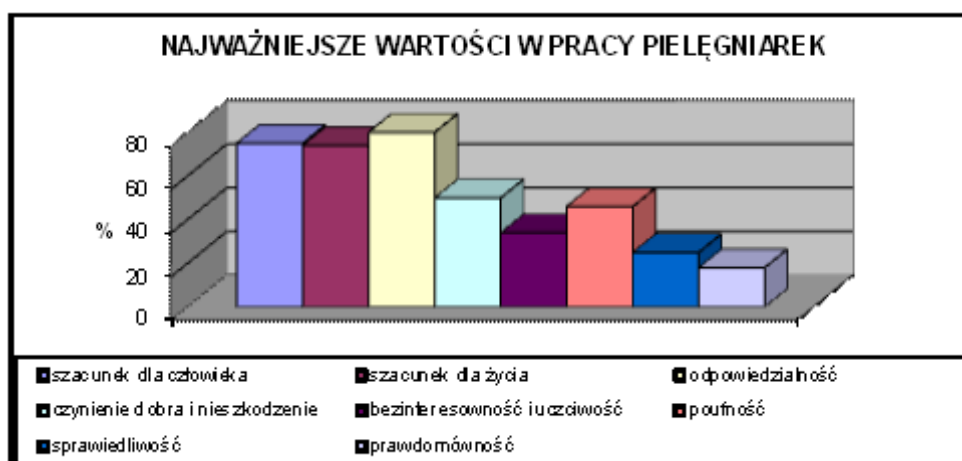
W sytuacji, kiedy dojdzie do popełnienia błędu medycznego, osoba która ten błąd dostrzegła powinna powiadomić o zaistniałym fakcie zespół terapeutyczny. Takie postępowanie ankietowane uznałyby za słuszne (75%), obserwowałyby stan pacjenta (17%), pomogłyby osobie, która popełniła błąd bez informowania pozostałej części zespołu (4%) lub powstrzymałyby się od jakichkolwiek działań do momentu wystąpienia komplikacji (4%).

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy deklarowaną przez pielęgniarki znajomością Kodeksu etycznego a ich realizacją w praktyce ($p=0,031$). Okazało się, że im gorszy poziom deklarowanej przez pielęgniarki znajomości Kodeksu, tym mniejsza była ich wiedza na temat prawidłowego realizowania świadczeń medycznych (28,57%) oraz prawidłowego postępowania w nagłych sytuacjach, będących zagrożeniem życia (Ryc. 7).



Ryc. 7. Znajomość Kodeksu a postępowanie w trakcie wykrycia błędu

Szczególną uwagę zwrócono na fakt, że sama znajomość zasad Kodeksu Etycznego nie była świadectwem ich urzeczywistnienia w pracy zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy. Dlatego w ankiecie uwzględniono pytanie na temat zasad etycznych najważniejszych w praktyce zawodowej pielęgniarki. Stwierdzono, że osoby badane, podczas wykonywania zadań wynikających z realizacji świadczeń pielęgniarskich najwyżej ceniły następujące wartości etyczne: odpowiedzialność (80%), szacunek dla drugiego człowieka (75%), szacunek dla życia ludzkiego (74%), czynienie dobra i nieszkodzenie (50%), poufność (46%) (Ryc.8).



Ryc. 8. Najważniejsze wartości etyczne w pracy pielęgniarek

W badaniu zapytano ankietowane również o zasadę etyczną, której przestrzeganie przysparzało najwięcej trudności w praktyce pielęgniarskiej. W trakcie realizacji zadań zawodowych najtrudniej jest przestrzegać zasady: poufności (31%), czynienia dobra i nieszkodzenia (18%) oraz sprawiedliwości (18%). Z kolei najmniej trudności stwarzało przestrzeganie takich zasad, jak: zasada szacunku dla życia ludzkiego (2%) oraz prawdomówność (3%) (Tabela I).

Tabela I. Zasady etyczne najtrudniejsze do przestrzegania

Zasady	RESPONDENCI	
	N	%
szacunek dla człowieka	7	7
szacunek dla życia	2	2
odpowiedzialność	5	5
czynienie dobra i nieszkodzenie	18	18
bezinteresowność i uczciwość	10	10
poufność	31	31
sprawiedliwość	18	18
prawdomówność	3	3
brak odpowiedzi	6	6

Konsekwencją powyższego było kolejne pytanie otwarte, w którym poproszono pielęgniarki/pielęgniarzy o udzielenie odpowiedzi na pytanie, co według nich oznacza zasada poufności, którą najtrudniej przestrzegać. Po przeanalizowaniu odpowiedzi stwierdzono, że zasada ta jest znana badanym respondentom. Większość utożsamiała ją z zakazem rozpowszechniania danych o pacjencie osobom postronnym oraz zachowaniem w tajemnicy wszystkich danych o pacjencie.

Oceniono również grupę badanych pielęgniarek w aspekcie znajomości okoliczności, które zwalniają personel pielęgniarski z zasady zachowania tajemnicy zawodowej. Wymienione w kafeterii odpowiedzi do pytania wszystkie przedstawione sytuacje zwalniały personel pielęgniarski z dochowania tajemnicy zawodowej. Co czwarty ankietowany (24%) udzielił poprawnej odpowiedzi na to pytanie. Pozostała grupa tylko częściowo potrafiła wskazać prawidłową odpowiedź (Ryc.9).



Ryc. 9. Okoliczności zwalniające personel pielęgniarski z zachowania tajemnicy zawodowej

Badane osoby zapytano również o to, jak często w ich pracy pojawiały się wątpliwości natury etycznej. Udzielając odpowiedzi, ankietowani mieli do wyboru następujące odpowiedzi: kilka razy w tygodniu, kilka razy w miesiącu, bardzo rzadko, nie zetknęłam się z tym problemem. Ponad połowa respondentów (51%) wskazała, że bardzo rzadko spotykała się z taką sytuacją, a co piąty respondent miewał takie sytuacje kilka razy w miesiącu (22%). Brak sytuacji budzących jakiegokolwiek wątpliwości

etyczne podkreśliło 23% ankietowanych. Natomiast 4% udzieliło odpowiedzi, że sytuacje te zdarzają się kilka razy w tygodniu (Ryc. 10).



Ryc. 10. Częstość występowania problemów natury etycznej w pracy zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy

W sytuacji pojawiających się w pracy zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy dylematów natury etycznej respondenci i respondenci, najczęściej nie zasiękali porad u innych osób (58%), lecz sami starali się rozwiązywać swoje problemy polegając na własnej wiedzy i doświadczeniu. Rzadziej zwracali się o wsparcie do pielęgniarki oddziałowej (25%). Żadna z ankietowanych osób nie zwróciła się po profesjonalną pomoc do specjalisty, np. do socjologa lub psychologa.

Ankietowani podkreślali potrzebę organizowania szkoleń, konferencji, spotkań i dyskusji na tematy etyczne (90%). Różnice dotyczyły jedynie osób, w gronie których szkolenia te miałyby się odbywać co dziesiąty respondent (10%) nie wskazał potrzeby takich form i tematyki doskonalenia zawodowego (Tabela II).

Tabela II. Potrzeba organizowania szkoleń na tematy etyczne

Szkolenia na tematy etyczne	RESPONDENCI	
	N	%
tak, z udziałem innych naukowców	47	47
tak, w gronie zawodowym	28	28
tak, w gronie pracowników oddziału	15	15
nie	10	10

Analiza statystyczna wykazała, że pielęgniarki, które deklarowały dobrą znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej, cechowały się większą wiedzą, a przez to też ich wskazane reakcje na dane sytuacje były etycznie poprawne ($p=0,036$).

Zasady etyki zawodowej każdej pielęgniarki i położnej są wynikiem dbałości o prestiż zawodu, podnoszenia jego znaczenia, uniwersalnych zasad etycznych oraz respektowania świata wartości podopiecznych oraz ich celów. W rzeczywistości nie zawsze taki pogląd powstawał w świadomości pielęgniarek/pielęgniarzy czynnych zawodowo. Na pytanie o obowiązek doskonalenia zawodowego i rozwoju własnych zawodowo-moralnych kompetencji wskazało 17% respondentów podkreślając, że każda pielęgniarka posiada taki obowiązek, ale tylko w zakresie działalności naukowo-badawczej i edukacyjnej. Prawie połowa respondentów (40%) oceniła, że konieczność ta jest obowiązkiem moralnym, a pozostała grupa (38%) obowiązek doskonalenia zawodowego uznała wyłącznie za sprawę prywatną. Co dwudziesta osoba badana (5%) uważała kształcenie podyplomowe za drogę do uzyskania wymaganego dokumentu w praktyce pielęgniarskiej.

Zdaniem ankietowanych pielęgniarka/pielęgniarz ma obowiązek ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych (74%). Wśród badanych nie było ani jednej osoby, która stwierdziłaby, że ciągłe doskonalenie kwalifikacji nie jest obowiązkowe. Wyniki te potwierdzają, że środowisko pielęgniarskie doskonale zdaje sobie sprawę z faktu, że zawód ten wymaga ciągłego aktualizowania oraz doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej nakłada na każdą pielęgniarkę obowiązek przekazywania wiedzy i umiejętności zawodowych adeptom pielęgniarstwa oraz pielęgniarkom/pielęgniarzom doksztalającym się, co potwierdziło 64% ankietowanych. Jednak 18% badanych nic nie wiedziało na ten temat,

natomiast 11% uważało, że ma taki obowiązek ale tylko wtedy, gdy otrzyma właściwe polecenie od swojej przełożonej, a 2% warunkowało jego realizację otrzymaniem dodatkowego wynagrodzenia.

W przypadku pojawienia się sytuacji nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej należy odnieść się do orzecznictwa Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych, uchwał samorządu pielęgniarek i położnych oraz postępować zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem (48%). Zbliżony odsetek badanych pielęgniarek/pielęgniarzy (42%) oparłby swoje decyzje na zapisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Powyższe dane ukazują, że personel pielęgniarski nie jest w pełni zorientowany, co należy uczynić w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń.

Analiza statystyczna, mimo zauważalnych w badaniu dysproporcji, wykazała brak związku pomiędzy poziomem wykształcenia pielęgniarek/pielęgniarzy a ich wiedzą na temat doskonalenia zawodowego. Poziom istotności statystycznej wyniósł: $p=0,055$ i był na granicy zakładanego błędu wnioskowania.

WNIOSKI

Na podstawie analizy danych dotyczących znajomości i respektowania zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek, uzyskano informacje, które skłaniają do refleksji i pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Pielęgniarki/pielęgniarze najczęściej pozytywnie oceniali swoją wiedzę moralną i znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej (83%), przy czym nie zawsze przestrzegali zasad etycznych podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych (70%).
2. Personel pielęgniarski za najważniejsze zasady etyczne w zawodzie pielęgniarki uważał zasadę odpowiedzialności (80%), zasadę szacunku dla drugiego człowieka (75%) oraz zasadę szacunku dla życia ludzkiego (74%).
3. Nie wykazano istotnych zależności znajomości zasad etycznych od płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz stażu pracy personelu pielęgniarskiego.
4. Znajomość zasad etycznych miała znaczący wpływ na realizację świadczeń medycznych przez pielęgniarki/pielęgniarzy na rzecz pacjentów. Im wiedza respondentek z tego zakresu była mniejsza, tym sposób realizowania świadczeń był mniej poprawny, np. w sytuacji wykrycia błędu medycznego, pielęgniarki/pielęgniarze z gorszą znajomością Kodeksu wykazywały się nieadekwatnym do sytuacji zachowaniem. Nie wszystkie badane osoby

- zareagowałyby widząc nieetyczne zachowanie swoich koleżanek/kolegów z pracy.
5. Postępowanie zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej nie było w żaden sposób weryfikowane i sprawdzane w miejscu zatrudnienia pielęgniarek/pielęgniarzy (94%).
 6. Dylematy etyczne towarzyszyły pielęgniarkom/ pielęgniarzom w realizacji świadczeń zdrowotnych (77%), a ich sposób rozwiązywania nie był znacząco zdeterminowany znajomością Kodeksu Etyki Zawodowej. Pielęgniarki/pielęgniarze analizowali najczęściej zaistniałe sytuacje poza miejscem i czasem pracy oraz w środowisku pozazawodowym. Problemy moralne ankietowani starali się rozwiązywać samodzielnie w oparciu o własną wiedzę i doświadczenia. W zawodzie pielęgniarki, każda próba rozwiązania problemów moralnych wiąże się z dokonaniem takiego wyboru postępowania, który jest najwłaściwszy w danej sytuacji, ale niekoniecznie optymalny. Podjęta decyzja jest o wiele trudniejsza, jeśli godzi w prawa pacjenta, czy też nie spełnia zawodowych powinności pielęgniarki. Dlatego w opinii pielęgniarek/pielęgniarzy bardzo ważne jest organizowanie szkoleń, spotkań, konferencji i dyskusji na tematy etyczne (90%).
 7. Poziom uzyskanych kwalifikacji nie przekładał się na stopień respektowania zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek. Nie miał też istotnego związku z poglądem na temat dalszego podnoszenia kwalifikacji i doskonalenia zawodowego. Znaczna część badanego środowiska pielęgniarskiego uważała, że jest to nieodzowny element uprawiania zawodu.
 8. Poziom wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy w zakresie treści i struktury Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, zasad etycznych oraz ich przestrzegania w zawodzie był zadawalający aczkolwiek ukazywał pewne jej deficyty. Znajomość praw i obowiązków wynikających z Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej nie była do końca wystarczająca. Może to w przyszłości nieść ze sobą poważne konsekwencje prawne oraz moralne. Dlatego tak ważna jest ich znajomość w praktyce zawodowej, co zapewnia również większy poziom bezpieczeństwa pacjentom.

PIŚMIENNICTWO

1. Binkowska-Bury M., Wrońska I., Iwanowicz-Palus G.: *Wartości etyczne w zawodzie pielęgniarki i położnej*, Pielęgniarka i Położna, nr 9, 2002 r., s 6-10
2. Burian J, Mianowana W.: *Podejmowanie decyzji – dar czy sztuka*, Pielęgniarka i Położna, nr 8, 1994 r. 1-10
3. Dobrowolska B., Partita J.: *Wychowanie moralne pielęgniarek a walka z cierpieniem*, Pielęgniarka i położna, nr 7, 2001 r., 47-50
4. Dziedzic-Płanda J.: *Jestem etyczna!*, Pielęgniarka i Położna, nr 7 – 8, 2006 r., s 5-6
5. Fry S. T., Johnstone M. J.: *Etyka w praktyce pielęgniarskiej – zasady podejmowania decyzji etycznych*, Wyd. Med, Warszawa 2009, s 57-160
6. Fryś A., Kapała W.: *Etyka w pielęgniarstwie – wybrane dylematy z praktyki zawodowej*, Zdrowie i zarządzanie, tom VI, nr 5, 2004 r., s 27-34
7. Gawęł G., Potok H., Ogonowska D., Cisoń-Apanasewicz U., Oleś H.: *Opinia pielęgniarek na temat stosowania zasad etycznego postępowania w sprawowaniu opieki nad pacjentem*, Problemy pielęgniarstwa, tom 16, zeszyt nr 4, 2008 r., s 364 - 368
8. Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarki i Położnej
9. Konstańczak S.: *Etyka pielęgniarska*, Wyd. Engram, Warszawa 2010., 60-240
10. Kostrzanowska Z., Małek K.: *Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek*, Problemy pielęgniarstwa, tom 16, zeszyt nr 3, 2008 r., str. 259 - 268
11. Krzyżanowska- Łągowska U.: *Wartości duchowe w etosie pielęgniarki – duchowość, humanizm, profesjonalizm, holizm*, Wyd. ad vocem, Kraków 2005, s 55-70
12. Lazari-Pawłowska I.: *Etyki zawodowe jako role społeczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 1971, s 65 - 70
13. Mroczek B., Kędziak A., Trzasczka M., Szwała A., Mosiejczuk A., Urban U., Waś A., Tomczuk M.: *Stan wiedzy na temat Kodeksu Etyki Zawodowej wśród pielęgniarek i położnych*, Problemy Pielęgniarstwa, tom 16, zeszyt nr 4, 2008 r., s 369 - 373
14. Poznańska S.: *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Wyd. PZWL, Warszawa 1988, s 44-90, 120-146,
15. Poznańska S.: *U podstawy etyki pielęgniarskiej cz. VI – Zasady etyczne*, Pielęgniarstwo 2000, nr 5 (46), 1999 r., s 14-21

16. Poznańska S.: *U podstawy etyki pielęgniarstwa cz. IX – Decyzje i dylematy moralne*,
Pielęgniarstwo 2000, nr 2 (49), 2000 r., s 10-15
17. Poznańska S.: *U podstawy etyki pielęgniarstwa cz. X – Pielęgniarska troskliwość*,
Pielęgniarstwo 2000, nr 3 (50), 2000 r., s 30-36
18. Szpak-Lipińska K.: *Postawa moralna składnikiem kompetencji pielęgniarki*,
Pielęgniarka i Położna, nr 6, 1999 r., s 4-7

Analiza porównawcza wydolności funkcjonalnej i realizacji potrzeb osób starszych w oparciu o badania klinimetryczne oraz skalę CDS

(Komparatívna analýza funkčnej kapacity a potrieb starších ľudí

na základe výskumu a škály CDS)

Muszałik M.¹, Zielińska-Więczkowska H.¹, Blandzi M.², Kędziora-Kornatowski, K.¹

¹Katedra i Klinika Geriatrii Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu,

Collegium Medicum w Bydgoszczy

²Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką oraz Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii

Urologicznej w Bydgoszczy

Streszczenie

Cel badań: Celem badań była analiza porównawcza wydolności funkcjonalnej i potrzeb osób starszych – populacji męskiej w oparciu o badania klinimetryczne oraz skalę zależności od opieki w odniesieniu planowania opieki pielęgniarzkiej.

Materiał i metody: Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankiety.

Narzędziami badawczymi były: 1. Kwestionariusz oceny sprawności codziennej (ADL) na podstawie skali Katza. 2. Kwestionariusz oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL) na podstawie skali Lawtona. 3. Kwestionariusz ankiety do pomiaru zależności od opieki skalą CDS. Grupę badawczą stanowiło 120 mężczyzn w oddziale szpitalnym 10 W. SZ. K z Polikliniką po 60 roku życia z BPH przed i po zabiegu usunięcia przerostu gruczołu krokowego metodą laserową. Wyniki: Poziom aktywności dnia codziennego u całej populacji oceniony za pomocą skali ADL, kształtował się na poziomie wysokim 96%, a wynik skali oceny złożonych czynności życia codziennego IADL (skala Lawtona) badanej grupy chorych kształtował się na poziomie w większości średnim 53%. Wartości uzyskane z oceny powyższych skal dowiodły wysokiego stopnia wydolności respondentów w zakresie czynności życia codziennego. Badanie zależności od opieki skalą CDS wykazały wzrost średniej ilości punktów badania trzeciego po okresie dwóch tygodni od badania pierwszego. Świadczy to o wysokim stopniu niezależności tych osób od opieki osób drugih, po określonym badaniem czasie. Wartości średnich potrzeb biologicznych i psychospołecznych w badaniu trzecim w stosunku do badania pierwszego, wykazały tendencję wzrostową, dowiodło to pozytywnego wpływu wykonanego zabiegu na stopień zaspakajania potrzeb. Korelacje

między średnimi arytmetycznymi badania CDS (CDS SUM) a wiekiem respondentów wykazały związek ujemny. CDS ($p < 0,05$) maleje z wiekiem. Czyli wiek pacjentów silnie koreluje ze stopniem skali opieki i wpływa na stopień funkcjonalności. Osoby w zaawansowanym wieku, stają się bardziej zależne od otoczenia i od pomocy innych osób.

Wstęp

W związku ze znaczną poprawą warunków życia oraz niezwykle prężnym rozwojem medycyny, przeciętna długość życia znacznie się wydłużyła. Równocześnie zwiększył się także odsetek ludzi starszych w społeczeństwie. Badania demograficzne pozwalają stwierdzić, że proces „starzenia się” społeczeństwa trwa nadal. W wieku starszym potrzeby i oczekiwania ulegają przeszerwowaniu zwykle z wyższych na niższe, zapewniające codzienny byt i dobre samopoczucie. Możliwości zaspokojenia potrzeb człowieka starszego, zarówno biologicznych jak i psychospołecznych są różnorodne. Jednocześnie jest to proces trudny, wymagający nie tylko działania ukierunkowanego na określoną potrzebę. Jednym z najważniejszych działań medycznych staje się opieka pielęgnacyjna, której celem jest nie tylko dążenie do odzyskania zdrowia, ale uzyskanie poprawy jakości życia podopiecznych dzięki udzieleniu im pomocy i niezbędnej opieki. Praktyczna ocena czynników funkcjonalnych oraz podtrzymujących sprawność życiową, które wpływają na jakość życia starszych wiekiem pacjentów, powinna być integralną częścią postępowania medycznego. Takie podejście umożliwia personelowi medycznemu skoncentrowanie się na możliwych do rozwiązania problemach, które upośledzają codzienne funkcjonowanie pacjentów i mogą umożliwiać samodzielne życie. Potrzeba – to składnik osobowości, wiąże się z odczuwaniem braku czegoś, co ma znaczenie dla życia jednostki. Jest to napięcie wewnętrzne organizmu dynamizujące, aktywizujące i ukierunkowujące czynności zdobywania tego, co jest ważne, niezbędne i konieczne dla normalnego funkcjonowania człowieka. Ludzie starsi, bardziej niż pozostali, odczuwają braki w zaspakajaniu swoich potrzeb. Wielu z nich znajduje się w gorszej, niż pozostałe grupy sytuacji materialnej. Z upływem lat pogarsza się stan zdrowia oraz ogólna sprawność. W związku z tym ulega zmianie ich sytuacja i pozycja społeczna. Wraz z wiekiem zmieniają się potrzeby ludzi starszych, a także ich siła, możliwość i sposób ich zaspakajania [1, 2]. Wirginia Avenel Henderson (1897-1996) prekursorka pielęgniarstwa, kontynuatorka idei F. Nightingale

w swoim unikatowym modelu teorii potrzeb i deficytu potrzeb bio-psycho-społecznych stawia przed pielęgniarką wiele trudnych i złożonych zadań. Zapewnienie pomocy wymaga odpowiedzi na konkretne oczekiwania człowieka zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami fizycznymi, emocjonalnymi i reedukacyjnymi, a także z jego ograniczeniami występującymi w różnych sytuacjach (stany nagłe, planowanie długoterminowego asystowania). V. Henderson podaje 14 fundamentalnych potrzeb człowieka, w których zaspakajaniu asystuje pielęgniarka [3-6].

Funkcjonowanie osób w starszym wieku zależy od stanu jej zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego), od sprawności czynnościowej i od wsparcia socjalnego w zakresie indywidualnie określonych potrzeb. Dlatego opieka geriatryczna musi obejmować wszystkie wymienione uwarunkowania. Realizację tego umożliwia stosowanie kompleksowej oceny geriatrycznej [7-9].

Cel i Metody

Celem badań była ocena wydolności psychofizycznej oraz potrzeb i problemów osób starszych w odniesieniu do planowania opieki pielęgniarskiej. Badaniami objęto grupę mężczyzn z przerostem gruczołu krokowego po 60 roku życia przed zabiegiem operacyjnym metodą laserową i po zabiegu w okresie około 2-3 tygodni.

W świetle przeprowadzonych badań empirycznych starano się uzyskać odpowiedzi na następujące problemy szczegółowe:

1. Jaka jest różnica w deficycie potrzeb biologicznych i psycho-społecznych u pacjentów przed zabiegiem i po zabiegu laseroterapii?
2. Jaka jest wydolność funkcjonalna pacjentów w oparciu o skalę ADL i IADL i czy koreluje z badaniem CDS?
3. Czy wiek pacjentów, wykształcenie i stan cywilny ma wpływ na wydolność funkcjonalną oraz deficyt potrzeb bio-psycho-społecznych?
4. Czy zabieg laserowego usunięcia gruczołu krokowego ma wpływ na poprawę funkcjonowania pacjentów w zakresie realizacji potrzeb bio-psycho-społecznych?

Badania przeprowadzono na terenie 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy w Klinicznym Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej, w okresie od maja do października 2008 roku. Grupę badaną stanowiło 120 mężczyzn po 60 roku życia przed zabiegiem Tm-Lep (BPH) i w okresie około dwóch tygodni po laseroterapii. Respondenci dobrowolnie zgłosili chęć uczestnictwa w badaniu,

podczas którego mieli zagwarantowany spokój i czas. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu techniki ankiety i wywiadu. Narzędziami badawczymi były:

1. Kwestionariusz oceny sprawności codziennej (ADL) na podstawie skali Katza
Kwestionariusz The Activities of Daily Living (ADL)
2. Kwestionariusz oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL) na podstawie skali Lawtona. Kwestionariusz Instrumental Activity of Daily Living (IADL)
3. Kwestionariusz ankiety do pomiaru zależności od opieki skalą CDS
Kwestionariusz Care Dependency Scale (CDS) oparty o model pielęgnowania V.Henderson.

Metody statystyczne stosowane w pracy. Do analizy badań wykorzystano:

Arkusz kalkulacyjny EXCEL programu MS OFFICE 2003. Zastosowano do obliczeń program statystyczny: STATISTICA Data Miner + SAL 8

Wyniki badań

Tabela 1. Struktura socjodemograficzna badanej grupy pacjentów.

STRUKTURA BADANEJ	GRUPY	LICZBA OSÓB	STOSUNEK DO CAŁOŚCI
[-]		[osób]	[%]
PŁEĆ			
- mężczyźni		120	100
WIEK			
- od 60 do 74 lat		88	32
- od 75 i więcej lat		32	27
		[Lata]	
ŚREDNIA WIEKU		69,79	
WYKSZTAŁCENIE		[osób]	[%]
- podstawowe		10	8
- zawodowe		49	41
- średnie		40	33

- wyższe	21	18
STAN CYWILNY	<i>[osób]</i>	<i>[%]</i>
- wdowiec	20	17
- żonaty	96	80
- kawaler	4	3
RODZAJ OPIEKI	<i>[osób]</i>	<i>[%]</i>
- oddział szpitalny	120	100

Analiza struktury zbiorowości statystycznej wskazuje, że 120 osób objętych badaniem to w 100% mężczyźni, z wykształceniem zawodowym 41%. Średnia wieku respondentów wynosiła 69 - 79 lat, a 80% stanowili żonaci. Wszyscy przebadani objęci byli opieką szpitalną.

Tabela 2. Ocena sprawności funkcjonalnej całej populacji skalą ADL.

STOPIEŃ SKALI	LICZBA OSÓB	[%]
- niski (L)	0	0
- średni (M)	5	4
- wysoki (H)	115	96

Oceniono poziom aktywności dnia codziennego u badanych chorych, który kształtował się na poziomie wysokim. Świadczy to o zdolności do samodzielnego funkcjonowania i wyklucza konieczność objęcia takiej osoby specjalną opieką.

Tabela 3. Ocena zdolności pacjenta do wykonywania złożonych czynności skalą IADL.

STOPIEŃ SKALI	LICZBA OSÓB	[%]
- niski (L)	0	0
- średni (M)	63	53
- wysoki (H)	57	48

Dokonano oceny zdolności podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu badanej grupy chorych, który kształtował się na poziomie w większości średnim. Średnia ocena populacji w skali IADL wskazuje pogarszający się stan ogólny i prowadzi do konieczności wykonywania tych czynności przy pomocy osób drugih.

Tabela 4. Badanie sum skali CDS dla badania 1 i badania 3

FUNKCJA MATEMATYCZNE	CDS badanie 1	CDS badanie 3	[%] wzrostu(+)/ spadku (-) do badania1
MAX	78,00	80,00	+2,56
MIN	46,00	57,00	+23,91
ŚREDNIA	67,16	72,30	+7,65
MEDIANA	70,50	75,00	+6,38
ODCHYLENIE STANDARDOWE	8,57	7,37	-14,23

Badanie zależności od opieki skalą CDS grupy seniorów wykazały wzrost średniej ilości punktów badania trzeciego po okresie dwóch tygodni od badania pierwszego. W przeliczeniu procentowym jest to wzrost 7,66%. Wskazuje to na wyraźną tendencję wzrostową stopnia niezależności respondentów od opieki osób drugih po określonym badaniem czasie.

Tabela 5. Średnia potrzeb biologicznych i psychospołecznych dla całej populacji.

Nr Potrzeby	Potrzeba	Średnia badania 1	[%] Badania 1	Średnia badania 3	[%] wzrostu(+)/ spadku (-) do badania1
1	Odżywianie	4,3	6,8	4,6	+6,97
2	Kontrolowanie czynności	3,2	5,1	4,6	+43,75

	fizjologicznych				
3	Postawa ciała	4,5	7,0	4,5	0
4	Zdolność poruszania	4,4	6,9	4,5	+2,22
5	Rytm dnia i nocy	3,8	6,0	4,4	+15,78
6	Ubieranie i rozbieranie	4,7	7,4	4,7	0
7	Temperatura ciała	4,4	6,9	4,5	+2,27
8	Higiena osobista	3,7	5,8	4,7	+27,02
9	Unikanie niebezpieczeństwa	4,5	7,0	4,5	0
10	Komunikowanie się	4,4	7,0	4,5	+2,27
11	Kontakty społeczne	4,3	6,8	4,4	+2,32
12	Poczucie zasad i wartości	4,4	7,0	4,5	+2,27
13	Codzienne czynności	4,3	6,8	4,4	+2,32
14	Rekreacja	4,4	6,9	4,5	+2,27
15	Zdolność uczenia się	4,2	6,6	4,6	+9,52

Średnie potrzeb biologicznych i psychospołecznych wykazały tendencję wzrostową w badaniu trzecim w stosunku do badania pierwszego. Świadczy to o pozytywnym wpływie wykonanego zabiegu na stopień w którym pacjenci są w stanie zaspokoić powyższe potrzeby.

Tabela 6. Struktura badanej grupy pod względem wartości CDS.

CDSSUM poziom	Liczebność	Procent
15- 44p	1	0,8
45-59p	45	37,5
60-75p	74	61,7

Na podstawie przeprowadzonego badania skalą CDS wśród grupy respondentów najwyższe wartości punktowe otrzymało 74 (61,7%) mężczyzn, czyli większa część.

Świadczy to o wysokim stopniu niezależności tych osób od opieki pielęgniarstwa. Średnia wartości CDS SUM badania trzeciego kształtowała się na zdecydowanie wyższym poziomie w stosunku do średniej wartości CDS SUM badania pierwszego. Dowodzi to o wzroście stopnia niezależności badanej grupy od opieki pielęgniarstwa i korzystnym wpływie wykonanego zabiegu laserowego usunięcia łagodnego przerostu gruczołu krokowego. Analiza przedstawiona na wykresie modelu trendu wskazuje ujemny związek korelacyjny pomiędzy CDS SUM a wiekiem. Model regresji liniowej wskazuje na istotnie malejący CDS z wiekiem ($p < 0.05$).

Dyskusja

Wydolność funkcjonalna w wieku starszym oznacza zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego. Wiele badań długofalowych nad predyktorami umieralności jednocześnie dowodzi ścisłej relacji pomiędzy sprawnością czynnościową w wieku starszym a ryzykiem zgonu lub szansą długowieczności [10, 11]. Wskaźnikiem stanu funkcjonalnego jest stopień niezależności seniorów od innych osób w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych i możliwość prowadzenia samodzielnego życia w dotychczasowym środowisku. Sprawność czynnościową traktuje się jako pierwszy krok do oceny wielowymiarowego pojęcia, jakim jest jakość życia. Wiek starszy cechuje się dużą dynamiką zmian, przechodzenia od jednego podokresu starości do drugiego, wiąże się również z niejednakowo przebiegającymi zmianami w stanie funkcjonalnym. Uważa się, że wydolność funkcjonalna należy do jednego z łatwiejszych pod względem pomiaru wskaźników stanu zdrowia u osób w wieku podeszłym [10, 11].

Badaniami własnymi objęto 120 pacjentów płci męskiej w wieku od 60 do 87 roku życia (średnia wieku wynosiła 69,79 lat). Grupą badawczą byli mężczyźni hospitalizowani w oddziale szpitalnym 10 W. SZ. K z Polikliniką w Bydgoszczy z BPH przed i po zabiegu usunięcia przerostu gruczołu krokowego metodą laserową. Analiza struktury zbiorowości statystycznej wskazuje, że 80% badanych, to osoby będące w związku małżeńskim, 17% wdowcy, a 3% osoby stanu wolnego. Natomiast 41% respondentów posiadało wykształcenie zawodowe, 33% średnie, 18% wyższe, a 8% podstawowe. Jabłońska R., Ślusarz R., Królikowska A. i Beuth W. w badaniach z 2008 roku nad uwarunkowaniami stanu funkcjonalnego u osób leczonych chirurgicznie

z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej, potwierdzili istnienie związku pomiędzy wydolnością funkcjonalną a czynnikami socjodemograficznymi takimi jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania. Natomiast wykształcenie i stan cywilny są czynnikami niezależnymi sprawności funkcjonalnej [10, 12, 13]. W badaniach własnych oceniono poziom aktywności dnia codziennego u całej populacji za pomocą skali ADL, który kształtował się na poziomie wysokim 96%, a wynik skali oceny złożonych czynności życia codziennego IADL (skala Lawtona) badanej grupy chorych kształtował się na poziomie w większości średnim (53%). Analiza badań w grupie wiekowej od 60 do 74 roku życia wykazały wysoki poziom wydolności czynnościowej ADL 95%, IADL 65%, natomiast u osób powyżej 74 lat IADL – 100% średnie, ADL – 97% wysokie. Wartości uzyskane z oceny powyższych skal dowodzą wysokiego stopnia wydolności respondentów w zakresie czynności życia codziennego. Badania Biercewicz M. i Kędziory-Kornatowskiej K. nad wykorzystaniem badań klinometrycznych z 2005 roku potwierdziły tezę korelacyjną pomiędzy skalą ADL i IADL, co należy tłumaczyć podobieństwem zastosowanych skal pod względem konstrukcji i przeznaczenia oraz zastosowania ich w kompleksowej ocenie geriatrycznej [10].

Analiza badań własnych zależności od opieki skalą CDS wykazały wzrost średniej ilości punktów badania trzeciego po okresie dwóch tygodni od badania pierwszego. W przeliczeniu procentowym jest to wzrost 7,66%. Najwyższe wartości punktowe otrzymało 74 (61,7%) badanych, czyli większa część. Świadczy to o wysokim stopniu niezależności tych osób od opieki osób drugich po określonym badaniem czasie.

W Holandii w roku 2002 przeprowadzono badania nad zastosowaniem skali CDS dla oceny opieki zależności populacji. Wyniki potwierdziły, że skala może być użyta w zakładach opiekuńczych i szpitalach [14]. Natomiast doniesienia z 2003 roku dotyczące badań o porównywaniu psychometrycznych właściwości CDS przez analizę danych w Finlandii, Hiszpanii i Zjednoczonego Królestwa. Dowiodły skuteczności skali w różnych krajach, ponieważ występują większe podobieństwa niż różnice w ocenie psychometrycznej [15].

W badanej grupie średnie potrzeb biologicznych i psychospołecznych w badaniu trzecim w stosunku do badania pierwszego wykazały tendencję wzrostową. Świadczy to o pozytywnym wpływie wykonanego zabiegu na stopień zaspakajania potrzeb. Zaobserwowano duży wzrost w potrzebie – kontrolowanie czynności fizjologicznych wynoszący +43,75% oraz w potrzebie – higiena osobista +27,02%. Zauważalny jest

wyższy stopień realizacji tych potrzeb u osób powyżej 74 roku życia nad młodszymi badanymi.

W pracy podjęto próbę zbadania współzależności pomiędzy skalą zależności od opieki w badaniu pierwszym i trzecim a wskaźnikiem IADL. Wraz ze wzrostem wskaźnika IADL wzrasta CDS. Wskazuje to na wzrost stopnia wydolności badanej grupy chorych i bycie niezależnym od opieki osób drugich. Badania współzależności pomiędzy CDS SUM a wiekiem respondentów wykazały związek ujemny. CDS ($p < 0,05$) maleje z wiekiem. Czyli wiek pacjentów silnie koreluje ze stopniem skali opieki, wpływa na stopień funkcjonalności. Osoby w zaawansowanym wieku stają się bardziej zależni od otoczenia i od pomocy innych osób. Wyniki badań nad oceną skali opieki u pacjentów w podeszłym wieku z roku 2003 przeprowadzone w jedenastu niemieckich szpitalach potwierdziły, że większość seniorów jest niezależna, a opieka zależności wzrasta wraz z wiekiem [16, 17].

Wnioski

1. Deficyt w zakresie realizacji potrzeb psycho-społecznych u pacjentów przed zabiegiem laserowym BPH był wyższy niż u chorych po zabiegu.
2. Poziom wydolność funkcjonalnej badanych osób w oparciu o skalę ADL i IADL znajduje się na poziomie średnim i wysokim, zależy od wieku pacjenta i koreluje z badaniem CDS. Wraz z wiekiem obniża się poziom sprawności czynnościowej.
3. Nie stwierdzono zależności między wykształceniem, stanem cywilnym a deficytem potrzeb bio-psycho-społecznych i wydolnością funkcjonalną w badanej grupie.
4. Zabieg laserowego usunięcia łagodnego przerostu gruczołu krokowego zdecydowanie wpływa korzystnie na poprawę funkcjonowania seniorów w zakresie realizacji potrzeb bio-psycho-społecznych.

Pismienictwo:

1. Nowicka A.: Wybrane problemy osób starszych, Wyd. Impuls, Kraków 2006, 17-25, 55-73, 183-199.
2. Obuchowski K.: Starość i osobowość. Akademia Bydgoska, Bydgoszcz 2002, 10-50.
3. Górajek-Jóźwik J.: Filozofia i teorie pielęgniarstwa, Wyd. Czelej 2007 rozdział 2.

4. Poznańska St. Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
5. Maria T. Szewczyk, Cierzniańska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A.: Modele opieki pielęgniarstwa, Przewodnik lekarza 2005, 82-86.
6. Szewczyk M. T.: Współczesne koncepcje opieki pielęgniarstwa, Przewodnik Lekarza 2005, 1, 86-91.
7. Galus K.: Geriatria wybrane zagadnienia. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2007.
8. Grodzicki T., Kocemba J.; Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006.
9. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007., 3-111.
10. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Ślusarz R., Cegła B., Faleńczyk K.: Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych., Pielęgniarstwo XXI w, 2005, nr 1-2, s. 39-45.
11. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P.: Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji, Gerontologia Polska 10 (1) 2002.
12. Beuth W., Ciemnoczołowski W., Jabłońska R., Królikowska A., Ślusarz R.: Uwarunkowania wydolności funkcjonalnej chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym leczenia dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008, 4, 144-150.
13. Biercewicz M., Ślusarz R., Cegła B., Faleńczyk K., Kędziora-Kornatowska K.: Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na wydolność funkcjonalną osób w starszym wieku. Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, T 1, pod red. E. Krajewskiej-Kułąk, M. Sierakowskiej, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AM, 2005, 220-222.
14. Dijkstra A., Tiesinna, Gossen W., Dassen T.: These data offer additional support for the reliability of the scale in terms of internal consistency and inter- item correlation, Jnt Nurs Pract. 2002, 8 (6), 304-14
15. Dijkstra A., Coleman M., Tomas C., Valimaki M., Dassen T.: Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data in three countries, J Ady Nurs 2003, 43(2), 181-7.

16. Lohrmann C., Dijkstra A., Dassen T.: Care dependency testing the German version of the scale in nursing homes and on geriatric wads, Scand J Caring SCI 2003, 17 (1), 51-6.
17. Lohrmann C., Dijkstra A., Dassen T.: An Instrument for Elderly Patients in German Hospitals, Geriatr Nurs 2003 , 24, 40-3.

Kontakt na autora:

dr n. med Marta Muszalik

E-mail: muszalik@cm.umk.pl

Význam prevencie kardiovaskulárnych ochorení v dnešnej spoločnosti

Majerčíková, K¹, Wiczmándyová, D², Rysulová, I.²

¹Úrad hlavného lekára, Ružomberok, ²Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta
zdravotníctva a sociálnej práce

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na dôležitosť prevencie kardiovaskulárnych ochorení, rolu pacienta a úlohy sestry v zdravotnej starostlivosti. Kardiovaskulárne ochorenia svojím výskytom, závažnosťou a dôsledkami tvoria veľmi závažný problém v spoločnosti. Kardiovaskulárne ochorenia patria rozsahom svojho výskytu medzi dominantné ochorenia v populácii a vysokou mierou sa podieľajú na celkovej úmrtnosti vo vyspelých krajinách. Najčastejšou príčinou ich vzniku je vysoká prítomnosť rizikových faktorov v populácii, ako artériová hypertenzia, dyslipidémia, diabetes mellitus, ktoré vznikajú na podklade životného štýlu človeka - alkohol, fajčenie, nedostatočná fyzická aktivita, obezita, pracovné zaťaženie. V posledných rokoch sa neustále zvyšujú nároky na pacienta v prijatí zodpovednosti za svoje zdravie. Táto rola zahŕňa kvalitnú edukáciu, ktorá je neoddeliteľnou úlohou sestry, no je podmienená zdravotnou gramotnosťou pacienta. V oblasti kardiovaskulárnych ochorení dochádza k ich negatívnemu nárastu. Správnym prístupom pacienta k svojmu zdraviu a podporou zo strany zdravotníckeho personálu je veľká šanca tento rast minimalizovať.

Kľúčové slová: Kardiovaskulárne ochorenia. Prevencia. Sestra. Pacient/ klient. Edukácia.

Abstract

The contribution focuses on the importance of preventing cardiovascular disease, the patient role and the role of nurses in health care. Cardiovascular disease, its incidence, severity and consequences are very serious problem in society. Cardiovascular diseases include the extent of its occurrence between the dominant disease in the population and a high degree of contributing to the overall mortality in developed countries. The reason is the high presence of risk factors in the population, such as hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, which develops due to lifestyle man - alcohol, smoking, physical inactivity, obesity, workload. In recent years, constantly

increasing demands on the patient in accepting responsibility for your health. This role includes the quality of education that is integral to the role of nurses, but is subject to the particular patient's health literacy. In the field of cardiovascular diseases, they are being negative growth. Patient the right approach to their health and support from health professionals is a good chance that minimize growth.

Keywords: Cardiovascular disease. Prevention. Sister. Patient / client. Educate.

V posledných rokoch u väčšiny populácie nielen na Slovensku, ale aj vo vyspelých krajinách, dochádza ku zmene životného štýlu, menia sa stravovacie návyky, znižuje sa pohybová aktivita a pribúdajú ochorenia spôsobené touto zmenou, v dôsledku čoho sa zvyšuje incidencia kardiovaskulárnych ochorení a zároveň s týmto rastom aj ich morbidita a mortalita.

Podľa štatistík Svetovej zdravotníckej organizácie sú ochorenia srdca a ciev hlavnou príčinou úmrtí v Európskej únii, čo predstavuje asi 2 milióny úmrtí. Slovensko patrí v rámci týchto meradiel ku krajinám s najvyššou kardiovaskulárnou mortalitou, kde v roku 2005 spôsobili tieto ochorenia až 55 % všetkých úmrtí [1]. Rovnako nepriaznivo sa javí aj miera úmrtnosti ischemickej choroby srdca (ICHS, dominantnej choroby srdcovo-cievnych ochorení), ktorá predstavuje viac ako 50 % proporciu z ochorení srdca a ciev. V porovnaní s našimi susednými krajinami a priemerom krajín EÚ malo v roku 2005 Slovensko 1,5 x vyššiu úmrtnosť na ICHS ako Česká republika, 2,5 x vyššiu ako Rakúsko, s Maďarskom sme boli na rovnakej úrovni. Pri porovnaní zmien v miere priemernej päťročnej úmrtnosti na ochorenia srdca a ciev s vybranými štátmi Európy (prevažne ide o susedné štáty) v rokoch 1981 – 2005 sa na Slovensku evidovala najnižšia dynamika poklesu. V poslednom sledovanom päťročnom období (r. 2001 – 2005) klesla na Slovensku úmrtnosť na tieto ochorenia v porovnaní s rokmi 1996 – 2000 iba o 5,2 %, čo je najmenej z porovnávaných krajín. Tento nízky pokles, takmer rovnaký u oboch pohlaví, súvisel iba s 2 % poklesom úmrtnosti u 65- a viacročných mužov i žien. V Rakúsku poklesla úmrtnosť v 65-ročnej a staršej populácii u oboch pohlaví v priemere okolo 20 %, v Českej republike okolo 10 % [2].

Táto skutočnosť je podmienená vysokou prítomnosťou rizikových faktorov v rámci populácie a väčšina z nich je predvídateľná, preventabilná. Medzi tieto faktory patrí najmä hyperlipoproteinémia, fajčenie, hypertenzia a v ďalšom rade diabetes

mellitus, obezita, telesná inaktivita, alkohol, dlhodobý stres [3]. Výskyt rizikových faktorov súvisí s vekom, vzdelaním, pohlavím, ale aj regiónom Slovenska, kde najlepšia zdravotná gramotnosť sa vykazuje u obyvateľov veľkých miest v porovnaní s okresmi južného a východného Slovenska.

Súbežne so zvyšovaním incidencie kardiovaskulárnych ochorení však dochádza aj ku zvyšovaniu prevencie týchto ochorení, nakoľko spôsobujú výraznú práceneschopnosť, invalidizáciu, morbiditu a vysoké náklady na liečbu. Základom prevencie je snaha pacienta/klienta zvýšiť svoju zodpovednosť za vlastné zdravie, nakoľko v minulosti bola jeho rola iba ako pasívneho prijímateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý len očakával rozhodnutia a odporúčania zdravotníckych pracovníkov. V poslednom období sa však tento trend mení a je na pacientoch, aby prevzali zodpovednosť za svoje zdravie. Prevencia je zameraná najmä na zmenu životného štýlu človeka, čo predstavuje redukciu fajčenia, obezity, zvýšenie pohybovej aktivity, dôležitosť vykonávania preventívnych lekárskeho prehliadok, sledovanie hladiny cholesterolu, glukózy v krvi, hmotnosti a meranie krvného tlaku. K tomu, aby pacienti mali záujem, boli aktívny, zodpovední a venovali sa znižovaniu svojho kardiovaskulárneho rizika, musia pochopiť:

- prečo je prevencia taká dôležitá,
- že zdravý životný štýl je na celý život,
- čo vlastne sú kardiovaskulárne rizikové faktory,
- ktoré rizikové faktory môžu zmeniť,
- pravdepodobné následky a dôsledky, ak nebudú dodržiavať zdravý životný štýl,
- čo majú robiť, aby znížili svoje riziko,
- ako im primárna starostlivosť môže pomôcť a podporiť ich [4].

Na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení sa kladie veľký dôraz aj v rámci celej spoločnosti. V marci 2010 schválila Vláda Slovenskej republiky Národný program prevencie ochorení srdca a ciev, v ktorom sa hovorí, že väčšine srdcovocievnych ochorení sa dá predchádzať a podľa podkladov WHO už mierny pokles tlaku krvi, obezity, hladiny cholesterolu a používania tabaku by viac ako o polovicu znížili incidenciu kardiovaskulárnych ochorení. Hlavným cieľom programu je vytvorenie celospoločensky efektívneho systému opatrení zameraných na zníženie incidencie a prevalencie najzávažnejších ochorení srdca a cievnych rizikových faktorov, periférnych artériových obliterujúcich ochorení, ochorení extrakraniálnych prírodných

mozgových artérií a hlbkej venózne trombózy, ako aj na redukcii morbidity a mortality najvýznamnejších srdcovocievnych ochorení – ischemickej choroby srdca, chronického srdcového zlyhávania a náhlej kardiálnej smrti.

Neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti je kvalitná edukácia, ktorá sa môže vykonávať nielen v osobnej prítomnosti pacienta, ale aj pôsobením masovokomunikačných prostriedkov. V spoločnosti sa kladie čoraz väčší dôraz na rolu sestry ako edukátorky, ktorá svojou činnosťou napomáha pri eliminácii kardiovaskulárnych ochorení, podieľa sa na prevencii a liečbe nielen ako poskytovateľ ošetrovateľskej starostlivosti, ale kvalitným a zmysluplným edukačným procesom a prístupom rozvíja dynamický vzťah medzi sestrou a pacientom. Nakoľko kardiovaskulárne ochorenia sú chronického charakteru, má edukácia svoje špecifiká. Zameriava sa na všeobecné informácie ako príčina ochorenia, pôvod symptómov a príznakov, potrebné diagnostické postupy, ciele a možnosti liečby a stop fajčeniu. Súčasťou edukácie je selfmonitoring – denné váženie sa, registrácia bežných symptómov, meranie tlaku a pulzovej frekvencie a inštrukcie, kedy kontaktovať lekára. V diéte sa kladie dôraz na reštrikciu soli, pitný režim a zloženie stravy a stravovacie návyky, vo farmakoterapii na zoznam liekov, ich dávkovanie, vysvetlenie účinku jednotlivých liekov, zdôraznenie potreby pravidelného užívania a možné vedľajšie účinky. Nezabúda sa ani na telesnú aktivitu, čiže pravidelnú aeróbnu činnosť, sexuálnu aktivitu, ale aj prácu a zamestnanie [5].

Podstatný vplyv na edukáciu nielen v rámci preventívnych činností má však zdravotná gramotnosť každého človeka, čo znamená schopnosť robiť rozhodnutia vo svojom živote ohľadom zdravia. Čím je človek viac zdravotne gramotný, tým viac je schopný vybrať si určitý zdravý životný štýl, rozhodnúť o zdravotnej starostlivosti, či riešiť problémy v oblasti zdravia. No na nižších úrovniach zdravotnej gramotnosti sú často tí, ktorí žijú v sociálno-ekonomicky znevýhodnených komunitách [6]. Preto je dôležité, aby sestra prispôsobila prvky edukácie na každého človeka zvlášť, rešpektovala jeho vedomosti, hodnoty, ktoré vyznáva a prostredie, v ktorom žije.

Výskyt kardiovaskulárnych ochorení sa posúva do čoraz nižšieho veku. Je preto na každom jednotlivcovi, aby aktívne prijal zodpovednosť za svoje zdravie. V tejto činnosti majú veľkú úlohu aj zdravotnícky pracovníci, a to najmä sestra, ktorá prichádza do kontaktu s pacientom prvá a najčastejšie. Správnym interpersonálnym prístupom

vytvára vzťah, ktorý napomáha pacientovi/klientovi prijať tie zdravotné rozhodnutia, ktoré mu pomôžu zlepšiť svoje zdravie a prežiť naozaj plnohodnotný život.

Literatúra:

1. NÁRODNÝ PROGRAM PREVENČIE OCHORENÍ SRDCA A CIEV. 2010. [online]. Citované [2011-06-17]. Dostupné na internete : www.justice.gov.sk
2. WHO EUROPE. Summary overview of the environment and health performance reviews for Estonia, Lithuania, Malta, Poland, Serbia and Slovakia. [online]. Citované [2011-06-17]. Dostupné na internete : www.euro.who.int
3. LACKO, A. a kol. : Vnútorné lekárstvo pre ošetrovateľstvo I., 2.vyd., Turany, P+M, 2007, s. 185, ISBN 978-80-8084-150-8.
4. HANDLER, C. – COGHLAN, G. *Preventing cardiovascular disease in primary care*. 2nd ed. Abingdon : Radcliffe Publishing, 2008. 216 s. ISBN 978-1-8461-9145-9.
5. GONCALVESOVÁ, E. *Epidémia srdcového zlyhávania*. Bratislava : Abbott, 2008. 52 s. ISBN neuvedené.
6. McMURRAY, A. – CLENDON, J. *Community health and wellness : primary health care in practise*. 4th ed. Chatswood : Elsevier Australia, 2010. 432 s. ISBN 978-0-7295-3954-8

Kontakt na autora:

PhDr. Katarína Majerčíková

E-mail: majercikova@gmail.com

Náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace z pohledu sestry

Nursing management of the intensity of documentation from the perspective of nurses

Cetlová, L., Stančiak, J.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, Jihlava

Abstrakt

Úvod: každá sestra pracující ve zdravotnickém zařízení má ze zákona povinnost vést ošetrovatelskou dokumentaci ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace.

Cíl práce:

- Zjistit časovou náročnost při vedení ošetrovatelské dokumentace
- Zjistit, zda jsou rozdíly ve vedení ošetrovatelské dokumentace mezi nemocnicemi
- Zjistit, zda sestrám vyhovuje daný typ ošetrovatelské dokumentace
- Zjistit, zda sestry chápou nutnost komplexního vedení ošetrovatelské dokumentace, podle pracoviště, věku, vzdělání.

Metody: ke zpracování naší práce bylo použito dotazníkové metody, kdy bylo rozdáno 160 dotazníků ve dvou nemocnicích. Pro další potřeby výzkumu jsme použili 140 správně vyplněných dotazníků.

Výsledky: na základě zpracování výsledků jsme zjistili, že většina sester na standardním oddělení by uvítala zjednodušení ošetrovatelské dokumentace a sestry s vyšším vzděláním považují za nutné zaznamenávat údaje o ošetrování pacienta do ošetrovatelské dokumentace.

Zjistili jsme také, že některé sestry se středoškolským vzděláním a vyššího věku považují ošetrovatelskou dokumentaci za zbytečnou a více času by měly na práci s ošetrovatelskou dokumentací, pokud by prováděly pouze odborné úkony.

Závěr: ve zdravotnických zařízeních zavést školení o ošetrovatelské dokumentaci v rámci adaptačního procesu. Sestry, které nastupují do zdravotnických zařízení, jako absolventky, nebo pokud jsou delší dobu mimo obor, by se poté lépe adaptovaly v novém prostředí.

Klíčová slova. Zdravotnická dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace. Ošetrovatelský proces. Právní úprava zdravotnické dokumentace.

Abstract

Introduction: every nurse working in a health care facility has a statutory obligation to keep nursing documentation nursing documentation is part of the medical documentation.

Aim of the study:

- determine time required to conduct nursing documentation
- determine whether there are differences in management between hospitals nursing documentation
- determine whether nurses suits the type of nursing documentation
- determine whether nurses understand the need for a comprehensive documentation of nursing leadership, in the workplace, age, education.

Methods: the process of our work was used the questionnaire method, where 160 questionnaires were distributed in two hospitals. For further research needs, we used 140 correctly completed questionnaires.

Results: based on the processing of results, we found that most nurses in the department would welcome a standard simplifying nursing documentation, and nurses with higher education consider it necessary to record data on patient care in the nursing documentation. We also found that some nurses with secondary education and elderly nursing documentation deemed to be unnecessary and would be more time to work with nursing documentation, if carried out only by specialized tasks.

Conclusion: in healthcare facilities introduce training on nursing documentation in the adaptation process. Nurses entering the medical device, such as graduates, or longer if they are outside the field would then be better adapted in the new environment.

Key words - documentation of health care, nursing documentation, nursing process, law aspects of documentation of health care

Úvod

Zdravotnická dokumentace je soubor informací o pacientovi, jeho zdravotním stavu a zdravotní péči, která mu je poskytována. Zachycuje a uchovává důležité informace zaznamenané na různých nosičích. (Mastiliaková, 2002).

Zdravotnická dokumentace je vedena ve formě textové, audiovizuální nebo grafické. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci mají listinnou nebo elektronickou - digitální podobu. Obrazová podoba zdravotnické dokumentace může být na videozáznamu, na cd nebo dvd nosičích. Na magnetofonovém pásku, cd nebo dvd nosičích bývá audiovizuální zdravotnická dokumentace. Elektronicky se zaznamenávají a uchovávají nejčastěji nálezy při zobrazovacích vyšetřovacích metodách (Vondráček, Wirthová, 2008).

S rozvojem informačních technologií došlo k rozvoji elektronické dokumentace. Zákon připouští i tuto formu vedení zdravotnické dokumentace. Přednost je dávana vedení zdravotnické dokumentace v listinné podobě. Základem pro vedení zdravotnické dokumentace elektronickou formou je zaručený elektronický podpis každého, kdo pracuje se zdravotnickou dokumentací. Elektronický podpis je dán zákonem č. 227/2000 sb., o elektronickém podpisu. Každá jednotlivá část zdravotnické dokumentace musí být opatřena elektronickým podpisem. Tyto údaje se musí zálohovat minimálně jedenkrát během pracovního dne na záložní médium. Nejméně jedenkrát ročně jsou z nich pořízeny archivní kopie, které není možné dodatečně upravovat. Tato archivace se může provádět například na cd-rom. Archivní kopie musí být čitelná a přístupná po celou dobu archivace (Zákon č. 227).

Mezi kompetentní osoby, které mohou nahlížet a pracovat se zdravotnickou dokumentací patří zdravotničtí pracovníci, podílející se na léčení pacienta, tj. Lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, lékárníci, psychologové a logopéd, dále funkcionáři komor, šetřící stížnosti na lékaře nebo lékárníky, revizní lékaři zdravotních pojišťoven, soudní znalci v oboru zdravotnictví, lékaři ve státní správě, šetřící stížnosti, lékaři státního úřadu pro jadernou bezpečnost, členové ústřední znalecké komise a územních znaleckých komisí, pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví, lékaři orgánů sociálního zabezpečení, lékaři úřadů práce a lékaři krajských úřadů při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování různých dávek a služeb, zaměstnanci zdravotnických zařízení, zajišťující zpracování dat při vedení dokumentace a zaměstnanci státu nebo zpracovatele, kteří zajišťují úkoly národního informačního systému (Vyhláška č. 385/2006). Podle zákona číslo 225/2006 sb. Mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet inspektoři ústavu pro odborné zjišťování příčin

leteckých katastrof. Podle zákona č. 111/2007 sb. Jsou nově pověřeni k nahlížení do zdravotnické dokumentace zaměstnanci státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Osoby, které se připravují na výkon zdravotnického povolání, tj. Studují na zdravotnických školách, lékařských a farmaceutických fakultách, nejsou zdravotnickými pracovníky. Mají specifické právo nahlížet do dokumentace. Souhlas s přístupem do dokumentace, zde musí dát pro každý konkrétní případ, pověřený pracovník zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku. Písemný souhlas pak musí dát sám pacient, případně jeho zákonný zástupce. Tento souhlas se nevyžaduje pouze v případech, že ho nelze, vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, získat. Současně s právem nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání povinnost

Zachovávat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly (Polícar, 2010).

Zdravotnický pracovník není oprávněn pacientovi zatajovat žádný údaj týkající se jeho zdravotního stavu, tj. Výsledky vyšetření, diagnózu, zjištěné nálezy a léčbu. Je však na rozhodnutí lékaře, zda tato fakta sdělí pacientovi ústně, nebo umožní pacientovi studovat si vlastní zdravotnickou dokumentaci, případně si z ní činit výpisky či fotokopie.

Pokud pacient změní lékaře, ukládá se dosavadnímu lékaři povinnost předat nově zvolenému lékaři všechny informace týkající se zdravotního stavu pacienta, potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče. Předání těchto informací je buď ve formě kompletní kopie ze zdravotnické dokumentace, nebo ve formě výpisu ze zdravotnické dokumentace. Originál zdravotnické dokumentace pacienta by měl zůstat u původního ošetřujícího lékaře, z důvodu případné kontroly ze zdravotní pojišťovny nebo z důvodu možného vyžádání ze strany orgánů činných v trestním řízení nebo soudu (Vyhláška č. 385/2006).

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Vedení ošetrovatelské dokumentace znamená systematické zaznamenávání plánované péče, která je poskytována pacientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy týmu, kteří pod vedením sestry pracují. Vedení dokumentace ukládá platná legislativa české republiky. Vnitřní předpisy jednotlivých zdravotnických zařízení upravují další způsoby vedení dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí práce sester,

porodních asistentek a sester komunitní péče. Je nástrojem profesionální praxe (Vondráček, 2003).

Správně vedená zdravotnická dokumentace může ochránit zdravotnické pracovníky před případnými soudními spory nebo závažnými obviněními. Pokud není zdravotnická dokumentace vedena v souladu s předpisy, může vyvolat podezření, že postupy nebo poskytovaná péče nebyla prováděna v souladu s právními předpisy (Policar, 2010).

Poskytování zdravotní péče v české republice je upraveno předpisy a právními úpravami. Ve zdravotnickém zařízení nese odpovědnost za ošetrovatelské činnosti sestra, která tyto činnosti provádí. Pokud má být poskytovaná péče na co nejvyšší úrovni, musí sestra dodržovat vysokou úroveň kvality ošetrovatelské péče a s tím související vysokou úroveň vedené ošetrovatelské dokumentace.

Mezi hlavní součásti ošetrovatelské dokumentace patří ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán, denní záznamy sester, hlášení sester, dokumentování realizace ošetrovatelské péče a překládová / propouštěcí zpráva sester.

Další součásti dokumentace, které sestry používají v praxi, jsou nutriční screening, protokol o pádu, plán prevence/péče o dekubity a jiné rány, barthelův test soběstačnosti, edukační karta, informované souhlasy s výkony a vyšetřením a další dle potřeb daného zdravotnického zařízení.

Každý pacienta musí mít vedenou ošetrovatelskou dokumentaci, která spolu s dokumentací vedenou lékařem tvoří celek. Každý formulář musí být označen identifikačními údaji pacienta a zdravotnického zařízení dle platné legislativy. Formuláře musí být vyplňovány nesmazatelným psacím prostředkem způsobem, který upravuje vnitřní organizační směrnice daného zdravotnického zařízení. Všechny záznamy musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry společně s otiskem jmenovky pověřeného pracovníka nebo podpisem hůlkovým písmem pracovníka, který zápis provedl. Sestra z každé směny musí dokumentovat stav pacienta, jeho reakce na poskytovanou péči, provedené výkony, ošetrovatelské intervence, případně změnu ošetrovatelské diagnózy.

Sestra dokumentuje objektivně a přesně vše, co viděla, slyšela a vykonala v souvislosti s péčí o pacienta. Doporučuje se používat formulace "pacient říká, cítí, popisuje,... Že ...", protože interpretace sestry může být zkreslena. Záznamy musí být srozumitelné, čitelné, stručné, úplné, pravdivé, opatřeny datem a časem, s podpisem

sestry a jmenovkou, věcné, pravidelně doplňované, bez zbytečných zkratk, obsahující všechny nezbytné informace a musí být vedeny v českém jazyce. Informace v ošetrovatelské dokumentaci musí být všem členům ošetrovatelského týmu vždy dostupné. V ošetrovatelské dokumentaci se nesmí používat neschválené zkratky, nesprávná terminologie, slangové výrazy, vulgarizmy, záznamy v jiném než českém jazyce a subjektivní pocity sester (Vondráček, Wirthová, 2008).

K vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace je možný tzv. Systém optiplan. Pacient má dvoje desky. Jedny desky jsou na zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci a druhé jsou sběrné, na výsledky vyšetření a chorobopis. Součástí optiplan jsou:

1. Předdefinované tiskopisy
2. Desky na teplotky
3. „planeta“
4. Sběrné desky na výsledky.

Planeta slouží jako desky na teplotní listy „teplotky“, pro jednotlivé pacienty. Součástí „teplotek“, pro pacienty jsou signální lišty - barevné posuvné jezdce, které mají signální význam, upozorňují členy týmu na to, co je třeba u pacienta ještě provést, ale i stručnou charakteristiku pacienta, zda je diabetik, užívá perorální antikoagulancia, je u něj nutné měřit krevní tlak, bilance tekutin, jestli má nějaké časované léky apod. Tyto informace se získají, aniž sestra otevře dokumentaci pacienta, pouhým pohledem na svrchní část desek, na signální lištu. Do sběrných desek se zařazují výsledky biochemie, mikrobiologie, hematologie, histo - cytologie, rtg, ct, sono, ekg, endoskopie, operace, konzilia, a ostatní. Výsledky jsou řazeny jednotně v celé nemocnici, což je výhodou pro lékaře, kteří provádějí konzilia, nemají problém se orientovat v dokumentaci pacienta. Výhodou předdefinovaných tiskopisů je to, že do nich sestra zaznamenává informace. Na malé ploše je maximum záznamů, které jsou přehledné. Tyto tiskopisy respektují všechny legislativní požadavky. Jeden list slouží k záznamu informací na týden. Listy jsou číslovány. Každý pracovník, který zaznamenává do tohoto typu dokumentace má svůj podpisový vzor. Mezi předdefinované tiskopisy, které lze použít patří:

- ošetrovatelská anamnéza
- ošetrovatelský list
- teplotka / dekurz
- ošetrovatelský plán

- epikríza
- konziliární list
- diabetická karta
- sledování - ordinace
- omezující opatření
- sesterská překladová / propouštěcí zpráva

Obrázek 1 **desky pacientů** (palánová, 2011)



Výzkumná část

Cíl

Cílem naší práce bylo zjistit časovou náročnost při vedení ošetrovatelské dokumentace; zjistit, zda jsou rozdíly ve vedení ošetrovatelské dokumentace mezi nemocnicemi; zjistit, zda sestrám vyhovuje daný typ ošetrovatelské dokumentace; zjistit, zda sestry chápou nutnost komplexního vedení ošetrovatelské dokumentace, podle pracoviště, věku, vzdělání.

Metodika

Pro výzkum jsme zvolili dotazníkové šetření. Výzkum probíhal na standardních odděleních ve dvou nemocničních zařízeních v kraji vysočina na standardních odděleních. Dotazníky byly určeny všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům.

Dotazníky byly rozdány náhodně, bez ohledu na věk, vzdělání a pracoviště dotazovaných. V rámci výzkumu bylo rozdáno celkem 160 dotazníků. Po zkontrolování všech položek na dotaznících, správnosti a úplnosti vyplnění, mohlo být do dalšího zpracovávání použito 140 dotazníků, tj. 87,5 % ze všech. Z každé nemocnice jsme vyhodnocovali 70 dotazníků. Nemohlo se tedy použít 20 (12,5 %) dotazníků z celkového počtu. Dotazníky byly vyřazeny nejčastěji pro neúplné nebo nesprávně vyplněné položky.

Výsledky

Hypotéza 1 - většina sester na standardním oddělení by uvítala zjednodušení ošetrovatelské dokumentace se nám potvrdila. V první nemocnici uvedlo 59 % sester, že nemají jednoduchou dokumentaci a ve druhé nemocnici 54 % sester. Z tohoto výsledku usuzujeme, že sestry uvítají zjednodušení ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza 2 - většina sester s vyšším vzděláním diplomovaný specialista (dis), sestra bakalářka (bc.), sestra magistra (mgr.) A sestra se specializací (pss) považují za nutné zaznamenávat údaje o ošetřování pacienta do dokumentace se nám potvrdila. V první nemocnici uvádí 7 sester (všechny ze střední zdravotnické školy), tj. 10 %, že není nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci; ostatní uvedly nutnost vést ošetrovatelskou dokumentaci. 18 sester z 22, které uvedly vyšší vzdělání, si myslí, že je důležité zaznamenávat vše, co u pacienta provádí. Ve druhé nemocnici 2 sestry (obě ze střední zdravotnické školy) uvedly, že není nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci a 6 sester (5 má střední zdravotnickou školu a 1 vyšší odborné zdravotnické vzdělání), z celkového počtu, neví. Ostatní sestry, tj. 89 %, považují za nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci. 1 sestra z vyšší odborné zdravotnické školy uvedla, že neví, zda je nutné zaznamenávat všechny činnosti, které u pacienta provádí, ostatní, tj. 12 sester, uvedlo, že je důležité zaznamenávat vše, co u pacienta provádí. A.

Hypotéza -3 většina zdravotních sester se středoškolským vzděláním a vyššího věku považuje ošetrovatelskou dokumentaci za zbytečnou se potvrdila, částečně. Pokud některé sestry nepovažují za nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci, mají většinou středoškolské vzdělání a vyšší věk, ale v našem dotazníkovém šetření, těchto sester nebyla většina. Většina sester považuje za nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci, bez ohledu na vzdělání a věk.

V první nemocnici 7 sester, tj. 10 %, všechny se středoškolským vzděláním, uvedly, že nepovažují za nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci, 4 jsou ve věku 31 - 40 let, 2 jsou ve věku 41 - 50 let a 1 ve věku nad 50 let. Z těchto 7 sester, uvedlo 5 sester, že není důležité zaznamenávat vše, co u pacienta provádí. Ve druhé nemocnici uvedly 2 sestry, obě se středoškolským vzděláním, že není nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci a 5 sester se střední zdravotnické školy neví. Z těchto 7 sester je 1 ve věku 21 - 30 let, 5 ve věku 41 - 50 let a 1 ve věku nad 50 let. Z těchto 7 sester uvedly 3, že si myslí, že není důležité zaznamenávat všechny činnosti, které u pacienta provádí.

Hypotéza 4 - většina zdravotních sester by měla více času na práci s dokumentací, pokud by prováděla pouze odborné úkony. Tato hypotéza se nám potvrdila, částečně. V první nemocnici 47 % sester uvedlo, že provádí neodbornou ošetrovatelskou péči u pacienta 3 hodiny z 8 - hodinové pracovní doby. Ve druhé nemocnici uvedlo 54 % sester, že provádí neodbornou ošetrovatelskou péči 2 hodiny z 8 - hodinové pracovní doby. V první nemocnici podle sester převažuje odborná a neodborná péče o pacienta nad administrativou. Ve druhé nemocnici sestry uváděly, že nejčastěji provádí administrativní práci, poté odbornou a nakonec neodbornou péči o pacienta. Jaké překážky mají sestry, aby mohly pracovat s dokumentací, tak v první nemocnici uvedly nejvíce, tj. 30 % sester, že musí vykonávat neodbornou ošetrovatelskou péči a 27 % sester uvedlo, že se musí o dokumentaci „dělit“ s někým jiným. Naopak ve druhé nemocnici je největší překážkou u sester ta skutečnost, že se musí o dokumentaci „dělit“ s někým jiným - 46 % dotazovaných. 27 % sester druhé nemocnice uvedlo, že jim zabírá čas na dokumentaci neodborná ošetrovatelská péče.

Tabulka 1 **překážky v práci s ošetrovatelskou dokumentací**

Odpověď	Nemocnice jedna	Nemocnice dvě
„Nemám čas, protože se musím dělit o dokumentaci i s někým jiným.“	19	32
„Nemám čas, protože musím plnit ordinace lékařů.“	24	14
„Nemám čas, protože musím vykonávat neodbornou ošetrovatelskou péči.“	21	19
Jiné	6	5
Σ	70	70

Tabulka 2 čas věnovaný jednotlivým činnostem

Kolik času během 8 – hodinové pracovní doby věnujete	Nemocnice jedna	Nemocnice dvě
Odborné péči o pacienty	3 hodiny 64 % dotazovaných	3 50 % dotazovaných
Práci s dokumentací	2 hodiny 70 % dotazovaných	4 39 % dotazovaných
Neodborné ošetrovatelské péči	3 hodiny 47 % dotazovaných	2 77 % dotazovaných

Závěr

Téma zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace je velmi rozsáhlé a je možno zkoumat jej z více pohledů. Zdravotnická dokumentace má mnoho právních náležitostí, jak má vypadat a jak má být vedena, jakým způsobem provádět zápisy a kdo je oprávněn do dokumentace pacienta nahlížet. V naší práci jsme se zaměřili na pohled sestry, pracující na standardním oddělení. Jak sestra vnímá ošetrovatelskou dokumentaci, zda je pro ni snadná nebo obtížná, zda vůbec chápe, proč musí pracovat s „papíry“. Zajímali nás rozdíly ve vedení ošetrovatelské dokumentace mezi nemocnicemi. Kolik času stráví zdravotní sestra vedením ošetrovatelské dokumentace a zda sestrám vyhovuje, jaký typ ošetrovatelské dokumentace používají.

Výsledky naší práce ukázaly, že je možné a vhodné zavést v nemocničních zařízeních pro sestry absolventky i sestry, které jsou delší dobu mimo obor, školení týkající se správného vedení ošetrovatelské dokumentace v rámci svého adaptačního procesu.

Literatura:

- Mastiliaková, d., 2002 *úvod do ošetrovatelství i*, vydání 1. Karolinum 2002. 347 s. Isbn 8024604299.
- Ondráček, l., wirthová, v., 2008 *sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Vydání 1. Grada publishing 2008. 88 s. Isbn 8024727633.

Polícar, r., 2010 *zdravotnická dokumentace v praxi*. Vydání 1. Grada publishing. 223 s. Isbn 8024723581.

Vondáček, l., vondráček, j., 2003 *pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Vydání 1. Grada publishing 2003. 68 s. Isbn 8024707055.

Vyhláška č. 385/2006, o zdravotnické dokumentaci

Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 200/1990 sb., o přestupcích

Zákon č. 227/2000 sb., o elektronickém podpisu

Kontakt na autora:

Phdr. Lada cetlová, PhD.

E-mail: l.cetlova@gmail.com

Nové podmínky BCG vakcinace v praxi

Dokoupilová, R.

Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Vyhláška č. 299/2010 Sb. s účinností od 1. 11.2011 ruší v České republice provádění plošné BCG primovakcinace v porodnici a zavádí selektivní BCG vakcinaci na kalmetizačních střediscích u dětí z rizikových skupin.

Očkování v nových podmínkách:

V praxi to znamená, že neonatolog vyplní u takového dítěte „Dotazník k definici rizika TBC“ daný vyhláškou. Praktický pediatr příslušného dětského střediska odešle dítě k pneumoftizeologovi, který určí míru rizika infekce a rozhodne o dalším postupu léčby. Je možné i nasadit chemoprophylaxi nebo doporučit odložení primovakcinace po 6. měsíci věku dítěte

Klady:

Zrušením očkování v porodnicích vymizí prvotní komplikace.

První dávka hexavakcíny se posunuje zpět do věku 9 týdnů (při BCG do 6 týdnů zůstává termín od 13. týdne).

Při očkování po 6. měsíci vymizí kostní komplikace a riziko očkování dětí s vrozeným imunodefektem, který je do té doby vyloučen.

Zápory:

Poklesne proočkovanost dětské populace proti TBC, zvláště u sociálně slabších rodin.

Stoupne incidence, bude těžší průběh onemocnění, vedle primárních plicních forem nutno počítat s možností generalizace (miliární TBC, TBC meningitis).

Zvýší se riziko nákazy multirezistentními kmeny, které se u očkováných prakticky nevyskytují.

Stoupne výskyt aviárních forem, které se u očkováných nevyskytují a které jsou rezistentní

na léčbu (nutné chirurgické řešení).

Vzhledem k tomu, že očkování není již v žádné věkové kategorii povinné, ale na přání rodičů je možné provést, je třeba na kalmetizačním středisku nechat zákonnému

zástupci po řádném seznámení podepsat „Informovaný souhlas“, který se stává součástí dokumentace.

Zatím platí i § 30 ods. 2 písm.b) bod 3. zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění od 1. 1. 2010 hrazená péče zahrnuje „poskytnutí očkovacích látek proti tuberkulóze včetně přeočkování dětí od dovršení jedenáctého do dovršení dvanáctého roku věku po předchozím provedení tuberkulínového testu, pokud byl tento test negativní“.

V současné době je doporučeno provádět očkování proti TBC jako povinné u dětí s indikacemi podle výše uvedené přílohy č. 3 vyhlášky č. 537/2006 Sb. nebo jako dobrovolné u ostatních dětí po 6. měsíci věku dítěte do 16 let po předchozím tuberkulínovém testu.

Odbornost „kalmetizační sestra“ v České republice zrušena nebyla. Pokud někteří poskytovatelé zdravotní péče ruší kalmetizační oddělení, činí tak ze své vůle a zřejmě proto, že se domnívají, že kalmetizační zařízení jim nebudou přinášet žádný ekonomický přínos. Je na uvážení každého, zda bude provozovat tuto činnost, ze které budou profitovat zejména naše děti.

Na území České republiky nyní pracuje 131 kalmetizací.

Kontakt na autora:

Radka Dokoupilová

E-mail: radka.dokoupilova@nemvitkovice.cz

BCG vakcinácia a jej komplikácie

Zavacká, A., Lojdlová, I.

Klinika detskej tuberkulózy a respiračných chorôb JLF UK a Šrobárovho ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n. o., Dolný Smokovec

Tuberkulóza je ochorenie s dlhou históriou. Už nálezy z doby neolitickej ponúkajú dôkazy o jej existencii. „Mycobakteriálne infekcie sú jednou z najčastejších príčin chorobnosti aj úmrtnosti.“ [1] K najzávažnejším faktorom, ktoré vplyvajú na vznik, šírenie a priebeh tuberkulózy patria sociálne, hygienické a kultúrne pomery obyvateľstva. Od objasnenia etiológie ochorenia Róbertom Kochom na konci 19. storočia, sa zaznamenávajú snahy o elimináciu prípadne obmedzenie prenosu infekčného ochorenia, ktorým tuberkulóza je.

História očkovania

V júli 2011 prešlo 90 rokov od prvej aplikácie očkovacej látky proti TBC u ľudí. Albert Calmette a Camille Guérin si za základ budúcej vakcíny vybrali menej virulentný kmeň *Mycobacterium bovis*. Prvýkrát vakcínu použili u novorodenca matky, ktorá zomrela na tuberkulózu a dieťa malo ísť do starostlivosti starej matky, ktorá mala tiež tuberkulózu. U dieťaťa sa ochorenie nevyvinulo. Použitý kmeň dostal názov *Mycobacterium bovis* BCG (*Bacillus Calmette – Guérin*) a očkovanie proti tuberkulóze sa nazýva kalmetizácia. [2]

V nasledujúcich rokoch bol o vakcínu veľký záujem a bola distribuovaná do mnohých laboratórií v Európe. U nás sa začalo s vakcináciou v roku 1926, kedy dr. Švehla zaočkoval deti v pražskom detskom domove „nalezinci“. O rok neskôr dr. Švejcár zaočkoval deti v detskom domove v Bratislave. Do roku 1939 bolo na Slovensku a v Čechách zaočkovaných 9123 detí. Cez vojnu sa očkovanie BCG vakcínou prerušilo, okrem Švédska a Dánska. [1]

Prudký vzostup počtu očkovaných nastal až po roku 1948 na základe prehlásenia 1. medzinárodného zjazdu o BCG v Paríži. V rokoch 1948 – 49 sa uskutočnila hromadná očkovačiacia akcia UNICEF, kedy dánsky červený kríž očkoval osoby vo veku 1 – 20 rokov dánskou vakcínou, ktorá však vyvolávala vysoký počet nežiaducich reakcií. Pražské BCG laboratórium pod vedením doc. Šulu preto pripravilo z dánskeho kmeňa 725 oslabenejšiu vakcínu (Šulova vakcína), ktorá sa začala u nás hromadne používať. [3]

Pravidelná plošná BCG vakcinácia novorodencov je u nás uzákonená od roku 1953, kedy bol vypracovaný a do praxe uvedený Národný program proti tuberkulóze. Odvtedy sa na Slovensku a v Čechách vystriedalo niekoľko reťazcov BCG vakcín (tabuľka 1) a došlo k zmenám vo vakcinácii a revakcinácii proti TBC (tabuľka 2) [1]

Tabuľka 1 Prehľad BCG vakcín používaných v Československu, neskôr na Slovensku [1]

Rok	Vakcína	Počet živých zárodkov v 0,1 ml
1953 - 1980	Prague BCG 725 (Šula)	100 – 300 000
1980 - 1992	Moscow vaccine lyophilized	1 – 1,5 mil.
1992 - 2000	Behrin 500 (reťazec Copenhagen 1331) Behring oslabená	300 – 500 000
2001 - 2004	postupne - BCG vaccine lyophilized Aventis (reťazec Glaxo 1077)	800 – 3,2 mil.
2004 -	SSI Copenhagen 1331	200 – 800 000

Očkovanie

Kalmetizácia je dnes aplikovaná v troch štvrtinách všetkých krajín sveta a má stále, predovšetkým v rozvojových krajinách, nezastupiteľný význam v prevencii ochorenia TBC. tuberkulózy, ale zároveň ich aj ničí. [4] BCG vakcína však neznižuje riziko ochorenia, ale jej ochranný mechanizmus spočíva v znížení hematogénnej diseminácie mykobaktérií z miesta primoinfekcie. Bráni treba predovšetkým vzniku generalizovaných foriem - miliárnej tuberkulóze a tuberkulózne meningitíde. Predpokladá sa, že vakcína vyvolá imunitu, ktorá zabraňuje prechodu infekcie do ochorenia. [5] Podľa doterajších štúdií sa predpokladá, že účinnosť kalmetizácie sa pohybuje od 65 % do 80 % po dobu 9 – 15 rokov. [3]

Tabuľka 2 Zmeny v BCG vakcinácii v Československu, neskôr na Slovensku [1]

1953	začiatok povinnej primovakcinácie novorodencov, revakcinácia po MTX II negat. v 5 ročných intervaloch (do 30.r.)
1974	povinná primovakcinácia novorodencov, revakcinácia po MTX II negat. v 7., 13., 18. r. života
1996	povinná primovakcinácia novorodencov, revakcinácia po MTX II negat. v 11. r. života
2010	primovakcinácia v novorodeneckom veku, zrušená revakcinácia Revakcinácia kontaktov mimo očkovacieho kalendára

V Slovenskej republike sa plošne očkujú všetci novorodenci po dovŕšení hmotnosti 2200 g, najskôr 4. deň po narodení, najneskôr v 6. týždni života bez predchádzajúceho tuberkulínového testu. Ak nebolo dieťa zaočkované do 6. týždňa života, očkuje sa až po ukončení všetkých príslušných očkovaní, ktoré sa vykonávajú podľa očkovacieho kalendára, po prvom roku života, v prípade negatívneho tuberkulínového testu. Záznam o očkovaní sa eviduje v ambulancii TaRCH podľa miesta bydliska dieťaťa. [1]

V priebehu 2 – 3 týždňov sa v mieste očkovania vytvorí indurovana papula, do 6 týždňov pustula, ktorá sa zhojí do 3 mesiacov. Odpoveď na BCG je podobná ako pri primárnom komplexe, teda navodí reakciu v lymfatických uzlinách. Účinné očkovanie sa prejaví jemnou jazvičkou v mieste očkovania. V ďalších očkovaniach sa pokračuje až po úplnom zhojení lokálnej reakcie po očkovaní. Kontrolu výsledkov očkovania (vyšetrenie miesta vpichu a vyšetrenie regionálnych uzlín) robí u dojčiat v 3. - 4. mesiaci života pediater u ktorého je dieťa registrované. [1]

Technika aplikácie

Pre nedostatočnú účinnosť perorálnej aplikácie očkovacej látky sa postupne zavádzali parenterálne metódy očkovania, z ktorých sa najlepšie osvedčila aplikácia intradernálna, pôvodne navrhnutá vo Švédsku Wallgrenom. [3]

BCG vakcína sa musí podať prísne intradermálne do ľavého ramena v mieste distálneho úponu deltového svalu k ramenu (obrázok 1) v dávke 0,05 ml deťom mladším ako 12 mesiacov, ostatným deťom a dospelým v dávke 0,1 ml.

Obrázok 1 Miesto aplikácie BCG vakcíny [1]



Technike prípravy a aplikácie je potrebné venovať zvýšenú pozornosť:

- vakcína sa skladuje pri teplote 2 – 8 °C a chráni sa pred svetlom a slnkom,
- pred výkonom sa rozriedi ampulka priloženým riedidlom za aseptických podmienok, až kým sa nerozpustí,
- rozriedená vakcína sa má použiť do 2 hodín a nepoužitá vakcína sa znehodnocuje spálením,
- vakcína sa podáva 1 ml striekačkou delenou na stotinky ml (1/100 ml) zakončenou krátkou zošíkmenou ihlou (25G/0,50 mm alebo 26G/0,45 mm),
- ak sa použije antiseptikum (ako alkohol) na utretie kože, musí sa pred aplikáciou úplne odpariť,
- miesto podania má byť čisté a suché
- pri aplikácii je koža natiahnutá medzi palcom a ukazovákom,
- ihla má byť takmer paralelne s povrchom kože a pomaly sa vnárať (šikmým otvorom hore), približne 2 mm do povrchových vrstiev kože,
- ihla má byť viditeľná cez povrch kože počas vnárania,
- injekcia má byť podávaná pomaly,
- znakom správneho podania je vyvýšený vyblednutý pľuzgierik
- miesto po podaní vakcíny sa má nechať odkryté, aby sa urýchlilo hojenie. [6]

Už v roku 1980 vydala vedecká skupina WHO odporúčania k vykonávaniu kalmetizácie, kde sa zdôrazňuje trvale venovať pozornosť manipulácii s vakcínou, technike a výcviku pracovníkov poverených očkovaním – sestra s certifikátom s kalmetizácie.

Striedanie očkujúcich s nedostatočnou praxou vedie k nárastu komplikácii spôsobených nesprávnou technikou aplikácie (obrázok 2). [2]

Obrázok 2 Zdurenie lymfatickej uzliny, nesprávne miesto očkovania [1]



Komplikácie BCG vakcinácie

„Od začiatku očkovania sú popisované nežiaduce reakcie, väčšinou v 0,5 % - 5 % očkovaných.“ [1] Podľa WHO sú reakcie po očkovaní rozdelené na fyziologické a nežiaduce reakcie. Lokálne začervenanie, zdurenie, prípadná bolestivosť sú mierne vedľajšie účinky. Supuratívna lymfadenitída (100 – 1000/mil.), BCG osteitída (1 – 700/mil.) a diseminovaná BCG-itída a meningitída (1/mil.) sú považované za závažné reakcie po BCG očkovaní. [7] Aby sa predišlo vzniku nežiaducich reakcií (tabuľka 3), je potrebné okrem správnej manipulácie a techniky aplikácie vakcíny, dôsledne dodržiavať stanovené kontraindikácie k jej podávaniu.

V Slovenskej republike podliehajú nežiaduce reakcie po BCG očkovaní hláseniu. Za nežiaduce reakcie sú považované:

- ulcerácia o priemere 10 mm a viac,
- subkutánne abscesy s fluktuáciou,
- regionálne uzliny zväčšené a hnisajúce,
- lupoidné reakcie,
- keloidy,
- hematogénne diseminácie
- generalizácia. [1]

Tabuľka 3 Nežiaduce reakcie po vakcinácii BCG [4]

Typ reakcie	Častosť výskytu	Popis
Lokálne reakcie	veľmi časté: $\geq 10\%$	bolesť v mieste injekcie, indurácia v mieste injekcie, lokálne lézie, ulcerácie, lézia sa zvyčajne spontánne hojí a zanecháva po sebe povrchovú jazvu 2 – 10 mm
	veľmi vzácne: $< 0,01\%$	ulcerácie alebo abscesy v mieste očkovania veľkosti ≥ 10 mm, u novorodencov, keloidné jazvy
Celkové reakcie	veľmi vzácne: $< 0,01\%$	osteomyelitis a/alebo arthritis, u osôb s vrodenou imunodeficienciou ku generalizácii BCG infekcie s rozšírením sa do rôznych orgánov kostí a kĺbov
Imunitný systém	časté: $\geq 1\%$ a $< 10\%$	zväčšenie regionálnych lymfatických uzlín (< 1 cm), zväčšenie axilárnych lymfatických uzlín
	vzácne: $\geq 0,01\%$ a $< 0,1\%$	lymfadenopatia
	veľmi vzácne: $< 0,01\%$	zväčšenie lymfatických uzlín (< 1 cm) - axilárnych, supraklavikulárnych alebo na ľavej strane krku, s možnosťou ich kolikvacie a prevalencie, podkožné alebo vnútro svalové granulómy, generalizovaná BCG infekcia

Pacient s komplikáciou po BCG vakcinácii (obrázok 3, obrázok 4) patrí do odbornej starostlivosti pneumoftizeológa. Najčastejšou lokálnou komplikáciou sú absces a lymfadenitída. Pri abscese zvyčajne robí jeho evakuácia za sterilných podmienok, odoberá sa materiál na bakteriologické vyšetrenie, lokálne sa aplikuje antibiotikum a v pravidelných intervaloch sleduje až do úplného vyhojenia.

Obrázok 3 Obrázok 4 Komplikácie po BCG vakcinácii [8]



V prípade lymfadenitídy sa postup liečby určuje na základe vzhľadu a veľkosti lymfatickej uzliny. Ak je uzlina tuhá, s rozmermi do 10 mm, pohyblivá voči spodine a koža nad ňou nie je zmenená, môže sa v pravidelných intervaloch sledovať. USG vyšetrenie ukáže jej veľkosť a štruktúru. V prípade veľkosti nad 15 mm sa odporúča liečba izoniazidom spolu s vit. B6. Ak však uzlina vykazuje kolikváciu, mení sa koža nad ňou a uzlina sa začne fixovať ku koži, je indikovaný chirurgický zákrok, kde sa odoberá materiál na histologické vyšetrenie, nešpecifickú flóru a BK kultiváciu. Po ukončení liečby v spolupráci s imunológom rozhodne lekár TaRCH o pokračovaní v očkovacom programe. [1]

Pacientov s lupoidnou reakciou alebo keloidnou jazvou je potrebné čo najskôr odoslať na odborné dermatologické vyšetrenie. Orgánové komplikácie si vyžadujú riešenie na špecializovaných pracoviskách. [2]

Medzinárodná odborná verejnosť sa k očkovaniu proti tuberkulóze vyjadruje nejednotne. Účinná a zároveň bezpečná vakcína, ktorá by absolútne chránila pred ochorením, nie je k dispozícii. Existujú názory, ktoré podporujú zrušenie plošného očkovania, ale aj názory, ktoré tvrdia, že úžitok z BCG vakcinácie je vyšší v ochrane pred závažnými ochoreniami na tuberkulózu ako vznik rôznych možných komplikácií.

Literatúra

[1] NEVICKÁ E., FRECEKOVÁ K. 2007. *Tuberkulóza u detí*. Bratislava : Mauro Slovakia s.r.o., 2007. 219 s. ISBN 978-80-969632-1-8

[2] Farmakoterapeutické informácie - Měsíčník pro lékaře a farmaceuty. 2010. Očkování proti TBC u dětí [Online] 2010 [citované 31.07.2011] Dostupné na : <http://www.sukl.cz/sukl/listopad-2010>

- [3] KŘEPELA K. 1995. *Tuberkulóza dětí a dorostu a její diferenciální diagnostika*. Praha : Maxdorf-Jessenius, 1995. 223 s. ISBN 80-85912-03-1
- [4] PETRÁŠ, M. 2008. Vakciny.net. [Online] 25. 2 2008. [Citované: 31.07.2011.] Dostupné na : http://www.vakciny.net/AKTUALITY/AKT_2008_09.htm.
- [5] KOPŘIVA F. 2003. BCG očkování a jeho komplikace. In *Pediatric pro praxi* [Online] 2003 [Citované: 31.07.2011.] Dostupné na : www.pediatricpropraxi.cz/savepdfs/ped/2003/03/07.pdf
- [6] BCG Vaccine SSI [Online] [Citované: 31.07.2011.] Dostupné na : <http://www.adcc.sk/web/humane-lieky/detail/bcg-vaccine-ssi-671.html>
- [7] SUPPLEMENTARY INFORMATION ON VACCINE SAFETY, 2000. WHO: Supplementary information on vaccine safety, Part 2: Background rates of adverse events following immunization. [Online] WHO/V B/00.36, 12 2000. [Citované 31. 07 2011.] Dostupné na : www.who.int/vaccines-documents/.
- [8] Fotodokumentácia z archívu : MUDr. Martina Miškovská, primár TBC odd. ŠÚ DT a RCH Dolný Smokovec

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Zavacká

E-mail: andrea.zavacka@gmail.com

Podpora zdravého starnutia ako jedna z účinných foriem eliminácie duševných ochorení

Fertaľová, T., Klímová, E., Ondriová, I.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Svetová zdravotnícka organizácia opisuje duševné zdravie ako stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť [10]. Zlé duševné zdravie zahŕňa problémy s duševným zdravím a psychickou záťažou, narušené fungovanie spojené s núdzou, príznaky a diagnostikovateľné duševné choroby, ako schizofrénia a depresia. Početné zastúpenie starších ľudí v populácii patrí k najzávažnejším demografickým charakteristikám súčasnej spoločnosti a začína sa prejavovať svojimi dôsledkami i v našich podmienkach. Pokles počtu detí a rast počtu seniorov je pre ľudstvo nový fenomén, ktorý je spojený s celým radom závažných sociálnych, psychologických a ekonomických následkov, ktoré významne ovplyvňujú život jednotlivcov ako i celej spoločnosti.

Kľúčové slová. Zdravé starnutie. Staroba. Prevencia. Duševné zdravie.

Abstract

World Health Organization describes mental health as a state of physical and mental well-being, in which the individual realizes his or her abilities, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to contribute to their society [10]. Mental ill health includes mental health problems and psychological stress, impaired functioning associated with distress, symptoms, and diagnosable mental disorders as schizophrenia and depression. Well represented in the elderly population is one of the most serious demographic characteristics of contemporary society and begins to show its effects in our conditions. Decrease in the number of children and increase the number of seniors is a new phenomenon for mankind, which is associated with a number of serious social, psychological and economic consequences that significantly affect the lives of individuals as well as society as a whole

Key words. Healthy aging. Age. Prevention. Mental health.

Úvod

Pre občanov je duševné zdravie zdrojom, ktorý im umožňuje uskutočňovať svoj duševný a citový potenciál, nájsť a naplniť svoju úlohu v spoločenskom, školskom a pracovnom živote. V prípade spoločnosti dobré duševné zdravie obyvateľov prispieva k prosperite, solidarite a sociálnej spravodlivosti. Zlé duševné zdravie predstavuje pre obyvateľov a sociálny systém mnohonásobné náklady, straty a záťaž.

Medicína umožňuje predĺžiť život mnohým ľuďom, ktorý trpia rôznymi ochoreniami. Až v posledných rokoch sa u nás hovorí o kvalite života a nielen o jeho dĺžke [9]. Staroba prináša nové skúsenosti, s ktorými sa človek musí nejakým spôsobom vyrovnáť a záleží na jednotlivcovi ako túto vývojovú úlohu zvládne. Musí sa neustále prispôbovať novým problémom a nepriaznivým zmenám a musí tak robiť v dobe, kedy sú jeho kompetencie vplyvom starnutia viac či menej limitované. Vytvorenie primeraného postoja k vlastnému starnutiu podmieňuje schopnosť racionálneho zhodnotenia a emočného vyrovnania s nepriaznivými zmenami i aktívny prístup k riešeniu problémov a k hľadaniu spôsobov kompenzácie úbytku rôznych funkcií [7].

Moderné trendy prístupu k seniorom sledujú plnenie týchto cieľov:

- Zachovanie prirodzeného sociálneho prostredia pre seniorov.
- Podpora zamestnávania starších osôb a seniorov ako prostriedok ich aktivizácie, s ohľadom na pracovný a ekonomický prínos pre spoločnosť.
- Podpora vedomia vlastnej zodpovednosti za prípravu na starobu, ktoré je súvislým celoživotným procesom.
- Modernizácia systémov sociálnej ochrany a poskytovanie cielenej podpory spoločnosti v tých prípadoch, kedy seniori nie sú schopní z vážnych zdravotných a sociálnych dôvodov zaistiť si dostatočné hmotné zabezpečenie sami.
- Podpora zdravého životného štýlu a vytváranie predpokladov pre udržanie fyzických a psychických schopností osôb produktívneho veku a seniorov prostredníctvom aktivizácie, vytváranie a rozširovanie možností rekondície, rehabilitácie a osobného rozvoja.
- Zlepšovanie stavu životného prostredia, predchádzanie úrazovosti a závislosti seniorov, rozvoj systému zdravotnej starostlivosti tak, aby sa dokázali vyrovnáť s novou demografickou situáciou, zvýšenie účelnosti a účinnosti zdravotnej

starostlivosti.

- Reflektovanie rôznosti sociálnej situácie seniorov, minimalizácia rizika sociálneho vylúčenia a inštitucionalizácie.
- Vytvorenie systému komplexných sociálnych služieb, ktoré umožnia seniorom zotrvať v prirodzenom domácom prostredí čo najdlhšie alebo po celý život, podpora udržania nezávislosti a dôstojného prežitia tejto fázy života, zaistenie pomoci rodinám, ktoré sa starajú o nesebestačných seniorov.
- Podpora možnosti celoživotného vzdelávania ako nevyhnutného predpokladu pre udržania znalostí a schopností starnúcich osôb a seniorov [3].

Príznaky duševných porúch sa vyskytujú aj v starobe, podobne ako u iných vekových kategórií. Symptómy môžu byť menej nápadné, schované za fyziologické zmeny v starobe. Častejšie sa vyskytujú organické zmeny, poruchy pamäti. Častejšie pozorujeme duševné poruchy práve u seniorov v zariadeniach, pretože klesá schopnosť žiť bez podpory okolia a zlyháva schopnosť adaptácie.

Nedostatočná informovanosť o duševnej chorobe, hanba za toto ochorenie, strach z odsúdenia najbližšími aj širšou spoločnosťou a neprijatie psychického ochorenia negatívne ovplyvňujú spoluprácu pri dlhodobej liečbe. Významne môžu pomôcť preventívne opatrenia v primárnej, sekundárnej ako aj v terciárnej oblasti [5].

V primárnej prevencii sa zameriavajú na predchádzanie vzniku duševného ochorenia u zdravej populácie a na čo najskoršiu identifikáciu ľudí v rizikovej skupine. K dobre pochopiteľným aspektom prevencie patrí dôsledné mapovanie rizikových faktorov vyplývajúcich z osobnej a rodinnej histórie jedinca [2]. V sekundárnej prevencii sa dôraz kladie na skorú diagnostiku a adekvátnu komplexnú liečbu vrátane ošetrovateľskej starostlivosti. Sekundárna prevencia sa zameriava aj na návrat chorého do rodinného a pracovného prostredia v čo najkratšom čase, prípadne zabezpečuje jeho ďalší zdravý vývoj. Terciárna prevencia sa zameriava na predchádzanie opakovaného výskytu akútneho štádia ochorenia. Využíva možnosti rehabilitačnej liečby a resocializácie.

Pri predchádzaní ďalšej epizódy ochorenia je veľmi dôležité neprerušit' liečbu predčasne. Dôležitou súčasťou je aj pravidelná návšteva lekára psychiatra [8].

Dôležitou súčasťou prevencie a zdravotnej výchovy je aj spolupráca s rodinou chorého. Práve jeho najbližší by mali pochopiť, že ak chcú chorému pomôcť musia mu byť nablízku, byť mu oporou a povzbudením pri zmene jeho životného štýlu. Musia pochopiť jeho terajšiu situáciu a pomáhať mu úspešne ju zvládnuť.

Významným nástrojom v prevencii duševných ochorení sú psychoedukačné programy, ktoré by mali absolvovať nielen ľudia s rizikom vzniku duševného ochorenia, chorí trpiaci duševným ochorením alebo po jeho vyliečení, ale aj ich rodiny a čo najširšia verejnosť [6].

Prevencia duševných ochorení u seniorov by mala byť cielene zameraná na aktívne vyhľadávanie duševných ochorení. K tomu neodmysliteľne patrí používanie štandardizovaných škál, ktorých úlohou nie je diagnostikovať ochorenie, ale sú vodítkom pre určenie presnej diagnózy a smerovanie ďalšej diferenciálnej diagnostiky.

Depresia ako najčastejšie sa vyskytujúce psychiatrické ochorenie v starobe výrazne zhoršuje kvalitu života, ľudia trpiaci depresiou potrebujú viac zdravotnej starostlivosti, navštevujú častejšie lekára. Pre včasnú diagnostiku ochorenia je vhodné používať škálu geriatrickej depresie podľa Yessavage. Pre erudovanú sestru jej používanie by malo byť samozrejmosťou. Ošetrovateľstvo sa považuje za účinný spôsob ovplyvňovania ľudského zdravia. Sestry sú odborným potenciálom, ktorý by mala adekvátne využívať každá spoločnosť. Investovanie do ošetrovateľstva, znamená investovanie do zdravia. Ošetrovateľstvo je súčasťou zdravotnej starostlivosti. Pozícia, forma, kvalita a všeobecná dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti je jednou z kľúčových otázok zdravotnej a čiastočne aj sociálnej politiky štátu. Je v záujme každej spoločnosti zabezpečiť spokojnosť občanov so zdravotnou starostlivosťou, v ktorej má ošetrovateľská starostlivosť nenahraditeľnú rolu.

Nielen senior, ale aj spoločnosť sa musí na túto situáciu pripraviť, preto odporúčame zlepšiť účinnosť a účelnosť zdravotníckych služieb pre seniorov. Starý človek, ktorý žije osamote a nemôže očakávať pomoc a starostlivosť od svojej rodiny (rodina chýba, alebo nie je funkčná), zvažuje ústavnú starostlivosť, ale väčšinou nevie podľa akých kritérií by si mal vybrať zariadenie pre seniorov. V podobných rozpakoch sa nachádzajú členovia rodiny, ktorí uvažujú o ústavnej starostlivosti pre svojho blízkeho. Ideálne by bolo, pokiaľ by si mohol senior alebo jeho rodiny vybrať z ponuky zariadenia rôzneho, zamerania. Iva Holmerová, zakladateľka Českej alzheimerovskej spoločnosti uvádza niekoľko kritérií, ktoré by sme mali mať na pamäti pri rozhodovaní o ústavnom zariadení.

- Je zariadenie otvorené pre návštevy bez obmedzenia?
- Cítite sa pri prehliadke zariadenia príjemne ?
- Usmievajú sa pracovníci a dorozumievajú sa pohľadom s klientmi?

- Vyzerá zariadenie dobre, čisté?
- Snažiť sa zariadenie navštíviť v čase podávania jedla, aby ste videli ako sa personál o klientov stará.
- Pozrite sa ako funguje komunikácia medzi jednotlivými starajúcimi sa profesiami.
- Je možné umiestniť klienta iba na skúšku?
- Pýtajte sa na jednotlivé aktivity určené pre klientov.
- Snaží sa personál podporovať samostatnosť klientov?
- Ako sa rešpektuje dôstojnosť seniora? Sú upravení, ako ich personál oslovuje?
- Snažte sa komunikovať s čo najväčším počtom zamestnancov, na postoji k vám sa najlepšie ukáže postoj ku klientom.
- Vyzerajú klienti spokojne, sú skutočne spokojní ako doma?
- Budete môcť kedykoľvek a často seniora navštevovať? [9].

V indikovaných prípadoch je dlhodobá ústavná starostlivosť riešením životnej situácie alebo zdravotného stavu. K všeobecným javom patrí adaptačná záťaž a v prípade režimových zariadení prevádzkovaných ako hromadné, kolektívne tiež negatívne dôsledky straty sociálnej role, perspektív a autonómie. Ide predovšetkým o domovy dôchodcov a liečebne pre dlhodobo chorých. Zátáž a riziká inštitucionalizácie sú dané predovšetkým:

- zmenou prostredia s neznalosťou nielen nových priestorov, ale tiež nových ľudí,
- porušenie medziľudských väzieb a doterajšia sebarealizácia,
- strata či ohrozenie autonómie a súkromia,
- zmena sebahodnotenia a životnej perspektívy,
- strata či obmedzenie kontaktov s vonkajším svetom,
- nevhodné jednanie personálu alebo spolubývajúcich a spolupacientov.

Zmena prostredia je v starobe závažný stresor. Adaptácia je sťažená, prebieha dlhšiu dobu, je negatívne pociťovaná i pri presťahovaní do výhodnejších podmienok. Doba potrebná k zdomácneniu v novom prostredí závisí od rôznych okolností: osobnosť, zdravotný stav, úroveň mentálnych schopností, okolnosti presťahovania, spokojnosť v novom bývaní. Je však nutné rátať s mesiacmi niekedy aj rokmi. So zmenou prostredia súvisí aj „strach z neznámeho“ a anticipačná úzkosť. Strata autonómie predstavuje podobný stresor. Zahrnuje stratu slobodného rozhodovania o sebe samom. Strata životnej perspektívy a zmena sebahodnotenia je charakterizovaná obvykle ako

„vedomie konečnej stanice“ strata identity. Strata autentických hlbších kontaktov postihuje predovšetkým klientov bez zázemia vo vlastnej rodine. Spoločenstvo v domove dôchodcov je sociálne rozptýlené. Chýba zblížujúca podobnosť záujmov. Kontakty sú náhodné, vynútené spoločným zdieľaním priestoru, nevznikli zo vzájomných sympatií a zo slobodnej voľby. Deprivácia, obmedzenie zmyslových vnemov, podnetov, nárokov, kontaktov i komunikácie hrozí najviac imobilným pacientom s deficitom vnemov, taktílnych kontaktov a komunikačných možností [4]. Uľahčeniu adaptácie by mal napomáhať prijímajúci proces zahrňujúci nasledujúce prvky: dobrovoľnosť vstupu, poučenosť, znalosť prostredia, podpora orientácie v realite a bezbariérovosť prostredia, zachovanie dôvernosti, dôstojnosti, ľudskej slušnosti, prirodzenosť, civilnosť, domáckosť, informovanosť o pravidlách života v zariadení, dôsledné aktívne eliminovanie šikany a nevhodného zaobchádzania, cieľavedomá práca s klientom po prijatí [4].

Trendom vo vývoji dlhodobej ústavnej starostlivosti je:

- Vytváranie seniorských centier v podobe areálu, ktoré budú môcť ponúknuť vysúvanie areálových služieb do bytov klientov a ošetrovanie v areálovom ošetrovateľskom oddelení.
- Nahrádzanie veľkých ošetrovateľských zariadení malými komunitnými projektmi pre zhruba 10 osôb.
- Široké využitie moderných technológií a kompenzačných pomôcok pre obyvateľov týchto komunitných zariadení, či pre osoby žijúce v domácom prostredí vrátane diaľkového sledovania.
- Dôsledné rozvíjanie individualizovaných služieb podľa potrieb konkrétneho klienta pri rešpektovaní všeobecných štandardov starostlivosti.
- Významné zapojenie dobrovoľníkov k oživeniu veľkých zariadení a ich otváranie do miestnej komunity, aby ústavná starostlivosť bola dielčím prvkom v spektre rozvíjaných a prepojených služieb.
- Rozvíjanie komunitných centier pre denný pobyt.
- Zvyšovanie nárokov na služby home care a zvyšovanie role odborníkov v ošetrovateľstve v komunitných centrách a pri komunitnej dispenzarizácii [4].

Ústavné zariadenie by malo byť poslednou možnosťou ako zabezpečiť starostlivosť o seniora. Je niekoľko možností ako zabezpečiť kvalitnú starostlivosť seniorom, ale všetky tieto služby nie sú dostupné. Do úvahy by sme mohli brať **opatrovateľskú**

službu. Ide o sociálnu službu opatrovateľov, ktorí zaisťujú základné úkony starostlivosti o človeka a jeho domácnosť, napr. pomoc s hygienou, s donáškou, či prípravou stravy, nákupy... **Asistenčná služba** je podobná ako opatrovateľská ale úkony za klienta neprevádzajú. **Agentúry domácej opatrovateľskej služby** alebo agentúry **Home care** poskytujú starostlivosť hradenú zdravotnými poisťovňami a predpisuje ju praktický lekár klienta. Sestra prichádza za klientom domov. Služba môže byť indikovaná aj trikrát denne, alebo sedemkrát týždenne. **Nemocnice následnej starostlivosti** poskytujú starostlivosť na prechodnú dobu, ktorú potrebujú k rekonvalescencii a návratu do domáceho prostredia, alebo na dobu, ktorá si vyžaduje zmena klientovho stavu kým sa nenájde ďalšie riešenie či umiestnenie. **Rehabilitačné zariadenia** sú zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú prechodnú starostlivosť zameranú na rehabilitáciu. **Respitný, či odlahčovací pobyt.** Jedná sa o prechodnú starostlivosť o osobu, ktorá nie je schopná zostať bez pomoci, a je poskytovaná spravidla v rámci sociálnych zariadení ako sú domovy seniorov. Táto služba je určená predovšetkým opatrovníkom, ktorí tak majú možnosť na nejakú dobu odovzdať seniora do starostlivosti inam a odpočinúť si. **Denné centrá, stacionáre** sú sociálnou službou, ktorá zaisťuje seniorom denný pobyt v prostredí, ktoré ich aktivizuje a zároveň ponúka dohľad nad seniorom, ktorí nemôžu zostať bez dohľadu druhej osoby. **Domovy seniorov** zaisťujú ubytovanie a služby súvisiace so starostlivosťou o osoby so zníženým stupňom sebestačnosti. **Domovy seniorov so zvláštnym režimom** napr. psychiatrická starostlivosť, alebo starostlivosť o osoby postihnuté demenciou sú zamerané na špecifické potreby osôb, ktoré sú ich cieľovou skupinou. **Gerontopsychiatrické oddelenie** je zariadením, ktoré je súčasťou nemocnice a preberá starostlivosť o osoby so špecifickými potrebami vzhľadom k akútnosti alebo nedostatku miest preberajúcich starostlivosť o osoby so špecifickými potrebami (Mahrová, Venglářová et al., 2008). Ďalšou možnosťou pre poskytovanie starostlivosti pacientom vo vyššom veku je **Telenursing**. Pokroky v telekomunikačných technológiách priniesli revolúciu vo vzdelaní a v zdravotníckych službách na celom svete. Telenursing odkazuje na využívanie telekomunikačných technológií v ošetrovatelstve, čo prispieva k zlepšeniu starostlivosti o klienta. Telenursing stále rastie ako hodnotná metóda pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, najmä v domácej zdravotnej starostlivosti. Telenursing používa elektromagnetické kanály napr. drôty, rádiové a optické pre prenos hlasovej, datovej a obrazovej komunikácie.

Takisto je definovaná ako komunikácia na diaľku pomocou elektrického alebo

optického prenosu. Telenursing aplikácie sú k dispozícii v domácnosti, nemocniciach cez telenursing centrá a prostredníctvom mobilných jednotiek. Sestry v domácej starostlivosti tak majú možnosť monitorovať fyziologické parametre ako je krvný tlak, hladina glukózy v krvi, dýchanie a iné. Prostredníctvom interaktívneho videosystému pacient môže kedykoľvek konzultovať so sestrou prostredníctvom videokonzultácie.

Telenursing pomáha pacientom a ich rodinám, ktoré majú byť aktívnymi účastníkmi starostlivosti. Kontinuitu starostlivosti podporujú časté kontakty medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a jednotlivými pacientmi. Telenursing poskytuje príležitosť pre staršie sestry, aby svoje dlhoročné skúsenosti z klinickej praxe aplikovali bez fyzickej záťaže [11].

Záver

Dobré duševné zdravie je zárukou pre udržanie adekvátneho somatického zdravia. Našou víziou je podpora duševného zdravia u seniorov, prostredníctvom jednoduchých krokov zabezpečujúcich čo najvyššiu kvalitu života. Napriek mnohým možnostiam, ktoré ponúka súčasný moderný svet a informačno – komunikačné technológie, sme odkázaní na ponuku služieb. Aktuálne skúsenosti však hovoria, že služby ktoré sú k dispozícii, zďaleka nenapĺňajú potreby seniorov.

Literatúra:

1. BALOGOVÁ, B. *Seniori*. Prešov: Akcent print, 2005. 158s. ISBN 80-969274-9-3.
2. FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R. et al. *Preventívni medicína*. Praha: Maxdorf, 2008, 447-458 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
3. JAVORSKÁ, M. *Nové trendy v péči o seniori*. In Sborník Schola gerontologica, Pavel Mühlpachr. Brno: Masarykova univerzita v Brne, 2005. 108-111 s. ISBN 80-210-3838-1.
4. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 554-558 s. ISBN 80-247-0548-6
5. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 248 – 255 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5
6. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada

Publishing, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.

7. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolínium, 2007. 299-429 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

8. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 369-396 s. ISBN 80-7178-802-3.

9. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

10. WHO, *Strengthening mental health promotion*, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220).

11. [http://translate.google.cz/translate?hl=sk&sl=en&u=http://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2008/04000/TELENURSING and Home Healthc are The Many Facets.13.aspx&ei=37iDS-zoII2SnAO1o8SlAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=4&ved=0CBwQ7gEwAw&prev=/search%3Fq%3Dtelenursing,%2Btelecare%26hl%3Dsk%26lr%3D%26sa%3Dg](http://translate.google.cz/translate?hl=sk&sl=en&u=http://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2008/04000/TELENURSING_and_Home_Healthcare_are_The_Many_Facets.13.aspx&ei=37iDS-zoII2SnAO1o8SlAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=4&ved=0CBwQ7gEwAw&prev=/search%3Fq%3Dtelenursing,%2Btelecare%26hl%3Dsk%26lr%3D%26sa%3Dg)

12. http://translate.google.cz/translate?hl=sk&sl=en&u=http://www.icn.ch/matters_telenursing.htm&ei=37iDS-zoII2SnAO1o8SlAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CAgQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dtelenursing,%2Btelecare%26hl%3Dsk%26lr%3D%26sa%3Dg

Kontakt na autora:

PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.

E mail: tfert@unipo.sk

Riziko pádu u seniorov, posudzovacie nástroje verzus prax.

Simová D., Slačková M., Lepiešová M.

*Univerzitná nemocnica Martin, Ortopedicko-traumatologická klinika Martin, Ústav
ošetrovateľstva JLF UK v Martine.*

Abstrakt

Úvod: Pády predstavujú u seniorov najčastejšiu a súčasne aj najrizikovejšiu mimoriadnu udalosť, ktorá komplikuje hospitalizáciu ale aj následnú liečbu v domácom prostredí. Pády vedú u seniorov k zvýšenej morbidite a mortalite. Preto je nevyhnutné poznať príčiny, ktoré vedú najčastejšie k pádom u seniorov tak v domácom prostredí, ako aj v zdravotníckych zariadeniach.

Metodika: Cieľom prieskumu bolo pomocou analýzy ošetrovateľskej dokumentácie a pomocou posudzovacieho formulára identifikovať výskyt rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu u seniorov. V prieskume sme testovali použiteľnosť vybraných posudzovacích nástrojov na vybraných klinikách UN Martin. Súbor respondentov tvorili seniori vo veku nad 65 rokov zo šiestich ošetrovacích jednotiek UN Martin so štandardnou starostlivosťou.

Výsledky: V prieskume sme identifikovali výskyt rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu u seniorov. Rizikové faktory sestry na jednotlivých oddeleniach identifikujú v rámci iných ošetrovateľských diagnóz a stanovujú intervencie, ktorých cieľom je zabrániť vzniku pádu počas hospitalizácie seniora v zdravotníckom zariadení. Ošetrovateľské intervencie sú v dokumentácii stanovené väčšinou na základe jedného dostupného zdroja a intervencie, ktoré sú rozpracované v zahraničnej literatúre, nie sú v ošetrovateľskej dokumentácii uvádzané. V našej práci sme testovali dva posudzovacie nástroje na určenie Rizika pádu v podmienkach UN Martin. Testovali sme Stupnicu pádov Morse a Gait funkčný test.

Po zbere údajov sme za účelom spracovania údajov vytvorili ich databázu v programe *Microsoft Office Excel*. Získané hodnoty sme spracovali a zaznamenali v tabuľkách, v ktorých sme vyjadrili počet v absolútnych číslach, pričom N = počet všetkých respondentov (60), n = počet výskytu rizikového faktora v sledovanej podskupine. V tabuľke má každá klinika UN Martin pridelené veľké písmeno abecedy nasledovne:

A – Ortopedicko-traumatologická klinika UNM

B – Chirurgická klinika UNM

C – Klinika pneumológie a ftizeológie UNM

D – I. Interná klinika UNM

E – Neurologická klinika UNM

F – Interná klinika gastroenterologická UNM

V rámci pripraveného posudzovacieho formulára sme sledovali výskyt rizikových faktorov pre vznik pádu. Výsledky posúdenia **všeobecných rizikových faktorov** uvádzame v tab. 1.

Tab. 1 Výskyt všeobecných rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
pády v anamnéze	5	1	0	0	2	1	9
používanie bariel	6	1	0	2	4	2	15
používanie palice	4	1	2	3	4	2	16
používanie chodítka	2	0	1	1	1	0	5
používanie invalidného vozíka	0	1	0	0	1	0	2
vek nad 65 rokov	10	10	10	10	10	10	60

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

Výsledky posúdenia **telesných rizikových faktorov pádu** uvádzame v tab. 2.

Tab. 2 Výskyt telesných rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
NCMP	2	0	1	0	4	0	7
ICHs akútna forma	0	0	0	3	0	0	3
poruchy rytmu	0	0	0	2	0	1	3
hypovolémia	0	0	0	1	0	0	1
otras mozgu	4	0	0	0	0	0	4
zlomenina krčka stehnovej kosti	3	0	0	0	0	0	3
hypertermia	0	2	1	0	0	0	3
diabetes mellitus	2	4	1	7	3	2	19

hypertenzia	7	7	7	10	8	7	46
problémy so zrakom kompenzované	7	6	8	5	9	7	42
problémy so zrakom nekompenzované	1	4	1	4	0	3	13
problémy so sluchom kompenzované	1	1	0	0	0	1	3
problémy so sluchom nekompenzované	4	2	4	1	3	0	14
artritída	0	0	0	0	0	5	5
ortostatická hypotenzia diagnostikovaná	2	1	1	0	2	0	6
ortostatická hypotenzia - pacient udáva pri zmene polohy	5	4	6	7	3	3	24
ochorenia krčnej chrbtice	2	0	1	1	4	0	8
nespavosť	5	4	3	3	3	2	20
anémia	6	5	2	2	0	2	17
diabetická noha diagnostikovaná	0	3	0	4	1	0	8
vred predkolenia diagnostikovaná	1	3	0	0	1	0	5
angiopatia diagnostikovaná	0	5	0	0	0	0	5
TECH	2	4	0	0	0	1	7
choroby CNS	0	1	0	0	6	0	7
urgentná inkontinencia	7	0	4	2	3	1	17
hnačka	0	2	0	0	0	0	2
skrátene DK ako prejav sekundárneho ochorenia	6	0	0	0	0	0	6
stav po amputácii na DK	0	1	0	0	0	0	1
onkologické ochorenie v anamnéze	0	4	0	0	0	0	4
slabosť po rádioterapii	0	4	0	0	0	0	4
hladina glykémie po najedení > 11	0	3	0	4	0	1	8
počas hospitalizácie sa robí GP	4	3	2	7	2	2	20
hladina glykémie nalačno < 3	1	0	0	0	0	0	1
svalová spasticita	2	0	0	0	8	0	10
svalová slabosť	0	0	0	0	8	0	8
ataxia	0	0	2	0	2	0	4

senzorická ataxia	0	0	0	0	7	0	7
proprioceptívne deficity	0	0	0	0	4	0	4
neuropatie v anamnéze	0	0	0	3	4	0	7

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

Medzi najčastejšie telesné rizikové faktory, ktoré prispievajú k zvýšenému riziku pádu, patrí diagnostikovaná hypertenzia (n=46), ktorá úzko súvisí s ďalším rizikovým faktorom a to s užívaním antihypertenzív.

Výsledky posúdenia **kognitívnych rizikových faktorov pádu** uvádzame v tab. 3.

Tab. 3 Výskyt kognitívnych rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
zmätenosť	3	0	0	0	2	0	5
delírium	1	0	0	0	0	0	1
demencia	0	0	0	1	3	0	4
dezorientácia	5	2	1	4	3	0	15

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

Štvrtá podskupina sledovaných rizikových faktorov bola zameraná na farmakoterapiu hospitalizovaných seniorov našej vzorky. Sledovali sme užívanie liekov, ktoré sú opisované ako rizikové z hľadiska pádu v NANDA-I taxonómii II. Výsledky posúdenia **rizikových faktorov v medikácii** uvádzame v tab. 4.

Tab. 4 Výskyt rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu v oblasti medikácie

N=60	A	B	C	D	E	F	n
antihypertenzíva	7	6	7	10	7	9	46
diuretiká	5	2	5	7	6	6	31
trojfázové antidepresíva	1	0	0	1	2	0	4

abúzus alkoholu	1	0	2	1	3	0	7
narkotiká	2	1	0	0	0	0	3
hypnotiká a trankvilizéry	3	2	1	1	2	2	11

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

Farmakoterapia v geriatrickej má svoje zvláštne aspekty. K nim patria najmä nežiaduce účinky užívaných liekov, liekové interakcie, compliance (schopnosť a ochota seniora správne realizovať pokyny lekára), užívanie nevhodných liekov.

V piatej podskupine sme posudzovali špecifické geriatrické syndrómy. V geriatrických syndrómoch sme sa zamerali na prítomnosť porúch výživy v zmysle obezity, malnutrície, na rizikové faktory, ktoré môžu viesť u seniora k vzniku infekcie, poruchy termoregulácie, dehydratáciu a záznam o sledovaní príjmu a výdaja tekutín. Výsledky posúdenia **špecifických rizikových faktorov** vzhľadom na **výskyt geriatrických syndrómov** uvádzame v tab. 5.

Tab. 5 Výskyt rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu z hľadiska geriatrických syndrómov

N=60	A	B	C	D	E	F	n
BMI < 18,5	1	0	0	0	0	0	1
BMI > 29,9	3	2	2	6	3	2	18
retencia moču dočasná so zavedeným PMK	4	3	0	0	3	1	11
hypertermia	0	2	1	0	0	2	5
riziko infekcie s i.v. kanylou	8	4	1	3	4	0	20
riziko infekcie s CVK	0	2	0	0	0	0	2
riziko infekcie s PK	7	3	1	2	3	0	16
riziko infekcie s operačnou ranou	5	4	0	0	0	0	9
riziko infekcie s dekubitmi	0	1	0	1	1	0	3
diagnostikovaná dehydratácia	5	3	2	4	4	2	20
príjem tekutín per os < 1500ml/24 hod	8	6	4	6	7	5	36

poruchy spánku	5	4	3	3	3	2	20
bolesť	7	5	4	4	5	3	26

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

V šiestej podskupine sme sledovali prítomnosť enviromentálnych rizikových faktorov. Zamerali sme sa na posudzovanie faktorov, ktoré prispievajú k riziku pádu počas pobytu seniora v nemocničnom zariadení. V NANDA-I taxonómii II sú medzi rizikové faktory prostredia zaradené prekážky rôzneho typu. V našej práci sme identifikovali ako najčastejšie prekážky, ktoré sa nachádzajú na izbách, nesprávne umiestnené postele a nočné stolíky. Výsledky posúdenia **enviromentálnych rizikových faktorov** uvádzame v tab. 6.

Tab. 6 Výskyt enviromentálnych rizikových faktorov ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
nočné stolíky	3	3	4	4	2	3	19
infúzne stojany	2	4	2	3	2	2	15
servírovacie stolíky	2	0	1	0	1	1	5
elektrické káble	0	0	0	0	0	0	0
postele na izbe	4	3	4	2	3	3	19
nedostatočné osvetlenie	0	0	0	0	0	0	0
neupevnené čistiace rohože	0	0	1	0	0	1	2
chýbajúce protišmykové podložky v sprche	0	1	1	1	1	0	4

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt rizikového faktora

Ako najčastejšie sa vyskytujúcu prekážku na izbách uvádzali seniori nočné stolíky a postele na izbe (n=19). Výsledky posúdenia environmentálnych faktorov jednotlivých oddelení uvádzame v tab. 7, pričom tabuľka sumarizuje **ochranné faktory prostredia** v súvislosti s rizikom pádu – keby boli tieto faktory splnené na oddelení, výrazne by znižovali riziko pádu.

Tab. 7 Posúdenie ochranných faktorov prostredia na jednotlivých oddeleniach

N=60	A	B	C	D	E	F	n
madlá na chodbe	0	0	0	0	0	0	0
madlá vo WC, sprche	1	1	1	1	1	1	6
umiestnené protišmykové podložky v sprche	1	0	0	0	0	1	2
umiestnené plastové stoličky v sprche	1	1	1	1	1	1	6
nočné osvetlenie spoločných priestorov	1	1	1	1	1	1	6
nočné osvetlenie na izbách	1	1	1	1	1	1	6
nastaviteľná výška na posteliach	2	1	0	0	0	2	5
funkčné bočnice na posteliach	1	1	1	1	1	1	6
výrazné označenie dverí izieb, kúpeľne, WC, vchodových dverí	1	0	1	1	1	0	4
umiestnené upozornenie o mokrej podlahe	1	1	1	1	1	1	6
prítomné prekážky na chodbách – transportné vozíky, skrine, stoličky	1	1	1	1	1	1	6
otváranie dverí smerom von	1	1	1	1	1	1	6
pevné čistiace rohože	1	0	0	0	0	1	2
protišmykové liate podlahy	1	0	0	0	0	0	1

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt ochranného faktora

V ďalšej časti sme sledovali stanovenie ošetrovateľskej diagnózy *Riziko pádu 00155* alebo *A-116 Riziko úrazu, poranenia* sestrami. Výsledky **identifikovania ošetrovateľských diagnóz** sestrami aj prostredníctvom posudzovacích nástrojov uvádzame v tab. 8. V prvej časti tabuľky sa vyjadrujeme k tomu, čo z posudzovania realizovali samotné sestry na daných oddeleniach. V druhej časti sme identifikovali

riziko pádu na základe nami realizovaného podrobného posúdenia aj s použitím spomenutých posudzovacích nástrojov.

Používanie posudzovacích nástrojov a identifikáciu ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu uvádzame v tab. 8.

Tab. 8 Identifikácia ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu a použitie posudzovacích nástrojov

N=60	A	B	C	D	E	F	n
použitá Morse škála na posúdenie rizika pádu pri prijíme	0	0	0	0	0	0	0
použitý Gait funkčný test na posúdenie rizika pádu pri prijíme	0	0	0	0	0	0	0
posúdenie rizika pádu pri prijíme	0	0	0	0	10	0	10
identifikovaná diagnóza Riziko pádu 00155	0	0	0	0	0	0	0
identifikovaná diagnóza A-116 Riziko úrazu, poranenia	5	0	0	0	4	6	15
potvrdenie ošetrovateľskej diagnózy podľa NANDA klasifikačného systému	10	10	10	10	10	10	60
identifikácia rizika pádu s použitím MFS	8	9	10	7	10	8	52
identifikácia rizika pádu s použitím Gait funkčného testu	6	5	8	4	8	6	37

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt z N=60

Výsledky nami realizovaného **hodnotenia rizika pádu u seniorov pomocou MFS** uvádzame v tab. 9.

Tab. 9 Hodnotenie Rizika pádu podľa Stupnice pádov Morse

N=60	A	B	C	D	E	F	n
bez rizika < 25 bodov	1	1	2	1	2	1	8
nízke riziko 25-50 bodov	5	5	6	3	6	3	27
vysoké riziko > 51 bodov	2	3	4	3	7	4	25

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt identifikovaného rizika pádu danou stupnicou

V našej práci sme posudzovali seniorov podľa **Stupnice pádov Morse**. Najviac seniorov malo *nízke riziko pádu* (27). U 25 seniorov bolo diagnostikované *vysoké riziko pádu*. Najmenej seniorov dosiahlo hodnotenie *bez rizika* (8). Títo seniori dosiahli bodové hodnotenie menej ako 25 bodov.

Hodnotenie **Gait funkčného testu** na určenie rovnováhy bolo negatívne u 16 seniorov, kedy seniori vykonali všetky štyri predpísané činnosti bez toho, aby stratili rovnováhu, spadli, alebo sa snažili nájsť oporu. 39 seniorov dokončilo test s problémami. Najčastejšie sa vyskytujúce problémy mali seniori pri udržaní rovnováhy v stoji počas 30 sekúnd, kedy veľmi často hľadali oporu v okolitých predmetoch (stôl, stoličky, posteľ), pri otočení sa a opätovnom posadení na stoličku. Gait test sa nedal zrealizovať u 5 seniorov, pretože títo mali ordinovaný pokoj na posteli.

V ôsmej podskupine sme sledovali výskyt sestrami identifikovaných a v dokumentácii zaznamenaných ošetrovateľských diagnóz, ktoré korešpondujú s ošetrovateľskou diagnózou *Riziko pádu 00155*. Pri identifikácii týchto ošetrovateľských diagnóz sme sa zamerali na vyhľadávanie rizikových faktorov a intervencií, ktoré boli formulované pri danej diagnóze a mali zabrániť pádu alebo poraneniu.

Výsledky **výskytu korešpondujúcich ošetrovateľských diagnóz** uvádzame v tabuľke č. 10.

Tab. 10 Hodnotenie výskytu korešpondujúcich ošetrovateľských diagnóz k diagnóze Riziko pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
Riziko pádu	0	0	0	0	0	0	0
Riziko úrazu, poranenia	5	0	0	0	4	6	15

Obmedzená pohyblivosť	7	1	0	2	2	0	12
Riziko vzniku imobility	0	1	0	0	1	1	3
Riziko deficitu sebaopatery	1	0	0	0	0	0	1
Nedostatočná sebaopatera	3	0	0	0	0	0	3
Riziko zmeny psychického stavu	4	0	0	0	0	2	6
Zmenený psychický stav	0	0	0	2	0	1	3
Narušený spánok	0	1	0	1	3	0	5
Riziko deficitu telesných tekutín	0	0	0	2	0	0	2
Znížený objem telesných tekutín	1	0	0	0	0	1	2
Chronická zmätenosť	0	0	0	3	0	0	3
Akútna bolesť	8	6	0	0	1	2	17
Hypertermia	0	1	0	0	0	0	1
Imobilita	0	0	0	0	1	0	1
Zmena správania	1	0	0	0	0	1	2
Riziko intolerancie aktivity	0	0	0	1	0	0	1

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt danej diagnózy

V poslednej podskupine posudzovaných údajov sme sa zamerali na ošetrovateľské intervencie, ktoré sestry realizujú na jednotlivých klinikách UN Martin v prevencii pádu. Vykonávanie daných ošetrovateľských intervencií sme zaznamenávali do posudzovacieho hárku na základe štúdia ošetrovateľskej dokumentácie. V posudzovacom hárku boli zaznamenané ošetrovateľské intervencie Rizika pádu podľa odporúčaní, ktoré sú uvádzané v dostupnej literatúre. Výsledky posúdenia **realizovaných ošetrovateľských intervencií** podľa odporúčanej literatúry uvádzame v tab. 11.

Tab. 11 Realizované ošetrovateľské intervencie v prevencii pádu

N=60	A	B	C	D	E	F	n
sledovať psychický stav pacienta	3	2	0	3	2	3	13
ponechať na dosah nevyhnutné veci	3	2	0	3	4	3	15

ponechať v noci zdvihnuté bočnice	3	0	0	0	0	3	6
zhodnotiť sebestačnosť	4	1	0	0	4	1	10
monitorovať účinky liekov	4	1	0	2	3	2	12
všímať si príznaky dezorientácie	3	0	0	0	0	2	5
umiestniť signalizáciu na dosah	3	1	0	0	0	2	6
posúdiť s lekárom farmakoterapiu	0	0	0	0	0	0	0
orientovať pacienta v mieste, čase, osobe a priestore	3	0	0	0	0	2	5

A- Ortopedicko-traumatologická klinika, B- Chirurgická klinika, C- Klinika pneumológie a ftizeológie, D- I. Interná klinika, E- Neurologická klinika, F- Interná klinika gastroenterologická, n- celkový výskyt záznamu o realizovanej intervencii

Diskusia: Pády a úrazy patria k špecifickým syndrómom geriatrických pacientov, ktorí sú hospitalizovaní v zdravotníckych zariadeniach akútnej ale aj dlhodobej starostlivosti. Prevenciou pádov v domácej, ale aj v ústavnej starostlivosti, správnym stanovením opatrení v predchádzaní pádu môžeme predísť vážnym zdravotným komplikáciám a zlepšiť kvalitu života seniorov po prepustení do domácej starostlivosti, ale aj život v zariadení pre dlhodobu chorých.

Záver: Je dôležité, aby sestry vedeli posúdiť riziko pádu u seniorov a stanoviť tak cielené intervencie, pomocou ktorých by riziko pádu bolo minimalizované počas hospitalizácie. Pri posudzovaní seniorov je vhodné požívať dostupné posudzovacie nástroje. Je preto potrebné zvýšiť informovanosť ošetrovateľského personálu o riziku pádu formou klinických a celoústavných seminárov. Taktiež je vhodné edukovať seniorov a ich príbuzných, ako predchádzať pádom v domácom prostredí pomocou vypracovaných edukačných materiálov.

Gait funkčný test

1. Požiadajte pacienta, aby sa posadil na stoličku na 60 sekúnd.
2. Požiadajte pacienta, aby sa postavil a stál na mieste 30 sekúnd.
3. Požiadajte pacienta, aby sa prešiel cez miestnosť, a aby sa otočil.
4. Požiadajte pacienta, aby sa vrátil k svojej stoličke, a aby sa znovu posadil.

Ak je pacient schopný vykonať všetky činnosti bez toho, aby stratil rovnováhu, spadol, snažil sa nájsť predmety, o ktoré by sa oprel, je **Gait test negatívny**. Ak pacient nie je schopný test dokončiť alebo previesť bez ťažkostí, je potrebné, aby sestra iniciovala zásahy na prevenciu pádu.

Stupnica pádov Morse

Stupnica pádov Morse	Stupnica		Hodnotenie	
pády v anamnéze: teraz alebo v posledných troch mesiacoch	nie	0		
	áno	25		
vedľajšia diagnóza	nie	0		
	áno	15		
pomôcky na chodenie				
pokoj na lôžku, pomoc sestry		0		
barla, palica, chodítko		15		
nábytok		30		
intravenózný vstup / heparínová zátka	nie	0		
	áno	25		
chôdza, pohyb				
normálny, pokoj na lôžku, imobilný		0		
slabá		15		
zhoršená		30		
duševný stav				
uvedomuje si svoje možnosti chôdze		0		
pacient preceňuje svoje schopnosti		15		

Kľúčové slová: senior, seniorský vek, riziko pádu, geriatrický syndróm, hodnotiace nástroje.

Literatúra:

ACKLEY, B. J –LADWIG, G.B . 2006. *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care*. 7th Ed. St. Louis : Mosby, 2006. 1353 pp. ISBN 0-323-03664-3.

GURKOVÁ, E. a kol. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. 1. vydanie. Martin : vydavateľstvo Osveta. 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007. *Prevenca pádů ve zdravotnickem zařízení*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. 1. vydanie. Praha : Grada Publishing. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MORSE, J. M. 2009. The Problem of Patient Falls. In *Preventing Patient Falls* [on-line]. 2009,[cit.2011-01-07]. Dostupné na internete: http://www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf.

Kontakt na autora:

E-mail: simka40@gmail.com

Rodina v kontexte kvality života detí a mladistvých

Ondriová, I., Magurová, D., Dučaiová, J.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Abstrakt:

Rodina je základným stavebným článkom spoločnosti :Silný občan a silná rodina znamená silný štát. Je to miesto, kde sa človek naučí láske, spolupatričnosti a láske. Rodinné prostredie je aj miestom, kde sa vytvára základný rebríček hodnôt a etických princípov.

Kľúčové slová: Rodina , Súdržnosť, Kvalita života ,Indikátory kvality života

Súčasná doba je dobou krízy rodiny, dnes klesá ochota mladých ľudí uzatvárať manželstvo a prijímať zodpovednosť voči rodine. Rodina stráca nielen svoju jedinečnosť aj vážnosť. Oslabuje sa medzigeneračná solidarita a ľudia sa spoliehajú viac na štát. V záujme zdravého rastu a vývinu detí je potrebné pracovať na obnovení „kultu rodiny“ Výsledky viacerých výskumov v národnom ako aj v medzinárodnom kontexte poukazujú na skutočnosť, že spokojnosť v rodine významným spôsobom ovplyvňuje kvalitu života jej jednotlivých členov.(Nečas,2009)

Kvalita života je zložitý a veľmi široký pojem. Je multidimenzionálny a komplexný. Dotýka sa pochopenia ľudskej existencie , zmyslu života a samotného bytia. Skúma materiálne , psychologické , sociálne , duchovné a ďalšie podmienky pre zdravý a šťastný život človeka.(Džuka,2004)

Pre koncept kvality života je kľúčový pocit pohody , ktorý pramení z telesnej, duševnej a sociálnej vyrovnanosti každého jedinca Na základe sebareflexívnej dimenzie možno konštatovať, že zdravie je jednou zo základných kategórii kvality života. Kvalita života je predmetom záujmu medicíny, psychológov, sociológov, enviromentalistov a pod. V súčasnosti sa preferuje multidimenzionálna holistická koncepcia človeka ako bio-psycho-socio-eko-jednoty .

Rodinné spolužitie predstavuje komplex rozmanitých a v zásade stabilných interakcií , ktoré sú prejavom špecifického vzťahu medzi rodičmi a deťmi Dôležité sú aj rodinné rituály, na ktorých sa všetci zúčastňujú , ktoré majú svoj význam a rodinu spájajú.

Rodičia uspokojujú celý rad psychických potrieb školáka a to predovšetkým:

- Špecifickým spôsobom prispievajú k naplneniu potreby zmysluplného učenia ,

pretože slúžia ako model určitej role, vzor nejakého spôsobu správania.

- Podporujú a ovplyvňujú uspokojovanie potreby seberealizácie.
- Tvorí určitý model pre budúcnosť, vzor dospelého správania, ktoré predstavuje ideál do budúcnosti.
- Predstavujú prirodzenú emočnú oporu pre dieťa.

Rodina je dôležitou súčasťou identity školáka v mladšom a strednom školskom veku. Dieťa považuje svoju príslušnosť k rodine za samozrejmosť, ktorá zároveň funguje ako emočné zázemie a opora jeho osobnej prestíže, a preto sa ňou definuje. Vzťahy dieťaťa v predpubertálnom veku k rodičom sú stále veľmi silné a postupne sa ďalej diferencujú. Školák začína chápať rodičovské postoje a ich motiváciu, vie sa v rodinných vzťahoch lepšie orientovať. (Vágnerová, 2008)

Druhý prieskum kvality života (2EQLS), ktorý realizovala európska nadácia Eurofound, sa snaží zmapovať aktuálnu situáciu v Európskej únii v oblasti kvality života. Poskytuje informácie nielen o životnej úrovni obyvateľov, ale pokúša sa prispieť k hľadaniu sociálnych, ekonomických a politických výziev. Z prieskumu vyplýva, že väčšina obyvateľov EU sa cíti šťastná a spokojná a základnými piliermi kvality života v Európe je zdravie, rodina a kvalita spoločnosti (3)

Rodinný život je kľúčový pre kvalitu života takmer sedem z desiatich ľudí v Európe (68,7%). Rodina pre väčšinu ľudí ostáva prvým miestom, kam sa obracajú so žiadosťou o pomoc v naliehavých prípadoch. Starostlivosť o deti a domácnosť je väčšinou v rukách žien. Dôležitým prvkom je aj zabezpečenie rovnováhy medzi rodinným, osobným a pracovným životom. Zdravie je veľmi dôležité pre 81% obyvateľov EU, pre ich kvalitu života.

Cielenou snahou Európy je vybudovať konkurencieschopnú ekonomiku založenú na znalostiach, ktorá podporuje trvale udržateľný hospodársky rast, plnú zamestnanosť a sociálnu súdržnosť. Súčasne platné a presadzované sú nasledujúce priority:

- zabezpečenie plnej zamestnanosti
- vytvorenie novej ekonomickej dynamiky
- zavedenie bezpečných a trvale udržateľných dôchodkových systémov
- rozvoj európskej stratégie pre odstránenie sociálneho vylúčenia, znižovanie chudoby a rozdielov medzi európskymi regiónmi a územiami
- kontrola kvality verejných výdajov a dlhodobá udržateľnosť verejných financií
- podpora investícií do ľudských zdrojov (5)

Babinčák (2004) na základe výskumu realizovaného so zameraním na monitorovanie skutočnosti, čo považujú ľudia za šťastný život dospel k záverom, že prioritne dôležitá je rodina, domov, priatelia, predovšetkým tu zohrávajú dôležitú úlohu interpersonálne vzťahy .

Snaha umožniť občanom určitú rovnováhu medzi pracovným a súkromným životom , osobnými záväzkami a pracovným životom je v centre pozornosti diskusií o sociálnej politike Pokiaľ má človek zamestnanie, jeho spokojnosť so životom sa výrazne zvyšuje. Nezamestnaní ľudia vykazujú vyššiu úroveň nespokojnosti a deprimovanosti než tí, ktorí pracujú .Práca vyplňa značnú časť života a preto kvalita práce konkrétnej osoby má dopad na jeho kvalitu života.

Existuje niekoľko významných oblastí, ktoré bezprostredne ovplyvňujú kvalitu a udržateľnosť života. Ide o sociálnu súdržnosť a sociálny štát, trh práce a zamestnanosť, vzdelávanie, štruktúra populácie, bývanie, rodinu, starostlivosť o zdravie vnútorná a vonkajšia bezpečnosť. Okrem toho môžeme vymedziť všeobecné podmienky usmerňujúce činnosť ľudí a inštitúcií vo všetkých zmienených oblastiach.

Literatúra:

BABINČÁK,P.: *Indikátory kvality života. Čo považujete za šťastný život?*

In: Psychologické dmenzie kvality života .Prešov : Prešovská univerzita s.161-167, ISBN 80-8068-282-8

HORŇÁKOVÁ,A.: *Mulktikultúrna komunikácia v preventívnom ošetrovatel'stve*. In:Zborník prednášok VI.Slovenského geriatrického kongresu s medzinárodnou účasťou,35.Reimanových dní,33. Gressnerových dní, Slovensko-britského sympózia, SGGS Bratislava ,PU FZ Prešov 2007,ISBN 978 -80-8068-665-9, s.86-90

HORŇÁKOVÁ,A.,UHEROVÁ,Z: Špecifiká úspešnej komunikácie.IN: Sestra,roč.VIII.,č.3-4,2009.s.48

KŘIVOHLAVÝ,J.: *Psychologie nemoci* Praha, 2002.s.359 ISBN 80-247-0179-0

SLOVENSKÝ INDEX KVALITY ŽIVOTA dostupné
<http://acqol.deakin.edu.au/interwellbeing/Index> Slovakia doc.

VÁGNEROVÁ,M.: *Vývojová psychologie*, Praha, Karolinum , 2008. s.459
ISBN 978-80-246-0956-0

Kontaktná adresa :

PhDr.Iveta Ondriová PhD

E-mail: ondriova@unipo.sk

Budúcnosť fytoterapie v ošetrovatel'stve

Hudáková, Z.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Abstrakt

Liečba bylinkami je dnes veľmi populárna a zažíva svoju renesanciu. Dnes stojí fytoterapia na pomyselnej hranici medzi klasickou a alternatívnou medicínou. Liečivé rastliny sú prirodzeným prírodným liečebným prostriedkom ale nezabúdajme, že žiadna bylinka nie je všeliekom. Lekárska medicína, ošetrovatel'stvo a fytoterapia sa vzájomne prelínajú, ukazuje sa spolupráca a ochota nájsť riešenie problému, ktorým je liečba chorých, potlačenie negatívnych príznakov choroby, upevnenie zdravia a zároveň prevencia vzniku chorôb. Poslaním fytoterapie v ošetrovatel'stve je v súčasnosti znovupriblíženie človeka k zdrojom zdravia z prírody. Príroda nám ponúka svoje bohatstvo a je na nás, ako s ním budeme zaobchádzať.

Kľúčové slova: Fytoterapia, Ošetrovatel'stvo, Byliny, Éterické oleje.

Abstract

Treatment with herbs is very popular today and is experiencing a renaissance. Today, the phytotherapy is an imaginary boundary between conventional and alternative medicine. Medicinal herbs are natural therapies natural means but let's not forget that no herb is not a panacea. Medicine, Nursing and phytotherapy to intersect each other, demonstrates the cooperation and willingness to find a solution to the problem, which is to cure the sick, the suppression of negative symptoms of the disease, strengthen health and also prevention of disease. The mission of herbal medicine in nursing is currently again approach human resources for health from nature. Nature offers us its wealth and it is up to us as we deal with it.

Key words: herbal medicine, nursing, herbs, essential oils.

Úvod

Používanie rastlinných liekov na posilnenie chorého alebo oslabeného organizmu, na podporu vlastných obranných a liečivých síl je azda najstarším lekárskeym odborom na svete. Bylinkári a nadšenci byliniek sú presvedčení, že prirodzená vyváženosť jednotlivých zložiek v rastlinách poskytuje oveľa účinnejšie prostriedky na

obnovu zdravia ako syntetické lieky klasickej medicíny obsahujúce iba jednu účinnú látku (4).

História fytoterapie

Prvý lekár, ktorý sa vynára z hlbín dávnoveku je Egyptan Imhotep. K ďalším egyptským liečiteľom zaradujeme Mehunefera a Sinuheta. Zo starých Grékov je to Aesklépio a popri ňom sa za najslávnejšieho lekára pokladá Hippokrates (460-377 p.n.l.), ktorého nazývali „otcom lekárstva“. V starom Ríme pôsobil druhý najslávnejší lekár staroveku – Galenos (129-200). Práve on sa venoval liečeniu rastlinami a vyrábaním liekov z nich, ktoré sa dodnes volajú podľa neho – galeniká (2). ajznámejším lekárom arabskej kultúry tohto obdobia bol Avicena (asi 973-1037). Jeho hlavné dielo Canon medicina, patrilo až do 16. storočia medzi základné informačné zdroje pre lekárov a mníchov. *„Postupne začali európski učitelia prijímať arabské lekárske vedomosti a zakladať nemocnice, lekárske školy a univerzity. V tom období bola azda najznámejšou tá v Salerne (okolo roku 1080). Práve salerská škola rozhodujúco ovplyvnila západnú medicínu“*(8). Netreba však zabúdať, že konať v medicíne treba eticky „morálne - humánne“ je súčasťou ľudskej prirodzenosti (6).

„Fytoterapia – liečenie rastlinami, je tá časť medicíny, ktorá sa zaoberá používaním rastlinných liečiv pri chorobách. Moderná fytoterapia sa vyvinula z praxe ľudovej medicíny, ktorá odpradávna využíva liečivú silu ukrytú v rastlinách. Zahrňuje v sebe všetky liečivé rastliny bez ohľadu na to, či majú slabšie liečivé účinky alebo sú silno pôsobiace. Pojem „slabšie účinkujúce“ neznamena, že rastlinky menej účinkujú, ale pri týchto rastlinách neočakávame bezprostredný efekt a ani sa nemusíme obávať, že pri dlhšom používaní hrozí toxicita. Pri „silne pôsobiacich“ liečivých rastlinách je potrebný dohľad, resp. užívanie iba v nemocnici“(2).

Spôsob prípravy a úpravy liečivých rastlín

Pôvodná forma fytoterapie spočívala v podávaní čerstvých rastlín, neskôr sa užívali rastlinné šťavy a odvary, neskôr sa v praxi ujali vhodnejšie galenické formy – extrakty, tinktúry a pod. Najväčšiu obľubu odpradávna až dodnes majú však liečivé čajoviny. Čerstvo zozbierané rastliny tvoria liečivú biologickú surovinu a sušením sa z nej stáva droga. Z čerstvých rastlín sa dá rôznymi spôsobmi získať rastlinná šťava, ktorá sa dá považovať za najúčinnnejšiu terapeutickú formu (3). V praxi rozoznávame tri druhy

prípravy čajov, ktoré sa môžu, pri čajovinách zložených z viacerých liečivých drog, kombinovať.

Macerát – výluh z drogy za studena. Droga sa preleje studenou vodou a za izbovej teploty (15-20°C) sa nechá stáť predpísaný čas, ktorý sa pohybuje od 30min. až do 12 hodín. Potom sa výluh precedí cez navlhčenú vatú, alebo filtračný papier. Droga vo filtri sa nevytláča. Týmto spôsobom sa pripravuje výluh hlavne z drog obsahujúcich sliz.

Zápar – zvyčajne sa robí tak, že sa droga po navlhčení preleje prepísaným množstvom vriacej vody a nechá sa stáť v prikrytej nádobe 15 minút za občasného potriasania. Nechá sa vychladnúť a precedí sa. Pripravuje sa najmä zo silicových drog.

Odvar – na drogu sa naleje príslušné množstvo vody a v prikrytej nádobe sa varí a mierny var sa udržiava predpísaný čas, zvyčajne 10-15 minút. Nechá sa vychladnúť a precedí sa. Prípravu sa najmä z tvrdých častí rastlín, z drog obsahujúcich triesloviny (10).

Možnosti použitia bylín

Pitie čajov – macerátov, odvarov, záparov - prípravu sme spomínali v predchádzajúcej časti

Kloktanie – používame vlažný bylinný odvar a niekoľko krát denne si ním kloktáme ústa

Bylinkové kúpele – ponúkajú ľahký a príjemný spôsob, ako využiť liečivý účinok rastlín. Pri príprave kúpeľa zaveste plátené vrečko s bylinkami (levanduľa, harmanček, mäta...) pod kohútik s tečúcou horúcou vodou. Pripravte si bylinkový kúpeľ na ruky a na nohy tak, že pridáte silný zápar alebo odvar z liečivých rastlín do umývadla s horúcou vodou. Kúpeľ má trvať 20 minút. Srdce nesmie byť vo vode.

Obklady, zábaly – bylinkové obklady pomáhajú liečiť výrony a pomliaždeniny kĺbov, zmierňujú horúčku a zápaly, utišujú bolesti hlavy. Čistú šatku alebo plátno namočíme v bylinkovom zápare alebo odvare, vyžmýkame nadbytočnú tekutinu a obklad priložíme na postihnuté miesto. Opakujeme podľa potreby. „Obklady môžu byť studené, chladivé alebo horúce, ktoré sa používajú na zmiernenie bolesti a uvoľnenie kĺbov“ (8).

Inhalácia nad parou – pomáha čistiť pľúca a nosové dutiny od nahromadených hlienov a infekcií. Môžeme použiť čerstvé alebo sušené bylinky. Pripravíme si z nich silný odvar do sklenej alebo keramickej nádoby, nakloníme sa nad ňu, prikryjeme si hlavu uterákom a vdychujeme vznikajúcu paru približne 10 minút. Po inhalácii sa zdržiavame v teplej

miestnosti, aby si dýchacie cesty zvykli na chladnejší vzduch a uvoľnený hlien mohol odtečť. „Ak použijeme éterický olej, tak do vriacej vody pridáme 2-3 kvapky oleja a výpary inhalujeme jednu až dve minúty“ (7).

Názov byliny	Časť rastliny a jej účinok	Využitie
Rebríček obyčajný	Vňať, kvet / pôsobí antisepticky, protizápalovo	Vnútorne – pri nechutenstve, hnačke, kolikách, zápaloch močového mechúra a obličiek, nepravidelnej menštruácii Zvonku – pri gynekologických výtokoch, hemoroidoch, reumatických bolestiach
Repík lekársky	Vňať / ochraňuje sliznice, zmierňuje bolesť, pôsobí dezinfekčne, močopudne	Vnútorne – pri hnačkách, chorobách žlčníka, ekzémoch, prechladeniach Zvonku – pri ľahkých povrchových dermatitídach, plesniach, kataroch ústnej dutiny,
Palina pravá	Vňať / zlepšuje chuť do jedla a trávenie, má dezinfekčné účinky, pôsobí spazmolyticky	Vnútorne – pri anémii, nechutenstve, ochoreniach pečene, na zlepšenie vylučovania žalúdočnej kyseliny (nie pri vredoch!!), pri silnom zápachu z úst, hnačke, črevnej kolike Zvonku – zanedbané rany a vredy

Nechtík lekársky	Kvet / protizápalové vlastnosti, urýchl'uje hojenie rán	Vnútorne – na kŕče tráviaceho traktu, gastritídu Zvonku – pri hnisavých ranách, akné, ekzém, popáleninách a iných ošetrovaniach kože
Hloh jednosemenný	Listy, kvet, plod / posilňuje srdce, znižuje krvný tlak, pôsobí spazmolyticky	Vnútorne – poruchy srdcového rytmu, koronárne srdcové ochorenia
Lipa malolistá a veľkolistá	Súkvetia / pôsobí potopudne, spazmoliticky,	Vnútorne – pri horúčkach pri infekciách nosa a krku, na potné kúry, pri záchvatoch suchého kašľa Zvonku – kúpeľ uľahčuje zaspávanie, regeneruje kožu
Levandul'a lekárska	Kvety / pôsobí antisepticky, dezinfekčne, upokojujúco	Vnútorne – pri astme, hnačke, pri poruchách zaspávania, nervozite, migrénach Zvonku – povzbudzuje krvný obeh a prekrvenie kože, ekzémy
Ľubovník bodkovaný	Vňať s kvetom / pôsobí upokojujúco, má protizápalový účinok	Vnútorne – pri depresiách, strachu, podráždenosti, zvýšenom TK, tráviacich ťažkostiach Zvonku – na doliečenie zranení, urýchl'uje hojenie

		kože, pri bolestiach svalov
Mäta pieporná	Listy / pôsobí antisepticky, spazmolyticky, podporuje prekrvenie,	Vnútorne – pri tráviacich ťažkostiach, črevných kŕčoch, kataré dýchacích ciest, pri prechladnutí Zvonku – kloktanie DÚ, pri migrénach vtieranie éterickým olejom
Medovka	Listy / pôsobí antibakteriálne, antivírusovo, antisepticky	Vnútorne – pri žalúdočno-črevných ťažkostiach, neurotických poruchách zaspávania, nepokoji, znižuje nadúvanie Zvonku – pri reumatických bolestiach (kúpeľ) (8)
Prvosienka	Kvet, koreň / pri kataroch a obštrukčných poruchách dýchacích ciest	Vnútorne – koreň hlavne pri dne, reume, čiernom kašli, dýchacích obštrukciách, astme; kvet a list aj pri migrénach a srdcovej slabosti, vhodný pre deti
Praslička roľná	Vňať / pôsobí močopudne, hojivo	Vnútorne – pri bakteriálnych a zápalových ochoreniach močového mechúra, dne, krvácaniach rôzneho druhu Zvonku – vrede, bércové vrede, zle hojace sa rany
Príhľava dvojdomá	Vňať / pôsobí revitalizujúco,	Vnútorne – pri infekciách

	protizápalovo, má diuretické a reumatické účinky	močových ciest, žľzníkových a pečenných problémoch, dne, reume, hnačke, plynatosti, anémii, krvácaniach Zvonku – na kožné vyrážky, popáleniny, afty a infekcie DÚ, kožné mykózy
Púpava	Koreň, listy, kvety / odvodňuje, podporuje tvorbu žlče	Vnútorne – pri nechutenstve, tráviacich ťažkostiach, zápche
Skorocel kopijovitý	Listy / pôsobí protizápalovo, sťahujúco, spazmolyticky na hladké svalstvo dýchacích ciest, regeneruje kožu	Vnútorne – pri kataroch dýchacích ciest, astme, angíne, poruchách trávenia Zvonku – pri poškodení kože rôzneho pôvodu, po uštipnutí hmyzom (9)
Šalvia lekárska	Listy / pôsobí antivírusovo, antibakteriálne, sťahujúco	Vnútorne – pri tráviacich ťažkostiach, znižujú potenie Zvonku – pri zápaloch slizníc DÚ a nosohltana
Materina dúška	Vňať / pôsobí spazmolyticky, antivírusovo, antibakteriálne, močopudne, protizápalovo	Vnútorne – pri ochoreniach dýchacích ciest, chrípke, kašli – uľahčuje vykašliavanie, gastritídach, bolestiach hlavy Zvonku – na vredy, pri

		reumatických bolestiach, na kloktanie pri zápaloch DÚ (1)
Baza čierna	Kvety, plody / pôsobia potopudne, močopudne, spazmolyticky	Vnútorne – pri prechladnutí, na uľahčenie vykašliavania, pri nádche; plod aj pri neurózach, zápche, neuralgiách
Rozmarín lekársky	Listy / mierny antibakteriálny, antivírusový, antiseptický efekt	Vnútorne – tráviace a kŕčové ťažkosti pri žalúdočných, žlčkových a črevných poruchách Zvonku – reumatické bolesti, poruchy krvného obehu, olej povzbudzuje CNS
Rumanček kamilkový	Kvety / pôsobí protizápalovo, spazmoliticky, dezinfekčne	Vnútorne – pri tráviacich ťažkostiach, žalúdočných kolikách, zápaloch dýchacích ciest, astme Zvonku – pri zápaloch konečníka a vaječníkov /kúpele/, mokvavých ekzémoch (3)

Návrhy pre prax

- pri ošetrovaní pacientov vo väčšej mier využívať fytoterapiu hlavne na lôžkových oddeleniach,
- edukovať pacientov o možnosti konzultovať s jeho lekárom užívanie bylinných preparátov z dôvodu interakcie bylín a chemických medikamentov, ktoré môžu spôsobiť kladné alebo negatívne reakcie,
- prehĺbiť vedomosti sestier o účinkoch bylín ako aj o ich vedľajších účinkoch,

- zaradiť inhaláciu éterických olejov aromalampou k aktivitám na zlepšenie psychického ako aj fyzického zdravia.

Záver

Sme svedkami toho, ako tu i tam opäť vyhráva liečiteľstvo, často s jemnejšími účinkami. V posledných rokoch nastal obrovský dopyt po rastlinných produktoch. Bylinkárstvo má v medicíne svoje nezastupiteľné miesto a Svetová zdravotnícka organizácia dokonca odhaduje, že bylinky sa na liečení ochorení používajú až štyrikrát častejšie ako metódy klasickej medicíny. Pre efektívny spôsob liečby chorôb bylinkami je dnes fytoterapia vedeckých základoch. Základom pre kvalitnú zdravotnú starostlivosť je rešpektovanie odborných a etických aspektov súvisiacich s touto problematikou, pričom jeden nesmie vylučovať druhý. profesionalita nesmie vylučovať ľudskosť (5).

Literatúra:

1. DUGAS, D. 2007. *500 najlepších receptov ľudovej medicíny*. Knižné centrum 2007, ISBN 80-8064- 283-9.
2. GAŠPIERIK, F. 1991. *Zázrak menom fytoterapia*. Genesis, 1991, ISBN 80-852-2040-7.
3. GÓRNICKA, J. 2005. *Domácí přírodní lékárna*. Vašut 2005, ISBN 80-7236-026-4.
4. HUDÁKOVÁ, Z. 2001. *Tajomný svet bylín*. Slovart 2005, ISBN 80-8085-026-7.
5. LACA, S., LACA, P.: *Identita postmoderného človeka a výchovy*, In: Prohuman, 13. január 2011, online <http://www.prohuman.sk/identita-postmoderneho-cloveka-a-vychovy>, ISSN 1338-1415.
6. LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 189 s. ISBN 978-80-8084-616-9.
7. LAVERYOVÁ, S. 1998. *Aromaterapia v kocke*. Slovart 1998, ISBN 80-7145-290-4.
8. MAYER, J.G. 2004. *Tajomstvá kláštornej medicíny*. Ikar 2004, ISBN 80-551-0728-9.
9. RÍKLA, E. 2005. *Fytoterapia*. Flóra – zdravá výživa. 5.máj 2005 [cit. 2009-02-12].
Dostupné na internete:
http://www.flora.sk/index.php?selected_id=111&article_id=184
10. Mc VICAR, J. 2005. *Nová kniha o bylinkách*. Ikar 2005, ISBN 80-551-0943-5.

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Cviky na posilnenie svalov panvového dna pri inkontinencii žien

Hudáková, Z.¹, Zacharová, E.²

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku¹,

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta²

Abstrakt

Močová inkontinencia je stresujúci a invalidizujúci stav zvyšujúci chorobnosť v spoločnosti. Ženy sa často vzdávajú mnohého vo svojom životnom štýle a tak dochádza k poškodeniu ich sociálnych väzieb, partnerských a sexuálnych vzťahov, profesionálneho zaradenia a celkovej spokojnosti. Starostlivosť o domácnosť, odpočinok a záujmy sú čiastočne ovplyvnené a postihnuté ženy organizujú svoj život podľa rozmiestnenia toaliet s dôsledným vyhýbaním sa nepríjemným situáciám. Dlhotrvajúci problém s únikom moču spôsobujú stratu sebaúcty, spájajú sa so vznikom depresíí. Ženy vnímajú inkontinenciu, ako prejav zlyhania, straty dôstojnosti a sebaúcty, zmeny v sebaopätí, zásah do telesnej i psychickej intimity a autonómie.

Kľúčové slová: inkontinencia žien, cviky na posilnenie panvového dna, pomôcky pri inkontinencii

Abstract

Urinary incontinence is stressful and debilitating condition of increasing morbidity in society. Women often give up many things in your lifestyle, and so there are damaging their social ties, partner and sexual relations, professional involvement and overall satisfaction. Home care, rest and interests are partly influenced and affected women organize their lives according to the deployment of toilets with a careful avoidance of unpleasant situations. Long-standing problem with leakage of urine caused by loss of self esteem, connect with the emergence of depression. Women perceive incontinence as an indication of failure, loss of dignity and self respect, changes in sebaopätí, damage to physical and psychological intimacy and autonomy.

Keywords: female incontinence, exercises to strengthen pelvic floor, devices incontinence

Úvod

Ženy prežívajú pocit menejcennosti, zlyhania, neistoty, hanby, strachu zo zápachu a pomočenia. To vedie k zmene ich chovania. Uchylujú sa k únikovým maladaptívnym formám chovania – sociálne sa izolujú, obmedzujú svoje doterajšie aktivity, kontakty, často i rezignujú s prejavmi depresívneho chovania (4).

Cvičenie a rehabilitácia pri inkontinencii moču

Základným prvkom rehabilitačnej liečby sú cvičenia zamerané na zlepšenie výkonnosti brušných svalov a najmä svalov panvového dna, zvieračov a tiež nácvik správneho držanie tela. Pri cvičení panvového dna sa treba najmä zamerať na uvedomelé sťahy príslušných svalových skupín, na stupňujúce sa napätie jednotlivých cvikov. Podstatou cvikov je, aby si pacientka uvedomila, ktorý sval je zodpovedný najmä za udržanie moču (3). Pokúša sa najskôr prerušiť prúd moču, a tak zisťuje, ktorý sval je treba cvičiť. Cvičiť sa odporúča trikrát denne po dobu 20 minút. Cvičenie musí byť pravidelné a dlhodobé. Ak sú postihnutí dostatočne motivovaní k cvičeniu, môžu tieto cviky prispieť k zníženiu až vymiznutiu príznakov a aj k celkovému zlepšeniu kondície (6).

Cviky na posilnenie svalov panvového dna podľa Szoldovej (2008) (9)

1. Ľah na bruchu. Čelo opierame o podložku. Ruky sú pokrčené v lakťoch. Ramená a lakte pritiahnuté k bokom. Mierne dvíhame trup od podložky. Snažíme sa, aby pohyb vychádzal z oblasti medzi lopatkami. V polohe so zdvihnutým trupom sa snažíme niekoľko sekúnd vytrvať. Môžeme trup aj ľahko vychýliť na jednu a potom i na druhú stranu.
2. Klakneme si. Ramená a nohy tvoria s telom pravý uhol. Hlava je v predĺžení tela. Napneme jednu končatinu, necháme ju natiahnutú a mierne kmitáme.
3. Zo základnej polohy v sede na päťach mierne dvíhame zadok .
4. Ľah na chrbte. Nohy mierne pokrčené v kolenách. Ťahom dvíhame panvu a snažíme sa zdvihnúť zadoček od podložky. Dbáme na vtiahnuté panvové dno.
5. Zo vzporu sedmo nadvihneme panvu. Stiahneme sedacie svaly. Trup s panvou je v jednej rovine. Hlava je v osi krčnej chrbtice. Cviky vykonávame ťahom, nie švihom. Späť do vzporu sedmo. Uvoľníme sa.

6. Ľah na chrbte. Nohy pokrčené v kolenách a rozkročené na šírku chodidla. Ruky zopneme natiahnuté za hlavou. Pomaly dvíhame lopatky od podložky až k ich dolnému uhlu. Pravidelne dýchame.

7. Ľahneme si na bok. Ruky sú opreté o zem. Spodnú nohu ponecháme natiahnutú na podložke. Hornú nohu s pevne ohnutým chodidlom do „fajky“ dvíhame nahor, nekrčíme koleno, následne položíme späť na podložku (9).

Pomôcky pri inkontinencii

Inkontinencia sa môže prejavovať v závislosti od vyvolávajúcej príčiny od príležitostného odchodu malého množstva moču až po masívne, nezadržateľné vylučovanie (1).

V mnohých prípadoch by stačilo cvičením posilňovať svalstvo panvového dna. Ale ak cvičiť nemôžeme alebo nechceme, potom sa, ako vhodné riešenie už pri prvých príznakoch, ako aj v priebehu liečenia ponúkajú savé pomôcky pre inkontinentných. Sú určené na zachytenie moču, jeho spracovanie na netekutý gél a zároveň pohltia aj pachy (8).

Sestra poučí pacienta o spôsobe hradenia týchto pomôcok zdravotnými poisťovňami, ako aj o ich používaní. Upozorní pacienta aj na to, že menštruačné alebo slipové vložky nie sú pri inkontinencii vhodné. Originálne pomôcky absorbujú moč oveľa rýchlejšie, zaisťujú bezpečie a pohodlie (1). Konať v zdravotnej a ošetrovateľskej eticky „morálne - humánne“ je súčasťou ľudskej prirodzenosti (5).

Druhy pomôcok

Existujú rôzne pomôcky zabraňujúce úniku moču, prípadne aj stolice, do spodného prádla či posteľe, ktoré rozdelíme na:

- zberné – odvádzajú moč do sáčka a nádob,
- obštrukčné – mechanické uzatvorenie močovej trubice,
- savé – spracujú moč na netekutý gél.

V posledných rokoch sa najviac používajú savé pomôcky pre inkontinentných, predovšetkým pre svoje jednoduché použitie a komfortné vlastnosti – zaistenie pocitu sucha, neutralizáciu pachu (7).

Druhy savých pomôcok

Vložky – použitie pri ľahšej a strednej forme inkontinencie. Tvarom a veľkosťou sa podobajú menštruačným vložkám. Fixujú sa o bielizeň samolepiacim pásikom, príp. fixačnými nohavičkami.

Vkladacie plienky – použitie pri strednej a ťažkej forme inkontinencie, určené najmä pre mobilných pacientov. Fixujú sa prostredníctvom fixačných nohavičiek.

Plienkové nohavičky – použitie pri strednej až najťažšej forme inkontinencii, určené najmä pre imobilných pacientov. Pri výbere sa orientujeme podľa obvodu bokov pacienta, zapínanie dvojčinnými samolepkami nám umožňuje ich opakované nasadenie.

Podložky pre chorých – použitie, ako ochrana na posteľ, kreslo či vozík (2).

Predpisovanie a úhrada pomôcok

V súčasnosti je platné Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 15. decembra 2010 č. OPP0410-S21801-OL-2010, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotníckeho poistenia s účinnosťou od 1. januára 2011 (7).

Savé a iné pomôcky pre inkontinentných pacientov predpisujú na poukaz:

- odborní lekári odborov: urológovia, neurológovia, gynekológovia, geriatria a pediatria, v prípade plienkových nohavičiek aj odborov onkológia a chirurgia,
- alebo na odporúčanie uvedených odborných lekárov aj praktickí lekári pre dospelých a praktickí lekári pre deti a dorast (7).

Zdravotné poisťovne uhrádzajú pre inkontinentných (od 3 rokov veku) savé a fixačné pomôcky v týchto finančných limitoch:

1. stupeň: (občasný únik moču) – poisťovne nehradia,

2. stupeň: (častý únik moču) – finančný limit 17,47 € (526Sk) na mesiac.

Vo finančnom limite 17,47 € sa môžu poskytovať nasledovné druhy pomôcok:

- vložky,
- vkladacie plienky,
- fixačné nohavičky.

3. stupeň: (trvalý únik moču, príp. stolice) – finančný limit 58,32 € (1757 Sk) na mesiac.

Vo finančnom limite 58,32 € sa môžu poskytovať nasledovné druhy pomôcok:

- vložky (maximálne 60 kusov),

- vkladacie plienky,
- plienkové nohavičky,
- fixačné nohavičky,
- podložky pod chorých (maximálne 60 kusov).

Jednotlivé druhy poskytovaných pomôcok je možné kombinovať až do výšky príslušného finančného limitu, na každý druh pomôcky však musí byť vypísaný samotný poukaz (7).

Záver

Ženy s inkontinenciou sú obmedzované nielen po stránke somatickej, ale aj psychickej a sociálnej. Napriek všetkým problémom spojenými s inkontinenciou niekedy stačí edukovať pacientku o možnostiach posilnenia panvového dna pomocou cvikov, alebo o používaní pomôcok pre inkontinentných. Inkontinencia je neustále aktuálny problém, ktorý možno riešiť aj takto. Aj pre túto oblasť platí, že edukácia môže pomôcť pri riešení problému najviac.

Literatúra:

8. BARANOVÁ, M. 2006. Nezastupiteľné úlohy sestry. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 5, č. 5-6, s. 47.
9. *Druhy pomôcok*. [online]. [cit. 2011.02.19.] Dostupné na internete: <http://www.inkontinencia.sk/pomoc.html>.
10. ĎURIŠOVÁ, E. 2008. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. 1. vyd. Hlohovec: AKU – HOME0, 2008. s. 51 – 115. ISBN 978-80-89089-74-1.
11. CHLOUBOVÁ, H. 2006. Psychosociální problémy inkontinentních žen. In *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349, 2006, roč. 2, č. 2, s. 83 – 85.
12. LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 189 s. ISBN 978-80-8084-616-9.
13. MINÁČOVÁ, D. 2007. Cvičenie pri inkontinencii je dôležité pre celkové psychické vyváženie. In *Zdravotnícke noviny, príloha Lekárske listy*. ISSN 1335-4477, 2007, roč. 12, č. 16, s. 13.
14. *Predpisovanie, úhrady*. [online]. [cit. 2011.02.19] Dostupné na internete: <http://www.inkontinencia.sk/inkontinencia-predpisovanie-a-uh rady.html>.

15. Správne sa zorientovať. In *Sestra a lekár v praxi*. 2006. ISSN 1335-9444. Bratislava, 2006, roč. 5, č. 11 – 12, s. 23.
16. SZOLDOVÁ, K. 2008. Inkontinencia a cviky, ktoré vám pomôžu. In *Bedeker zdravia*. ISSN 1337-2734, 2008, roč. 4, č. 3, s. 88 – 90.

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Efektivnost manažerského vzdělávání staničních sester v České republice

Ďuráčová, L., Halajčuk, T.

Krajská nemocnice Liberec a. s.

Abstrakt

Náš příspěvek popisuje možnosti vzdělávání sester pracujících v manažerských pozicích na všech úrovních řízení nemocnic v ČR. Téma je součástí studentského projektu na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, který probíhá v roce 2011 a je primárně zaměřen na hodnocení manažerských kompetencí staničních sester. V České republice v současné době existuje komplexní systém vzdělávání sester v oblasti managementu. Základním stavebním prvkem je pregraduální vysokoškolská výuka, která je doplňována dalšími možnostmi, jako např. postgraduální vysokoškolskou výukou, nebo krátkodobými a dlouhodobými manažerskými kurzy. Cílem naší práce je zjistit, do jaké míry dokáže tento systém připravit setry na výkon povolání právě v manažerské pozici. Pro tento účel byl zpracován účelový dotazník, kterým byly osloveny sestry na řídicí pozici v 6 českých nemocnicích. Výsledkem je zhodnocení jejich zpětné vazby směrem ke vzdělávacímu systému a potažmo identifikace slabých míst vzdělávacího systému sester v oblasti managementu.

Součástí příspěvku je také kritické zhodnocení stávajícího systému vzdělávání a identifikace jeho hlavních problémů a předností. Teze jsou podloženy kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu, který probíhá v rámci celého studentského projektu.

Na základě projektu bude ze získaných dat zpracována diplomová práce na téma Manažerské kompetence staniční sestry- středního článku řízení v organizaci.

Kontakt na autora:

Bc. Lenka Ďuráčová

E-mail: lenka.duracova@seznam.cz

Hodnocení manažerských kompetencí středního managementu v ošetrovatelské péči

Vavroušková, M., Holá, J.

Studentka, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Poster popisuje stav a metody hodnocení manažerských kompetencí u sester, které zastávají manažerské pozice ve zdravotnických institucích v podmínkách České Republiky. Téma je součástí studentského projektu na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, který probíhá v roce 2011.

Projekt se zabývá mapováním manažerských kompetencí středního článku řízení ve zdravotnických zařízeních v oblasti ošetrovatelské péče. Hlavními cíly projektu jsou analýza a následné shrnutí stavu manažerských kompetencí v ošetrovatelské péči. Dílčí cíle zahrnují, analýzu manažerské práce staničních sester, definice jejich kompetencí z hlediska reálných potřeb, analýzu předpokladů staničních sester pro manažerskou práci z hlediska vzdělání a praxe a analýzu nabídky vzdělání v oblasti manažerských kompetencí staničních sester v České Republice.

Projekt kombinuje kvalitativní i kvantitativní výzkum a zahrnuje šetření v 6 nemocnicích. Hlavním výstupem jsou 4 diplomové práce: Analýza manažerské práce staničních sester (a vrchních sester) jako středního managementu; Manažerské kompetence staniční sestry – středního článku řízení v organizaci; Metody hodnocení manažerských kompetencí středního zdravotnického managementu; Role staniční sestry v řízení zdravotnických institucí.

Náš příspěvek se zaměřuje na metody hodnocení manažerských kompetencí středního managementu ošetrovatelské péče v českých nemocnicích, obecně vymezuje význam manažerských kompetencí a hodnocení pracovního výkonu (performance management), zabývá se manažerskou pozicí sestry a přináší výsledky z průzkumu v 6 českých nemocnicích v oblasti hodnocení práce sester manažerek.

Litaretura:

HRONÍK, F. *Hodnocení pracovníků*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1458-5.

GLADKIJ, I. A spol. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003.
ISBN 80-7226-996-8.

Kontakt na autorov:

Bc. Martina Vavroušková

E-mail: Martina.Vavrouskova@seznam.cz

Ing. Jana Holá, PhD.

E-mail: jana.hola@upce.cz

Novinky v liečbe dekubitov

Repčková, T.

Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

Abstrakt

Autorka vo svojej prezentácii sa zameriava na problematiku liečby dekubitov z pohľadu sestry. Dôraz kladie hlavne na úlohu sestry, ktorá stojí v prvej línii pri starostlivosti o pacienta s dekubitálnym vredom. Pozornosť upriamuje na prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu.

Kľúčové slová

Dekubit. Sestra. Prevencia. Liečba. Ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Preležaniny (dekubitus, angl. bedsore, decubital sore) je závažným ošetrovateľským a terapeutickým problémom, ktorý spôsobuje utrpenie pacienta, predlžuje hospitalizáciu a môže ohroziť pacienta na živote. Preto úspešná prevencie je neodmysliteľnou súčasťou profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Etiopatogenéza vzniku dekubitov

Dekubitálne vredy sú defekty [kože a podkožných štruktúr](#), ktoré vznikajú v dôsledku trenia a priameho tlaku podložky na disponované časti tela. Sú častým problémom najmä u imobilných, spravidla starších pacientov s celkovo zhoršeným zdravotným stavom. Vplyvom dlhotrvajúcej nehybnosti sa koža stenčuje, je suchá až pergamenová, stráca napätie, turgor je znížený, v dôsledku zníženej funkcie potných žliaz sa zhoršuje termoregulácia, vznikajú poruchy pigmentácie. Vzniká lokálna ischémia, celková integrita kože sa naruší alebo miestne tkanivo odumiera. Pôsobením vonkajších, vnútorných a nutričných faktorov, vzniká dekubit rôzneho stupňa. Faktory, ktoré uvádzam v tabuľke nielen podporujú vznik dekubitu, ale i predlžujú jeho hojenie.

Tab. Faktory, ktoré spôsobujú dekubity a zhoršujú ich hojenie / Fúrová, A., Osacká, P. /

Vonkajšie	Vnútorne	Nutričné
▪ priamy tlak ▪ nožnicový efekt ▪ trenie ▪ nekrotické tkanivo v rane ▪ nadmerná sekrécia rany ▪ znížená teplota a nízke pH v rane ▪ anoxémia, anoxia ▪ nevhodne zvolená liečba rany (posúdenie, technika, nevhodný obväz, predčasná zmena liečby)	▪ vek ▪ kardiálna, renálna, hepatálna insuficiencia ▪ inkontinencia ▪ anémia ▪ diabetes mellitus ▪ fajčenie ▪ stres ▪ infekcia ▪ imunodeficiencia ▪ malígne stavy ▪ poruchy vedomia ▪ imobilita ▪ inaktivita ▪ nepriaznivý vplyv celkovej liečby (cytotoxické lieky, rádioterapia, steroidné lieky)	▪ dehydratácia ▪ anorexia ▪ malnutrícia ▪ kachexia ▪ obezita ▪ ↓ albumín, prealbumín, transferín, sodík, draslík, chloridy, železo, zinok, meď, vitamín A, D, C

Kategórie dekubitu

Podľa **mechanizmu vzniku** sa vyvíja dekubit **traumatický** a **neurotický**.

Podľa **vzhľadu a lokálneho nálezu** vzniká dekubit **povrchový**, **hlbkový** a **gangrenózný**.

- **Traumatický dekubit (decubitus traumaticus)**

Vzniká dlhodobým tlakom podložky na tkanivá a cievy, trením odevu, pôsobením obväzu, vplyvom tlaku veľkých kostí z hĺbky. Postupne sa vyvíja nešpecifický zápal, ktorý sa najskôr prejavuje erytémom, potom sa vytvorí pľuzgier s následnou maceráciou kože. Najvyšším stupňom poškodenia je vytvorenie kožnej nekrózy. Po jej

odstránení vznikne rôzne hlboký vred, čím vzniká predispozícia pre vývin septického stavu.

- **Neurotický dekubit (decubitus neuroticus)**

Vzniká bez predchádzajúcich zápalových zmien v priebehu už niekoľko hodín. Podkladom vzniku sú neurologické ochorenia, hlavne miechové lézie, infekčné ochorenie s cerebrálnymi príznakmi.

- **Povrchový dekubit (decubitus superficialis)**

Najčastejšie sa vyvíja trením. Koža je na povrchu začervenaná, livídna až s fialovým nádychom. Postupne dochádza k povrchovej deskvamácii kože, vznikajú drobné trhlinky a pľuzgiere.

- **Hĺbkový dekubit (decubitus profundus)**

Vzniká štiepením a pôsobením tlaku. Začína sa v hlbších tkanivách v mieste predilekčných miest, šíri sa nahor k povrchu. Nie je dlho viditeľný ani po rozsiahlej deštrukcii hlbších štruktúr. Viditeľné je len tmavšie začervenanie. Tento dekubit často absceduje.

- **Gangrenózny dekubit (decubitus gangrenosus)**

Vzniká gangréna, nekrotické tkanivo sa rozpadáva, hnilobne páchne, zvyšky tkaniva majú sivo – žltozelenú farbu. Suchý, nekrotický dekubit má suchý alebo mäkký, trochu vlhký povrch, žltej, hnedej alebo čiernej farby.

Dekubity sú výrazným zdrojom nozokomiálnej infekcie. Najčastejšou miestnou **komplikáciou** dekubitov sú pyogénne infekcie (*staphylococcus pyogenes*, *aureus* a *escherichia coli*) a celkovou komplikáciou je dekubitálna sepsa, toxémia a následná smrť. K ďalším komplikáciám patrí osteomyelitída, malnutícia (pri rozsiahlej deštrukcii tkaniva vzniká strata 50 g bielkovín denne).

Klasifikácia dekubitov

Pre posúdenie pravdepodobnosti vzniku dekubitu sú pre skvalitnenie preventívnych a ošetrovateľských postupov vypracované rôzne škály a stupnice, pomocou ktorých sestra môže dôsledne mapovať výskyt rizikových faktorov podporujúcich vznik dekubitu a potenciálny vývin deštrukcie tkaniva. Sestra môže použiť napr. **Waterlowova škálu, Nortonova škálu, Knolloua stupnicu, Stupniciu podľa Shannon.**

Tab. Prehľad najčastejšie používaných klasifikácií pre určenie štádia dekubitu / Fúrová, A., Osacká, P. /

Štádiá dekubitov		
Klasifikácia podľa Guttman / 1955 /	Klasifikácia podľa Torrance / 1983 /	Klasifikácia podľa Byrne a Feld / 1984/
1. štádium – prechodná porucha cirkulácie ☐ štádium je reverzibilné, koža opäť sčervenie po uvoľnení tlaku	1. štádium - blednúca hyperémia ☐ chvíľkové stisnutie prstom ľahkým tlakom na začervenenú oblasť, ktoré nasleduje po dlhšom období tlaku na kožu, spôsobí zblednutie, čo naznačuje, že mikrocirkulácia je zachovaná <i>Príznaky:</i> mierny opuch, jemné začervenanie kože,	1. štádium ☐ ružovočervená škvrnitá koža, ktorá ani po uvoľnení tlaku nemá fyziologickú farbu
2. štádium – stabilné poškodenie povrchových krvných ciev a oblastí ☐ sčervenenie, kongescia oblastí po uvoľnení tlaku nemiznú, na povrchu kože sa môžu vytvoriť pľuzgiere alebo odreniny	2. štádium - neblednúca hyperémia ☐ začervenanie pretrváva i po stisnutím ľahkým tlakom, čo poukazuje na porušenie mikrocirkuláciu, môže sa objaviť povrchové poškodenie napr. tvorba epidermálnych vriedkov <i>Príznaky:</i> na pohmat zdurené a začervenané miesto,	2. štádium ☐ popraskaná koža s trhlinami a pľuzgiermi; uľahčuje šírenie poškodenia kože do hĺbky
3. štádium – hĺbková	3. štádium	3. štádium

penetrujúca nekróza deštrukcia sa šíri do podkožného tkaniva vrátane fascií, svalov, kostí; štádium sa zvyčajne vyvíja nad krížovou kosťou a veľkými chocholmi	proces utvárania vredov postupuje cez dermis na rozhranie s podkožným tkanivom <i>Príznaky</i> :poškodenie povrchu kože pripomína intertrigo	popukaná koža s poškodením tkaniva, zvyčajne s exsudátom a zreteľným vredom
4. štádium – infekcia preležanín najčastejším vyvolávajúcim činiteľom je Staphylococcus aureus, betahemolytický streptokok, Proteus, Escherichia coli	4. štádium vred sa šíri do podkožného tuku, sval pod kožou je opuchnutý, zapálený; vred má tendenciu sa šíriť laterálne, v čom mu dočasne bránia hlbšie vrstvy fascie <i>Príznaky</i> : rozpad tkaniva pripomínajúci hlbokú otvorenú ranu	4. štádium rozsiahle ulcerácie s prenikaním do svalov a kostí; zvyčajne sa vyskytuje nekrotické tkanivo a profúzna drenáž
5. štádium – uzavretá ischiadická burza koža nad burzou sa stáva ischemickou a nekrotickou a vzniká dutinová rana	5. štádium infikovaná nekróza preniká ďalej do hlbkej fascie, dochádza k rýchlej deštrukcii svalu	
6. štádium – rakovinová degenerácia rany zriedkavá komplikácia preležanín	<i>Príznaky</i>: čierna nekróza alebo rozstrapkané nekrotické tkanivo hnilobný zápach, zvyšky tkaniva majú žltozelenú farbu. Medzi svalmi vznikajú hlboké choboty vyplnené hnisom.	

Prevenia vzniku dekubitov

Dobre organizovaná a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je prvým významným krokom k úspešnej prevencii a následnej liečbe dekubitov. Preventívny režim sa musí

prispôsobovať konkrétnym podmienkam ochorenia a špecifickým potrebám chorého. Včasná prevencia uľahčí život pacienta, urýchli jeho uzdravenie a šetrí čas i finančné prostriedky na dlhú a náročnú liečbu dekubitov.

Medzi najzákladnejšie preventívne opatrenie radíme:

- **posúdenie kože predilekčných miest**
- **zmiernenie mechanického tlaku**
- **polohovanie**
- **používanie antidekubitných pomôcok**
- **hygienická starostlivosť**
- **úprava výživy**
- **úprava kontinencie**
- **dostatočná hydratácia**
- **edukácia pacienta**
- **rehabilitácia a včasná mobilizácia pacientov**
- **podpora a zlepšovanie celkového zdravotného stavu** – vnútorné prostredie, krvný obeh, okysličenie, zvládnutie celkovej infekcie
- **psychologická podpora**

Liečba dekubitov

V liečbe dekubitov kladieme dôraz na správne diagnostiku stupňa dekubitu a jeho fázy, ktoré rozdeľujeme na fázu čistenia, granulácie a epitelizácie. Základnou podmienkou pre liečbu dekubitov je **zabezpečenie vlhkého prostredia v rane**, ktoré bráni **vstupu infekcie z okolia rany** a udržiava **v rane stálu teplotu**. Podľa stupňa dekubitu používame rôzne lokálne pomôcky, krémy a prípravky. V poslednej dobe starostlivosť o dekubity pokročila dopredu a na trhu je množstvo prípravkov, ktoré sú účinné pri liečbe dekubitov a pacienta šetrí od bolesti a utrpenia. Medzi tzv. vlhkú terapiu radíme preparáty:

1. Hydrokoloidné krytie (napr. Hydrocoll, Granuflex, Tegisorb, Suprasorb, Comfeel Plus, Comfeel - pasta do rany, Comfeel - zásyp na rany...)

Pri kontakte s vlhkou ranou vytvára gelovú hmotu, ktorá zabezpečuje vlhké prostredie v rane. Vhodné pre stredne až silne sekretujúce rany. Hydrokoloidy (HK) obsahujú prilnavý materiál, ktorý fyzicky reaguje s tekutinou v rane. Toto sajúce alebo polosajúce

krytie podporuje čistenie rany a odstraňuje nekrotické tkanivo pomocou rozpadu buniek pôsobením enzýmov, podporuje vývoj granulácie tkaniva.

2. Hydrogelové krytie (napr. NU-GEL, Hydrosorb, Aquagel, Intrasite-Gel, Purilon gel...)

Doporučujú sa na rany so stredne silnou sekréciou. Majú vysoký obsah vody, vysokú absorpčnú schopnosť a dokážu zmäkčiť a odlúčiť nekrotické, suché, povlaky.

3. Alginátové krytie (napr. Sorbalgon, Kaltostat, Melgisorb, Tegagen...)

Sú vyrábané z morských rias a vyznačujú sa vysokou absorpčnou schopnosťou. Vlákná alginátu sa pôsobením sekrétu z rany zmenia na neprilnúci gél, ktorý účinkuje ako vlhký obväz. Súčasne so sekrétom rany sa odlučujú aj odumreté bunky, hnis a baktérie, čím sa rana čistí. Neodporúča sa používať na suché rany.

4. Prostriedky s aktívnym uhlím (napr. Actisorb Plus, Vliwaktiv...)

Uplatňujú sa v liečbe v dobe čistenia a granulácie u dekubitov so silnou sekréciou. Majú silný antibakteriálny a sekrečný účinok, redukovujú zápach. Výmena je možná podľa stavu rany aj 1x / 5 dní.

5. Krytie TenderWet – polyakrylátové podušky (napr. Tender Wet, TenderWet 24, TenderWet Duo + Ring.roztok...)

Krytie **TenderWet** sú ideálne pre vlhkú terapiu. Sú indikované pre čistiacu a granulačnú fázu. Aktivujú sa Ringerovým alebo fyziologickým roztokom, ktorý sa postupne uvoľňuje do rany a súčasne nasáva sekrét z rany spolu s odumretými bunkami, toxínmi a baktériami. Výmena 1x / 12 - 24 hodín.

6. Hydropolymerové krytie (napr. Tielle MTL 101, Tielle MTL 103, Tielle MT 2439, PermaFoam, PermaFoam Comfort, Cutinova Hydro...)

Sú určené podobne ako hydrokoloidné krytie na vlhkú terapiu, používajú sa ako lepiace penové fólie pre rany s miernou až strednou sekréciou v dobe granulácie a epitelizácie.

7. Penové polyuretanové krytie (napr. Mepilex, Allevyn, Syspurderm, Allevyn Adhesive...)

Toto krytie priaznivo ovplyvňuje granuláciu a epitelizáciu. Doporučuje sa u povrchových rán so stredne silnou sekréciou alebo tam, kde je veľmi tenká koža a málo tukového tkaniva a vplyvom silných lepiacich materiálov by mohlo dôjsť k poškodeniu pokožky. Spolu so sekrétom odstraňujú aj baktérie, toxíny a odumreté bunky a bránia macerácii pokožky. Neodporúča sa používať penové krytie u rán so silnou sekréciou, nekrózou , chrastou a u infikovaných rán.

8. Krytie zo sieťových materiálov (napr. Atrauman, Inadine, Mepitel, N-A Ultra Silicone, Bactigras, Jelonet...)

Toto krytie je pomerne lacné, ale zabezpečenie vlhkého prostredia pomocou tohto krytia je pomerne ťažké. Krytie musí byť upevnené pomocou pásky alebo sekundárneho krytia. Odstránenie suchého a prilepeného krytie môže spôsobiť pacientovi bolesť a zničiť zdravé tkanivo. Svoje uplatnenie nachádzajú predovšetkým v liečbe povrchových rán.

9. Transparentné polyuretanové krytie (napr. Hydrofilm, Bioclusive, Tegaderm...)

Chránia povrch rany a tvoria bariéru proti vstupu baktérii. Používajú sa v liečbe povrchových rán a u dekubitov 1. stupňa. Sú priehľadné, preto je možné priamo kontrolovať ranu bez odliepania obväzov. Sú priepustné pre plyny a nepriepustné pre vodu. Napodobňujú funkciu kože.

Masti používané k čisteniu drobných rán (infekcie, nekróza):

Iruxol, Bactroban, Betadine, Fibrolan, Garamycin - pôsobí na gram-pozitívne i gram-negatívne mikroorganizmy.

Záver

Ošetrovanie dekubitov nie je ľahké. Nakoľko dekubitus negatívne ovplyvňuje bio – psycho – sociálnu integritu osobnosti jedinca, ostáva prevencia a správna liečba naďalej výzvou pre všetkých zdravotníckych pracovníkov.

Literatúra:

DEKUBITUS. [online]. [s.a]. [cit. 2011-10-09]. Dostupné na internete: <<http://www.hojenieran.sk/diagnozy/dekubitus>>

DEKUBITY. [online]. [s.a]. [cit. 2011-10-09]. Dostupné na internete: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=2>>

FÚROVÁ, A., OSACKÁ, P.: Prevencia dekubitov. [online]. [s.a]. [cit. 2011-10-09]. Dostupné na internete: <<http://osetechniky.tym.sk/Dekubity-prevencia.doc>>

HRUŠOVSKÝ, Š., ŠAŠINKA, M.: O dekubitoch. [online]. [s.a]. [cit. 2011-10-09].

Dostupné na internete: < <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-10-2010/o-dekubitoch>>

VORLÍČEK, J., ADAM, Z.: Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1

Kontakt na autora:

Mgr. Tatiana Repčková

E-mail: seiky1tatiana@gmail.com

Prevence kolorektálního karcinomu

Vránová, E.

Masarykův onkologický ústav Brno

Rakovina tlustého střeva a konečníku (odborně je označována jako „kolorektální karcinom“) se v České republice vyskytuje mimořádně často.

Tuto diagnózu se dozvídá přes 8 000 nových pacientů ročně. Alarmující je, že více jak polovina (54%) z nich přichází ve třetím či čtvrtém stadiu, tedy když už je léčba podstatně složitější s mizivou nadějí na vyléčení. Asi 4 000 nemocných každý rok umírá. Data o kolorektálním karcinomu v Česku skutečně nejsou něčím, co by budilo národní hrdost, jelikož při srovnání s jinými státy nám patří smutné světové prvenství u tohoto onemocnění v přepočtu na počet obyvatel.

Riziko vzniku nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku narůstá s věkem – výrazný nárůst je po padesátém roce života

Dosavadní screening založený na testu na okultní krvácení nabízeném praktickými lékaři a gynekology, je sice o mnoho lepší než nic, na výraznou pozitivní změnu ale nestačí. Nově upravený program, jehož součástí je primární screeningová kolonoskopie a jenž podléhá kontrole kvality a datovému auditu, má potenciál mnohem vyšší. I zde však platí jednoduché heslo, že fungovat může jen ten screening, který se provádí.

Cílená prevence, to znamená odstranění veškerých možných rizik, spojených se vznikem nádoru, neexistuje. Dělíme ji na primární a sekundární

Výrazné zlepšení diagnostiky a následné léčby sporadického kolorektálního karcinomu lze očekávat od metod právě primární a sekundární prevence.

Časná diagnostika CRC je založena na vyhledávání, screeningu asymptomatických jedinců nad 50 let věku.

Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně radikální (zpravidla lacinější) a přitom účinnější léčby.

Program sleduje pacienty ve dvou základních skupinách: 50 – 54 let věku včetně a dále pak od 54 let výše. Základem je testování na okultní krvácení pomocí tzv. „psaníček“ či imunotestů a nově možnost preventivní kolonoskopie.

Je však potřeba dostatečné informovanosti veřejnosti a to nejen dospělých, ale začínat už ve školách, spolupráce s praktickými lékaři a gynekology, kde by edukace a

prevence měly být součástí každodenních vyšetření a stávají se tak „odrazovým můstkem“ pro řešení včasných záchytů nádorových onemocnění.

Mamární screening a samovyšetřování

Vránová, E.

Masarykův onkologický ústav Brno

Rakovina prsu je nejčastější nádorové onemocnění žen a to nejen u nás, ale i ve světě. V ČR se tuto diagnózu ročně dozvídá asi 6000 žen.

„**Bulka**“ v prsu je noční můrou mnoha žen. Pro některé je navíc strach z rakoviny tak silný, že o tom raději mlčí a lékaře nenavštíví nebo přicházejí až pod tlakem okolí. Přitom včasné odhalení nádoru prsu je základem pro jednodušší a hlavně úspěšnou léčbu s možností úplného vyléčení.

Dosavadní screening založený na mamografickém vyšetření žen od 45. roku života je jen pouhou „kapkou v moři“ toho, co mohou ženy pro sebe udělat.

Proto je velmi důležitá **informovanost**, která je přes tlak médií a různých organizací podporujících prevenci nádorového onemocnění prsu, stále nedostačující.

Prevence tedy musí být komplexní a je dílem spolupráce mnoha odborníků. Vyšetření, poradenství, edukace či testování je v ČR běžně dostupné a to jak u gynekologů tak i praktických lékařů.

Cílená prevence, to znamená odstranění veškerých možných rizik, spojených se vznikem nádoru, neexistuje. Dělíme ji na primární a sekundární

Výrazné zlepšení diagnostiky a následné léčby karcinomu prsu lze očekávat od metod právě primární a sekundární prevence.

Screening znamená plošné vyšetřování populace za účelem detekce léčitelného nádorového onemocnění v jeho raných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky. Cílem screeningu je snížit morbiditu (nemocnost) i mortalitu (úmrtnost) na sledované onemocnění. Ke screeningovým programům jsou vhodné zejména nádory, které splňují tato kritéria:

- mají relativně vysokou morbiditu
- existuje účinná léčba v časných stádiích
- pro detekci je k dispozici dostupný a laciný test

Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně radikální (zpravidla lacinější) a přitom účinnější léčby. V současné době existují rozsáhlé vědecké důkazy pro účinnost screeningových programů:

1. *rakoviny děložního čípku*
2. *rakoviny prsu*
3. *rakoviny tlustého střeva a konečníku*

Věnujme pozornost rakovině prsu a její prevenci.

Ženy by měly vědět kdy a na jaká preventivní vyšetření mají nárok, ale měly by také svá prsa znát a umět tak rozpoznat nečekané „odchylky“ od normálu – pro toto rozpoznání je velmi důležité **samovyšetřování prsou**, které by ženy měly znát a také jej používat.

Kontakt na autora:

Eva Vránová

E-mail: vrana.evik@seznam.cz

E-Learning – novinka vo vzdelávaní sestier

Kober, L.¹, Solovič, I.¹, Siska, V.²

¹Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy

¹Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

²Krajské operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby SR Prešov

Abstrakt

O zmenách v tradičnom vzdelávaní a o využití nových metód a foriem v procese výučby pojednáva súčasná edukácia. Jednou z možností ako edukačný proces obohacovať a tým aj vytvoriť vhodné podmienky pre modernú výučbu je využitie informačných a komunikačných technológií, ktoré majú v dnešnej dobe nezastupiteľné miesto. Predkladaný text spracúva a analyzuje využitie informačných technológií a metódy e-learning v edukačnom procese. Cieľom výskumu bolo posúdiť vedomosti zdravotníckych pracovníkov o formách a metódach sústavného vzdelávania. Zistiť aké majú zdravotnícky pracovníci praktické skúsenosti s využívaním e-learningových foriem vzdelávania, analyzovať ich názory a postoje k takejto forme vzdelávania. Poskytnúť návrhy pre prax v súvislosti s využívaním e-learningu v edukačnom procese profesionálov v zdravotníctve. Na základe stanovených cieľov sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Dotazník bol anonymný a vyplnený na základe dobrovoľnosti. Distribuovaný online prostredníctvom odkazov na dvoch webových portáloch na Slovensku a na jednom v Českej republike. Výsledky výskumu na ktorom sa zúčastnilo reprezentatívne množstvo respondentov nám priniesli objektívny obraz postojov, názorov a skúseností respondentov na aktuálnu tému ktorou je sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Za veľkú výhodu považujeme realizáciu výskumu nie len na Slovensku, ale aj v Českej republike, čo nám dalo objektívny obraz o schopnosti našich sestier využívať informačno – komunikačné technológie aj napriek výrazne horším podmienkam, ktoré sa týkajú vybavenia nemocníc, ale aj samotných možností na trhu v spojitosti s dištančným vzdelávaním.

Kľúčové slová: Dištančné vzdelávanie. Počítač. Internet. E-learning. Sústavné vzdelávanie. Ošetrovatel'stvo.

Úvod

Vzdelávanie a odborná príprava sú životne dôležité aspekty profesionálneho rozvoja a zatiaľ, čo všetci zdravotnícki pracovníci majú povinnosť sústavne sa vzdelávať počas celého obdobia svojej praxe, zamestnávateľia majú tiež povinnosť pomáhať zamestnancovi umožniť mu účasť na vzdelávacích akciách, školeniach a kurzoch. Koniec koncov pacienti si zaslúžia starostlivosť na vysokej úrovni a tú dokážu poskytnúť len vzdelaní zdravotníci. Skutočnosť je však taká, že málokto sa dokáže dobrovoľne prihlásiť k hodnotám, ktoré hovoria o potrebe sústavne sa vzdelávať a tak prispieť ku zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti. V klinickej praxi prevláda napätie, bez existujúcej motivácie zdravotníka na sebarealizáciu a ochotu prijať edukáciu ako súčasť profesionálnej praxe. Súčasnosť si vyžaduje od zdravotníckeho personálu účasť na vzdelávacích akciách, školeniach, kurzoch a iných aktivitách sústavného vzdelávania vrátane dlhoročného štúdia na univerzitách, čo na neho kladie nemalú psychickú záťaž, ak k tomu pridáme aj povinnosti a stres v zamestnaní. Tieto činnosti nútia zdravotníka zvládať väčšie množstvo rôznych rolí. Na úvode sme si kládli otázku, ako by sme mohli túto psychickú záťaž u zdravotníkov zmierniť? Ako spojiť nutnosť sústavne sa vzdelávať s povinnosťami v zamestnaní a k tomu s osobným životom tak, aby zdravotník pociťoval, čo najmenšiu psychickú záťaž a diskonfort, už aj tak pri náročnosti, ktoré prináša jeho povolanie?

Hypotézy

H1: Predpokladáme, že stupeň vzdelania respondentov, ktorí sa zúčastnili online výskumu bude na úrovni vysokoškolského vzdelania I. a II. stupňa u viac ako 50 % respondentov.

H2: Predpokladáme, že počet respondentov bude vyšší u respondentov z Českej republiky a to na úrovni minimálne 50 %, ako u respondentov zo Slovenskej republiky.

H3: Predpokladáme, že respondenti súhlasia s povinnosťou zdravotníckych pracovníkov sústavne sa vzdelávať.

H4: Predpokladáme, že viac ako 50 % respondentov bude rozumieť termínu dištančné vzdelávanie a so súvisiacim pojmom e-learning.

H5: Predpokladáme, že respondenti majú kladný postoj k e-learningovým formám sústavného vzdelávania a chceli by ich aktívne využívať popri klasickým formám štúdia.

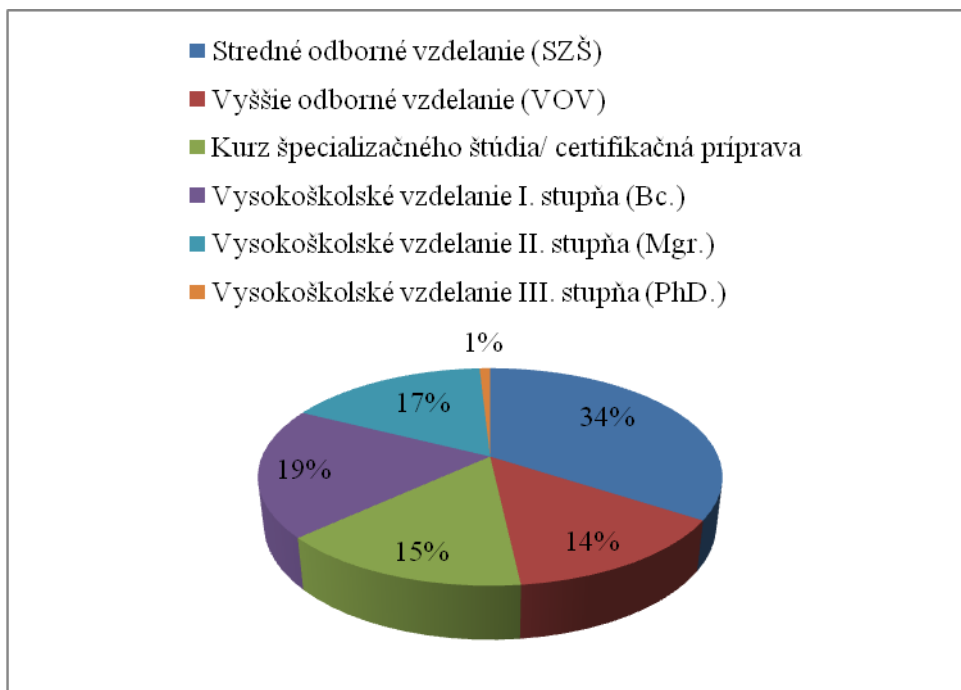
H6: Predpokladáme, že respondenti majú skúsenosti s praktickým využívaním e-learningu, ako jednu z foriem sústavného vzdelávania.

Materiál a metodika

Na základe stanovených cieľov sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Dotazník bol anonymný a vyplnený na základe dobrovoľnosti. Distribuovaný online prostredníctvom odkazov na dvoch webových portáloch na Slovensku a na jednom v Českej republike. Pri získavaní informácií potrebných k dosiahnutiu stanovených cieľov a na realizáciu výskumu sme použili literárno – historickú metódu, ktorá bola použitá v prípravnej etape a sprevádzala proces štúdia knižnej a časopiseckej literatúry. Dotazník tvorilo 7 demografických položiek a 15 výskumných položiek. Súbor výskumu tvorilo 691 respondentov. Výskumnú vzorku tvorili odborníci prevažne z odboru ošetrovateľstvo, ale aj z ďalších nelekárskych zdravotníckych odborov zo Slovenska a z Českej republiky.

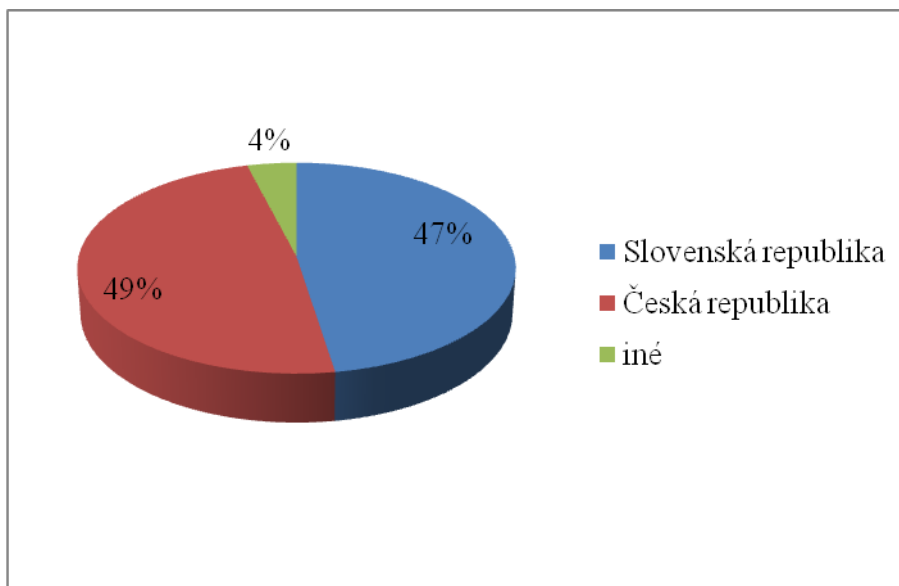
Výsledky

Výskumným problémom bolo analyzovať informovanosť, skúsenosti a názory prevažne sestier, ale aj iných zdravotníckych pracovníkov o nových možnostiach sústavného vzdelávania prostredníctvom e-learningu, vrátane využiteľnosti a dostupnosti informačných technológií v praxi na Slovensku a v Českej republike.



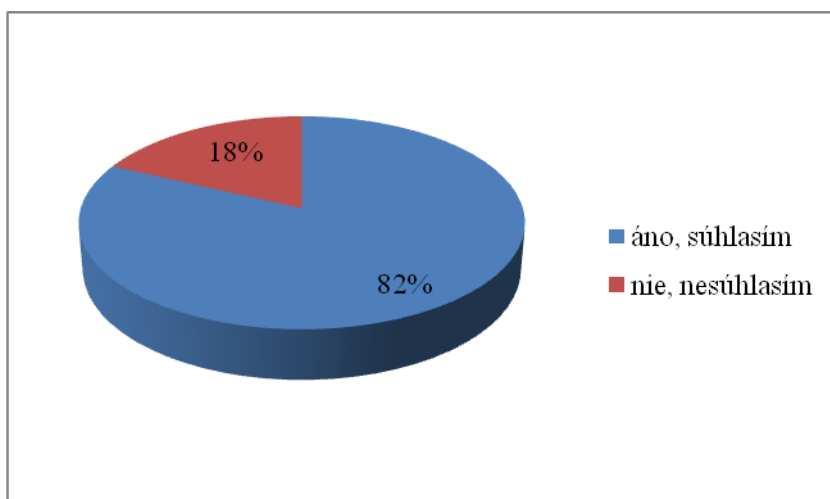
Graf č. 1 Vzdelanie respondentov

Analýza nám ukázala vzdelanostnú štruktúru respondentov. Respondenti sa mohli vyjadriť k viacerým ponúkaným možnostiam, preto súčet odpovedí je vyšší, ako celkový počet respondentov. Podľa výsledkov tvorili najpočetnejšiu skupinu respondentov so stredným odborným vzdelaním (SZŠ) 270 (39%), druhou početnou skupinou boli respondenti s ukončeným I. stupňom vysokoškolského štúdia (Bc.) 149 (22%). II. stupeň vysokoškolského vzdelania 129 (19%) respondentov, 116 (17%) respondentov uviedlo, že absolvovali kurz špecializačného štúdia/ certifikačnú prípravu, vyššie odborné vzdelanie uviedlo 113 (16%) respondentov a 10 (1%) respondentov absolvovalo III. stupeň vysokoškolského štúdia (PhD.)



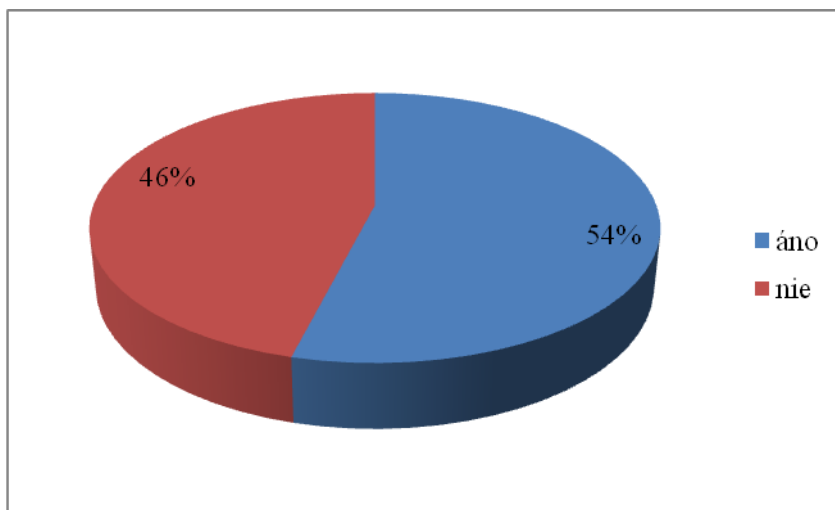
Graf č. 2 Krajina pôvodu

Vyhodnotené výsledky dotazníkov nám priniesli zaujímavý prehľad o štruktúre našich respondentov podľa krajiny pôvodu, čo sme pokladali za podstatné, pri samotnom porovnávaní počítačovej gramotnosti respondentov na Slovensku a v Českej republike. Podľa analýzy výsledkov sme zistili, že síce respondentov z Českej republiky bolo viac a to 335 (49 %), avšak účastníkov zo Slovenska bolo 325 (47 %).



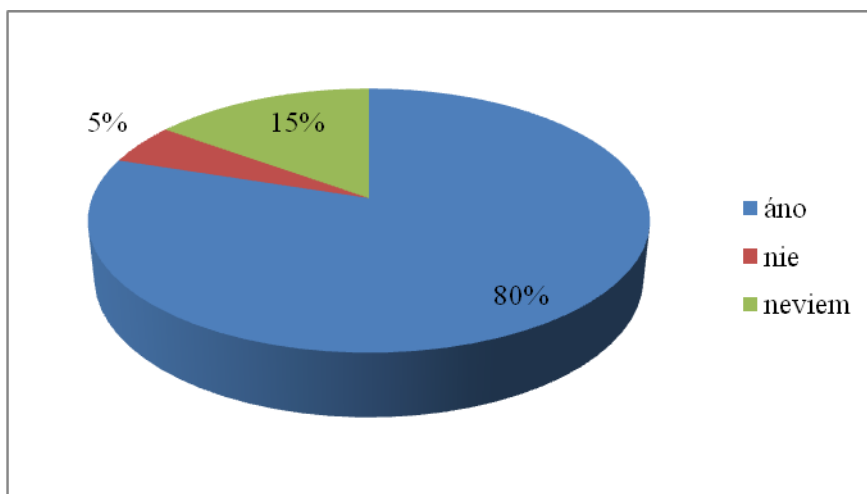
Graf č. 3 Povinnosť sústavne sa vzdelávať

S povinnosťou sústavne sa vzdelávať súhlasilo 569 (82 %) respondentov a 122 (18 %) odpovedalo na otázku záporne.



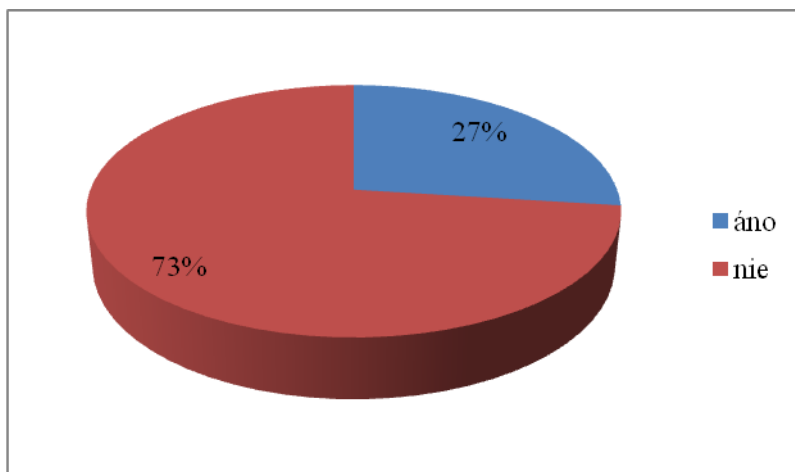
Graf č. 4 Dištančná forma vzdelávania

V nasledujúce výskumnej položke sme chceli zistiť, či sa respondenti stretli s pojmom dištančné vzdelávanie. Väčšina 376 (54 %) respondentov odpovedalo na otázku v dotazníku kladne. 315 (46 %) respondentov odpovedalo záporne a s pojmom dištančné vzdelávanie sa doposiaľ nestretli.



Graf č. 5 Výhoda dištančnej formy štúdia

Zo 689 respondentov, ktorí odpovedali na otázku v ktorej sme chceli vedieť, či je výhodné využívať aj možnosti sústavne sa vzdelávať prostredníctvom internetu nám až 553 (80 %) odpovedalo kladne. 102 (15%) nevedelo na otázku odpovedať a 34 (5%) odpovedalo záporne.



Graf č. 6 Absolvovanie e-learningového kurzu

Analýza výsledkov poukázala na skutočnosť, že až 502 (73 %) respondentov neabsolvovalo e-learningový kurz. Kladne odpovedalo len 189 (27 %) zo 691 respondentov.

Diskusia a záver

H1 sa nám **nepotvrdila**. Na základe tejto hypotézy sme chceli zistiť, aké je vzdelanie našich respondentov. Pri tvorbe tejto hypotézy sme predpokladali, že väčšina respondentov, teda minimálne 50 % z nich bude dosahovať vysokoškolské vzdelanie I., II, alebo III. stupňa. Pri analýze tejto demografickej položky sme však zistili, že súčet respondentov, ktorý uviedli, že absolvovali vysokoškolské štúdium dosahuje 288 (42 %). Vyššie číslo sme predpokladali aj preto, že počítačová gramotnosť je zásadne ľudí s vysokoškolským vzdelaním, keďže počas štúdia je počítačová gramotnosť v dnešnej dobe nevyhnutnou súčasťou štúdia. Nadpolovičnú väčšinu respondentov tvorili sestry a iní zdravotnícky pracovníci bez univerzitného vzdelania, čo potvrdzuje fakt, že sa sestry a iní zdravotnícky pracovníci stretávajú s informačnými a komunikačnými technológiami bez ohľadu na stupeň svojho vzdelania, či už v súkromí, alebo čoraz častejšie aj v zamestnaní.

Na porovnanie výsledkov nášho výskumu sme využili podobný, menší prieskum, ktorý mapoval názory 127 respondentov v Českej republike na celoživotné vzdelávanie, jeho prínosu, dostupnosti a akceptácii celoživotne sa vzdelávať. Výsledky prieskumu uvádzajú, že stupeň vzdelania respondentov s vysokoškolským vzdelaním dosiahlo len 18,1 % respondentov, čo je o 23,9 % respondentov menej, ako v našom výskume.

Rozdielne výsledky sú pravdepodobne zapríčinené rozdielnym počtom respondentov, ale aj tým, že náš výskum bol realizovaný prostredníctvom internetu, kde sme predpokladali väčšie množstvo vysokoškolsky vzdelaných účastníkov. (1)

H2 sa nám **nepotvrdila**. Keďže sa výskum nerealizoval len na Slovensku, ale aj v Českej republike, vyhodnotené výsledky nám priniesli zaujímavý prehľad o štruktúre našich respondentov podľa krajiny pôvodu, čo pokladáme za podstatné, pri samotnom porovnávaní počítačovej gramotnosti respondentov na Slovensku a v Českej republike. Predpokladali sme, že výrazne vyššie číslo respondentov bude pochádzať práve z Českej republiky, keďže v Českej republike už niekoľko rokov veľmi efektívne fungujú webové portály, ktoré ponúkajú zdravotníckym pracovníkom, hlavne sestram možnosti sústavného vzdelávania prostredníctvom e-learningových kurzov. Na Slovensku do roku 2010 takáto možnosť bola len vďaka českému portálu, príp. v rámci štúdia na univerzitách, avšak tieto stránky sú využívané a prístupné len študentmi danej univerzity a sestry v praxi nemajú možnosť takého formy vzdelávania využívať. Čakali sme výraznejší odstup v počtoch medzi respondentmi z Českej republiky a zo Slovenska, čo nám dokazuje vysokú úroveň počítačovej gramotnosti slovenských respondentov aj napriek horším ponukám na trhu.

H3 sa nám **potvrdila**. S povinnosťou zdravotníckych pracovníkov sústavne sa vzdelávať súhlasí 569 (82 %) respondentov, 122 (18 %) odpovedalo na otázku záporne a so sústavným vzdelávaním nesúhlasí. Pri porovnaní prieskumu z Českej republiky (1), môžeme konštatovať podobnosť výsledkov. Podľa ich analýzy povinnosť sústavne sa vzdelávať pokladá za prínos 50 % respondentov a 41 % túto možnosť považuje za prínosnú čiastočne. 8 % respondentov túto povinnosť nevníma kladne, čo je o 10 % menej ako u respondentov v našom výskume. 68 % respondentov by si povinnosť celoživotného vzdelávania plnila aj v prípade, ak by nebola zakotvená v zákone. Najviac respondentov považuje povinnosť sústavne sa vzdelávať za „nezmyselnú honbu za kreditmi“. Tento názor sa opakoval v 120 odpovediach. 113 názorov za negatívum pokladá „vysoké náklady za účasť na seminároch“, 110 respondentov udalo „žiadnu motiváciu sústavne sa vzdelávať“, 108 respondentov pokladá za negatívum povinnosť sústavne sa vzdelávať a uprednostnili by dobrovoľnosť aktuálneho systému, 102 uviedlo ako negatívum nedostatok času, „nedostatočné uplatnenie získaných vedomostí v praxi“ získaných sústavným vzdelávaním uviedlo 101 respondentov, 95 názorov súviselo s „nevyhovujúcimi podmienkami aktuálneho systému sústavného sa

vzdelávania“, praktické skúsenosti uprednostňuje pred účasťou na aktivitách sústavného vzdelávania 78 analyzovaných názorov. Za negatívum spojené s vysokou psychickou a fyzickou prácou sestry, ktoré prispieva k neochote sústavne sa vzdelávať sa priklonilo 54 respondentov vo svojich odpovediach. 41 odpovedí udávalo „nevyhovujúce odborné zameranie seminárov“, ktoré nie je totožné s odborným zameraním ich pracoviska. 39 respondentov by prijalo, aby náklady za účasť na aktivite sústavného vzdelávania hradil ich zamestnávateľ a 21 respondentov udávalo ako negatívum neochotu zamestnávateľov uvoľniť sestru na aktivitu sústavného vzdelávania, čo sa týka najmä sester pracujúcich v ambulanciách. Predpokladáme, že sa podobné názory objavujú aj u respondentov, ktorí odpovedali kladne, keďže sústavné vzdelávanie zo sebou prináša povinnosti, zodpovednosť a nemalé finančné náklady, avšak aj napriek negatívam majú zdravotnícky pracovníci záujem o nové informácie a vzdelávanie im prídje ako prirodzená súčasť profesionálneho rastu vo svojom odbore.

Výskum realizovaný u 400 sester v USA a UK, ktoré využívali e-learning ako súčasť sústavného vzdelávania ukázal to, že až 91 % sester súhlasilo s takouto formou vzdelávania. Z negatívnych reakcií to bolo problémy s prístupom na internet doma či v zamestnaní a technické problémy pri používaní softvéru. (2) Podobnosť výsledkov vyšla aj vo výskume, ktorý bol realizovaný u Kanadských sester, kde až 94 % sester súhlasilo s takouto formou vzdelávania (3).

H4 sa nám **potvrdila**. Pri tvorbe tejto hypotézy sme predpokladali, že väčšina respondentov, ktorí sa zúčastnia výskumu má, či už praktické, alebo teoretické skúsenosti s dištančným vzdelávaním s ktorým priamo súvisí aj pojem e-learning. Väčšina 376 (54 %) respondentov odpovedalo na otázku v dotazníku kladne. 315 (46 %) respondentov odpovedalo záporne a s pojmom dištančné vzdelávanie sa doposiaľ nestretli. Pri porovnaní výsledkov prieskumu z Českej republiky (1), sme zistili nasledujúce. 67 % respondentov uviedlo, že e-learning pozná, 13% tento pojem pozná čiastočne a 17 % pojem e-learning nepozná. Rozdiely vo výsledkoch sú možné aj z toho dôvodu, že my sme sa v otázke odvolávali na pojem dištančné vzdelávanie, aj keď e-learning bol v otázke zahrnutý taktiež. V súvisiacej výskumnej položke sme chceli od respondentov, ktorí odpovedali kladne zistiť, čo si pod pojmom dištančné vzdelávanie predstavujú. Po analýze všetkých odpovedí sme vyhodnotili 6 najčastejšie sa vyskytujúcich odpovedí. Vzdelávanie prostredníctvom internetu 350 odpovedí. e-learningové kurzy 323 odpovedí. Riadené samoštúdium s využitím multimediálnych

prvkov 54 odpovedí. Individuálne štúdium 24 odpovedí. Štúdium bez kontaktu s vyučujúcim 21 odpovedí a vzdelávanie z domova 14 odpovedí. Samozrejme všetky odpovede respondentov sa dajú považovať za správne, čo nás vedie k záveru, že 376 respondentov sa s pojmom dištančná forma vzdelávania a s ňou súvisiaci pojem e-learning už stretlo, prípadne s touto formou vzdelávania majú aj osobné skúsenosti.

H5 sa nám potvrdila. Zo 689 respondentov, ktorí odpovedali na otázku v ktorej sme chceli vedieť, či je výhodné využívať aj možnosti sústavne sa vzdelávať prostredníctvom internetu nám až 553 (80 %) odpovedalo kladne. 102 (15%) nevedelo na otázku odpovedať a 34 (5%) odpovedalo záporne. Pri dôkladnejšom rozbere tejto otázky sme zistili, že najviac respondentov 341 (49 %) by uprednostnilo vo svojom štúdiu kombináciu e-learningu spolu s klasickou metódou štúdia, avšak veľký počet 244 (35 %) by sa priklonilo k možnosti študovať len prostredníctvom internetu, čo je v západných krajinách Európy a hlavne v USA bežné a študentami aj výrazne využívané. Len 90 (13 %) respondentov sa prikláňa ku klasickej metóde štúdia. V súvisiacich otázkach nás taktiež zaujímal názor respondentov, čo si myslia o výhodách a nevýhodách štúdia prostredníctvom internetu. Najviac odpovedí 602 sa zhodlo pri odpovedí, že štúdium prostredníctvom internetu nie je tak časovo náročné, ako klasická metóda štúdia. 577 odpovedí pokladá túto formu štúdia za pohodlnejšiu, 569 odpovedí pozitívne hodnotilo finančné náklady, 498 odpovedí sa zhodovalo v názore, že sestra sa nemusí osobne zúčastňovať vzdelávacej akcie, semináru či školenia. 455 reakcií kladne hodnotilo to, že účastník e-learningového kurzu nemá žiadne náklady na cestovanie, ktoré sa týkajú vzdelávania, 305 vidí klady v tom, že tempo štúdia si určuje študent, nie vyučujúci, 300 odpovedí sa zhodovalo v tom, že internetové kurzy sú ľahšie dostupné ako klasické formy vzdelávania. Posledných 127 odpovedí, ktoré sa najčastejšie u respondentov opakovali boli výhody v tom, že študent môže rýchlejšie reagovať na zmeny a novinky v odbore, keďže na internete sú dostupné všetky najnovšie informácie z celého sveta.

H6 nepotvrdila. Predpokladali sme, že respondenti, ktorí sa na výskume zúčastnili, majú nie len teoretické, ale aj praktické skúsenosti s využívaním e-learningových kurzov. Tento predpoklad sa nám po analýze výsledkov nepotvrdil, keďže až 502 (73 %) respondentov neabsolvovalo e-learningový kurz. Kladne odpovedalo len 189 (27 %) zo 691 respondentov. Väčšina respondentov má však v pláne tento kurz absolvovať a to 367 (53 %). Informácie o možnostiach na trhu, kde je možné e-

learningový kurz absolvovať má 426 (62 %) respondentov, 265 (38 %) uviedlo, že takéto informácie nemá a ani o týchto možnostiach nepočuli.

Záver

Výrazná väčšina našich respondentov je pozitívne naklonená k povinnosti zdravotníckych pracovníkov sústavne sa vzdelávať a na základe výsledkov výskumu môžeme konštatovať, že informovanosť respondentov o e-learningových formách sústavného vzdelávania je na vysokej úrovni. Z výskumu tiež vyplýva, že počítačová gramotnosť sestier a iných zdravotníckych pracovníkov sa neustále zvyšuje a čo je potešiteľné, tak aj u sestier, ktoré neabsolvovali ďalšie štúdium hlavne v posledných rokoch na univerzitách. Keďže sa ani naše zdravotníctvo nevyhlo postupnej obnove technológii a aj na štandardné oddelenia sa dostáva počítačová technika, sestry sa museli týmto trendom prispôbiť a naučiť sa pracovať s informačnými technológiami bez ohľadu na ich vek či vzdelanie.

Na základe týchto zistení odporúčame:

- Zavádzanie e-learningu pri vzdelávaní sestier a iných zdravotníckych pracovníkov na univerzitách, čo prispeje k rozvoju počítačovej gramotnosti, ale aj k motivácii študentov využívať internet pri hľadaní informačných zdrojov z domova a zo sveta, ktoré sa týkajú novinek v odbore.
- Zabezpečiť informovanosť sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí už tvoria zdravotnícky systém o možnostiach ďalšieho a sústavného vzdelávania, ktoré im ponúka trh v spolupráci so spoločnosťami, ktoré tieto služby poskytujú a to formou umožnenia ich prezentácií na odborných podujatiach, školeniach, seminároch a konferenciách, ale aj v odborných periodikách.
- Previazat spoluprácu medzi existujúcimi spoločnosťami, ktoré sa zaoberajú poskytovaním e-learningových kurzov so stavovskými organizáciami, ktoré sú povinné hodnotiť sústavné vzdelávanie svojich členov a s univerzitami, ktoré zabezpečia odbornú úroveň poskytovaných kurzov.
- Podporiť vznik nových spoločností, ktoré sa budú zaoberať sústavným vzdelávaním formou poskytovania e-learningových kurzov, čím sa zabezpečí zdravá konkurencia na trhu, keďže tieto služby sú pre záujemcov spoplatnené.
- Motivovať sestry a iných zdravotníckych pracovníkov k účasti na sústavnom vzdelávaní a to formou kreditných príplatkov za splnenie podmienok sústavného

vzdelávania. Podporiť činnosť kompetentných inštitúcií, ktoré sa touto problematikou zaoberajú a to z radov sestier, ktoré tvoria piliere zdravotníckeho systému a nastaviť systém tak, ako to je u pedagogických pracovníkov.

- Umožniť sestrám a iným zdravotníckym pracovníkom, aby sa mohli sústavne vzdelávať, príp. hľadať informácie o týchto možnostiach aj v zamestnaní. Vytvoriť tlak na zamestnávateľov, aby sústavné vzdelávanie svojich zamestnancov nevníмали ako nutnú povinnosť, ale ako prestíž, vďaka ktorej zvyšujú kvalitu poskytovaných služieb svojim pacientom, čím prispievajú k ich spokojnosti a hlavne k správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Literatúra:

- (1) VLASÁKOVÁ, D. Celoživotní vzdělávání nelekářských zdravotnických pracovníků a jeho dopad do ošetrovatelské praxe. [Diplomová práca] / Dita Vlasáková - Univerzita J. A. Komenského Praha, 2009.
- (2) DAWES, D., HANDSOOMB, A. A pilot study to assess the case for e-learning in the NHS. In: *NT Research*. 2002. 7, 6, 428-443
- (3) ATTACK, L. Becoming a web-based learner: registered nurses' experiences. In: *Journal of Advanced Nursing*. 2003. 44, 3, 289-297

Kontakt na autorov:

PhDr. Lukáš Kober, doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

E-mail: lukaskober@gmail.com, solovic@hagy.sk

Ošetrovateľská starostlivosť o chronicky chorého pacienta na UPV

Šoltisová, I., Friedmannová, A., Škrabová, P.

Detské odd., Nemocnica Poprad, a.s., Poprad

Cieľ práce: Poukázať na počet chronicky chorých pacientov vyžadujúcich chronickú resuscitačnú starostlivosť na UPV cestou TSK s dorazom na nutnosť vytvorenia špecializovaného zariadenia.

Materiál a metodika: Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov na UPV zameraná na starostlivosť o priechodnosť dýchacích ciest, toaletu dýchacích ciest, výživu, pasáž a vyprázdňovanie, hygienu, rehabilitáciu, polohovanie a prevenciu vzniku preležanín.

Výsledky: Jeden pacient vyžadujúci UPV počas noci a jeden pacient vyžadujúci nepretržitú UPV.

Záver: Pri práci na JIS detského oddelenia sa stretávame s pacientmi s chronickým ochorením alebo s akútnym ochorením, ktoré ústi do chronickej resuscitačnej starostlivosti na UPV cestou TSK. Na Slovensku sa nenachádzajú špecializované zariadenia pre umiestnenie takýchto pacientov, preto sú dlhodobými pacientmi spádových nemocníc s JIS.

Pri práci na JIS detského oddelenia sa stretávame s pacientmi s chronickým ochorením alebo s akútnym ochorením, ktoré ústi do chronickej resuscitačnej starostlivosti na UPV cestou TSK.

Na Slovensku sa nenachádzajú špecializované zariadenia pre umiestnenie takýchto pacientov, preto sú dlhodobými pacientmi spádových nemocníc s JIS.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov na UPV je zameraná na starostlivosť o priechodnosť dýchacích ciest, toaletu dýchacích ciest, výživu, pasáž a vyprázdňovanie, hygienu, rehabilitáciu, polohovanie a prevenciu vzniku preležanín.

V teoretickej časti sa venujeme vybraným ochoreniam, ako najčastejším príčinám vzniku závislosti na UPV.

V praktickej časti sa venujeme samotnej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky chorého pacienta s TSK na UPV.

Kľúčové slová: Chronicky chorý pacient, ošetrovateľská starostlivosť, tracheostomická kanyla, umelá pľúcna ventilácia.

Kontakt na autorov:

Mgr. Iveta Šoltýsová

E-mail: soltysova.b@nemocnicapp.sk

Koncipování vzdělávacích cílů a vizí - klíč k modulární přestavbě pregraduálního studijního kurikula oboru všeobecná sestra

Špirudová, L. , Mastiliaková, D.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

Anotace

Současnost v České republice je stále intenzivněji spojována se zásadní novodobou transformací vysokých škol a vysokoškolských studií. Ústav ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě od roku 2010 řeší pod vedením paní doc. PhDr. Dagmar Mastiliakové, Ph.D. projekt zaměřený na transformaci studijního oboru Všeobecná sestra. Projekt je financován z Evropských strukturálních fondů (dále jen ESF).

Prezentace je zaměřena na klíčové komponenty modulárně strukturovaného studijního programu oboru Všeobecná sestra - na *cíle, cílové kompetence a hodnocení*. Základní informace jsou čerpány z přednášek a z diskusí s expertem na oblast zvyšování kvality vysokoškolských studií v Evropě, a panem Andy Gibbsem, který vede semináře pro řešitele projektu a v květnu 2011 na Ústavu ošetrovatelství v Opavě a prezentoval nejaktuálnější výstupy z jednání evropských expertů sdružených v Evropské asociaci pro zvyšování kvality ve vysokém školství (European Association for Quality Assurance in Higher Education). V prezentaci jsou uvedeny dílčí výstupy práce pedagogů opavského Ústavu ošetrovatelství, které budou tvořit jádro nové modulární struktury bakalářského studijního programu v oboru Všeobecná sestra.

Jako východiska pro práci na transformaci bakalářského studijního programu oboru Všeobecná sestra řešitelskému týmu v Opavě slouží jednak mezinárodní standardy a doporučení, která jsou výstupem např. projektu ***TUNNING Educational Structures in Europe*** a také výstupy jednání a materiály publikované ***European Association for Quality Assurance in Higher Education*** a také ***transformační návrhy pro vysokoškolské vzdělávání*** od ***Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR*** (viz MŠMT 2011a, 2011b) a to zejména:

„Strategický rámec vysokoškolské politiky“, v jeho pracovní verzi ze dne 3. 3. 2011 a v ***„Pracovním návrhu věcného záměru zákona o vysokých školách“*** ze dne 23.2.2011 (MŠMT, 2011a, 39 s.)

Jako základ pro modulární přestavbu studijního plánu oboru Všeobecná sestra řešitelskému týmu slouží **Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 2**, které obsahují Evropskou strategii WHO pro vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek přeloženou z dokumentu EUR/00/5019309/15 vydaného v Kodani v roce 2000 (*Nurses and Midwives for Health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000).

Podrobné informace k projektu jsou v online podobě dostupné na adrese:

<http://www.fvp.slu.cz/uo/projekty/inovace/inovace-studijniho-programu-osetrovatelstvi>

Veškeré vize, cíle, výstupy vzdělávání i hodnotící nástroje v modernizovaných kurikulech kladou jednoznačně důraz na studenta, na studentovu schopnost něco dělat, na jeho dílčí i výstupní profesní kompetence, na jeho klíčovou pozici i v prokazování výstupů a efektivity učení. Tento odklon od osnování učiva ve studijních programech primárně skrze tematický obsah, skrze aktivity a povinnosti učitele, je naprosto zásadní a v celé současné transformaci pravděpodobně nejnáročnější. Představuje totiž odklon od současného paradigmatu tvorby studijních programů a plánování vzdělávacího procesu na vysokých školách v ČR. Proces vyžaduje zásadní změnu v myšlení pedagogů. Všichni, kteří se budou aktivně podílet na procesu modernizace a transformace kurikul pro sestry, se budou muset vyrovnávat se svými vlastními paradigmaty v sobě i ve svém okolí.

Klíčová slova: sestra – pregraduální vzdělávání – modulární struktura – vzdělávací program – cíle – kompetence – hodnocení – regulovaná profese

DESIGNING EDUCATIONAL GOALS AND VISIONS - THE KEY TO THE MODULAR RECONSTRUCTION UNDERGRADUATE CURRICULUM FIELD OF GENERAL NURSE

Lenka ŠPIRUDOVÁ, Dagmar MASTILIAKOVÁ

Department of Nursing, Faculty of Public Policy, Silesian University in Opava, CZ

Abstract

Present in the Czech Republic is increasingly associated with the transformation of universities and university studies. Bachelor curriculum for General Nurse will be no

exception. Department of Nursing Faculty of Public Policy at the Silesian University in Opava in 2011 addresses the project is funded by the European Structural Funds (ESF), which deals with the transformation of this program. The article addresses key areas of modularly structured study program General Nursing and those are the goals, objectives and competencies assessment.

Keywords: nurse - undergraduate education - a modular structure - education program - objectives - skills - evaluation

LITERATURA

1. ADAM, S. (2004) *Using Learning Outcomes: A consideration of the nature, role, application and implications for European education of employing learning outcomes at the local, national and international levels*. Report on United Kingdom Bologna Seminar, July 2004, Herriot-Watt University.
2. BIGGS, J. (2005) *Teaching for Quality Learning at University*. Wiltshire: Open University Press. ISBN 033-5211-682.
3. BLACK, P., WILLIAM, D. (1998) *Inside the Black Box: Raising Standards through Classroom Assessment*. London: Kings College, 1989.
4. European Association for Quality Assurance in Higher Education (2005) *ENQA report on Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*. [online] dostupné z: <http://www.enqa.net/bologna.lasso>. [15-06-2011]
5. GIBBS, A. (2011) *Semináře a workshopy pro řešitele projektu v Opavě*. Nepublikované materiály. Opava, 2011.
6. JENKINS, A., UNWIN, D. (1996) *How to write learning outcomes*. [online] dostupné z: <http://www.ncgia.ucsb.edu/education/curricula/giscc/units/format/outcomes.html> [11-07-2011]
7. KENNEDY, D. (2011) *Using Learning Outcomes in Teaching, Learning and Assessment*. Seminar for Bologna and Higher Education Reform Experts. University of Oslo, Department of Education, University College Cork, Norway. June 2011.
8. MASTILIAKOVÁ, D. *Inovace studijního programu ošetrovatelství na Slezské univerzitě v Opavě*. ESF projekt CZ.1.07/2.2.00/15.0178. [online] Dostupné z:

<http://www.fvp.slu.cz/uo/projekty/inovace/inovace-studijniho-programu-ošetrovatelstvi> [2011-27-07]

9. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky (2011a) *Pracovním návrhu věcného záměru zákona o vysokých školách*. Praha: MŠMT, 23.2.2011, pracovní materiál, 39 s.
10. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky (2011b) *Strategický rámec vysokoškolské politiky*. Praha: MŠMT, 3. 3. 2011, pracovní materiál, 71 s.
11. MORSS, K. MURRAY, R. (2005) *Teaching at University*. London: Sage Publications, 2005. ISBN 141-2902-975.

Článek je dedikován ESF projektu č. **CZ.1.07/2.2.00/15.0178 „Inovace studijního programu ošetrovatelství na Slezské univerzitě v Opavě“** Nositelkou projektu je doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, Ph.D., Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě.

Autorka prezentace

Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik

Slezská univerzita v Opavě

Hauerova 4, 746 01 Opava

E-mail: lenka.spirudova(et)fvp.slu.cz

tel.č.: +420 553 684 706

Kontakt na hlavní řešitelku projektu

doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik

Slezská univerzita v Opavě

Hauerova 4, 746 01 Opava

E-mail: dagmar.mastiliakova(et) fvp.slu.cz

tel.č.: +420 553 684 331

Právo a důstojnost umírajícího v ošetrovatelské péči

Kutnohorská, J.

Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Úvod

Člověk se od narození stává členem společnosti, postupně do ní vrůstá, přijímá její hodnoty a normy, osvojuje si určité zvyky, zásady, způsoby chování a postoje, které jsou v dané společnosti nutné a správné. Úkolem společnosti je uplatňovat a prosazovat etické a právní principy a to vůči všem generacím bez ohledu na věk, pohlaví, sociální postavení.

Jádro

Strach ze smrti je fenomén, s kterým se běžně setkáváme a považujeme jej za něco biologicky daného, nutného a zcela přirozeného. Smrt je třeba vzít jako fakt. Smrt nemůžeme pochopit, musíme ji přijmout.

Jeden z důvodů strachu ze smrti spočívá v tom, že lidé postrádají kvalitní hodnotovou orientaci, která by smrti dala smysl a začlenila ji do řádu. Nepřiměřený strach ze smrti je dán i jejím tabuizováním. Pro mnohé lidi splývá strach ze smrti se strachem z umírání, které je spojováno s obavou z utrpení a bolesti, s bezmocí, izolací a prožívanou osamělostí, závislostí a ztrátou osobní identity a důstojnosti. Smrt je biologicky daná, důstojné umírání je záležitostí etickou. Důstojnost je fenomén, který je dán již Deklarací lidských práv (1948), je to základní lidské právo. V čem spočívá toto právo?

Umírání a smrt je ošetrovatelsky, psychicky i kulturně velmi náročné téma. Tak jako porodní asistentka pomáhá miminku na svět z mateřského klína, tak sestra, která pečuje o umírající pomáhá ulehčit přechod z tohoto života skrze smrt do další dimenze s respektem k lidské důstojnosti.

Umírání blízkého člověka bývá poznamenáno zármutkem, přesto se může odehrát v porozumění, které je dáno dovršením a uzavřením života. Každý chce žít v pravém slova smyslu do okamžiku smrti. Záleží na každém z nás, co uděláme, aby lidé umírali pokojně a důstojně.

Práva člověka jsou společná všem lidem a platí i pro ty, kteří jsou slabí a jsou závislí na druhých lidech. Jenže umírající člověk se mnohdy stává vyloučeným,

opuštěným, vyhnaným, protože společnost opomíjí skutečnost, že druhým je třeba pomáhat. A tak se společnost stává nahromaděním individualit, kde vedle sebe stojí izolovaně každý jednatel, kde se vytrácí rodina, kdy člověk zcela ztrácí jakýkoliv smysl pro povinnost vůči druhému člověku. Dokladem toho je stále více chybějící pocit sounáležitosti se slabšími členy společnosti - včetně starých a umírajících.

Ve všech historických kulturách bylo stáří obdařeno důstojností a provázeno úctou. Lidé starší věkem byli uznáváni pro svou moudrost a zkušenost a vnímáni jako nenahraditelné dědictví každé rodiny a rodu [3].

V dnešní době smrt popíráme, odmítáme, skrýváme. Proč? Dříve se člověk setkával se smrtí tváří v tvář. Důstojné umírání je problém sociologický, psychologický, medicínský a především morálně lidský. Stává se i problémem právním – diskuze o eutanazii. V důsledku různých ekonomických, sociálních a lékařských vymožeností v dnešní společnosti vystoupila do popředí „kultura mladých“. Představy stáří, umírání působí bizarně a nepřírozně, a nikoli jako nevyhnutelná a očekávaná část našeho života [1].

Ve středoevropských podmínkách existuje zavedený kulturní úzus, který velí, že smrt musíme popírat a musíme se jí bránit, aby nás příliš nezasáhla. Kultura, které nepopírají realitu smrti, mnohem snadněji vycházejí vstříc lidské potřebě truchlit nad ztrátou blízkého člověka. Každý však prožívá smutek jinak, každý ho prožívá po svém. Na pláč neexistuje žádná „správná“ doba, každý člověk truchlí po svém. Někteří reagují slzami, někteří nedokážou plakat dříve, až když opadne první šok. K vytěsnění smrti a umírání přispívá také současný kult mládí. Jsou však kultura, které kult mládí nepěstují. Například Číňané tradičně považují stáří za vrcholné období života – za dobu, kdy člověk může odpočívat a těšit se úctě okolí, i za příležitost, jak uplatnit svůj vliv na mladší členy rodiny. Také pro americké Indiány jsou starší lidé nositeli moudrosti a tradice, cennými rádci celého národa, učiteli a šamany, kteří mohou mladší zasvětit do zvyklostí kmene. Stárnutí, nemoc a smrt mají v těchto společenstvích své přirozené místo. Za těchto podmínek člověk dokáže s daleko větší pravděpodobností chápat smrt jako něco, co lze očekávat, jakkoli je to bolestné a nevídané. Okolí může žal mnohem lépe přijmout a pochopit [1].

Umírání není nemoc. Je to zdraví? Jak tedy přijmout umírání? Sledujeme fenomén umírání a záměrem je důstojné umírání. Pojetím obsahu důstojné umírání se zabývají filozofové, psychologové, zdravotníci, teologové a další. Důstojnost je etický pojem,

odráží také kulturu dané společnosti a může mít přesah do práva. Pokud není důstojnost člověka respektována není tím dodrženo základní lidské právo dané již zmíněnou Chartou lidských práv.

Důstojnost člověka, hodnota života

Důstojnost člověka je nezávislá na stáří, pohlaví, rase, nemoci. Etické požadavky respektování důstojnosti vyplývají z existence člověka. Hodnota lidského života se neměří jen zdravím a blahobytem, nýbrž má mnohem hlubší zdůvodnění. Hodnota člověka nezávisí jen na tom, jestli je v té chvíli milován nebo ne, nýbrž na tom, zda je hoden lásky. To je otázka, kterou nelze zodpovědět empirickým výzkumem, nýbrž otázka rozhodnutí a nakonec otázka víry. Každého člověka máme respektovat v jeho nezcizitelné důstojnosti [5].

V ošetrovatelské péči je zachování důstojnosti člověka jedním z nejvýznamnějších etických fenoménů. Důstojnost je zdůrazňována v „právech pacientů“ a ve všech etických kodexech. Jak chápat důstojnost člověka? Umíme spíše říci, co je nedůstojné, než co je důstojné. Nedůstojné je takové jednání, které je proti životu. Vše, co je proti životu je neetické a protiprávní. Důstojnost člověka je v jeho existenci, v jeho životě a život je dobro, to je zdůrazňováno již v Bibli. Důstojnost člověka je nejvíce ohrožena v situaci, kdy je nejkřehčí a nemá žádnou možnost se bránit. Život, který vyžaduje více ohleduplnosti, lásky a péče, je mnohdy považován za neužitečný nebo chápán jako neúnosná zátěž, a proto je různými způsoby odmítán. Každý, kdo pro svou nemoc nebo postižení, či spíše vůbec svou přítomností na zemi, nějak omezuje štěstí a životní úroveň těch, kteří se mají lépe, je chápán téměř jako nepřítel, proti kterému je třeba se bránit nebo ho zcela odstranit. Samotným základem je určitý úpadek lidské kultury, který s sebou nese pochybnosti o principech poznání a morálky a způsobuje, že je stále obtížnější jasně vidět hodnotu člověka, jeho práva a povinnosti [2].

V sociálním a kulturním kontextu dnešní doby, který působí, že se obtížněji přijímá a snáší utrpení, jsou lidé spíše pokoušeni k tomu, aby zcela odstranili problém bolesti tím, že ho prostě vyloučí a urychlí smrt v okamžiku, kdy se to jeví jako nejvhodnější. Bolest není něco co ohrožuje důstojnost člověka. Bolest patří do života. [2].

Práva člověka jsou společná všem lidem a platí i pro ty, kteří jsou slabí a jsou závislí na druhých. Jenže umírající člověk se mnohdy stává vyloučeným, opuštěným, vyhnaným, protože společnost opomíjí skutečnost, že druhým je třeba pomáhat. A tak se společnost stává nahromaděním individualit, kde vedle sebe stojí izolovaně každý

jednotlivec, kde se vytrácí rodina, kdy člověk zcela ztrácí jakýkoliv smysl pro povinnost vůči druhému člověku. Dokladem toho je stále více chybějící pocit sounáležitosti se slabšími členy společnosti - včetně starých a umírajících.

Respektování a zachování důstojnosti je možné jen ve spojení s dalšími fenomény, kterými jsou úcta, spravedlnost, autonomie, anonymita, prospěšnost, důvěrnost, informovaný souhlas, respektování hodnot každého člověka [3].

Úcta

Každý člověk si zaslouží úctu, to znamená, že máme na zřeteli jeho zájmy. U ošetřujícího personálu je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. To, jak člověk vnímá sám sebe, jaké má sebehodnocení a sebeúctu se odráží v zacházení s jinými lidmi.

Autonomie

Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle svých pravidel a představ. Být autonomní znamená řídit se vlastními pravidly (autos-samo, nomos-pravidla, zákon). Princip respektu k autonomii spočívá v uznání práva člověka na to mít vlastní názor, jednat na základě osobních hodnot a přesvědčení. Princip respektu k autonomii spočívá v uznání práva druhého na vlastní názor, činit rozhodnutí, jednání na základě osobních hodnot a přesvědčení, pomoci lidem v dosažení jejich cílů a posilování jejich kapacity jako jednajících.

Spravedlnost (Ekvita)

Spravedlnost jako jediná z oblastí ctností je „dobrem druhého“, protože se vztahuje na druhého, uskutečňuje totiž to, co prospívá druhému. Každý člověk má právo na spravedlivé zacházení, které znamená: nezaujaté zacházení, dostupnost odborné pomoci, podání informací, zdvořilý a uctivý přístup, právo na soukromí, důvěrnost, ochranu údajů, zachování anonymity. Základem etiky i práva je respekt ke spravedlnosti, její prosazování.

Anonymita

Anonymita je respektování důvěrného charakteru individuálních informací, záruka neidentifikovatelnosti konkrétních osob, které jsou zdrojem informací. Je dána také zákonem: Zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů [4].

Prospěšnost (Beneficence)

Jde o ochranu subjektu před fyzickým a psychickým poškozením, ochranu před nátlakem nebo zneužitím. Prospěšnost zahrnuje maximalizaci prospěchu a minimalizaci škod. Strategie zakládající se na beneficienci uznává důležitost sebeurčení, činí tak pouze pokud to podporuje dobro osoby. Příklady beneficiante v nejobecnější formě jsou: Ochraňuj a braň práva druhých. Předcházej poškození druhých. Odstraňuj okolnosti, které způsobují poškození druhých. Pomáhej postiženým osobám. Zachraň osoby v nebezpečí.

Důvěrnost (Confidentiality)

Je podmíněna znalostmi dané problematiky a poskytováním věrohodných informací pacientovi.

Informovaný souhlas

Souhlas musí být dán svobodně a respektovat právo jedince na sebeurčení.

Empatie

Schopnost vcítění, vžití se do situace druhého je základem správného chování lidí k sobě navzájem, proto empatie nemůže v etice ani v právu absentovat. Empatický zájem o člověka znamená také myslet na blaho jiných osob a chovat se způsobem, který přináší prospěch. Chce-li sestra / ošetřovatelka jednat eticky a spravedlivě musí být schopna empatie.

Respektování hodnot

Respektování hodnot má kulturní rozměr, hmotný rozměr, etický rozměr, právní rozměr. Může mít rozměr filozofický, politický, sociologický, ekonomický atd. Při respektování důstojnosti člověka je třeba velké vnímavosti – empatie, aby sestra poznala hierarchii hodnot člověka.

Pokud chtějí zdravotníci pomoci pacientům při respektu jejich důstojnosti měli by přijmout vztah člověka k člověku a měli by sami sobě rozumět jako člověku, sami sebe chápat jako člověka. Měli by mít etickou výbavu se smyslem pro spravedlnost a právní vědomí.

Závěr

Umírající má právo na všechny požadavky života. Žije do svého poslední dechu a jeho nevysloveným požadavkem je zvládnout poslední úkol svého života důstojně a ve společenském a sociálním komfortu. To je etický imperativ pro zdravotníky a pokud

je umírající ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, měl by být imperativem také pro rodinu a v tom je úkol společnosti, aby kultivovala celou společnost tak, aby tento imperativ přijala. Nejvyšší důstojnost lidskému životu bychom měli projevit v závěru života, kdy sám člověk hodnotí svůj vlastní život a kdy prostřednictvím projevů důstojnosti respektujeme a uznáváme jeho životní příběh. Je úkolem zdravotníka, aby respektoval každého jako důstojnou osobnost v nemoci a až do konce života a to tak, aby umírající a každý člověk neměl v sebereflexi pocit, že nemoc ho o důstojnost připravila.

Odkazy:

- [1] DiGIULIO, R; KRANZOVÁ, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny. 1997. ISBN 80-7106-210
- [2] JAN PAVEL II. *Encyklika - O životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3
- [3] KUTNOHORSKÁ, J. *Etika umírání a smrti*.s.20-24. In: KUTNOHORSKÁ, J. (ed) *Důstojné umírání I*. Olomouc: Lékařská fakulta UP, 2007. ISBN 978-80-244-2016-5
- [4] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. s.175 Praha: Grada Publishing, 2009 . ISBN 978-80-247-2713-4
- [5] ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad,1999. ISBN 80-7021-302-7

Kontakt

doc., PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Institut zdravotnických studií

Fakulta humanitních věd

Univerzita Tomáše Bati

Mostní 5139

760 01 Zlín

E-mail: Kutnohorska.J@seznam.cz

Kutnohorska@fhs.utb.cz

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť u detí

Cinová, J., Šantová, T., Hudáková, A.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Úvod

Paliatívna starostlivosť má v ošetrovateľstve svoju nezastupiteľnú úlohu. Väčšina paliatívnych pacientov nevynímajúc ani deti zomiera aj v nemocničných zariadeniach a to z rozličných príčin. Nemá resp. nechce sa o tieto umierajúce deti nik postarať alebo poskytovať starostlivosť týmto deťom v rodinnom prostredí je mnohokrát pre ich príbuzných veľmi náročné až nezvládnuteľné. Podľa štatistických údajov na Slovensku si paliatívnu starostlivosť vyžaduje približne 750 detí ročne (Kilíková, 2008). Svetová zdravotnícka organizácia (2002) definuje paliatívnu starostlivosť ako prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy. Týmto prístupom predchádza a zmierňuje utrpenie (Magurová, 2008). Filozofia paliatívnej starostlivosti je aplikovateľná okrem inštitúcií paliatívnej starostlivosti aj v ďalších nemocničných zariadeniach a dokonca aj v domácom prostredí. Jej chápanie a uplatňovanie sa nedá obmedziť výhradne len na ústavné inštitúcie poskytujúce paliatívnu starostlivosť (Németh, 2009). Medicína a ošetrovateľstvo ako vedecké disciplíny, majú humánnu povinnosť akceptovať multikultúrne a spirituálne dimenzie svojho umenia ošetrovať a liečiť (Novotný, 2010). Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti u nevyyliečiteľne a terminálne chorých detí je potrebné rešpektovať nasledujúce špecifiká: problémy pri ošetrovaní nevyyliečiteľne a terminálne chorých detí sú zriedkavé, väčšinou rodič sa sám chce postarať o svoje dieťa; rodičia sú právnym zástupcom detí, rozhodujú o dôležitých záležitostiach v rámci poskytovania paliatívnej a hospicovej starostlivosti; problémy a pocity, s ktorými zápasia rodičia a súrodenci nevyyliečiteľne a terminálne chorých detí sú odlišné, ako problémy paliatívne chorého dospelého človeka; u rodičov sa vynára pocit viny, bezmocnosti, nedostatočne splnenej rodičovskej role a pocit nedostatočnej ochrany; deti podrobujeme len nevyhnutným vyšetreniam, ktoré napomôžu pri zmierňovaní nepríjemných symptómov choroby; prvoradým rozhodovacím článkom sú deti a ich rodičia; učenie sa je dominantou v detskom veku, preto sa vyžadujú služby špeciálneho pedagóga; niekedy sa stane, že rodina je už vyčerpaná každodenným náročným

ošetrovaním, prípadne psychickým tlakom a starosťami o nevyyliečiteľne a terminálne choré dieťa a v takejto situácii má možnosť využiť služby detských hospicov, ktoré ponúkajú respitnú starostlivosť (Cinová, 2009).

Identifikácia bio-psycho-sociálnych a duchovných potrieb, plánovanie, implementácia a hodnotenie poskytnutej starostlivosti zvlášť u detí si vyžaduje veľkú dávku senzitivity (Tomagová, 2008). Potreby terminálne chorého a umierajúceho dieťaťa ovplyvňujú faktory akými sú vek, nadanie, zdravotný stav a celá životná situácia. Najdôležitejšia potreba nevyyliečiteľne a terminálne chorého dieťaťa je potreba mať vedľa seba dospelého človeka. Podľa Maslowa je to potreba bezpečia "cítiť sa v bezpečí" a potreba lásky, v zmysle záujmu, podpory, kontaktov, vzájomnej radosti, citového obohacovania (Cinová, 2008). Pri uspokojovaní potrieb u nevyyliečiteľne a terminálne chorého dieťaťa najviac napomáha rodina, psychológ, špeciálny pedagóg, učiteľ a dobrovoľníci. Najdôležitejšia je komunikácia s dieťaťom a samozrejme aj komunikácia medzi týmito jednotlivými článkami (Křivohlavý, 2002).

Ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo monitorovať, analyzovať a zhodnotiť úroveň uspokojovania potrieb u nevyyliečiteľne a terminálne chorých detí.

Metodika a vzorka prieskumu

Prieskum bol realizovaný v roku 2011 prostredníctvom dotazníka. U respondentov boli sledované anamnestické premenné: vek, dĺžka odbornej praxe, najvyššie dosiahnuté odborné vzdelanie. Dotazník tvorilo 17 položiek, ktoré reflektovali subjektívne vnímanie uspokojovania potrieb u nevyyliečiteľne a terminálne chorých detí. Reprezentatívnu vzorku prieskumu tvorilo 50 sestier poskytujúcich paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť u detských pacientov.

Výsledky prieskumu

Tab.1 Najčastejšie spôsoby uspokojovania potrieb u umierajúcich detí

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
empatický rozhovor s dieťaťom	30	60
neverbálna komunikácia	21	42
individuálny prístup	40	80
bazálna stimulácia	24	48
spolupráca s rodinou dieťaťa	38	76
neobmedzené návštevy	31	62
výchovné zamestnávanie	8	16
návšteva klaunov – iní dobrovoľníci	4	8

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.2 Najčastejšie prekážky pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti deťom

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
problematická spolupráca s dieťaťom	6	12
problematická spolupráca s rodinou dieťaťa	16	32
narušená spolupráca v paliatívnom tíme	2	4
absencia času	31	62
fyzická záťaž	23	46
psychická záťaž	23	46
nedostatok personálu	24	48
nepostačujúce materiálne/ technické vybavenie	23	46

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 39 respondentov (78%).

Tab.3 Náročnosť uplatnenia práv u nevyliciteľne chorých a umierajúcich detí

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
právo na úľavu a zmiernenie bolesti	39	78
právo na humánnu starostlivosť	6	12
právo, aby v posledných chvíľach života dieťa sprevádzala osoba podľa jeho želania	20	40
právo na dôstojné umieranie	31	62

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 50 respondentov (100%).

Tab.4 Navrhnuté opatrenia sestrami na skvalitnenie úrovne uspokojovania potrieb

<i>možnosti odpovedí</i>	<i>počet respondentov</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
vyhovujúce obsadenie paliatívneho tímu	8	16
potreba špecialistov	1	2
zriadenie detských hospicov	4	8
zriadenie paliatívneho oddelenia pre deti	1	2
uplatňovanie metódy bazálnej stimulácie	1	2

K tejto položke uviedlo svoje stanovisko 21 respondentov (42%).

Diskusia

Paliatívna starostlivosť poskytovaná nevyliciteľne a terminálne chorým deťom predstavuje jednu z najnáročnejších oblastí starostlivosti v ošetrovatel'stve. Diskusie, výskumy orientované k tejto problematike sú v súčasnosti nepostačujúce. Z tohto dôvodu je len veľmi problematické porovnávať výsledky nášho prieskumu z inými štúdiami. Do pozornosti je nutné uviesť fakt, že aj laická verejnosť je v problematike poskytovania paliatívnej starostlivosti u detí nedostatočne informovaná. A potom sme mnohokrát prekvapení, možno až zhrození, prečo v niektorých regiónoch našej republiky je málo detských hospicov, resp. iných podobných zariadení určených pre dôstojné umieranie detí. Prieskum, ktorý sme realizovali priniesol niekoľko názorov na poskytovanie paliatívnej ošetrovatel'skej starostlivosti u nevyliciteľne a terminálne chorých detí. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že pred nami je ešte d'aleká cesta za

dokonalosťou až ideálom. No napriek tomu do pozornosti uvádzame niektoré návrhy na skvalitnenie uspokojovania potrieb u nevyliciteľne a terminálne chorých detí: zriadiť dostatok detských hospicov a podporovať ich činnosť; zriadiť na pediatrických klinikách paliatívne oddelenie pre nevyliciteľne a terminálne choré deti s efektívnym a kvalitným materiálno-technickým a personálnym zabezpečením; umožniť paliatívne chorému dieťaťu učiť sa a podporovať ho v učení a vzdelávaní, v získavaní nových skúseností a vedomostí až do posledných chvíľ života; sústavne vzdelávanie paliatívneho tímu; umožniť sestram špecializáciu v odbore paliatívna sestra; podporovať vzdelávanie sestier v oblasti paliatívnej starostlivosti so zameraním sa na efektívne uplatňovanie verbálnej a neverbálnej komunikácie; uplatňovať pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti všetky etické princípy, empatiu, altruizmus; prezentovať problematiku paliatívnej starostlivosti u detí vo vedomí širokej laickej verejnosti; poskytnúť rodičom/príbuzným kvalitné informácie o ošetrovaní nevyliciteľne a terminálne chorého dieťaťa; získať rodinných príslušníkov pre spoluprácu pri ošetrovaní nevyliciteľne a terminálne chorého dieťaťa; vytvoriť informačný materiál pre rodičov o pomoci v čase smútenia; umožniť študentom lekárskeho a nelekárskeho študijného odboru vykonávať klinickú prax na oddeleniach/klinikách s paliatívne chorými deťmi a zároveň ich motivovať a usmerňovať k práci a efektívnej komunikácii s nevyliciteľne a terminálne chorými deťmi a ich rodinou.

Záver

Lekár a sestra by nemali brať proces zomierania ani smrť pacienta ako osobnú porážku. Liečba má zmysel iba vtedy, ak vedie k obnove životne dôležitých funkcií a tým k záchrane celého človeka. Intenzívna terapia by nemala byť samoučelná, ale jej účelom musí byť záchrana plnohodnotného života. Voči zomierajúcim máme väčšie záväzky, než len tie, ku ktorým nás zaväzuje medicínsky či ošetrovateľský prístup (Novotný, 2010). Reakcie detí na umieranie sú individuálne v závislosti od veku a psychickej vyspelosti dieťaťa. Na mieste je otázka, do akej miery je potrebné byť otvorený k dieťaťu, akou formou a do akej hĺbky informovať dieťa, o nevyliciteľnosti jeho choroby (Jasenkova, 2005). Možno je dôležité položiť si otázku, ktorej odpoveď znie: „*Dôležitejšie než Kde, je Ako.*“ A ako si praje zomrieť dieťa? Určite to všetci vieme. Vôbec si neželá zomrieť..., no a preto je veľmi potrebné, aby jeho posledné chvíle na tomto svete boli prežité v pokoji, dôstojne, bez bolesti a v kruhu tých, ktorých nekonečne miluje, a s ktorými sa bude

musieť čoskoro rozlúčiť. Ak sme realisti, uznáme, že domáce prostredie týmto požiadavkám vyhovuje najviac. Skôr dokážeme zabezpečiť primeranú starostlivosť v domácom prostredí, ako vytvoriť umelé podmienky domova v nemocnici. Z tohto dôvodu je nesmierne dôležitá podpora a pomoc pre vznik hospicov, ktoré preferujú starostlivosť v domácom prostredí a poskytujú domáce zázemie tým, ktorí ho najviac potrebujú. Deti v terminálnom štádiu sú mnohokrát a aj proti svojej vôli nútené prežívať svoje posledné chvíle života v obklopení zdravotníckej techniky. Dostáva sa im profesionálna zdravotná starostlivosť, ale chýba tu mnohokrát veľmi významný spoločenský aspekt. Cítia sa často opustené, plné úzkosti, strachu a beznádeje. Nablízku niet nikoho, kto by sa im láskavo prihovril, pohladil, daroval úsmev, pridržal, pevne stisol ruku alebo v tichosti vypočul všetko, čo potrebujú povedať.

Zoznam bibliografických odkazov

1. CINOVÁ, J. - ŠIMOVÁ, Z. - KVAŠŇÁKOVÁ, D. Onkologický detský pacient v kontexte paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Molisa* 6, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009. ISBN: 978-80-555-0048-5, s. 21-22.
2. JASENKOVÁ, M. - MIKESKOVÁ, M. *Pomáhať žiť a zomierať, radovať sa a smútiť*. Bratislava: Cicero, 2005. 44s. ISBN: 80-969428-6-7.
3. KILÍKOVÁ, M. - CINOVÁ, J. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť ako metóda uspokojovania potrieb v onkologickom ošetrovateľstve. In *Abstrakty z konferencie sestier, XII. Košické chemoterapeutické dni, IV. Konferencia sestier pracujúcich v onkológii*. 2008, Košice, s. 4.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
5. MAGUROVÁ, D. - DERŇAROVÁ, Ľ. - JENČÍKOVÁ, E. Poskytovanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti u klienta v domácom prostredí v terminálnom štádiu ochorenia. In: *Molisa*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008, č.5, s.131. ISBN 978-80-8068 - 882-0.
6. NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2009, 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
7. NOVOTNÝ, R. - NOVOTNÁ, Z. - ONDRIOVÁ, I. 2010 Kontextuálny transkulturný medicínsky model v etike zodpovednosti. In: *Molisa* 7. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010. ISBN: 978-80-555-0233-5, s. 98-99.

8. TOMAGOVÁ, M. - BÓRIKOVÁ, I. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008.197s. ISBN: 978-80-8063-270-0.

Kontakt na autora:

PhDr. Bc. Jana Cinová, PhD.

E-mail: cinova@unipo.sk

Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia

Hudáková, A., Obročníková, A., Cínová, J.

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Abstrakt: Starostlivosť o zomierajúceho pacienta predpokladá zabezpečenie kvality posledného úseku života a dôstojného zomierania pacienta. Je nevyhnutnou súčasťou základných úloh ošetrovateľského tímu. Terminálna starostlivosť by mala uspokojovať potreby pacienta rovne biologickej, psychologickkej, sociálnej a spirituálnej. Sestry musia vykonávať starostlivosť o zomierajúceho nielen odborne a technicky, ale aj eticky štandardným spôsobom.

Kľúčové slová: Potreby. Zomierajúci pacient. Terminálne štádium. Sestra.

Strach zo smrti, z umierania, bolesti, zo samoty, straty kontroly nad sebou samým a závislosť od iných vzbudzuje predstavu straty dôstojnosti u zomierajúceho pacienta. Ošetrovateľský tím musí rešpektovať práva zomierajúceho a umožniť zomierajúcemu pacientovi udržať si pocit istoty, dôstojnosti, sebaúcty a zbaviť ho strachu a depresie. Sestra zodpovedá za manažment starostlivosti o zomierajúceho pacienta. Veľmi náročná je komunikácia so zomierajúcim – verbálna aj neverbálna súčasť rozhovoru. Je nevyhnutné opatrne používať termín rozhovor, pretože v prítomnosti zomierajúceho ide skôr o počúvanie ako rozprávanie. Nemôže však ísť o apatické, pasívne počúvanie, ale o participáciu s ťažkosťami zomierajúceho, tzv. „počúvanie srdcom“.

Prístup k zomierajúcim pacientom odmieta:

- vnucovať zomierajúcim potrebu akceptovať fakt konca,
- ignorovať nepokoj a rušivú atmosféru v prostredí zomierajúceho,
- evokovať u pacienta dialóg.

Nevyhnutnou potrebou zomierajúceho pacienta je „byť mu na blízku“ v posledných chvíľach života a rešpektovať prosby zomierajúceho. Je potrebné vytvoriť adekvátnu psychickú atmosféru (Balková a kol., 2006).

V starostlivosti o zomierajúceho dominuje ošetrovateľská starostlivosť, ktorá má pre pacienta v poslednom období života prioritnejší význam ako medicína. Ošetrovateľstvo využíva komplexný prístup k človeku, t.j. chápe ho ako bytosť, u ktorej patologický proces ovplyvňuje všetky sféry života (Haškovcová, 2002). Jeho úlohou je poznávať sa meniace potreby človeka a poskytovať pomoc pri ich uspokojovaní. Sestra by mala byť

schopná posúdiť prebiehajúce psychické procesy pacienta. Aj napriek faktu, že kvalitná inštrumentálna starostlivosť je každodennou nevyhnutnosťou, musí byť spojená s láskou k človeku. Niekedy jediným zadosťučinením pre ošetrojúcich, ktorí sprevádzajú človeka na jeho ťažkej ceste je pacientova istota a pocit bezpečia (Nemčeková a kol., 2004).

Právo človeka na dôstojné umieranie a dôstojnú smrť je základným etickým princípom, ktorý dodržiava každá humánna demokratická spoločnosť. Hanzlíková a kol. (2006, s.262) uvádza, že podľa charty práv pacientov má: „pacient právo na zmiernenie utrpenia a bolesti v súlade so súčasným stavom medicínskeho poznania a zásadami ľudskosti, na humánnu terminálnu opateru a dôstojné umieranie, ako aj na pietne zaobchádzanie s jeho telom“ Realizácia a rešpektovanie uvedeného práva pacienta je dôležitou súčasťou kompetencií sestry.

Umieranie sa chápe ako proces, počas ktorého žije človek relatívne dlhý čas v znamení hroziacej a následne aj prebiehajúcej smrti. **Kvalita života** umierajúcich môže byť napriek objektívnym obmedzeniam choroby na štandardne vysokej úrovni, ale môže dôjsť k jej zhoršeniu. Aspekty vplývajúce na zhoršenie kvality života zomierajúcich sú:

- nedostatočné odstraňovanie utrpenia,
- strata nezávislosti a sebestačnosti,
- nedostatok pomoci, pochopenia a duševnej podpory zo strany príbuzných alebo ošetrojúceho personálu.

Komplexnému ovplyvňovaniu kvality života v pozitívnom zmysle sa venuje paliatívna starostlivosť. Svetová zdravotnícka organizácia definuje paliatívnu starostlivosť ako: „aktívnu celkovú starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už nereaguje na kuratívnu liečbu a do popredia sa dostáva kontrola bolesti alebo iných symptómov a psychologických, sociálnych a duchovných problémov. Hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny“ (Hanzlíková a kol., 2006, s.265). Postupné a nezvratné zlyhávanie dôležitých funkcií orgánov s následkom smrti individua je **terminálne štádium**. Časovo býva ohraničené niekoľkými hodinami, dňami, prípadne týždňami. Hovoríme o „vlastnom umieraní“, ktoré sa niekedy označuje aj pojmom „in finem“ (Nemčeková a kol., 2004). Terminálna starostlivosť musí byť komplexná, realizovaná v troch rovinách – v biologickej, psychologickej a sociálnej.

Biologická rovina terminálnej starostlivosti zahŕňa tri podstatné okruhy:

- liečba bolesti,
- symptomatická liečba ostatných telesných ťažkostí,
- vlastná ošetrovateľská činnosť.

Liečba bolesti - bolesť je subjektívny symptóm, ktorý sa veľmi často vyskytuje u pacientov v terminálnom štádiu. Bolesť by mala byť to, čo pacient označí za bolesť. Dôležitou úlohou sestry je pravidelné a kontinuálne hodnotenie bolesti – jej lokalizácia, intenzita, charakter bolesti a časový faktor, dôležité je sledovať aj správanie sa pacienta, ktoré s bolesťou súvisí.

Aktuálnou metódou liečby bolesti v terminálnom štádiu je analgézia riadená pacientom. Metóda je vhodná u pacientov so silnými bolesťami, ktoré sa nedajú regulovať zvyčajnými metódami podávania, používa sa programovateľná infúzna pumpa. Dôležitá je aj nefarmakologická liečba bolesti – relaxácia, liečba hudbou, zamestnávanie chorého, využívanie úľavových polôh.

Symptomatická liečba ostatných telesných ťažkostí – predstavuje, že v paliatívnej starostlivosti prestávajú mať príznaky „ochrannú funkciu“ a stávajú sa trvalou a stresujúcou známkou pokročilého ochorenia, ktoré má negatívny dopad na kvalitu života zomierajúceho. Preto je potlačenie alebo aspoň zmiernenie rozličných nepríjemných príznakov ochorenia (napr. horúčky, dehydratácie, zápchy, hnačky, svrbenia, nauzey, vracania) spojené s cieľom dosiahnuť u zomierajúceho najvyššiu možnú kvalitu života. Aby bola liečba symptómov úspešná, musíme pravidelne hodnotiť stav pacienta a účinnosť intervencií. V posledných hodinách života môže vynechanie „rutinných“ liekov a výkonov zvýšiť pohodlie pacienta. Nevyhnutné lieky je možné podávať kontinuálne infúznym dávkovačom (O' Connor a kol., 2005).

Je známy fakt, že labilita termoregulačných mechanizmov u zomierajúcich pacientov spôsobuje poruchy termoregulácie v zmysle jej zníženia. Poruchy termoregulácie súvisia:

- s involučnými zmenami (pokles vnímania chladu, poruchy vegetatívneho nervového systému najmä v starobe),
- s nedostatkom svalovej činnosti produkujúcej teplo, únavou a ospalosťou,
- so zníženým príjmom potravy,
- v súvislosti s farmakoterapiou (anxiolytiká, hypnotiká, antidepresíva),
- v súvislosti s chorobnými stavmi (NCMP, tumory, imobilita...).

Ovplyvnenie termoregulácie si od sestry vyžaduje schopnosť empatie, ponúkание jedla, ale len dovtedy, kým je pacient schopný sám ho akceptovať. O tomto fakte je potrebné poučiť aj rodinu a blízkyh. Z ošetrovateľských zásahov sa uplatňuje napr. masáž tela a využívanie zdrojov tepla (elektrická poduška, termofoor s teplou vodou, prikrývky...) (Kolárovská a kol., 2000).

Vlastná ošetrovateľská činnosť - uspokojuje všetky základné potreby pacienta:

1. Výživa a tekutiny

Malnutričia je problémom až u 80% pacientov v terminálnom štádiu. Má tri hlavné príčiny - znížený príjem potravy, zvýšenú spotrebu kalórii (pri nádorovom ochorení) a malabsorpciu. Veľa zomierajúcich má problémy s prijímaním potravy a známy je „syndróm kachexie u nádorových ochorení“. Sestry majú dôležitú úlohu v posúdení nutričného stavu pacienta. Dôležité je pozorovať symptómy, ktoré môžu spôsobiť nechutenstvo – nevoľnosť, vracanie, bolesť, zápcha, vedľajšie účinky liekov. Potrebné je sledovať úbytok hmotnosti, ťažkosti pri prehĺtaní, stav dutiny ústnej, suchosť kože a slizníc. Dôležitá je komunikácia s príbuznými a ich edukácia o tom, čo môžu pacienti nakúpiť, pripraviť, tiež rady o spôsobe prijímania potravy, podávania tekutín.

V priebehu zomierania nastane doba, keď pacient stráca záujem o jedlo a tekutiny, a stávajú sa pre neho záťažou. V prípade, že majú pacienti sucho v ústach, nepociťujú smäd, stav sa popisuje ako prirodzená „anestézia“ spôsobená nerovnováhou elektrolytov. S dehydratáciou môžu byť spojené faktory ako je depresia, nevoľnosť, zvracanie, bolesti hlavy a kŕče. (O' Connor a kol., 2005).

2. Starostlivosť o hygienu

Udržiavanie čistoty tela zomierajúcich pacientov je veľmi dôležité, z hľadiska predchádzania komplikácii a infekciám. Imunodeficiencia zapríčinená základným ochorením, nedostatočným príjmom potravy, vedľajšími účinkami liečby sa prejavuje zvýšenou citlivosťou na infekcie. Okrem tohto bývajú pacienti ohrození nozokomiálnymi nákazami. Rovnako významná je dôkladná hygiena a čistota tela (aj po vyprázdňovaní) a najmä pri zavedení močového katétra, ako aj aplikácia a výmena pomôcok pri inkontinencii (plienky, vložky, močové katetre a i.).

3. Starostlivosť o vyprázdňovanie

Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať vyprázdňovaniu hrubého čreva, pretože zápcha je nepríjemný symptóm, ktorý sa často vyskytuje u ľudí v terminálnom štádiu ich ochorenia. Zápcha môže byť spôsobená - zníženou aktivitou pacienta, zlou výživou,

liekmi (najmä silné opioidy) alebo obštrukciou čreva. Zápcha môže mať vážne následky a komplikácie (psychické a telesné).

4. Polohovanie a pohodlie

U zomierajúcich pacientov je dôležité zabrániť vzniku preležanín – *dekubitov*. Príčinou vzniku dekubitov je tlak pokožky na mäkké tkanivá, nedostatočná toaleta kože, prípadne absencia polohovacích aktivít. Zomierajúci pacient je často taký unavený, že nechce byť ničím rušený, ani rozhovorom, ani jedlom, ani umývaním. Ošetrovateľské činnosti ako pravidelné otáčanie a polohovanie pacienta by sa však v posledných hodinách života mali minimalizovať.

Pod pojmom **psychologická úroveň v terminálnom štádiu** života pacienta sa rozumie uskutočňovanie psychoterapie zomierajúceho – **tanatopsychoterapie**, ktorá má nasledujúce ciele:

- zvládnutie ťažkostí, ktoré vyplývajú z realizácie somatickej liečby (príkladom sú dôsledky z realizovanej liečby napr. pri chemoterapii, rádioterapii a pod.),
- psychologické zvládnutie bolesti, pomoc pri vyrovnávaní sa s faktom choroby a akceptovaní vlastného zomierania a smrti, pomoc zomierajúcemu pri hľadaní a nachádzaní zmyslu života a smrti, duchovného naplnenia.

Na dosiahnutie uvedených cieľov tanatopsychoterapia využíva prostriedky:

- *terapeutický vzťah* – vzniká medzi sestrou a pacientom. Vytvára sa pri prvom vzájomnom kontakte. Nesprávne zvládnutý vzťah môže pacienta psychicky traumatizovať alebo viesť k jeho prílišnej závislosti od zdravotníka (takzvaná afiliácia).
- *neverbálna komunikácia* – táto forma komunikácie sprostredkúva informácie mimo slovnými prostriedkami. Pri neverbálnej komunikácii je dôležitý pre zrakový kontakt, posturika, proxemika, ale najväčší význam má haptika.

Metódou tanatopsychoterapie je počúvanie a rozhovor, teda naučiť sa umeniu počúvať a viesť rozhovor v terminálnom štádiu pacienta (Munzárová, 2005). Medzi špeciálne psychoterapeutické techniky patria - *raciálna psychoterapia, kognitívna psychoterapia podľa Becka, relaxačné techniky* (akými sú autogénny tréning, meditácia), *sugestívna psychoterapia*. Metódou dostupnou a vhodnou pre špeciálne neškolený personál predstavuje *empatická psychoterapia*. Jej základom sú rozhovory so zomierajúcim o jeho chorobe a ťažkostiach, spojené s ochotou a trpezlivosťou počúvať ho. Ďalšou z foriem je

takzvaný *nedirektívny rozhovor podľa Rogersa*, pri ktorom terapeut pacienta iba počúva, povzbudzuje ho k vyrozprávaniu sa zo svojich trápení a strachu a pritom ho prijíma takého, aký je. Uplatňujú sa i metódy kognitívnej psychoterapie, najmä *logoterapia podľa Frankla*. Ide o špeciálny druh psychoterapie, je založená na filozofii života, usiluje sa, aby sa duchovné hodnoty dostali na vedomú úroveň v psychike pacienta. Pri *logoterapii* pomáha terapeut pacientovi hľadať životný zmysel. Poslednou metódou je *pastorálna starostlivosť* - *duchovná starostlivosť*, ktorú vykonávajú spravidla duchovné osoby. Jej cieľom je duchovná pomoc v utrpení a usmernenie chorého človeka v etickom a duchovnom zmysle tak, aby našiel zmierenie s Bohom, s ľuďmi a so sebou samým a dosiahnutie transcendentna. Pastorálna starostlivosť je určená pacientom, ktorí si ju želajú (Křivohlavý, 2002).

Sociálna rovina v terminálnom štádiu zahŕňa spoluprácu ošetrojúceho personálu so zomierajúcim, s jeho rodinou a priateľmi. Ak si to príbuzní želajú, treba im umožniť účasť na terminálnej starostlivosti, prípadne ich usmerniť, poradiť. Ak je chorý členom náboženského spoločenstva a má záujem o pastorálnu starostlivosť, je potrebné umožniť prístup a kontakt s duchovným. Spolupráca s rodinou a známymi predpokladá organizačne riešiť prácu na oddelení tak, aby nevznikali prevádzkové problémy a nedorozumenia (Glasa a kol, 1998).

Zomierajúci musí mať určitú sociálnu oporu. Na *makroúrovni* ju poskytuje štát, na *mezoúrovni* je to určitá skupina ľudí, ktorá sa snaží pomôcť jednému, prípadne viacerým ľuďom vo svojom okolí, ktorí sa nachádzajú v núdzi. *Mikroúroveň* sociálnej opory poskytuje terminálne chorému človeku osoba, ktorá mu je najbližšia (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005). Sestry významne prispievajú k poskytovaniu duchovnej starostlivosti, ale nevlastnia a neriadia ju. Nerobí to ani nikto iný. Duchovná starostlivosť môže prebiehať iba v aktívnom partnerskom vzťahu s pacientom (O' Connor a kol. 2005).

Je veľmi dôležité, aby sestry zvládali starostlivosť o zomierajúceho nielen odborne a technicky, ale aj eticky. Predpokladá to zvýšené nároky na ich osobnostné predpoklady, vlastnosti, charakter, morálne postoje, zodpovednosť, schopnosť komunikovať s ľuďmi a vytvárať s nimi hodnotné vzťahy, schopnosť empatie, trpezlivosť, obetavosť, ochotu pracovať na sebe a ochotu vzdelávať sa.

Práca sestry, ktorá sa stará o zomierajúcich je veľmi náročná, ale napriek tomu nie je spoločensky docenená. Je veľa sestier, ktoré svojim pacientom popri odbornej pomoci

poskytujú útechu, povzbudenie, nádej. Dôležité je pochopenie, že etika terminálnej starostlivosti spočíva v schopnosti zobrať na seba zodpovednosť za svojho pacienta (Hanzlíková a kol., 2006).

Ošetrovateľská starostlivosť o zomierajúceho pacienta predpokladá zabezpečiť systémový prístup k ošetrovaniu pacienta, zvýšiť vzájomnú spoluprácu celého terapeutického kolektívu v rámci multidisciplinárneho prístupu k zomierajúcim a spolupracovať s rodinou zomierajúceho pacienta (Hornáková, Sušinková, 2007). Veľmi užitočné v paliatívnej starostlivosti je sprostredkovať sociálne služby a využívať služby dobrovoľníkov. Dôležité je tiež eliminovať dôsledky psychosociálnej a emočnej záťaže vyplývajúcej z ošetrovania zomierajúcich, ktoré predstavujú súbor preventívnych opatrení syndrómu vyhorenia na úrovni jedinca a organizácie.

Literatúra:

BALKOVÁ, D. a kol.: *Gerontologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita fakulta zdravotníctva, 2006, 91 s. ISBN 80-8068-525-8

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. a kol. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti.*, 1. vydanie, Trnava, Spolok svätého Vojtecha, 2005, 280s. ISBN 80-7162-581-7.

GLASA, J., ŠOLTÉS, L. a kol.: *Ošetrovateľská etika*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1998, 211s. ISBN 80-217-0594-9

HANZLÍKOVÁ, A. a kol.: *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006, 213 s. ISBN 80-8063-213-8

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatológia*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 191 s. ISBN 80-7262-034-7

HORNÁKOVÁ, A., SUŠINKOVÁ, J: *Kvalita života verzus dôstojné umieranie*. In.: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. Slovenská lekárska spoločnosť, roč. XIII, 2007, č. 2, s. 58-61. ISSN 1335-5090

KOLÁROVSKÁ, Z., RIEGER, M., HAUG, B.: *Staroba a choroba umenie chápať a vedieť pomáhať*. 1. vyd. Bratislava: Diakonia evanjelickej diakonie ECAV, 2000, 120 s. ISBN 80-88891-30-2

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0

MUNZÁROVÁ, M.: *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 120 s. ISBN 80-247-0924-4

NEMČEKOVÁ, M. a kol.: *Práva pacientov*. Martin: Osveta, 2004, 213 s. ISBN 80-8063-162-X

O'CONNOR, M., ARANDA, S. a kol.: *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4

Kontakt:

PhDr. Anna Hudáková, PhD

E-mail : aahudak@gmail.com

Kompenzácia poznávacích schopností u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Šuličová, A., Šantová, T., Šimová Z.

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov

Abstrakt

Alzheimerova choroba je závažné neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vedie k úbytku niektorých populácií neurónov a dôsledkom toho k atrofii mozgu. Postihnuté sú vyššie kognitívne funkcie, ako je pamäť, myslenie, orientácia, chápanie počítanie, schopnosť učenia, reči a úsudku. Vhodnou ošetrovateľskou starostlivosťou a individuálnym prístupom k pacientovi je možné do určitej miery kompenzovať postihnuté kognitívne funkcie. Cieľom starostlivosti je spomalenie progresie, zachovanie existujúcich funkcií, prevencia komplikácií a zachovanie kvality života chorého s týmto ochorením.

Kľúčové slová: Demencia. Alzheimerova choroba. Kognitívne funkcie. Kompenzácia kognitívnych funkcií. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

Alzheimer's disease is a severe neurodegenerative disease that leads to loss of certain populations of neurons and as a consequence of brain atrophy. Affected by higher cognitive functions like memory, thinking, orientation, understanding of counting, learning ability, language and assessment. Appropriate nursing care and individual attention to patients can be compensated to some extent affected cognitive function. The aim is to slow the progression of care, maintaining the existing functions, preventing complications and preserving the quality of life, sick with the diseases.

Key Words: Dementia. Alzheimer's disease. Cognitive function. Compensation for cognitive functions. Nursing care.

Medzi najznámejšie degeneratívne odchýlky súvisiace s demenciou patrí Alzheimerova, Parkinsonova a Huntingtonova choroba. Alzheimerova choroba nazvaná aj ako „tichá epidémia“ sa dnes pokladá za významné ochorenie budúcnosti pre veľký počet ľudí, ktorých postihuje a ktorí na ňu zomierajú. Postihnuté sú vyššie kognitívne

funkcie, ako je pamäť, myslenie, orientácia, chápanie počítanie, schopnosť učenia, reči a úsudku (1).

Demencia je skupina duševných porúch, ktorých najzákladnejším charakteristickým rysom je získaný podstatný úbytok tzv. kognitívnych (poznávacích) funkcií, predovšetkým pamäti a intelektu, spôsobený určitým mozgovým ochorením. Výsledkom celkového pôsobenia jednotlivých symptómov demencie je úplná degradácia duševných činností, až strata schopností samostatne existovať. Dementný človek je odkázaný na starostlivosť rôznych inštitúcií, či rodiny alebo nemocníc (2).

V klinickom obraze rozlišujeme okrem kognitívnych porúch, poruchy behaviorálne. Behaviorálne poruchy sú typické pre všetky štádiá demencií, od najľahších po najťažšiu formu. Tieto poruchy sa týkajú napr. afektivity, vnímania, konania, cyklu spánku a bdenia, prijímania potravy. Bývajú prítomné aj úzkostné reakcie, depresia či euforická nálada, afektívna inkontinencia a labilita. Často sa vyskytujú ilúzie, halucinácie, niekedy aj tzv. blud okrádania. V správaní sa môže prejavovať agresivita, odmietanie alebo prejedanie, nespavosť v noci a pospávanie cez deň (3).

Celková psychoterapia v zdravotníckej starostlivosti je závislá od štádia choroby, od premorbidných ochorení, či prítomnosti alebo neprítomnosti sprievodných funkčných komplikácií. Vo všeobecnosti je v ranných štádiách ochorenia najužitočnejšia podporná psychoterapia, zameraná na zmiernenie úzkosti a poklesu sebavedomia, ktoré sprevádzajú všímanie si a očakávanie straty kognitívnych schopností. Veľa pacientov využíva v tomto štádiu choroby primitívne obrany, vrátane odmietania, projekcie, somatizácie a presunu (4).

Liečba musí byť komplexná, okrem farmakoterapie je potrebná aj celková úprava prostredia. Dementný človek potrebuje veľa priestoru pre svoju vytrvalú chôdzu v čase nepokoja a psychického napätia. Rodina musí byť informovaná o príčinách zmeneného správania ich blízkej osoby, musí byť trpezlivá. Presviedčanie dementného človeka a prikazovanie mu vedie k hostilite až k agresivite. Mozog chorého je preto potrebné stimulovať k duševnej aktivite (5).

Cieľom starostlivosti je spomalenie progresie, zachovanie existujúcich funkcií, prevencia komplikácií a zachovanie kvality života chorého s týmto ochorením. Sestra sa snaží o udržanie duševných a telesných funkcií na dosiahnutej úrovni, zabezpečuje ochranu a bezpečnosť chorého, zachováva dôstojnosť a ochraňuje jeho práva (6).

Prístup k pacientom sa líši v jednotlivých typoch a štádií demencií. Pacienta je potrebné prijímať, podporovať a s láskou ho sprevádzať životom a na každom kroku vyjadrovať pochopenie a snahu mu pomôcť. Preto je potrebné ho nastaviť na určité rituály, dohodnúť si pravidlá, ktoré budú obe strany rešpektovať, ale na druhej strane treba chápať, že ich porušenie plyní z povahy ochorenia (7).

Keďže stav pacienta je charakterizovaný postupným a nezvratným úbytkom psychických funkcií, pre ktoré sú typické poruchy pamäti, myslenia, strata adaptability a zmeny správania, preto hlavným cieľom všetkých ošetrovateľských intervencií je uchrániť duševnú výkonnosť pacienta pred rýchlym úpadkom. Dôležité je zabrániť sociálnej osamelosti a zaistiť sociálny kontakt, zabrániť pacientovi pred nadmernou telesnou a duševnou námahou a zároveň určiť primerané telesné aktivity v rámci sebaobsluhy a upraviť životosprávu.

Starostlivosť o pacienta s demenciou je náročná a multiprofesionálna. Uvádzame niektoré praktické návrhy podľa Zgolu (2003) ako pristupovať k pacientovi s demenciou a ako kompenzovať jeho kognitívne úbytky.

1. Strata pamäti

- nespoliehať sa na krátkodobú pamäť, lebo sa najrýchlejšie stráca,
- nepamätá si inštrukcie, ktoré sme mu práve dali,
- nevyčítať mu to, vedie to k úzkosti, nedôvere, zníženému sebavedomiu,
- často opakovať informáciu,
- neklásť otvorené otázky,
- využívať dlhodobú pamäť.

2. Podporný jazyk – komunikácia

- nedostatok komunikácie vedie k frustrácii a izolácii,
- hovoriť slovníkom postihnutej osoby,
- slová neopravovať, netrvať na tom, aby použil správny výraz,
- venovať pozornosť neverbálnej komunikácii,
- hovoriť jednoducho, nenadbiehať, nedohovoriť vetu za neho,
- slová podporovať gestami a rekvizitami.

3. Podporovanie pozornosti

- odstrániť rušivé podnety,
- poskytovať konzistentné a zmysluplné podnety,
- informácie dávkovať pomaly a v krátkych vetách,

- reorientovať pozornosť pacienta žiadúcim smerom,
- množstvo informácií vedie k dezorientácii pacienta,
- poskytnúť pacientovi príležitosť predviesť svoje schopnosti.

4. Zlyhanie úsudku

- rozhodovanie a voľba si vyžadujú abstraktné myslenie, preto obmedziť možnosti výberu u pacienta,
- predvídať chyby pacienta,
- nechcieť, aby sa k niečomu priznal,
- nehádať sa, nepresviedčať,
- ustúpiť pri prvom príznaku antagonizmu,
- využívať zachovalé schopnosti logického myslenia.

5. Obmedzené vnímanie

- reakciou na okolie a množstvo podnetov, ktoré pacient nevie spracovať je úzkosť, zraniteľnosť a neistota,
- to vedie k útekem, blúdeniu, bojovnosti a naučenej bezmocnosti,
- vylúčiť stimuly, ktoré môžu pacienta zmiatať, sú dvojzmyselné alebo nemajú význam,
- pre zlepšenie orientácie dávať pokyny zapájajúce viac zmyslov, udržať nemenné a bezpečné prostredie,
- pre zlepšenie zmyslového vnímania využívať farebné kontrasty a matné povrchy (aby sa neodrážalo),
- zaistiť kvalitné osvetlenie s plným spektrom, odstrániť ostré svetlo a tieň.

6. Pomoc pri pohybe

- sledovať si u pacienta dyspraxiu - neschopnosť koordinovať pohyby,
- postaviť pacienta do situácie, pri ktorej sa príslušné chovanie spustí automaticky,
- ak pacient nevie pokračovať v činnosti, začať v mieste, kde ešte vedel čo robí,
- sestra začne činnosť a dovoľí, aby pacient činnosť prirodzene prevzal,
- nepresviedčať, aby pacient robil niečo, čo nechce.

7. Medzil'udské kontakty

- chrániť dôveru pacienta a jeho pocit, že má kontrolu nad svojim svetom,

- snažiť sa objaviť schopnosti, ktoré v každom človeku s demenciou naďalej zostávajú a porozumieť im,
- hľadať význam a účel pacientovho správania,
- snažiť sa rozvíjať a udržiavať partnerstvo (8).

Prístup k pacientovi pri miernej kognitívnej poruche

V štádiu miernej kognitívnej poruchy je človek ešte sebestačný a zatiaľ nepotrebuje trvalú starostlivosť ani dohľad. Chorý sa sťažuje na poruchy pamäti, sústredenia, rozhodovania, orientácie, ktoré sú merateľné, ale nespĺňajú kritéria demencie. Potom ako lekár určí diagnózu je potrebné, aby informoval pacienta a vysvetlil mu všetko o jeho zdravotnom stave. Lekár tomu musí venovať dostatok pozornosti a použiť taký spôsob, aby pacient tomu porozumel a pochopil, že toto ochorenie ovplyvní jeho život, plány a očakávania. Dôležitou súčasťou oboznamovania pacienta s diagnózou je podpora pacienta, empatia a dostatok informácií o demencii, pomoci a podpore. Včasná diagnóza a informovanosť pacienta sú nutnou podmienkou preto, aby si pacient mohol napláňovať ďalší život a urobiť rozhodnutia, ktoré sú preňho dôležité v čase, keď je ešte schopný. Je nutné vysvetliť pacientovi, že má možnosť rozhodnúť o svojom majetku, financiách, určiť si porúčika, ktorý sa bude starať o jeho veci po zhoršení zdravotného stavu. Môže sa urobiť sedenie, ktorého sa zúčastnia rodina a priatelia a bude sa diskutovať o pacientom zdravotnom stave. Vhodné je vytvoriť pacientovi pravidelnosť v aktivitách (9).

V tomto štádiu je potrebné si uvedomiť niekoľko dôležitých vecí:

- nechať chorého, aby vykonával to, čo môže sám a viesť ho k samostatnosti,
- sledovať, či daná činnosť nie je pre chorého nebezpečná, ale nezasahovať,
- získať, čo najviac informácií,
- zapájať aj ostatných členov rodiny do starostlivosti,
- starať sa o chorého každodenné záležitosti, čo sa týka financií a majetku,
- podporovať pamäť chorého, vytvárať zoznamy, používať obrázky,
- kľúče a ostatné veci ukladať na viditeľné a stále to isté miesto, aby ich chorý našiel,
- označiť miesta v kuchyni, kúpeľni, označiť všetky skrinky, používať kalendáre,
- určiť čas na stravovanie, hranie hier, na spoločenské aktivity a odpočinok,
- udržiavať chorého aktívneho (10).

Prístup k pacientovi vo fáza rozvinutej demencie

Štádium rozvinutej demencie je charakterizované postupne sa zhoršujúcou nesebestačnosťou a často sú prítomné behaviorálne a psychologické príznaky demencie. Preto je potrebné zabezpečiť nepretržitý dohľad, starostlivosť a pomoc. Pacienti sú postihnutí blúdením, problémovým správaním, ktoré môže ohroziť ich bezpečnosť. Vhodná je starostlivosť v inštitúciách typu denný stacionár a ústavná starostlivosť pre pacientov s demenciou (9).

Charakter oddelenia pre pacientov s demenciou:

- kapacita do 15 maximálne 20 ľudí,
- nutný je trvalý dohľad kvalifikovaných samostatne pracujúcich sestier,
- na oddelení musí byť stále prítomný ošetrovateľ,
- jednotlivé činnosti musia prebiehať pod dohľadom ergoterapeuta alebo fyzioterapeuta,
- na každom oddelení musí byť vytvorený a dodržiavaný režim oddelenia (9).

Príjem pacienta na oddelenie vyžaduje menšiu a útulnú izbu so stálou teplotou, ktorú musíme udržiavať v čistote, pretože chorí sú náchylnejší na infekcie. Musí byť dodržaný aspoň minimálny pohybový režim. Posteľ by mal používať len na spánok. Je potrebné pravidelne dbať na zvýšenú hygienu, pretože strácajú cit pre estetiku a potrebu sebakontroly.

V tomto štádiu je potrebné:

- často pripomínať, že čo sa bude diať,
- pripomínať chorému niektoré spomienky,
- ponalepovať štítky, aby sa chorý vedel orientovať, veľké tlačené písmena,
- nechať ho čo najviac rozprávať,
- kontrolovať zubnú protézu,
- nehádať sa s chorým,
- pri komunikácii pristupovať spredu alebo tak, aby nás videl,
- používať jednoduché vety,
- vybrať mu oblečenie, ktoré sa ľahko oblieka,
- správne upraviť prostredie,
- odpratať prostriedky a veci, s ktorými by si mohol ublížiť,
- podať a kontrolovať užitie liekov,
- nenechávať chorého samého alebo zabezpečiť, aby ho niekto kontroloval (10).

Prístup k pacientovi v terminálnej fáze demencie

Je to obdobie prevažnej nesebestačnosti a vyžaduje si ošetrovateľskú starostlivosť. Je možné komunikovať s chorým neverbálne, ale je potrebné poznať ho dokonale. Nespoznáva svojich blízkych a nevie ich pomenovať. Pacient prichádza do štádia, že sa stáva postupne nesebestačným. Paliatívna starostlivosť o pacientov s demenciou je zameraná na zachovanie kvality života u pacientov a zmierňovať symptómy ochorenia a utrpenie, ktoré ochorenie spôsobuje. Je založená na prístupe celého tímu odpovedá citlivo na potreby pacientov a ich rodín (9).

Starostlivosť o pacienta s demenciou si vyžaduje ozajstnú tímovú prácu, spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, so samotným chorým ako aj s jeho rodinnými príslušníkmi a priateľmi. Samostatná práca sestry neplní len rolu zdravotníckeho pracovníka, ale aj rolu pacientovej ochrankyne, učiteľky, advokátky a nositeľky zmien. Je potrebné vedieť, že aj keď pacient stratil kognitívne funkcie, nestratil schopnosť cítiť a prežívať citové stavy a vzťahy.

Literatúra:

1. JANOSIKOVÁ, E., DAVIESOVÁ, J. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
2. JIRÁK, R. *Demence*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
3. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. 1.vyd., Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199.
4. SPAR, James, ASENANTH LA RUE. *Geriatrická psychiatria*. 1.vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 239 s. ISBN 80-88952-13-1.
5. SEIDL, Z. *Neurológie pro studium i praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
6. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006 *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
7. JIRÁK, J., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
8. ZGOLA, J.;M.: Úspěšná péče o člověka s demencí. Grada, 2003. 226s. ISBN 80-247-0183-9
9. JIRÁK, R. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy pameti*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-247-2454-6
10. CALLONE, P.R. - KUDLACEK, C. - VASILOFF, B. C. - MANTERNACH, J. -

BRUMBACK, R., A. 2008. *Alzheimerova nemoc 300 tipu a rad, jak ji zvládnout lépe.*
Praha: Grada Publishing, 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Šuličová

E-mail: sulicova@unipo.sk

Efektivita výchovy dialyzovaného pacienta.

Šantová T., Šuličová A.

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov

Abstrakt

Chronická renálna insuficiencia patrí k závažným chronickým ochoreniam, ktorá často končí zaradením pacienta do dialyzačného programu. Základným predpokladom na úspešné zvládnutie a adaptáciu chorého na toto dlhotrvajúce ochorenie je včasná edukácia pacienta i jeho rodinných príslušníkov. Zaradenie pacienta do dlhodobého dialyzačného programu prináša v jeho živote zmeny, ktorým sa musí prispôbiť. Hemodialýza je náročná liečba a prináša so sebou mnohé obmedzenia. Účinná edukácia pomôže pacientovi pozitívne ovplyvniť svoj zdravotný stav a kvalitu života.

Kľúčové slová: Efektivita výchovy. Dialyzovaný pacient. Chronická renálna insuficiencia. Kvalita života.

Abstract

Chronic renal insufficiency belongs to the group of serious chronic diseases, which result in insertion of patient into the dialysis program in most cases. The basic hypothesis of successful managing and adaptation of ill on this longterm disease is timely medical education of patient and his family members. The including patient in longterm dialysis program makes in this life changing which he must adapt to. Hemodialysis is difficult medical treatment and bring a lot of limitations. The effective education helps to patient positively to influence his the state of health and quality of his life.

Key words: Effectivity of education. Dialysis patient. Chronic renal insufficiency. Quality of life.

Úvod

Chronické zlyhanie obličiek je klinický stav, ktorý je výsledkom patologických procesov smerujúcich k poruche a nedostatočnosti vylučovacej a regulačnej funkcie obličiek. Chronické zlyhanie obličiek je dlhodobé, nevyliciteľné ochorenie, ktoré významne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Ťažkosti sa dostávajú pozvoľna a pacienti

si na ne natoľko zvyknú, že ich vnímajú ako slabé alebo málo obťažujúce a v tom je veľakrát zradnosť tohto ochorenia (Bullová, Mokáň, 2005).

Hemodialýza je najpoužívanější metóda náhrady funkcie obličiek. Je to invazívna, detoxikačná liečba, ktorá očisťuje krv od nahromadených produktov alebo ich aspoň znižuje, aby nemohli vzniknúť výraznejšie chorobné príznaky. Očisťovanie krvi od nadbytočných látok a tekutín sa uskutočňuje v dialyzátore (Kováč, 1993).

Po zaradení do dialyzačného programu sa pacient musí vyrovnat' s viacerými skutočnosťami:

- musí sa zmieriť s trvalou a zhoršujúcou sa chorobou,
- vyrovnat' sa s problémami, ktoré náročná liečba prináša,
- vyrovnat' sa s neistotou a strachom z ďalšieho osudu.

Dialyzovaný pacient často trpí smädom a býva problematické adekvátne znížiť príjem tekutín. Neúmerne veľký príjem tekutín a soli vedie k hypervolémii a spôsobuje zvýšenie krvného tlaku, podmieňuje zlyhanie srdca, v ťažších prípadoch dochádza k pľúcnemu edému. Tieto zmeny často znamenajú pre pacienta oslabenie organizmu, cíti slabosť a nie je schopný často ani bežných úkonov sebaopateru. Poruchy kalciofosfátovej rovnováhy sa prejavujú bolesťami v kostiach, zlomeninami, deformáciami kostí, svalovou únavou, svrbením a mimo kostnými kalcifikáciami (Sulková 2000).

Nespolupráca pacienta pri dialýze má tieto prejavy:

- nedodržiavanie diéty a pitného režimu,
- neužívanie predpísaných liekov, prípadné užívanie iných,
- neskoré príchody na dialýzu,
- skracovanie dialyzačnej doby a pod.

Materiál a metodika prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť efektivitu edukácie dialyzovaných pacientov vo vzťahu ku kvalite života.

Čiastkové ciele:

1. Zistiť úroveň edukácie dialyzovaných pacientov.
2. Zistiť úroveň vedomostí dialyzovaných pacientov v oblasti dodržiavania diétného režimu, pitného režimu, starostlivosti o cievne prístupy.
3. Zistiť, či im získané informácie pomáhajú skvalitňovať život.
4. Zistiť, či im edukácia pomáha dosahovať fyzickú a psychickú pohodu.

Informácií od pacientov s chronickým zlyhaním obličiek sme získali metódou dotazníka a neštandardizovaného rozhovoru. Prieskumu sa zúčastnilo 20 respondentov. Oslovili sme respondentov z rôznych sociálnych i vzdelanostných skupín, vo veku od 31 do 80 rokov.

Výsledky a interpretácia prieskumu

Tabuľka 1 Zdroje informácií o ochorení

Informácie	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Od zdravotníckeho personálu	20	20	100%
Z kníh, časopisov	20	2	10%
Od spolupacientov	20	1	5%
Iný zdroj (internet...)	0	0	0

Všetci respondenti odpovedali, že 100% informácií získavajú od zdravotníckeho personálu, iba 2 respondenti t.j. 10% z kníh a časopisov a len 1 respondent t. j 5% aj od spolupacientov.

Tabuľka 2 Vplyv edukácie na pacienta

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Dávajú mi odpovede na moje otázky	20	6	30%
Doplňam si tu svoje vedomosti	20	6	30%
Psychicky má podporujú	20	4	20%
Pomáhajú mi zbavovať sa strachu	20	5	25%
Iné...	0	0	0

Z vyhodnotenia sme zistili, že každý respondent využíva tieto informácie v inej oblasti svojho života. 6 respondentov odpovedalo, že stretnutia mu dávajú odpovede na

jeho otázky, ďalších 6 respondentov, čo tvorí 30% si nimi dopĺňa svoje vedomosti, 4 respondenti, čo tvorí 20% v nich nachádza psychickú podporu a 5 respondentov, čo tvorí 25% pomáhajú im zbavovať sa strachu.

Tabuľka 3 Kontrola príjmu tekutín

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Denne sa vážim	20	9	45%
Ráz týždenne si meriam množstvo moču za deň	20	5	25%
Využívam odmerky na meranie tekutín	20	0	0%
Množstvo tekutín si zapisujem	20	0	0%
Ovocie rátam ako tekutinu	20	6	30%

Denne sa váži 45% respondentov, 25% si jeden krát týždenne meria množstvo moča za 24 hodín, 30% ráta aj ovocie ako tekutinu. Ani 1 respondent nevyužíva odmerky na meranie tekutín, ani si nezapisuje množstvo prijatých tekutín.

Tabuľka 4 Dodržiavanie nízkokáliovej diéty

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Zemiaky a zeleninu pred varením nechám vylúhovať	20	7	35%
Uprednostňujem varené mäso	20	8	40%
Nejem vývary zeleninové a mäsové	20	5	25%
Ovocie a zeleninu jem iba počas dialýzy	20	7	35%

Respondenti sú v tomto smere poučení a 35% necháva zeleninu a zemiaky pred varením vylúhovať, 40% uprednostňuje varené mäso, 25% neje zeleninové a mäsové vývary a 35% zeleninu a ovocie konzumuje iba počas dialýzy.

Tabuľka 5 Vedomosti pacientov o príčinách kostnej choroby

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Nedostatok vápnika v krvi	20	10	50%
Vysoká hladina fosforu v krvi	20	8	40%
Konzumácia potravín s vysokým obsahom fosforu	20	2	10%

Aj keď respondent, mohol označiť viac odpovedí, každý uviedol iba jednu z možností. Polovica respondentov označila, že kostnú chorobu spôsobuje nedostatok vápnika v krvi, 40% že je to vysoká hladina fosforu v krvi a 10% odpovedalo, že ju spôsobuje vysoká konzumácia potravín s vysokým obsahom fosforu.

Tabuľka 6 Spôsoby ovplyvňovania hladiny fosforu v krvi

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Dodržiavam predpísanú diétu	20	6	30%
Obmedzujem mliečne výrobky	20	9	45%
Užívam viazače fosfátov (Calcium Carbonikum) počas jedla	20	7	35%

Na otázku ako vedia ovplyvniť veľký príjem fosforu odpovedali respondenti takto: 30% dodržiava predpísanú diétu, mliečne výrobky obmedzuje 45% respondentov a to, že na to slúžia aj viazače fosfátov (Calcium Carbonikum) a užíva ich 35% pacientov.

Tabuľka 7 Spôsoby starostlivosti o cievny prístup – A-V fistulu?

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Prevádzam pravidelné cvičenia	16	2	13%

2x denne sledujem šelest a vír	16	7	44%
Chránim A-V fistulu pred mechanickým poškodením	16	7	44%
Užívam lieky odporúčané lekárom (Anopyrin)	16	9	56%
Dodržiavam zvýšenú osobnú hygienu	16	11	69%
Uprednostňujem sprchovanie pred kúpaním	16	5	31%

Pacienti, ktorí majú A-V fistulu odpovedali takto: pravidelne prevádza cvičenia 13% respondentov, šelest a vír si 2 x denne sleduje 44%, fistulu pred mechanickým poškodením chráni 44% respondentov, lieky odporúčané lekárom užíva 56%, zvýšenú osobnú hygienu dodržiava 69% a 31% respondentov uprednostňuje sprchovanie pred kúpaním.

Tabuľka 8 Zisťovanie nefunkčnosti A-V fistuly

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Necítim vír a nepočujem šum	16	14	88%
Steny fistuly sú ochabnuté	16	3	19%

Väčšina - 88% respondentov zistí nefunkčnosť A-V fistuly tým, že necíti a nepočuje vír, iba 19% respondentov vie, že fistula je nefunkčná, ak steny ochabnú. Aj tu mal respondent možnosť uviesť obidve odpovede.

Tabuľka 9 Najvýznamnejšie stresory počas dialyzačnej liečby

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Dialyzačná procedúra 3x týždenne	20	6	30%
Obmedzenie slobodného plánovania	20	9	45%
Strach z napojenia	20	0	0%
Strach z nepredvídateľných komplikácií počas	20	1	5%

dialýzy			
Svrbenie pokožky	20	3	15%
Závislosť na iných ľuďoch (zdravotný personál)	20	1	5%
Nefunkčnosť A-V fistuly	20	0	0%

Dialyzačná procedúra 3 x týždenne predstavuje pre 30% pacientov najväčší stresor, 45% pripisuje stres obmedzeniu slobodného plánovania, svrbenie pokožky vplýva stresujúco na 15% respondentov, 1 respondent, čo tvorí 5% uviedol, že najvýznamnejším stresorom je závislosť na pomoci zdravotného personálu a 1 respondent má strach z nepredvídateľných komplikácií. Napojenie a nefunkčnosť fistuly im nespôsobuje stres, čo svedčí o tom, že respondenti dôverujú zdravotníckemu personálu.

Tabuľka 10 Prítomnosť negatívnych emócií (smútok, úzkosť, beznádej) a depresie

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Keď sa vyskytujú komplikácie z A-V fistulou	16	6	38%
Keď mám zlé mesačné výsledky	20	9	45%
Keď sa vyskytujú komplikácie z CVK	4	2	50%

Prežívanie negatívnych citových stavov pripisuje 45% respondentov zlým mesačným výsledkom, 38% komplikáciám s fistulou a 50% respondentov komplikáciám s CVK.

Tabuľka 11 Predpoklady úspešného zvládnutia dialyzačného procesu

Možnosti	Počet klientov	Počet odpovedí (n)	%
Podpora rodiny	20	7	35%
Prístup zdravotníckeho personálu	20	10	50%

Komunikácia so spolupacientmi	20	1	5%
Podpora blízkych, priateľov	20	1	5%
Spolieham sa na seba	20	4	20%

Z prieskumu vyplýva, že 35% respondentov uvádza ako najdôležitejšiu podporu svojej rodiny, 50% respondentov podporuje zdravotnícky personál, 20% sa spolieha na seba, 1 respondentovi pomáha podpora blízkych a 1 respondentovi pomáha komunikácia s pacientmi.

Diskusia

Kvalita života dialyzovaného pacienta závisí od jeho vedomostí a zručností, lebo iba vtedy môže ovplyvňovať priebeh, komplikácie a ďalší vývoj svojho chronického ochorenia.

Z prieskumu vyplýva, že zdrojom nových informácií o ochorení, liečbe, spôsobe ošetrovania, diéte..., majú dialyzovaní pacienti od zdravotníckeho personálu. Je to pozitívne zistenie, nakoľko informácie od zdravotníckeho personálu sú stále aktuálne a zároveň individuálne a objektívne pre toho, ktorého pacienta sa to týka. Svedčí to aj o dobrej komunikácii medzi pacientom a zdravotníckym personálom a zároveň o dôvere pacienta v zdravotnícky personál a spoluprácu pri liečbe.

Edukačné stretnutia by mali byť miestom tzv. rodinnej pohody, kde pacient načerpá nielen nové vedomosti, zručnosti, ale aj silu a povzbudenie ku každodennému zvládaniu starostlivosti o seba. Podľa našich zistení je účasť na edukačných stretnutiach 46%. Načasovať ich pred alebo po hemodialýze, je otázka, ktorú treba riešiť.

Najväčšiu pozornosť treba venovať diétnemu režimu, zvlášť pitnému, ktorý je alfou a omegou dialyzovaných pacientov a súvisí s hmotnostným prírastkom. Tabuľka č.3 – Kontrola príjmu tekutín ukazuje, že pacienti sa nevenujú kontrole pitného režimu dostatočne – nemerajú si množstvo moču za 24 hodín, nepoužívajú odmerky na meranie množstva prijatých tekutín alebo si nezapisujú množstvo prijatých tekutín za 24 hodín. Z uvedených dôvodov je potrebné apelovať na dôslednejšie venovanie pozornosti kontrole pitného režimu zo strany pacienta. U dialyzovaných pacientov je nutnosťou dodržiavať pitný režim, lebo medzi príjmom a výdajom tekutín musí byť rovnováha. Túto funkciu plnia obličky, keďže to nedokážu, je nutné obmedziť príjem tekutín.

Dialyzovaný pacient môže denne prijať iba toľko tekutín, koľko vymočí plus 500 ml, ktoré vypoť a vydýcha.

Dodržiavanie nízkokáliovej diéty je u viacerých pacientov nedostatočné. Týka sa to príjmu vápnika v potrave a užívania viazačov fosfátov. Čo sa týka starostlivosti o hladiny močoviny a kreatinínu v krvi sa 75% pacientov riadi pokynmi lekára. Znamená to pozitívne prijatie, či určitej kritiky alebo pochvaly vo vzťahu k dodržiavaniu nízkobielkovinovej diéty zo strany pacienta.

V oblasti starostlivosti o cievny prístup zo strany pacienta sú percentuálne vyhodnotenia vo vyšších číslach a svedčí to o kvalitnej starostlivosti zo strany pacienta. Z výsledkov je vidieť, že dialyzovaní pacienti vedia, že bez cievneho prístupu nie je možná dialýza.

Z prieskumu vyplýva, že 35% respondentov uvádza ako najdôležitejší pomocný faktor pri zvládaní dôsledkov ochorenia podporu svojej rodiny, 50% respondentov podporuje zdravotnícky personál, 20% sa spolieha na seba.

Psychosociálna podpora prostredia má vplyv na osobný pocit pohody dialyzovaného pacienta, ktorý sa musí vyrovnáť s množstvom zmien v dôsledku zaradenia do dlhodobého dialyzačného programu.

Záver

Edukácia vytvára priestor pre osvojenie si nových poznatkov, nadobudnutie zručností, vytváranie si hodnotových, emociálnych, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie pozitívnej zmeny správania.. Kvalita života dialyzovaného pacienta závisí aj od neho samotného. Na jeho pleciach spočíva zodpovednosť za dodržiavanie diétného a pitného režimu a za cievny prístup, ktorého funkčnosť je základným predpokladom úspešnej hemodialýzy.

Na zosúladenie a vytvorenie vzťahov medzi kvalitou života a zdravím a na navrhovanie vhodných postupov je potrebná interdisciplinárna spolupráca, ktorá má nezastupiteľné miesto v liečbe chronickej renálnej insuficiencie.

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme uskutočniť niektoré zmeny v edukácii dialyzovaných pacientov:

- zvoliť vhodný čas edukácie vyhovujúci edukantom (aj ich rodinám alebo opatrovateľom), aby sa zvýšil počet pacientov pravidelne sa zúčastňujúcich na edukačných stretnutiach

- opakovat' dané témy edukácie v určitých intervaloch, lebo raz počuté, neznamená hneď pochopené,
- zakomponovať do edukácie aj psychologické témy, ako je zvládanie stresu, zvládanie negatívnych citových stavov, depresie a pod.
- v praxi využívať aj odbornú pomoc psychológa a sexuológa.

Zaradením pacienta do dlhodobého dialyzačného programu nastávajú v jeho živote zmeny, ktorým sa musí prispôbiť. Hemodialýza prináša so sebou mnohé obmedzenia, preto účinná edukácia pomôže pacientovi pozitívne ovplyvniť jeho zdravotný stav a zlepšiť kvalitu života.

„Zdravie je všetko, ale bez zdravia je všetko ničím. Na zemi nie je nič, čo by si ľudia tak veľmi vážili a tak málo chránili ako svoje zdravie“.

Literatúra:

1. BULLOVÁ, A., MOKÁŇ, M. Kvalita života In *Život dialyzovaného pacienta..* Martin: FLIPO, 1999. ISBN 80 - 968103 – 8 – 3, s. 9 – 10
2. KOVÁČ, A. *Hemodialyzačná liečba v praxi*, 1.vydanie, Martin: Osveta, 1993, 320 s, ISBN 80-217-0510-8
3. SULKOVÁ, S. A KOL. Hemodialýza, 1. vydanie, Praha: Maxdorf, 2000, ISBN 80 – 85912 – 22 – 8, s. 693
4. MAJOR, M., SVOBODA, L. Náhrada funkcie ledvin – hemodiálýza, peritoneálna dialýza, transplantace. 1. vydanie Praha: Triton, 2000, ISBN 80 – 7254 – 127 – 7, s. 38
5. JONÁSOVÁ, I. KRŠKOVÁ, A. Etické aspekty dialyzačnej liečby, ľudská dôstojnosť In *Speculum Nostrum*. ISSN 1335-7654, ročník 3, 2002, č. 2, s. 34
6. DROBŇÁKOVÁ D. Efektivita výchovy dialyzovaných pacientov vo vzťahu ku kvalite života. Bakalárska práca. 2008. Prešov.

Kontakt na autora:

PhDr. Tatiana Šantová

E-mail: santova@unipo.sk

Neuropsychimmunologia w astmie – wybrane zagadnienia

¹Małgorzata Filanowicz, ²Piotr Pankiewicz, ¹Ewa Szynkiewicz, ³Robert Zacniewski

¹Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu,

²Katedra i Klinika Chorób Psychiczych Gdański Uniwersytet Medyczny

³Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii i Chorób Wewnętrznych Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

Neuropsychimmunologia to dziedzina nauki oparta na wzajemnej relacji psychiki z układem neurologicznym, hormonalnym oraz immunologicznym. Każdy z tych systemów oddziałuje na siebie za pomocą sygnałów wysyłanych przy pomocy odpowiednich substancji chemicznych: neurotransmiterów, hormonów, immunotransmiterów. Nasz stan emocjonalny wpływa na funkcjonowanie organizmu i odwrotnie, funkcjonowanie organizmu dyktuje nasze zachowanie, myśli, emocje. Jednym z naukowców, który w 1926 roku wykazał wpływ warunków psychologicznych na odpowiedź immunologiczną był Metelnikov [1]. Jednak dopiero po upływie ponad 30 lat udowodniono wzajemną zależność pomiędzy układem neurologicznym i immunologicznym na poziomie komórkowym, dając tym samym podstawy rozwoju nowej dziedziny nauki – neuroimmunologii. Obecnie uważa się, że astma, obok wielu innych, należy do schorzeń o podłożu neuroimmunologicznym.

Układ odpornościowy człowieka składa się z centralnych, in. pierwotnych oraz obwodowych, in. wtórnych narządów limfatycznych. Oprócz nich zalicza się również skupiska tkanki limfatycznej związanej z błonami śluzowymi w obrębie przewodu pokarmowego, układu oddechowego oraz narządów moczowopłciowych. Pierwotną grupę stanowi grasica i szpik kostny, wtórną – węzły limfatyczne, śledziona i migdałki.

Szpik kostny odpowiedzialny jest za dojrzewanie, proliferację i różnicowanie komórek limfatycznych. Powstają w nim granulocyty, monocyty, płytki krwi, erytrocyty oraz limfocyty B.

Część niedojrzałych limfocytów B, tzw. prekursorowe limfocyty T, opuszcza szpik kostny i migruje do grasicy, przechodząc drugi etap dojrzewania przekształca się w limfocyty T. W procesie apoptozy większość limfocytów T ginie. Pozostałe, określane mianem grasiczozależne, wydostają się na obwód i osiedlają się w narządach limfatycznych lub krążą we krwi.

W węzłach limfatycznych, in. chłonnych następuje rozpoznanie obcych antygenów przenoszonych przez limfę, krew lub komórki prezentujące antygen, przez limfocyty T przechodzące ostatni etap dojrzewania. W wyniku kontaktu z zaprezentowanym antygenem dojrzałe limfocyty przechodzą w aktywną formę zdolną do namnażania się. Stają się immunokompetentne, czyli nabywają zdolności do odpowiedzi immunologicznej.

Śledziona jest narządem krwiołimfatycznym, w którym magazynowane są płytki krwi. Zawarte w niej limfocyty T i B biorą udział w szybkiej odpowiedzi immunologicznej na antygeny przedostające się do organizmu wraz z krwią.

Limfocyty są najważniejszymi komórkami układu limfatycznego. Na ich powierzchni znajdują się antygeny powierzchniowe in. markery różnicowania (*cluster of differentiation* – CD), a najbardziej charakterystyczne CD4+ (limfocyty T indukcyjno-wspomagające) odgrywają najważniejszą rolę w mechanizmach regulacyjnych odpowiedzi humoralnej i komórkowej układu odpornościowego. Odpowiadają za uwalnianie cytokin i regulację syntezy i uwalniania przeciwciał przez limfocyty B. Drugą charakterystyczną grupą dla układu limfatycznego jest subpopulacja limfocytów T wykazujących działanie cytotoksyczne (CD8+). Odnaczają się one zdolnością do niszczenia innych komórek, na powierzchni których rozpoznane zostaną obce antygeny. Kontrolują także procesy autoimmunologiczne, alergiczne oraz zjawisko tolerancji immunologicznej.

Limfocyty, które nie zetknęły się z antygenem, to tak zwane limfocyty dziewicze, mające mniejsze powinowactwo do antygenów. W trakcie pierwotnej odpowiedzi immunologicznej niektóre limfocyty różnicują się w limfocyty pamięci immunologicznej, które mogą należeć do limfocytów CD4+ jak i CD8+.

Limfocyty B w przebiegu odpowiedzi immunologicznej różnicują się w komórki plazmatyczne, uczestniczące w syntezie przeciwciał albo stają się długożyjącym limfocytom pamięci immunologicznej. W przypadku, kiedy nie dojdzie do kontaktu z antygenem limfocyt B obumiera.

Wytwarzane przez komórki plazmatyczne immunoglobuliny odznaczają się zdolnością rozpoznawania i wiązania swoistego antygeny znajdującego się w organizmie. To z kolei umożliwia uruchomienie dalszych procesów, jak neutralizacja toksyn i wirusów oraz aktywowanie układu dopełniacza. W efekcie daje to możliwość zniszczenia niektórych patogenów i pobudza odpowiedź immunologiczną. Wytworzenie

przeciwciał, tj. immunoglobulin w wyniku kontaktu limfocytów B z antygenem nosi nazwę humoralnej odpowiedzi immunologicznej. Zdolność organizmu do wytwarzania przeciwciał skierowanych przeciwko nieograniczonej ilości antygenów pozwoliła na podział immunoglobulin na pięć klas różniących się między sobą budową i wielkością: IgG, IgM, IgA, IgE, IgD.

W celu aktywowania limfocytów B, oprócz swoistego antygeny, niezbędne są także limfocyty T. Limfocyty T i B wzajemnie ze sobą współpracują. Limfocyt B prezentuje limfocytowi T antygen. Ten, w odpowiedzi na prezentację, wydzielając substancję chemiczną zwana cytokiną, odpowiedzialną za podział i różnicowanie się limfocytów B do komórki plazmatycznej.

W przypadku pierwszego zetknięcia się organizmu z antygenem reakcja immunologiczna (produkcja przeciwciał) nie jest natychmiastowa. Ponowne wnikięcie nawet niewielkiej ilości antygeny do organizmu powoduje uruchomienie komórek pamięci immunologicznej (amnestyczna odpowiedź immunologiczna).

Cytokiny wytwarzane w odpowiedzi na prezentację antygeny odgrywają dużą rolę w komunikacji z układem nerwowym i endokrynnym. Przenikając do ośrodkowego układu nerwowego wpływają na ilość i zachowanie wydzielanych niektórych neuroprzekaźników i hormonów. Część cytokin, zwanych wczesnozapałnymi, działa na poziomie OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) odpowiadając za wywołanie zespołu objawów zwanego jako zachowanie się w chorobie. Stan ten charakteryzuje się wzrostem aktywności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej. Najczęściej przyjmuje się, że podwzgórze odpowiedzialne jest za uwalnianie czynnika uwalniającego kortykotropinę, przysadka mózgowa – hormonu adrenokortykotropowego, kora nadnerczy – glikokortykoidów [2].

Zaburzenia uwalniania hormonów, między innymi glikokortykoidów, hamuje namnażanie limfocytów i produkcję cytokin. Niedobór cytokin uniemożliwia różnicowanie limfocytów B do komórki plazmatycznej i ogranicza tym samym syntezę przeciwciał. Cytokiny przenikają do ośrodkowego układu nerwowego wpływając na wydzielanie niektórych neuroprzekaźników i hormonów. Rolę neuroprzekaźnika w organizmie człowieka pełni dopamina. Bierze ona udział w regulacji syntezy i wydzielania hormonów oddziałujących na układ odpornościowy. Znajduje się ona również w limfocytach T i B. Uważa się, że jest ona odpowiedzialna za regulowanie różnicowania się tych komórek.

Największy wpływ na układ nerwowy ma jeden z rodzajów cytokin – IL-1. Może ona przedostawać się z krążenia obwodowego do mózgu, a także jest produkowana w ośrodkowym układzie nerwowym. Jej poziom wyraźnie wzrasta w sytuacji zadziałania sytuacji zaburzającej równowagę funkcjonowania organizmu. Interleukina 1 powoduje uwalnianie kortykoliberyny (CRH) przez podwzgórze oraz hormonów adrenokortykotropowych (ACTH). Uwrażliwia również komórki przysadki mózgowej na działanie IL-1. Z kolei ACTH odpowiada za uwalnianie glikokortykoidów przez korę nadnerczy, hamujących działanie cytokin oraz innych mediatorów zapalenia. Ta pętla IL-1-podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy stoi na straży równowagi układu odpornościowego, zapobiegając nadreaktywności. W przypadku długo trwającej sytuacji stresowej może dojść do wyczerpania możliwości adaptacyjnych i osłabienia układu odpornościowego [3].

Zdolność adaptacji jest cechą indywidualną każdego ustroju. Dzięki prawidłowo działającym mechanizmom fizjologicznym, odpowiadającym za zmiany w środowisku wewnętrznym i przeciwstawiające się im reakcje są warunkiem przetrwania organizmu narażonego na bodźce zewnętrzne. Według Selye'go, twórcy teorii stresu, organizm adaptuje się poprzez wytworzenie reakcji nieswoistych. Jego zdaniem ważnym elementem nieswoistości reakcji stresowych jest mechanizm aktywacji układu wewnątrzwydzielniczego, w szczególności kory nadnerczy. Dzieje się tak w wyniku pobudzenia podwzgórza przez swoistą reakcję stresową. W konsekwencji dochodzi do wydzielania określonej substancji pobudzającej przysadkę mózgową do wydzielania do krwiobiegu większej ilości hormonu adrenokortykotropowego (ACTH). Ten opisany przez Selye'go model reakcji organizmu na działanie sytuacji stresowych jest zbieżny z reakcjami neuroimmunologicznymi organizmu. Tak więc stres, spowodowany zarówno czynnikiem fizycznym, fizjologicznym, anatomicznym jak i psychicznym, może doprowadzić do zaburzenia homeostazy organizmu.

Przyczyną astmy jest stan zapalny dróg oddechowych powodujący nadreaktywność oskrzeli, a nie stres. Jest on związany z objawami klinicznymi astmy, tj. uczuciem braku powietrza (dusznością) i jest on niewątpliwie czynnikiem zaostrzającym przebieg astmy nasilając ataki duszności [4].

W publikacji Katona i wsp., przeprowadzonej na podstawie analizy piśmiennictwa z okresu od 1989 do 2003 roku, wykazano występowanie zaburzeń lękowych i depresji zarówno u osób młodocianych jak i dorosłych w przedziale od 6,5%

– 24%. Natomiast w badaniach opublikowanych przez Goodwina i wsp. stwierdzono częstsze o 70% występowanie napadów lękowych wśród osób chorujących na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc [5, 6]. W innym badaniu, obejmującym 21 lat obserwacji pacjentów z astmą oskrzelową, Goodwin i wsp. odnotował częstsze występowanie depresji, zaburzeń lękowych i napadów paniki w porównaniu z grupą niecierpiącą na astmę [7].

Najważniejsza jest edukacja skutkująca prawidłową współpracą pacjenta z lekarzem prowadzącym. Prowadzi ona do właściwego – zdyscyplinowanego przyjmowania leków przewlekłych i szybkiego opanowywania zaostrzeń. Właściwe leczenie przeciwzapalne oraz przyczynowe (unikanie kontaktu z alergenem, immunoterapia swoista) są kluczowe dla uzyskania sukcesu w leczeniu. Wydaje się jednak, że oprócz leczenia farmakologicznego, powinno nauczyć się chorych różnorodnych technik relaksacyjnych pozwalających kontrolować napady lęku, a tym samym poprawić skuteczność przyjmowanych leków.

Istotnym elementem neuropsychimmunologii, dziedziny powiązanej z wieloma naukami medycznymi i biologicznymi, jest analizowanie możliwości dostosowawczych różnych stanów psychicznych i emocjonalnych oddziałujących na układ odpornościowy.

Astma, jako choroba przewlekła charakteryzuje się specyficznym funkcjonowaniem różnych narządów, układów i jest, w związku z tym, leczona w określony sposób. Dlatego dziedzinami, z których neuropsychimmunologia czerpie najwięcej informacji są neurologia, immunologia, endokrynologia, neuropsychologia, biochemia.

Jednak wielokierunkowość zmian zachodzących w organizmie doprowadzająca w efekcie do obniżenia jakości życia pozostawia wiele miejsca do działania również dla pielęgniarek. Znajomość procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie człowieka pozwala na lepsze zrozumienie drugiego człowieka, w tym przypadku pacjenta, i przyjęcie prawidłowej postawy w opiece nad chorym.

Metodą stosowaną w praktyce pielęgniarskiej, a zaczerpniętą z psychologii, jest wyuczenie pożądanых postaw w toku naśladownictwa. Na podstawie obserwacji innych chorych pacjent uczy się wyciągania właściwych wniosków z zachowania innych. Metoda ta jest o tyle istotna w procesie pielęgnowania, że można nauczyć pacjenta prezentowania właściwych postaw prozdrowotnych, nie narażając go bezpośrednio

na oddziaływanie negatywnych skutków sytuacji niepożądanych. Tak starannie wprowadzany proces motywacyjny obejmuje również ilość energii, jaką wkłada każdy pacjent w daną aktywność w celu uzyskania jej trwałości. Siła motywacji określana jest w trzech płaszczyznach: poziom aktywności, tempo i szybkość uczenia się oraz odporność danej reakcji na wygaszanie.

Według Yerkesa-Dodsona [8] źródłem procesów motywacyjnych są zmiany poziomu pobudzenia. Wyodrębnił on dwa prawa. Pierwsze zakłada, że wysoki poziom pobudzenia zwiększa poziom wykonania określonego zadania, ale po przekroczeniu momentu krytycznego poziom wykonania spada wraz ze wzrostem motywacji. W drugim prawie dowodzi, że poziom wykonania trudnego zadania spada, a poziom wykonania łatwego wzrasta w sytuacji, w której wzrasta pobudzenia.

Inną rolę pielęgniarki, oprócz wzbudzenia motywacji do działania, powinno być uświadomienie pacjentowi, jak ważne w funkcjonowaniu w życiu codziennym jest unikanie sytuacji stresowych. Stres często jest powodem pogłębienia objawów choroby i utrudnionej kontroli astmy. Pojawienie się świszczącego oddechu czy duszności może powodować ataki niepokoju lub paniki, co jeszcze bardziej zaostrza przebieg ataku. Zwrócenie choremu uwagi na związek ataków duszności z sytuacją stresową powinno doprowadzić do zmniejszenia uczucia lęku. Dlatego ważnym, oprócz leczenia farmakologicznego, wydaje się być kontrolowanie sytuacji stresowych i stosowanie odpowiednich technik relaksacyjnych

Objawy chorób alergicznych, oprócz sytuacji stresowych, również wpływają na psychiczne funkcjonowanie pacjenta często obniżając jego komfort życia. Astma jest chorobą, podczas trwania której organizm wytwarza mechanizmy adaptacyjne. Jednak długi czas trwania choroby, często występujące stany zaostrzeń, znacząco upośledzają codzienne funkcjonowanie, doprowadzając do obniżenia poziomu adaptacji i w efekcie pojawienia się stanów depresyjnych [9].

Dlatego każdy pacjent powinien nauczyć się zarządzać chorobą jaką jest astma. Powinien być przygotowany do postępowania przypadku zaostrzeń choroby. Umieć zażywać leki kontrolujące przebieg choroby i leki doraźne oraz zastosować zmiany w stylu życia i w otoczeniu poprzez ograniczenie kontaktów z czynnikami alergizującymi.

Jednym z najczęstszych błędów, które popełniają pacjenci jest ograniczenie aktywności ruchowej. Mniej ruchu, to osłabienie mięśni. Słabe mięśnie zużywają więcej

tlenu, co powoduje nasilenie duszności. To z kolei doprowadza do jeszcze większego ograniczenia aktywności i dalszego osłabienia mięśni. Dlatego chorzy na astmę powinni dbać o swoją kondycję fizyczną nawet bardziej niż ludzie, którzy na astmę nie chorują.

Każdy wysiłek fizyczny powinien być dostosowany do stanu ogólnego i możliwości każdego pacjenta. Należy nauczyć chorego, by ćwiczenia oddechowe wykonywał jedynie w okresie remisji. W okresie zaostrzenia, w czasie pobytu w szpitalu, gdy istnieją znaczne ograniczenia spowodowane atakiem duszności, niezbędne jest dostosowanie się do wskazówek fizjoterapeuty.

Podstawowymi torami oddychania są tor piersiowy, in. żebrowy, który jest typowy dla kobiet oraz tor brzuszny, in. przeponowy bardziej charakterystyczny dla mężczyzn. Najczęściej oddychamy w sposób mieszany, łącząc oba typy oddychania. Im większa jest niewydolność oddechowa spowodowana przez astmę, tym częściej, niezależnie od płci, wykorzystywany jest piersiowy sposób oddychania. Nie jest to korzystne, dlatego ważne jest, by w miarę możliwości, nauczyć chorego oddychania przeponowego tak, aby stało się to naturalnym odruchem. Jedną z metod umożliwiających zwiększenie kontroli astmy jest świadome wykonywanie ćwiczeń oddechowych. Wskazanie pacjentowi jak ważne jest przywrócenie prawidłowych mechanizmów oddychania oraz przekonania chorego o możliwości przerwania łżejszego napadu duszności poprzez włączenie przeponowego toru oddychania i eliminowanie szybkich, nieskoordynowanych ruchów oddechowych stanowi jeden z elementów prawidłowego funkcjonowania z chorobą.

Podczas wdechu klatka piersiowa rozszerza się w trzech kierunkach. W trakcie unoszenia się żeber pogłębia się ona i poszerza. Skurcz przepony i prostowanie kręgosłupa powodują jej wydłużenie. Podczas spokojnego oddechu przepona pacjenta obniża się o około 2 centymetry, natomiast głęboki wdech powoduje obniżenie się przepony o około 10 cm. Wzmocnienie osłabionej przepony ma na celu zwiększenia amplitudy jej ruchu oraz uruchomienia i uelastycznienia klatki piersiowej umożliwiając tym samym dostarczenie do organizmu dodatkowego pół litra powietrza podczas każdego wdechu. Wydech jest najskuteczniejszy tylko wtedy, gdy zostaną lekko napięte mięśnie brzucha, przepona rozluźniona, żebra opuszczone i sylwetka zostanie lekko pochylona do przodu. Przyjęcie prawidłowej pozycji ciała sprzyja również rozluźnieniu mięśni obręczy barkowej, ramion, rąk i brzucha w okresie wolnym od napadów duszności.

W czasie ataku astmatycznego niezwykle ważne jest kontrolowanie przez chorego własnego oddechu tak długo, jak to możliwe. Podczas wdechu i wydechu powinna być zaangażowana przepona. Chory powinien wykonywać wydech przez usta przymknięte jak do gwizdania. Ważne jest, by chory nie wykonywał zbyt forsownego wydechu, a raczej starał się, aby odbywał się on spokojnie. Rzeczą podstawową jest opanowanie umiejętności rozluźnienia mięśni i wyrobienie nawyku oddychania przeponowego. Naukę rozluźniania mięśni bardzo ułatwiają ćwiczenia relaksacyjne. Na przykład pacjent może wykonywać zamierzony wdech. Gdy kończy się wpływ powietrza, bez zatrzymania go, pozwala powietrzu wypłynąć, bez wypychania go. I znów bez zatrzymania rozpoczyna się zamierzony wdech. Chory może wykonać 4 średnie oddechy, po czym jeden głęboki itd., powtarzając całą serię czterokrotnie. Podczas oddechu chory powinien wdychane powietrze doprowadzać do górnych szczytów płuc.

Podczas wykonywania ćwiczeń oddechowych ważne jest, by nauczyć pacjenta przyjmowania odpowiednie postawy ciała sprzyjających rozluźnieniu mięśni obręczy barkowej, ramion, rąk i brzucha w okresie wolnym od napadów duszności.

Złożoność mechanizmów regulacyjnych w zakresie układu immunologicznego i nerwowego uniemożliwia jednoznaczne określenie, jak reakcje stresowe wpływają na reakcję zapalną i funkcje oskrzeli. Przebieg reakcji stresowej, rodzaj czynnika stresowego jest różny u poszczególnych pacjentów. Analizą czynników psychologicznych na patomechanizm astmy oskrzelowej zajął się Miller i wsp. Jego zdaniem pobudzenia układu współczulnego i wydzielanie kortyzolu w czasie trwania stresu powinno wpływać korzystnie na zapalenia błony śluzowej i funkcje oskrzeli u chorych cierpiących na astmę. Jednak częste stany depresyjne poprzez wywieranie wpływu na przywspółczulną część układu autonomicznego może przyczyniać się do skurczu oskrzeli [10].

Często występujące w przebiegu chorób zapalnych ograniczenia aktywności, stany depresyjne, zaburzenia rytmu snu stały się powodem wprowadzenia pojęcia „sickness behaviour” [11]. Uważa się, że jest to zmiana adaptacyjna, której celem jest skoncentrowanie wszystkich sił organizmu do walki z chorobą poprzez ograniczenie normalnej aktywności centralnego układu nerwowego. Można przypuszczać, że mediatory reakcji zapalnej w astmie również oddziałują na centralny układ nerwowy przyczyniając się do wystąpienia stanów depresyjnych. Tym bardziej, że niektóre

neurotransmitery uczestniczące w regulacji neurogennego zapalenia w drogach oddechowych biorą udział również w regulacji emocji i odpowiedzi na stres [12].

Literatura

1. Metalnikov S.: Role des reflexes conditionnels dans l'immunité. Ann Inst Pasteur 1926; 40: 893-900 wg Basu S., Dasgupta P.S. Dopamine, a neurotransmitter, influences the immune system. J Neuroimmunol 2000; 102: 113-124;
2. Wieczorek M.: Various aspects of IL-1 Biological activity. II. IL-1 β in diseases and the Central Nervous System. Wiadomości Parazytologiczne 2009, 55(2):115-124;
3. Droszcz W.: Astma. Zarys patofizjologii, zasady diagnostyki i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa 2002.
4. Wright R. J., Rodriguez M., Cohen S.: Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. Thorax 1998; 53: 1066-1074;
5. Biełous A., Balińska-Miśkiewicz W., Banaszek B.: Psychosomatyka w alergologii – astma oskrzelowa. Alergologia Info 2010, 5, 1: 20-29.
6. Hokfelt T., Broberger C., Xu Z.Q., Sergeev V., Ubink R., Diez M.: Neuropeptides-an overview. Neuropharmacology 2000; 39: 1337-1356;
7. Goodwin R.D., Fergusson D.M., Horwood L.J.: Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. Psychol Med 2004; 34: 1465-1474;
8. Zimbardo Ph. G.: Psychologia i życie. WN PWN, Warszawa 1999: 309-347
9. Lewandowska K.: Radzenie sobie ze stresem a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych na astmę. Klinika pulmonologii AMG. Rozprawa doktorska. Gdańsk 2009.
10. Miller D., Wood B. L., Lim J. H., Ballou M., Hsu C.Y.: Depressed children with asthma evidence increased airway resistance: 'Vagal bias' as a mechanism? J Allergy Clin Immunol 2009; 124: 66-73;
11. Dantzer R.: Cytokine-induced sickness behavior: Where do we stand? Brain Behav Immun 2001; 15: 7-24;
12. Goodwin R., Pine D.: Respiratory disease and panic attacks among adults in the U.S. Chest 2002; 122: 645-650;

Adres do korespondencji:

Małgorzata Filanowicz,

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
tel. służbowy: (052) 585 21 93 wew. 220
e-mail: zpielinter@cm.umk.pl

Analiza zmian behawioralnych pacjentów stosujących kotrykosteroidy wziewne w różnych etapach zaawansowania choroby astmatycznej

¹Małgorzata Filanowicz, ¹Ewa Szykiewicz, ¹Bernadeta Cegła, ²Elżbieta Chrzaniecka,
¹Aneta Dowbór-Dzwonka

¹Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii i Chorób Wewnętrznych,
Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

Streszczenie

Wstęp: Astma jest uznawana w Polsce i na świecie za jeden z głównych problemów zdrowotnych. Uważa się, że stale utrzymujący się wzrost zachorowań doprowadzi do sytuacji, w której w 2020 roku co drugi człowiek będzie chorował na chorobę alergiczną. Większość psychologów, zgodnie z obowiązującą współcześnie koncepcją zdrowia, uważa, że na właściwe funkcjonowanie chorego mają wpływ jego zasoby osobiste.

Celem pracy było podjęcie próby wykrycia ewentualnych zależności między parametrami GSES (ang. Generalised Self-Efficacy Scale) i AIS (ang. Acceptance of Illness Scale) a wybranymi parametrami: stopniem ciężkości astmy oraz parametrami socjodemograficznymi.

Materiał i metody: Ankiety rozprawdzono wśród 77 pacjentów z astmą atopową zamieszkałych w województwie kujawsko-pomorskim. W badaniu wykorzystano również informacje dotyczące: wieku, płci stanu cywilnego, warunków materialnych, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania oraz poziomu wykształcenia.

W tym celu, przy założeniu normalności rozkładów badanych parametrów, było porównanie za pomocą parametrycznych testów *t* Studenta i jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA wartości średnich w wyróżnionych podgrupach. Weryfikacje hipotez o jednorodności wariancji w porównywanych podgrupach dokonano za pomocą testów *F* Snedecora i Bartletta.

Wyniki badań: U pacjentów z rozpoznaną astmą atopową zasoby osobiste, takie jak poczucie własnej skuteczności było na poziomie wysokim. Natomiast akceptacja choroby na poziomie średnim. U badanych pacjentów odnotowano wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż poczucia własnej skuteczności. Odnotowano również wyższy

poziom akceptacji choroby u pacjentów z wyższym wykształceniem i chorych czynnych zawodowo.

Wnioski: Zaangażowanie personelu bydgoskiej kliniki alergologicznej pozwalają pacjentom na podejmowanie zachowań zdrowotnych umożliwiających sprawne funkcjonowanie psychofizyczne.

SŁOWA KLUCZOWE: astma atopowa, wskaźnik akceptacji choroby

Wstęp

Każdemu człowiekowi właściwe jest zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych. Jednak stopień zaspokojenia ich jest charakterystyczny dla danej jednostki społecznej. Prawidłowe zaspokojenie poszczególnych potrzeb warunkuje satysfakcjonujący obraz własny. Jest to możliwe dzięki temu, że każdy człowiek odczuwa określony niedosyt pociągający za sobą konieczność zaspokojenia potrzeb. Tego typu działania motywujące pozwalają na dostarczenie zadowolenia z osiągniętego celu. Zdobyta na wcześniejszych etapach wiedza i doświadczenie pociągają za sobą pojawianie się kolejnych celów, które to w konsekwencji doprowadzają do pojawiania się i zaspokajania kolejnych potrzeb. Z tego względu pojawianie się kolejnych celów możliwych do realizacji przez człowieka trwa przez cały okres jego życia.

Wykorzystana w czasach obecnych koncepcja edukacji humanistycznej jest ukierunkowana na podmiotowe traktowanie nauczyciela i ucznia. W odniesieniu do pielęgniarstwa rolę nauczyciela odgrywa pielęgniarka, a rolę ucznia przypisuje się pacjentowi. Rolą pielęgniarki, według tej koncepcji, jest wskazywanie odpowiedniej drogi postępowania pacjentowi. Przy czym należy pamiętać, że konieczne jest wystrzeganie się zachowań zmierzających do narzucenia wykonywania jakiegokolwiek działania podopiecznemu. Realizacja tego typu zachowań uwzględnia fakt, że każdy człowiek jest istotą wolną, posiada prawo do podejmowania wyborów i ponoszenia odpowiedzialności oraz pokonywania ograniczeń. Biorąc pod uwagę powyższe zagadnienia pielęgniarka powinna stworzyć pacjentowi odpowiednie, dogodne warunki do zaspokojenia jego potrzeb. Niezbędne staje się zachęcanie pacjenta do podejmowania działań oraz proponowanie środków do ich realizacji. Rolą pielęgniarki będzie diagnoza co do zaspokojenia niezbędnych i wysuwających się na pierwszy plan najistotniejszych dla chorego potrzeb, ocena możliwości ich realizacji przez samego pacjenta jak i przez

nią samą. Tego typu zachowania wytwarzają sytuacje, w której to pozbywamy się postępowań schematycznych. To pacjent decyduje, jeżeli jest to możliwe, o kolejności i sposobie ich zaspokajania. Sumiennie przeprowadzona diagnoza pozwoli również na odnalezienie drzemających w pacjencie, często nieuświadomionych pokładów możliwości jego działania. Ważne jest, by zachęcać pacjenta do formułowania oczekiwań w formie występowania pożądanej cechy czy aktywności, zamiast nieobecnego problemu. Także określenie z pacjentem, co będzie pierwszym krokiem w kierunku oczekiwanej zmiany pozwoli na lepszą z nim współpracę. W trakcie współpracy pielęgniarka - pacjent należy pamiętać, by przekazywane komunikaty były jasne i zrozumiałe. Taka relacja, w której przekazywana informacja pozwalająca na właściwe przyswojenie przez pacjenta jest niezbędna i opiera się na zasadzie dostrojenia, dopasowania do możliwości intelektualnych. Uzyskane w ten sposób pełne porozumienie między pielęgniarką a pacjentem jest gwarantem wzajemnego porozumienia, które pozwoli choremu na wyrażenie swoich obaw związanych z procesem leczenia. Ważną rolę odgrywa pomoc choremu w przystosowaniu się do zachodzących zmian w życiu. W ujęciu pielęgniarskim będzie to polegało z jednej strony na wzbudzeniu w pacjencie gotowości do realizowania coraz trudniejszych zadań. Z drugiej zaś do pobudzenia go do uzyskanie pełnej samodzielności poprzez wielokrotne wykonywanie określonych czynności. W toku systematycznie przeprowadzanych działań pacjent powinien oduczać się złych nawyków lub nabywać właściwych.

CEL

Celem badań statystycznych było podjęcie próby wykrycia ewentualnych zależności między parametrami GSES (ang. Generalised Self-Efficacy Scale) i AIS (ang. Acceptance of Illness Scale) a wybranymi parametrami: stopniem ciężkości astmy oraz parametrami socjodemograficznymi.

Ankiety rozprawdzono wśród 77 pacjentów z astmą atopową zamieszkałych w województwie kujawsko-pomorskim. W badaniu wykorzystano również informacje dotyczące: wieku, płci, stanu cywilnego, warunków materialnych, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania oraz poziomu wykształcenia.

W tym celu, przy założeniu normalności rozkładów badanych parametrów było porównanie za pomocą parametrycznych testów *t* Studenta i jednoczynnikowej analizy

wariancji ANOVA wartości średnich w wyróżnionych podgrupach. Weryfikacje hipotez o jednorodności wariancji w porównywanych podgrupach dokonano za pomocą testów *F* Snedecora i Bartletta.

Ustalając związek między parametrami GSES i AIS a wiekiem za pomocą testu *t* Studenta była dokonana weryfikacja na istotność obliczonych współczynników korelacji liniowej Pearsona.

Jako miarodajny był przyjęty poziom istotności $p=0.05$. Podano także wartości krytyczne statystyk oraz wartości *p*-value. Są to prawdopodobieństwa, z którym możemy popełnić błąd odrzucając hipotezę sprawdzaną, gdy jest ona w rzeczywistości prawdziwa. W przypadkach, gdzie wartość obliczonej statystyki była mniejsza od krytycznej, należało stwierdzić brak istotnej różnicy: *ns* (not significant) – nie istotne.

W zależności od stopnia kontroli astmy wszystkich pacjentów podzielono na trzy podgrupy. Byli to pacjenci z astmą kontrolowaną, częściowo kontrolowaną i niekontrolowaną.

Wyniki badań

W pierwszym etapie badań obliczono średnie wartości z kwestionariuszy AIS i GSES dla wszystkich badanych grup. Podstawą oceny stopnia akceptacji choroby były wyniki badań uzyskane za pomocą kwestionariusza AIS. Suma wszystkich uzyskanych punktów, będąca miarą stopnia akceptacji choroby w badanej grupie, mieściła się w przedziale od 8 do 40 punktów. Biorąc pod uwagę rozpiętość uzyskanych punktów i rodzaj przeprowadzonego badania obliczono średnią ze wszystkich odpowiedzi. Dla kwestionariusza AIS wynosiła ona 27,8, przy odchyleniu standardowym $SD=9,3$. Biorąc pod uwagę przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym wyodrębniono trzy poziomy akceptacji choroby: 8-15 punktów – poziom niski, 16-28 punktów – poziom średni oraz poziom wysoki od 29 do 40 punktów. Uzyskane wyniki pozwoliły na stwierdzenie, że badani pacjenci z astmą charakteryzowali się średnim poziomem akceptacji choroby. Z kolei podstawą oceny kwestionariusza GSES była średnia uzyskana ze wszystkich 10 odpowiedzi zawartych w kwestionariuszu. Każdy pacjent mógł uzyskać wynik mieszczący się w przedziale między 10 a 40 punktów. O poziomie własnej skuteczności stanowił ogólny wynik, który dla potrzeb metodologicznych mieścił się w przedziałach: 10-24 punkty – poziom niski,

25-29 – poziom przeciętny, 30-40 – poziom wysoki. Im wyższy poziom, tym wyższe było poczucie własnej skuteczności. Wyniki badań wykazały, że ogólny wskaźnik GSES w badanej grupie wynosił 32,4, przy odchyleniu standardowym 4,6. W tym przypadku wyniki badań mieściły się w najwyższym przydziale punktowym, co świadczy o tym, że ankietowani charakteryzowali się wysokim poziomem własnej skuteczności. W wyniku analizy Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności okazało się, że jedynie 13 % prezentowało niski poziom własnej skuteczności, poziom średni uzyskało 41,5 % chorych. Najliczniejszą grupę (45,5%) stanowili chorzy prezentujący wysoki poziom własnej skuteczności. Na podstawie analizy wskaźnika akceptacji choroby ustalono, że najmniej liczną grupę (7,7%) stanowili chorzy prezentujący niski poziom. Średni poziom akceptacji osiągnęło 15,6% chorych, natomiast aż 76,6% ankietowanych zostało zakwalifikowanych do grupy o wysokim poziomie akceptacji.

Zastosowanie testu Bartletta potwierdziło jednorodność wariancji, a tym samym pozwoliło zastosować test ANOVA porównujący wartości średnie dla poszczególnych grup pacjentów. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykryła istotnej różnicy średnich wartości AIS i GSES w podgrupach pacjentów z różnym stopniu kontroli astmy, a otrzymane wyniki pozwoliły stwierdzić, że parametry GSES i AIS nie są związane ze stopniem kontroli astmy (tab. 1, 2).

Tabela 1. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy

GSES	Rodzaj kontroli astmy		
	kontrolowana	Częściowo kontrolowana	niekontrolowana
<i>n</i>	24	30	23
min	21	21	25
max	40	40	40
mediana	31.5	34.0	32.0
średnia	32.2	32.9	31.8
<i>SD</i>	5.0	5.1	3.6
Test Bartletta	$\chi^2=3.01$, $\chi^2_{kr}=5.99$, $p=0.22$ (ns)		
Test ANOVA	$F=0.41$, $F_{kr}=3.12$, $p=0.66$ (ns)		

Tabela 2. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy

AIS	Rodzaj kontroli astmy		
	kontrolowana	Częściowo kontrolowana	niekontrolowana
<i>n</i>	24	30	23
min	8	8	12
max	40	40	40
mediana	32.5	26.0	27.0
średnia	29.6	27.5	26.1
<i>SD</i>	10.1	10.3	6.8
Test Bartletta	$\chi^2=4.45$, $\chi^2_{kr}=5.99$, $p=0.11$ (<i>ns</i>)		
Test ANOVA	$F=0.85$, $F_{kr}=3.12$, $p=0.43$ (<i>ns</i>)		

W dalszym etapie badań podjęto analizę danych socjodemograficznych. Wśród badanej grupy chorych na astmę kobiety stanowiły grupę 45 osób (58,5%), mężczyźni grupę 32 osobową (41,5%). W pierwszej kolejności porównano, w jakim stopniu płeć ankietowanych wpływa na wartości uzyskane w zastosowanych kwestionariuszach. Po przeprowadzeniu analizy nie wykryto istotnej różnicy między średnimi wartościami GSES i AIS w grupach kobiet i mężczyzn. Oznacza to, że parametry GSES i AIS zastosowane w niniejszym badaniu nie zależą od płci (tab3, 4).

Tabela 3. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach kobiet i mężczyzn

GSES	Płeć	
	kobiety	mężczyźni
<i>n</i>	45	32
min	23	21
max	40	40

mediana	32	34
średnia	32.2	32.7
<i>SD</i>	4.4	5.1
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.36$ $F_{kr}=1.71$, $p=0.17$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=0.46$, $F_{kr}=1.99$, $p=0.64$ (<i>ns</i>)	

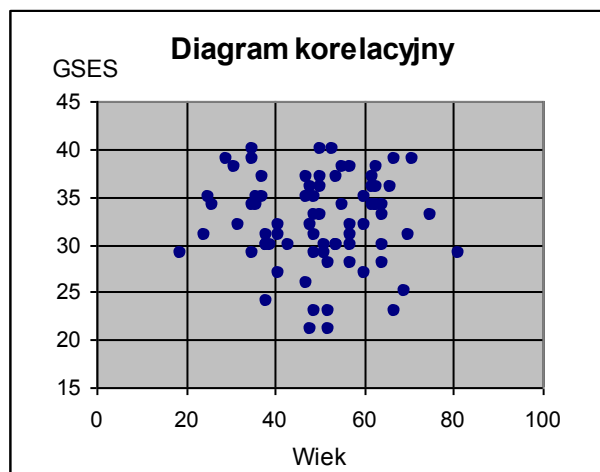
Tabela 4. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach kobiet i mężczyzn

AIS	Płeć	
	kobiety	mężczyźni
<i>n</i>	45	32
min	8	8
max	40	40
mediana	27	27
średnia	27.5	28.1
<i>SD</i>	8.8	10.0
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.28$ $F_{kr}=1.71$, $p=0.23$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=0.25$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.81$ (<i>ns</i>)	

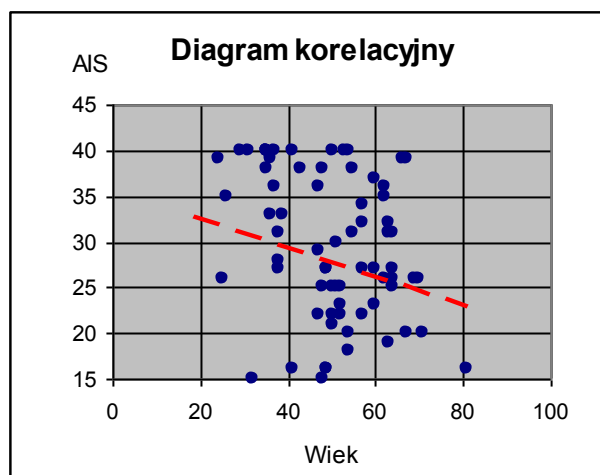
W celu ustalenia zależności między wiekiem ankietowanych pacjentów a parametrami GSES i AIS zostały obliczone i zweryfikowane za pomocą testu *t* Studenta (tab.5) na istotność, współczynniki korelacji liniowej Pearsona (ryc.1, 2). Wiek badanych był zróżnicowany i wahał się od 19 do 79 lat. Analiza statystyczna nie wykryła zależności między wiekiem a GSES, natomiast wykryta została dość słaba ujemna zależność korelacyjna między wiekiem a AIS. Świadczy to, że wraz z wiekiem poziom AIS nieco maleje.

Tabela 5. Zależność między wiekiem ankietowanych pacjentów a parametrami GSES i AIS.

Współczynniki korelacji				Wiek-GSES	Wiek-AIS
				$R_{xy}=-0.038$	$R_{xy}=-0.226$
Test	t	Studenta	t	0.33	2.01
	$(t_{kr}=1.99)$		p	0.74 (ns)	<0.05



Rycina 1. Zależność między wiekiem a wynikami kwestionariusza GSES



Rycina 2. Zależność między wiekiem a wynikami kwestionariusza AIS

Porównywano średnie wartości parametrów GSES i AIS w podgrupach osób samotnych i pozostających w związkach (formalnych i nieformalnych) (tab. 6, 7). Badania wykazały, że 22 ankietowane osoby (28,5%) pozostawało w stanie wolnym. Były to osoby, które nigdy nie wstąpiły w związek małżeński lub osoby owdowiałe. Natomiast pozostałe 55 osób (71,5%) żyła w związkach formalnych lub nieformalnych (małżeństwa lub konkubiny). Nie wykryto istotnej różnicy między średnimi wartościami GSES i AIS w grupach osób samotnych kobiet i mężczyzn. Oznacza to, że parametry GSES i AIS nie zależą od życia w samotności lub w związkach.

Tabela 6. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach osób samotnych i pozostających w związkach.

GSES	Stan cywilny	
	samotny(-a)	Pozostający w związkach
<i>n</i>	22	55
min	23	21
max	40	40
mediana	34	32
średnia	32.9	32.2
<i>SD</i>	3.7	5.0
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.82$ $F_{kr}=1.93$, $p=0.07$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=0.65$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.52$ (<i>ns</i>)	

Tabela 7. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach osób samotnych i pozostających w związkach.

AIS	Stan cywilny	
	samotny(-a)	w małżeństwie
<i>n</i>	22	55
min	8	8
max	40	40
mediana	29	27

średnia	27.6	27.8
<i>SD</i>	10.2	9.0
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.31$ $F_{kr}=1.75$, $p=0.21$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=0.07$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.94$ (<i>ns</i>)	

Porównując średnie wartości parametrów GSES i AIS w podgrupach osób charakteryzujących się różnymi warunkami materialnymi nie wykryto istotnej różnicy między średnimi wartościami GSES i AIS. Oznacza to, że parametry GSES i AIS nie są związane z warunkami materialnymi (tab. 7, 8).

Tabela 8. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach osób o różnych warunkach materialnych

GSES	Warunki materialne	
	dobre	złe
<i>n</i>	66	11
min	21	23
max	40	40
mediana	33	31
średnia	32.6	31.3
<i>SD</i>	4.6	5.2
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.32$ $F_{kr}=1.98$, $p=0.24$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=0.84$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.40$ (<i>ns</i>)	

Tabela 9. Porównanie średnich wartości parametrów GSES i AIS w podgrupach osób o różnych warunkach materialnych

AIS	Warunki materialne	
	dobre	złe
<i>n</i>	66	11
min	8	8
max	40	40

mediana	28	26
średnia	28.2	25.0
<i>SD</i>	9.3	9.1
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.04$ $F_{kr}=2.61$, $p=0.51$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=1.06$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.29$ (<i>ns</i>)	

W dalszym etapie badano zależność aktywności zawodowej ankietowanych na średnie wyniki uzyskane z kwestionariuszy GSES i AIS. Połowa badanych, 38 osób (49,5%) deklarowała aktywność zawodową. Pozostałych 39 chorych (50%) prezentowała bierną postawę zawodową. Były to osoby, które z racji wieku i choroby przebywały na emeryturze lub rencie oraz posiadające status osoby bezrobotnej. Nie wykryto różnicy między wartościami średnimi GSES w grupach o różnej aktywności zawodowej, natomiast wykryto, że średnia wartość AIS jest istotnie większa w grupie osób którzy są zawodowo aktywni (tabela 9, 10).

Tabela 9. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach osób o różnej aktywności zawodowej

GSES	Aktywność zawodowa	
	tak	nie
<i>n</i>	38	39
min	21	21
max	40	40
mediana	34	31
średnia	33.3	31.4
<i>SD</i>	4.4	4.7
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.16$ $F_{kr}=1.73$, $p=0.32$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=1.80$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.08$ (<i>ns</i>)	

Tabela 10. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach osób o różnej aktywności zawodowej

AIS	Aktywność zawodowa	
	tak	nie
<i>n</i>	38	39
min	8	8
max	40	40
mediana	34	25
średnia	30.6	25.0
<i>SD</i>	9.98	7.72
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.67$ $F_{kr}=1.72$, $p=0.06$ (<i>ns</i>)	
Test <i>t</i> Studenta	$t=$ 2.72 , $t_{kr}=1.99$, $p=$ 0.008 (<i>ns</i>)	

Badania wykazały, że większość 59 osób biorących udział w badaniu mieszkała w mieście (76,5%). Pozostałych 18 chorych (23,5%) jako miejsce stałego zamieszkania wskazywało wieś. Analizując miejsce zamieszkania ankietowanych i średnie wartości kwestionariuszy GSES i AIS nie wykryto istotnej różnicy. Oznacza to, że parametry GSES i AIS nie zależą od tego, czy dana osoba mieszka w mieście czy na wsi (tab.11, 12).

Tabela 11. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach osób o różnym miejscu zamieszkania

GSES	Miejsce zamieszkania	
	miasto	wieś
<i>n</i>	59	18
min	21	21
max	40	40
mediana	33	31
średnia	32.6	31.6
<i>SD</i>	4.5	5.2
Test <i>F</i> Snedecora	$F=1.37$ $F_{kr}=1.80$, $p=0.19$ (<i>ns</i>)	

Test t Studenta	$t=0.78$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.44$ (<i>ns</i>)
-------------------	---

Tabela 12. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach osób o różnym miejscu zamieszkania

AIS	Miejsce zamieszkania	
	miasto	wieś
n	59	18
min	8	8
max	40	40
mediana	27	23
średnia	28.5	25.4
SD	8.8	10.8
Test F Snedecora	$F=1.51$ $F_{kr}=1.80$, $p=0.12$ (<i>ns</i>)	
Test t Studenta	$t=1.24$, $t_{kr}=1.99$, $p=0.22$ (<i>ns</i>)	

Ostatnim badanym parametrem była ocena zależności poziomu wykształcenia i jego wpływu na średnie wartości uzyskane z kwestionariuszy GSES i AIS. W tym celu badana populacja była podzielona na trzy podgrupy względem wykształcenia. Najwięcej chorych (ok. 42,8%, tj. 33 osoby) posiadało wykształcenie średnie. Drugą co do wielkości grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie podstawowe i zawodowe (40%, tj. 30 osób). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby posiadające wyższe wykształcenie 18,2%, tj. 14 osób). Do analizy, w celu porównania średnich w podgrupach o różnym wykształceniu, zastosowano parametryczny test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnej różnicy między średnimi wartościami GSES w grupach o różnym wykształceniu. Natomiast w przypadku parametru AIS ustalono, że nie wszystkie średnie wartości są równe – istotna różnica występuje co najmniej między wartościami skrajnymi. Stąd można stwierdzić, że średni poziom AIS w grupie z wykształceniem wyższym jest istotnie większy niż w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym (tab.13, 14).

Tabela13. Porównanie średnich wartości parametrów GSES w podgrupach osób z różnym wykształceniem

GSES	Wykształcenie		
	podstawowe i zawodowe	średnie	wyższe
<i>n</i>	30	33	14
min	21	21	24
max	40	39	40
mediana	31.5	33.0	34.5
średnia	31.8	32.5	33.4
<i>SD</i>	4.8	4.4	4.9
Test Bartletta	$\chi^2=0.29$, $\chi^2_{kr}=5.99$, $p=0.86$ (<i>ns</i>)		
Test ANOVA	$F=0.54$, $F_{kr}=3.12$, $p=0.58$ (<i>ns</i>)		

Tabela14. Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach osób z różnym wykształceniem

AIS	Wykształcenie		
	podstawowe i zawodowe	średnie	wyższe
<i>n</i>	30	33	14
min	8	8	14
max	40	40	40
mediana	26.0	27.0	38.0
średnia	26.0	26.6	34.1
<i>SD</i>	9.9	8.1	8.3
Test Bartletta	$\chi^2=1.35$, $\chi^2_k=5.99$, $p=0.51$ (<i>ns</i>)		
Test ANOVA	$F=$ 4.36 , $F_{kr}=3.12$, $p=$ 0.016		

Omówienie

Astma jest uznawana w Polsce i na świecie za jeden z głównych problemów zdrowotnych. Uważa się, że stale utrzymujący się wzrost zachorowań doprowadzi do sytuacji, w której w 2020 roku co drugi człowiek będzie chorował na chorobę alergiczną. Większość psychologów, zgodnie z obowiązującą współcześnie koncepcją zdrowia, uważa, że na właściwe funkcjonowanie chorego mają wpływ jego zasoby osobiste [3, 7, 4, 1]. Poziom akceptacji choroby oraz poziom własnej skuteczności były zasobami, które analizowano w niniejszej pracy.

Wyniki badań własnych wykazały, że grupa pacjentów z astmą, mimo dość zróżnicowanych wyników, cechowała się wysokim poziomem poczucia własnej skuteczności (32,4). Podobnie wysoki wynik poziomu własnej skuteczności otrzymała Guzińska i wsp. [2]. Mimo, iż badała ona pacjentów z chorobą niedokrwienią serca będących na etapie rekonwalescencji, czyli powrotu do zdrowia. Analizując dane socjodemograficzne nie wykazano, by wpływały one w istotny sposób na poziom własnej skuteczności. Inne wyniki uzyskała w swojej pracy H. Józefowska [5]. Nie badała ona, co prawda, pacjentów z astmą, a przewlekłe chorych na POCHP, jednak przewlekłość i charakter obu jednostek chorobowych pozwala na porównanie wyników badań. W pracy wymienionej autorki odnotowano, iż płeć (poziom wskaźnika dla kobiet = 27, poziom wskaźnika dla mężczyzn = 22,4) i wykształcenie (podstawowe = 20, średnie = 27,2, wyższe = 25,8) wpływają na poziom własnej skuteczności. Podobne do H. Józefowskiej wyniki otrzymali inni badacze, Guzińska K i wsp. [2].

W badanej grupie chorych wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 27,8, czyli stanowił o średnim poziomie akceptacji choroby. Nieco niższy wynik, jednakże mieszczący się w tym samym przedziale, uzyskała w swojej pracy K. Lewandowska. Badała ona zmiany w akceptacji choroby wśród pacjentów z astmą przed i po zastosowaniu psychoterapii. W obu badanych przez Lewandowską podgrupach wynik mieścił się przedziale o średnich wartościach, jednakże wykazała ona istotny statystyczny wpływ psychoterapii na zwiększenie akceptacji choroby [6]. W pracy Józefowskiej odnotowano poziom wskaźnika akceptacji choroby rzędu 20,6 i również mieścił się w przedziale średnim. Odnotowano również zbieżność wśród badanych pacjentów z wyższym wykształceniem. Wyniki pracy własnej wskazują, że średni poziom AIS w grupie z wykształceniem wyższym jest istotnie większy niż w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym i wynosił 34,1. Istotny wynik, uzyskany przez Józefowicz,

wynosił 29,7 i również był wyższy od pozostałych. W pracy w/w autorki porównanie wskaźnika akceptacji choroby i wieku wykazało, iż pacjenci w przedziale wiekowym między 51-60 rokiem życia odznaczali się wyższym poziomem akceptacji. W wynikach własnych odnotowano dość słabą ujemną zależność korelacyjną między wiekiem a AIS. Świadczy to, że wraz z wiekiem poziom AIS nieco maleje.

Rozpatrywany w pracy własnej obszar dotyczący aktywności fizycznej pokazał, że średnia wartość AIS jest istotnie większa w grupie osób, które są zawodowo aktywne i wynosiła 30,6. Być może jest to wynikiem obowiązków, którym pacjenci muszą sprostać.

Wnioski

1. Poczucie własnej skuteczności wśród pacjentów z astmą jest na poziomie wysokim.
2. U chorych na astmę poziom akceptacji choroby przewlekłej jest średnim.
3. Wraz z wiekiem obniżał się poziom akceptacji choroby pacjentów z astmą.
4. Aktywność zawodowa przyczyniała się do lepszej akceptacji choroby.
5. Pacjenci cierpiący na astmę posiadający wyższe wykształcenie charakteryzowali się wyższym wskaźnikiem akceptacji choroby.

Literatura

1. Bishop G.D.: Psychologia Zdrowia. Astrum, Wrocław 2008
2. Guzińska K., Kupc A., Borys B.: Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Via Medica*, Gdańsk 2007; 4:144-152
3. Heszen-Niejodek I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007
4. Heszen-Niejodek I., Życińska J.: Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. SWPS Academica, Warszawa 2008
5. Józefowska H., Majda A.: Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POCHP, *Onkol. Info* 2010; 7, 1: 11-18
6. Lewandowska K. i wsp.: Wpływ psychoterapii na jakość życia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią astmy oskrzelowej – doniesienia wstępne. *Via Medica, Polska Medycyna Paliatywna* 2006; 5, 3:114-119

7. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość, stres a zdrowie. Delfin, Warszawa 2008

Adres do korespondencji:

¹Małgorzata Filanowicz, ¹Ewa Szynkiewicz, ¹Bernadeta Cegła, ²Elżbieta Chrzaniecka,
¹Aneta Dowbór-Dzwonka,

¹Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

tel. służbowy: (052) 585 21 93 wew. 220

e-mail: zpielinter@cm.umk.pl

²Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii i Chorób Wewnętrznych,

Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy

Ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Postrzeganie zawodu przez pielęgniarki i przez społeczeństwo w Polsce

Pielach Justyna¹, Gorzkowicz Bożena²

¹ Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych,

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Wstęp

Przez ostatnie lata pielęgniarstwo w Polsce systematycznie kieruje się ku profesjonalizacji. Z dumą należy obserwować wkład pielęgniarek w transformację, jaka dokonała się zawodzie. Aktualny wizerunek jest odzwierciedleniem tego, co pielęgniarki reprezentują sobą wobec społeczeństwa, samych siebie oraz zawodu. Pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego, który cechuje się konsekwentnym wykorzystaniem wiedzy naukowej. Ponadto jest zawodem świadczonym na rzecz społeczeństwa, a od jego przedstawicieli oczekuje się profesjonalizmu oraz nieskalanego charakteru. Ludzie ufają, że osoby uprawiające zawody zaufania publicznego są odpowiedzialne, uczciwe i kierują się normami etycznymi. Pielęgniarstwo charakteryzuje się autonomią i samodzielnością wśród innych zawodów medycznych. Obraz pielęgniarki ewoluował na całym świecie przez ponad stuletnią historię pielęgniarstwa. Dotychczasowe osiągnięcia są siłą napędową, pozwalającą na dalszy rozwój pielęgniarstwa [1]. Pielęgniarstwo jest zawodem, który od lat walczy o optymalny wizerunek publiczny. Społeczeństwo często postrzega pielęgniarki w sposób stereotypowy, uważając, że nie posiadają one odpowiedniej wiedzy i umiejętności, szczególnie w porównaniu do lekarzy. Często postrzegana jest jako osoba, która pomaga lekarzowi podczas wykonywania zabiegów i leczenia, jest odpowiedzialna jedynie za utrzymanie higieny osobistej chorego oraz podaje zlecone przez lekarza leki. Prawdą jest, iż odpowiedzialność pielęgniarek zmieniła się przez ostatnie dziesięciolecia, gdyż wcześniej odpowiadała ona głównie za zapewnienie opieki i komfortu pacjentowi. Obecnie jest ona osobą reprezentującą sprawy pacjenta, osobą dbającą o jego prawa. Pielęgniarka pełni funkcję edukatora oraz kierownika działań [2].

Do tej pory przeprowadzono wiele badań na temat opinii pacjentów o pielęgniarkach, jednak niewiele jest publikacji mówiących o tym, jak pielęgniarki

postrzegają siebie i swoją pracę. Negatywna ocena zawodu przez społeczeństwo oraz niska samoocena pielęgniarek mogą często wpływać na ich stosunek do wykonywanych zadań zawodowych oraz znacząco obniżać ich jakość [3]. Jakość usług medycznych, także tych świadczonych przez pielęgniarki, jest obecnie obiektem szczególnego zainteresowania osób odpowiadających za kierowanie placówkami medycznymi. Główną przyczyną takiej sytuacji jest wzrastająca świadomość pacjentów co do ich praw. Istotnym celem podnoszenia jakości świadczonych przez pielęgniarki usług jest uzyskanie satysfakcji pacjenta [4,5]. Znaczący udział w podnoszeniu satysfakcji pacjentów z opieki medycznej ma pielęgniarstwo, gdyż poza opieką nad biologiczną płaszczyzną, zajmuje się także sferą psychiczną i duchową [6].

Pielęgniarstwo zawodowe przez lata podlegało intensywnemu rozwojowi, który poprzez zapewnienie pielęgniarkom odpowiedniego wykształcenia, pozwalającego na kompetentne wykonywanie czynności zawodowych, wpływał na podniesienie statusu społeczno-zawodowego pielęgniarek. Dzięki temu awansowało do grona zawodów umysłowych, co wpłynęło na podniesienie rangi społecznej zawodu, od dozorczyń chorych do pozycji inteligencji zawodowej. Zmiany te spowodowały, iż pielęgniarki posiadające wysokie kwalifikacje znalazły się na tym samym poziomie co lekarze dzięki czemu stały się ich kompetentnymi i równoprawnymi partnerami w służbie zdrowia [7]. Jednak nie wszyscy lekarze chcieli uznać pielęgniarki za swoich partnerów w pracy z pacjentem. Uważali oni, że potrzeba utworzenia nowej grupy zawodowej wśród zawodów medycznych jest ogromna, jednak tworzenie szkół pielęgniarstwa i ich program nauczania nie spotykały się z przychylnym stanowiskiem środowiska lekarskiego. Uważano, że w kształceniu pielęgniarek nie potrzebny jest nadmiar treści teoretycznych, a pielęgniarki swoje czynności zawodowe powinny wykonywać pod nadzorem lekarza [8]. W Polsce dopiero w 1935 roku po wprowadzeniu Ustawy o Pielęgniarstwie, pielęgniarki prawnie zyskały status pracownika umysłowego, jednak nie wpłynęło to w znaczący sposób na zmianę pozycji społecznej zawodu. Wszystkie te działania rzutowały jednak na wzrost kwalifikacji merytorycznych większości pielęgniarek [7].

Współcześnie w licznych opracowaniach nie padają już pytania, czy powinno się wprowadzać zmiany w pielęgniarstwie, lecz o to, jak to robić. Przedstawiciele zawodu oraz osoby odpowiedzialne za kierowanie sprawami pielęgniarstwa muszą dopuścić do siebie fakt, iż w zmieniającym się świecie, także ta dziedzina musi podlegać zmianom,

nie pozostając strefą biernych postaw. Zadaniem zawodu jest nadążanie za problemami zdrowotnymi ludzi oraz rozwijającą się techniką w medycynie. Postęp cywilizacyjny, związane z nim zagrożenia zdrowotne oraz problemy moralne i etyczne wymuszają na pielęgniarstwie dokonywanie ciągłych zmian [9]. Aby w pełni wykorzystywać możliwości i potencjał tego zawodu i działać dla dobra pacjentów, pielęgniarki oczekują zmiany stylu zarządzania służbą zdrowia, stworzenia możliwości kształcenia ustawicznego, co wpłynie pozytywnie na ich rozwój zawodowy oraz jakość świadczonej opieki [10].

Postać pielęgniarki i jej wizerunek wykorzystywany jest często w różnego rodzaju kampaniach związanych ze zdrowiem i nie tylko, co świadczy, że jest to zawód ceniony, obdarzony przez społeczeństwo zaufaniem. Pielęgniarki umieszczane były na plakatach, które były częścią kampanii na rzecz zdrowia organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia czy PZH. Postać pielęgniarki często przedstawiana jest jako osoby młodej, niosącej ukojenie i ulgę w cierpieniu. Prócz kampanii medycznych, wizerunek ten był także wykorzystywany do działań politycznych. Przedstawicielki zawodu często znajdowały się na plakatach w gronie lekarzy, przez co zaznacza się ich niewątpliwie znaczącą rolę wśród zawodów medycznych [11].

Opieka zdrowotna w XXI wieku cechuje się wysokim poziomem oczekiwań w odniesieniu do pracowników ochrony zdrowia, a w szczególności w stosunku do pielęgniarek, co bierze się z postrzegania tego zawodu jako wiodącego w realizacji celów i zadań ochrony zdrowia. Istniejące akty prawne odnoszące się do zawodu pielęgniarki jasno określają zakres jej kompetencji oraz przyznają jej niezależność, czyli autonomię [12].

Rozwinięcie

Głównym celem pracy jest poznanie opinii pielęgniarek i społeczeństwa na temat zawodu pielęgniarki, a pośrednio także rozwiązanie następujących problemów badawczych:

- Jaką pozycję zawodową i społeczną zajmują pielęgniarki?
- Jakie cechy pielęgniarki są najbardziej cenione przez społeczeństwo oraz jakie są jego oczekiwania w stosunku do niej?
- Jakie czynniki wpływają na kształtowanie się wizerunku współczesnej pielęgniarki?

- Czy polskie pielęgniarstwo jest profesjonalne i jakie są jego wyznaczniki?

Hipotezy badawcze

- Pozycja zawodowa i społeczna pielęgniarek jest na poziomie średnim zarówno w ocenie pielęgniarek jak i społeczeństwa.
- Wybrane cechy pielęgniarki oraz oczekiwania pacjentów w obu grupach są zbliżone.
- Głównym czynnikiem wpływającym na wizerunek pielęgniarki w obu grupach respondentów jest poziom wykształcenia oraz profesjonalizm.
- W opinii pielęgniarek ich zawód oceniany jest jako profesjonalny, natomiast populacja uważa go tylko za częściowo profesjonalny.

Badania przeprowadzone były na dwóch grupach respondentów w okresie od 01 listopada 2010 roku do 25 lutego 2011 roku. Jedną grupę badanych stanowią pielęgniarki oraz pielęgniarze, natomiast do drugiej grupy należą osoby z różnorodnych grup społecznych, wykonujące różne zawody, którzy byli lub nie kiedykolwiek pod opieką pielęgniarki. Narzędzie badawcze stanowił sondaż diagnostyczny, przeprowadzany na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, stworzonego na potrzeby badań w oparciu o analizę literatury naukowej. Przeprowadzane badania były anonimowe, wśród przypadkowo wybranych osób. W sondażu wykorzystano dwa (nieznacznie różniące się) kwestionariusze ankiety dla pielęgniarek/pielęgniarzy oraz ludzi z różnych grup społecznych.

Tab. 1. Struktura obu badanych grup ze względu na płeć

Płeć	Pielęgniarki	Pacjenci	Pielęgniarki	Pacjenci
	Liczba osób		Udział [%]	
Kobiety	93	55	88,6	52,4
Mężczyźni	12	50	11,4	47,6
Razem	105	105	100,0	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu ankietowym wzięło udział 12 pielęgniarzy, co stanowiło 11,43% ogółu badanych z tej grupy. Większość osób wykonujących ten zawód, które wypełniły ankietę, to kobiety (93 osoby, tj. 88,57%). Również wśród pacjentów objętych analizą kobiety stanowiły większą grupę (55 osób, tj. 52,38%). Mężczyźni wypełnili

50 kwestionariuszy ankiet (47,62%). Na podstawie udzielonych w badaniu ankietowym odpowiedzi dokonano porównania stosunku pielęgniarek i pielęgniarzy do własnego zawodu z tym, jak jest on postrzegany przez pacjentów.

Tab. 2. Ocena pozycji zawodowej pielęgniarki w obu badanych grupach

Pozycja zawodowa	Pielęgniarki	Pacjenci	Pielęgniarki	Pacjenci
	Liczba osób		Udział [%]	
Bardzo wysoka	2	6	1,9	5,7
Wysoka	15	34	14,3	32,4
Średnia	65	56	61,9	53,3
Niska	18	8	17,1	7,6
Bardzo niska	4	0	3,8	0,0
Nie mam zdania	0	1	0,0	0,9
Razem	105	105	100,0	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci wyraźniej niż pielęgniarki oceniali ich pozycję zawodową jako wysoką (odpowiednio 34 i 15 osób, tj. 32,4% oraz 14,3% grupy). Osoby wykonujące ten zawód z kolei częściej niż pacjenci postrzegały swoją pozycję w środowisku medycznym jako średnią (65 osób, tj. 61,9%), a także niską (18 osób, tj. 17,1%). Żaden z pacjentów nie ocenił pozycji pielęgniarki jako bardzo niską, a jeden (0,9%) nie miał w tym zakresie zdania.

Tab. 3. Wyniki testu niezależności między oceną pozycji zawodowej pielęgniarki a przynależnością do badanej grupy

Statystyki: Ocena pozycji(4) x Grupa(2)			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	13,80980	df=3	p=0,00318
Chi² NW	14,19573	df=3	p=0,00265

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, iż występuje statystycznie istotna zależność między oceną pozycji zawodowej pielęgniarki, a tym, z jakiej

perspektywy dokonywana była ta ocena ($p < 0,05$). Uwzględniając wcześniejsze spostrzeżenia, zaobserwowano, iż znacznie lepsza opinia w tym zakresie funkcjonowała wśród pacjentów, niż wśród pielęgniarek.

Tab. 4. Ocena pozycji społecznej pielęgniarki w obu badanych grupach

Pozycja zawodowa	Pielęgniarki	Pacjenci	Pielęgniarki	Pacjenci
	Liczba osób		Udział [%]	
Bardzo wysoka	5	1	4,8	0,9
Wysoka	24	35	22,9	33,3
Średnia	56	61	53,3	58,1
Niska	15	7	14,3	6,7
Bardzo niska	5	0	4,8	0,0
Nie mam zdania	0	1	0,0	0,9
Razem	105	105	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Zarówno wśród pielęgniarek, jak i pacjentów najczęściej pojawiała się opinia, iż osoby wykonujące ten zawód medyczny cechowały się średnią pozycją społeczną (odpowiednio 56 i 61 osób, tj. 53,3% oraz 58,1% grupy). Pacjenci jednak częściej niż pielęgniarki postrzegali wysokie znaczenie tej grupy zawodowej w społeczeństwie (odpowiednio 35 i 24 osoby, tj. 33,3% oraz 22,9%). Wśród pielęgniarek z kolei częściej, niż u pacjentów pojawiał się opinia o niskiej pozycji społecznej tego zawodu (odpowiednio 15 i 7 osób, tj. 14,3% oraz 6,7%).

Tab. 5. Wyniki testu niezależności między oceną pozycji społecznej pielęgniarki a przynależnością do badanej grupy

Statystyki: pozycja społeczna(3) x Grupa(2)			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	4,858313	df=2	p=0,08812
Chi² NW	4,930173	df=2	p=0,08501

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena pozycji społecznej wśród pacjentów i pielęgniarek jest podobna.

Opinie dotyczące czynników kształtujących funkcjonowanie pielęgniarek oraz cech, jakie cenili sobie u nich pacjenci, poddano analizie z wykorzystaniem testu dla dwóch wskaźników struktury. W badaniu poziom istotności wyniósł 0,05.

Tab. 6. Opinie pacjentów i pielęgniarek na temat czynników wpływających na pozycję zawodową i społeczną pielęgniarek

Czynnik	Pielęgniarki	Pacjenci	Pielęgniarki	Pacjenci	Poziom p
	Liczba osób		Udział [%]		
Wynagrodzenie	42	41	40,0	39,1	0,4441
Stanowisko	27	25	25,7	23,8	0,3750
Wykształcenie	68	55	64,8	52,4	0,0350
Doskonalenie zawodowe	36	30	34,3	28,6	0,1865
Profesjonalizm	71	47	67,6	44,8	0,0005
Uznanie	42	39	40,0	37,1	0,3354

Źródło: opracowanie własne.

Pielęgniarki znacznie częściej niż pacjenci uważały, iż na ich pozycję zawodową oraz społeczną wpływa: wykształcenie (odpowiednio 68 i 55 osób, tj. 64,8% oraz 52,4% grupy) oraz profesjonalizm (71 i 47 osób, tj. 67,6% oraz 44,8%).

Pod względem opinii w tym zakresie występowała statystycznie istotna różnica między badanymi grupami ($p < 0,05$).

W przypadku pozostałych czynników, pacjenci i pielęgniarki posiadali podobne poglądy na temat ich wpływu na kształtowanie pozycji zawodowej i społecznej pielęgniarki.

Tab. 7. Opinie pacjentów i pielęgniarek na temat cech cenionych wśród przedstawicieli tego zawodu

Cecha	Pielęgniarki	Pacjenci	Pielęgniarki	Pacjenci	Poziom p
	Liczba osób		Udział [%]		
Staranność	59	73	56,2	69,5	0,0235
Serdeczność	65	60	61,90	57,1	0,2415

Cierpliwość	71	48	67,6	45,7	0,0008
Humanitaryzm	39	31	37,1	29,5	0,1214
Komunikatywność	47	31	44,8	29,5	0,0116
Troskliwość	53	43	50,5	40,9	0,0836
Odpowiedzialność	46	54	43,8	51,4	0,1351
Wiedza	37	30	35,2	28,6	0,1505
Porady	47	24	44,8	22,8	0,0005
Obserwacja	32	29	30,5	27,6	0,3243
Inne	3	0	2,9	0,0	0,0412

Źródło: opracowanie własne.

Chorzy biorący udział w badaniu ankietowym wskazywali znacznie częściej niż pielęgniarki staranność jako cechę, którą cenili u przedstawicieli tego zawodu (odpowiednio 73 i 59 osób, tj. 69,5% oraz 56,2% grupy). Pielęgniarki natomiast istotnie częściej, niż wynikało to z deklaracji pacjentów, uważały, że pacjenci cenili ich: cierpliwość (odpowiednio 71 i 48 osób, tj. 67,6% oraz 45,7%), komunikatywność (47 i 31 osób, tj. 44,8% oraz 29,5%), oraz udzielane porady (47 i 24 osoby, tj. 44,8% oraz 22,9%).

Ponadto wśród personelu pielęgniarskiego pojawiły się 3 osoby twierdzące, że pacjenci zwracają uwagę na inne, niewymienione w kwestionariuszu cechy (na przykład wygląd).

Dyskusja

Zawód pielęgniarki pomimo, iż jest zawodem zaufania publicznego, który cieszy się dużym szacunkiem społecznym, często odbierany jest w sposób stereotypowy, całkowicie odbiegający od współczesnych realiów. Jak wynika z analizy wyników pacjenci znacznie wyżej oceniali pozycję zawodową pielęgniarek niż one same. Odpowiedzi dotyczące pozycji społecznej w obu grupach były podobne i plasowały się na średnim poziomie. Według badań CBOS-u przeprowadzonych w 2009 roku na temat *Prestiżu zawodowego*, pielęgniarki cieszą się szacunkiem ponad 75% Polaków [13]. Według badań przeprowadzonych przez *Buerhaus*, *Desroches* oraz *Dutwin* wynika, iż 70% Amerykanów wysoko ocenia zawód pielęgniarki, natomiast osoby, które wykonują ten zawód oceniły siebie znacznie niżej. Można sądzić więc, że bez względu na miejsce przeprowadzanych badań, pielęgniarki oceniają się znacznie gorzej, niż

ocenia je społeczeństwo [14]. Badania przeprowadzone przez Borkowską-Kalwas i Pączkowską potwierdzają to, iż pielęgniarki nisko cenią swój zawód i czują się niedoceniane [15]. Trudno określić, co może być przyczyną takiego stanu rzeczy, może wynikać to z braku pewności siebie, niewiary we własne możliwości. Pielęgniarki często nie wierzą w swoje umiejętności oraz boją się wykorzystywać kompetencje, gdyż nie czują się równymi partnerami dla lekarzy. Wizerunek współczesnej pielęgniarki determinowany jest przez wiele czynników. Pielęgniarki podobnie jak opinia publiczna najczęściej wskazują poziom wykształcenia jako główny czynnik wpływający na postrzeganie pielęgniarki. Pomimo tego, że w obu grupach była zgodność odpowiedzi pielęgniarki istotnie częściej wskazywały właśnie wykształcenie jako ten główny determinant. Jako kolejne czynniki obie grupy badanych wskazywały profesjonalizm oraz sytuację w ochronie zdrowia. W badaniach publikowanych przez Grabską i Stefańską w inny sposób prezentują się wyniki. Badani wskazują sytuację w ochronie zdrowia jako główny czynnik wpływający na wizerunek pielęgniarki. Na kolejnym miejscu znajdują się specjalizacje jakie posiada pielęgniarka, a dopiero na następnym poziom wykształcenia pielęgniarek [12]. Zakres zadań zawodowych pielęgniarek i ich kompetencje są bardzo szerokie i obejmują każdą sferę życia pacjenta. Po analizie przeprowadzonych badań zauważyć można, iż oczekiwania pacjentów różnią się od opinii pielęgniarek na ten temat. Pielęgniarki uważają, że pacjenci oczekują od nich przede wszystkim wsparcia (62%) oraz odpowiedzi na pytania (60%). Natomiast pacjenci chcieliby przede wszystkim troskliwej opieki (82%). Pielęgniarki także znacznie częściej niż druga grupa respondentów wskazywały, iż oczekują oni obecności na każde żądanie oraz zaspakajania wszystkich potrzeb. W badaniach prezentowanych przez *Wysong* pacjenci najczęściej oczekują od pielęgniarek umiejętności interpersonalnych (96%) oraz krytycznego myślenia (94%), natomiast tylko 59% wskazuje umiejętności techniczne. Można zauważyć, że myślenie amerykańskich pacjentów jest odmienne i skupia się na innych aspektach pracy pielęgniarki, jednak nie można pominąć tego, że wskazują oni także, że oczekują od pielęgniarek opiekuńczości, troskliwości i życzliwości [64].

Wnioski

- Pozycja zawodowa i społeczna pielęgniarek jest na poziomie średnim, jednak pacjenci znacznie wyżej niż pielęgniarki ocenili ich pozycję zawodową.

- Przedstawiciele społeczeństwa znacznie częściej niż pielęgniarki wskazywali staranność jako cechę przez nich cenioną najwyżej. Pielęgniarki częściej uważały zaś, że cenią u nich cierpliwość, komunikatywność oraz udzielanie porad.
- Według przedstawicieli zawodu większy wpływ na wizerunek ma wykształcenie niż wynika to z opinii społeczeństwa.
- Polskie pielęgniarstwo zostało określone przez obie grupy respondentów, jako częściowo profesjonalne, jednak to pacjenci znacznie częściej niż pielęgniarki uznawali je za profesjonalne.

Piśmiennictwo

1. Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J.: Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Konferencja Międzynarodowa. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009, wyd. 1.
2. American Society of Registered Nurses: The Real Public Perception of Nurses. *Journal of Nursing* 2007;12 (1).
3. Takase M., Maude P., Manias E.: Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 42 (3): s.333–343.
4. Leszczyńska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Sobolewski M., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A.: Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(3): s.277-285.
5. Wasilewski T. P.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 3: 81–86.
6. Clarke L.: So what exactly is a nurse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13: s. 388–394.
7. Wrońska I.: Rozwój pielęgniarstwa zawodowego w okresie 20-lecia międzywojennego. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 1993; 56(2): s.181-186.
8. Urbanek B.: Lekarze o zawodzie pielęgniarki sto lat temu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999; 41(7): s.22-23.
9. Buczkowska E.: Pielęgniarki i położne w samoocenie. Sondaż. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 3: s. 4.

10. Pacuszka M.: Rozważania o pielęgniarstwie. Nadzieja w profesjonalizmie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 6: s.5.
11. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Pod. red. Urbanek Bożeny. Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk. Śląski Uniwersytet Medyczny. Warszawa: wyd. Mak-med.; 2008.
12. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (1): s. 8–12.
13. Feliksiak M.: Hierarchia prestiżu zawodów 2009 ([online] [dostęp: 01.02.2011]. Dostępny w Internecie: <http://www.cbos.pl>).
14. Buerhaus P., Desroches C., Dutwin D.: Public perception of nursing careers: the influence of the media and nursing shortages. *The free library by farlex* 2008;11(1): s.143-50.
15. Borkowska-Kalwas T., Pączkowaska M.: Pielęgniarki o problemach swojej pracy. *Antidotum* 1998; 7(5): s.57-60.
16. Wysong P., Driver E.: Patients' Perceptions of Nurses' Skill. *Critical Care Nurse* 2009; 29: s.24-37.

mgr Pielach Justyna¹, dr n. med. Gorzkowicz Bożena²

¹ Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, Polska

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Żołnierska 48, Polska

Adres do korespondencji:

dr n. med. Bożena Gorzkowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego

Pomorski Uniwersytet Medyczny

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

Polska

tel. + 48 91 48 00 974, fax: + 48 91 48 00 984, tel. kom.: + 48 608 49 83 61

e-mail: gorzbo@sci.pam.szczecin.pl

Stan wiedzy polskich pielęgniarek z regionu zachodniopomorskiego na temat wpływu cytostatyków na stan zdrowia personelu medycznego

Prus Joanna¹, Gorzkowicz Bożena²

¹ Klinika Hematologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Streszczenie

Wstęp: Zagadnieniem budzącym wiele kontrowersji jest ryzyko pojawienia się objawów ubocznych u pacjentów po chemioterapii oraz zdrowotne skutki zawodowego kontaktu z lekami przeciwnowotworowymi. Podstawowe drogi narażenia zawodowego na cytostatyki to: przezskórna, wziewna oraz pokarmowa. Leki przeciwnowotworowe stanowią potencjalne zagrożenie zdrowotne obejmujące między innymi wpływ kancerogeny, teratogeny, toksyczny pod postacią uszkodzenia nerek, wątroby i skóry, a także działanie genotoksyczne. W Polsce i na świecie istnieją przepisy i procedury dotyczące postępowania z lekami cytostatycznymi, opracowane zasady higieny pracy, a także zalecenia do badań profilaktycznych narażonych osób, które powinny pomóc w zminimalizowaniu skutków zdrowotnych spowodowanych przez kontakt z cytostatykami.

Cel pracy: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat cytostatyków, postępowania z nimi oraz ich wpływu na stan zdrowia personelu medycznego.

Rozwinięcie: Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający dwie części – metryczkę oraz pytania dotyczące wiedzy pielęgniarek na temat cytostatyków oraz postępowania z tymi lekami. W badaniach uczestniczyło 127 osób pracujących w kontakcie z cytostatykami, zróżnicowanych pod względem wieku, wykształcenia, stażu pracy, miejsca pracy. Wstępne wyliczenia wykonano w arkuszu kalkulacyjnym, natomiast uzyskane wyniki poddano analizie z wykorzystaniem narzędzi statystycznych.

Wnioski: Wiedza personelu medycznego, pracującego w kontakcie z cytostatykami na temat postępowania z tymi lekami jest zadawalająca, jednak nie jest wykorzystywana w praktyce. Wiedza specjalistyczna pozyskiwana jest w zakładach pracy poprzez praktykę oraz szkolenia. Kształcenie przeddyplomowe nie gwarantuje zdobycia

zadowalającego poziomu wiedzy. Osoby, które ukończyły kurs kwalifikacyjny, a szczególnie specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, wykazują znacznie wyższy poziom wiedzy i umiejętności praktycznych. Zadziwiający jest fakt, iż pomimo narzucenia obowiązku przygotowywania cytostatyków na apteki szpitalne, 78% ankietowanych wykonuje te czynności samodzielnie, często w pomieszczeniach nieprzystosowanych do tego rodzaju zadań.

Wstęp

Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę wśród zawodów medycznych. Ich praca obarczona jest dużą odpowiedzialnością wiążąc się bezpośrednio z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego. W pracy zawodowej nierzadko występują sytuacje, w których personel medyczny staje przed dylematem wyboru: narażenia własnego bezpieczeństwa, czy ratowania pacjenta. Narażenie na związki chemiczne stanowi nierozłączną część medycznego środowiska pracy. Od dawna wiadomo o ryzyku pojawienia się potencjalnych objawów ubocznych działania cytostatyków u pacjentów [1, 2, 3]. Licznie wątpliwości budzą zdrowotne skutki zawodowego kontaktu leków przeciwnowotworowych. Aktualnie uważa się, iż leki cytostatyczne stanowią zagrożenie zawodowe przede wszystkim dla personelu pielęgniarstwa, farmaceutów, personelu pomocniczego oraz w mniejszym stopniu personelu lekarskiego [4, 5, 6]. Potencjalną toksyczność leków cytostatycznych zaczęto analizować w latach 70 XX wieku. Ukazały się między innymi badania zespołu pod kierunkiem *Flacka*, które udowodniły wzrost mutagenności moczu u pielęgniarek przygotowujących cytostatyki [7]. Od tamtej pory powstały kolejne publikacje potwierdzające negatywny wpływ leków przeciwnowotworowych na zdrowie personelu medycznego [8, 9]. Liczba osób narażonych na leki cytostatyczne w Polsce nie jest znana, a sama ocena narażenia nie jest łatwa. W polskim ustawodawstwie brakuje normatywów higienicznych dla leków przeciwnowotworowych. Metody analityczne wykrywające daną substancję nie są wystarczająco dokładne, często są drogie i wykonywane za pomocą skomplikowanych technik. W uzyskaniu rzetelnej oceny narażenia przeszkadza także coraz większa liczba leków wykorzystywanych w chemioterapii nowotworów [10]. Wytyczne dotyczące stosowania cytostatyków po raz pierwszy pojawiły się w Polsce w 1987 roku, kiedy opracowano „Doraźne wytyczne Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w sprawie „Bezpieczeństwa i higieny pracy personelu placówek służby zdrowia

stosujących leki cytostatyczne”. Obecnie istniejące uregulowania prawne w zakresie postępowania z lekami cytostatycznymi są zawarte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z roku 1996 i 2000 r. [11, 12].

Rozwinięcie

Celem niniejszej pracy jest ocena wiedzy pielęgniarek na temat cytostatyków, postępowania z nimi oraz ich wpływu na stan zdrowia personelu medycznego.

Sformułowano główny problem badawczy: Czy pielęgniarki pracujące w obecności leków cytostatycznych posiadają wystarczającą wiedzę na ich temat?

Aby osiągnąć cel pracy ujęto problemy szczegółowe w postaci pytań:

1. Jaki jest stan wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie postępowania z lekami cytostatycznymi?
2. Jaką ochronę powinno się stosować podczas kontaktu z chemioterapeutykami, a jaką stosuje się w praktyce?
3. Gdzie pielęgniarki pozyskują wiedzę dotyczącą leków cytostatycznych?
4. Czy podczas nauki zawodu pielęgniarki przygotowywane są do pracy z cytostatykami?
5. Jak kursy specjalistyczne i specjalizacje wpływają na poziom wiedzy w tym zakresie?
6. Czy wykształcenie, staż pracy w zawodzie oraz staż pracy w kontakcie z cytostatykami mają wpływ na posiadaną wiedzę?
7. Co w największym stopniu wpływa na nieprzestrzeganie zasad przez pielęgniarki?
8. W jakim miejscu oraz w jakich warunkach przygotowuje się leki przeciwnowotworowe?

Hipotezy badawcze:

1. Pielęgniarki pracujące w kontakcie z cytostatykami posiadają wystarczającą wiedzę na ich temat, lecz nie wykorzystują jej w praktyce.
2. Pielęgniarki wiedzę pozyskują w zakładach pracy.
3. Podczas nauki zawodu nie przekazuje się studentom wiedzy dotyczącej leków cytostatycznych.
4. Pielęgniarki, które ukończyły specjalizację i kurs specjalistyczny posiadają optymalny zakres wiedzy na temat chemioterapeutyków.

5. Największy wpływ na poziom wiedzy na temat postępowania z cytostatykami ma staż pracy z tymi lekami, natomiast najmniejszy ogólny staż pracy w zawodzie.
6. Zachowania niepożądane wśród pielęgniarek pracujących w obecności cytostatyków warunkują w stopniu największym czynniki ekonomiczne placówki (oszczędność).
7. Leki przeciwnowotworowe zgodnie z ustawą Prawo Farmaceutyczne przygotowywane są w aptekach szpitalnych.

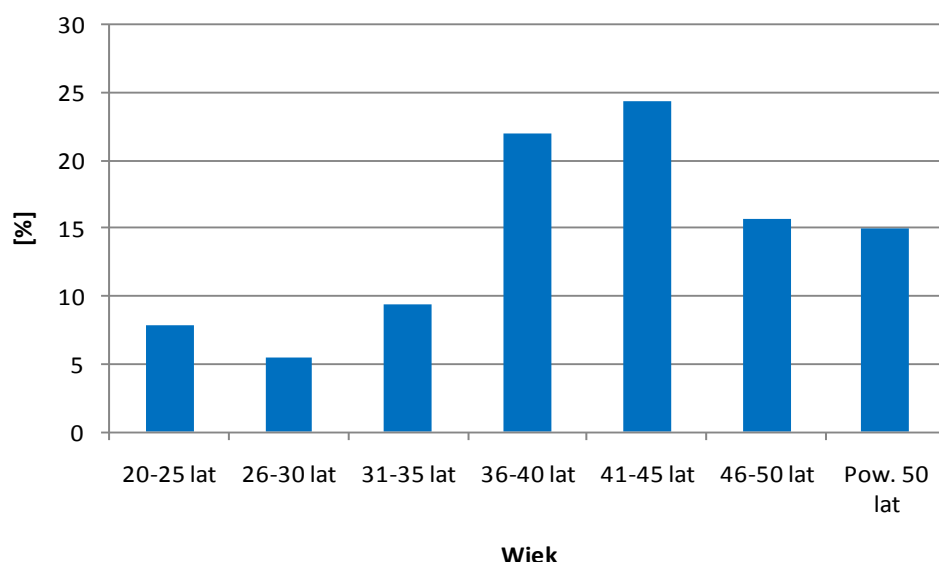
Badania przeprowadzono w grupie 124 pielęgniarek i 3 pielęgniarzy uczestniczących w procesie leczenia chemioterapeutycznego. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Tabela 1. Struktura badanych ze względu na płeć

Płeć	Liczba osób	Udział [%]
Kobiety	124	97,6
Mężczyźni	3	2,4
Razem	127	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując strukturę wiekową respondentów stwierdzono, że najliczniejsze grupy stanowili respondenci w wieku od 41 do 45 lat (31 osób, tj. 24,4% ogółu) oraz osoby w wieku 36-40 lat (28 osoby, tj. 22,1%). Najsłabiej reprezentowane w badaniu były osoby w wieku od 26 do 30 lat (7 respondentów, tj. 5,51%) oraz do 25 roku życia (10 ankietowanych, tj. 7,87%).



Rysunek 1. Struktura wiekowa respondentów. Źródło: Opracowanie własne.

Większość pielęgniarek biorących udział w badaniu ankietowym miała wykształcenie średnie (75 osób, tj. 59% ogółu). Studia wyższe licencjackie ukończyło 29 respondentów (22,8%), a tytuł magistra uzyskały 23 osoby (18,2%).

Tabela 2. Struktura badanego personelu ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	Liczba osób	Udział [%]
Średnie	75	59,0
Licencjat	29	22,8
Magisterskie	23	18,2
Razem	127	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Niemal połowa ankietowanych pielęgniarek wiedzę na temat postępowania z cytostatykami czerpała ze szkoleń realizowanych w zakładzie pracy (61 osób, tj. 48,0%). Głównym źródłem informacji obejmującym najszerszą grupę respondentów okazała się nauka przez praktykę w zakładzie pracy (99 osób, tj. 77,9%). Najrzadziej wymieniano okres kształcenia przeddyplomowego oraz inne formy pozyskania wiedzy między innymi samokształcenie (odpowiednio 18 i 17 osób, tj. 14,2% oraz 13,4%).

Tabela 3. Źródła pozyskiwanej wiedzy na temat postępowania z lekami cytostatycznymi wśród ankietowanych pielęgniarek.

Źródła informacji	Liczba osób	Udział [%]
Podczas kształcenia przeddyplomowego	18	14,2
Kurs specjalizacyjny	29	22,8
Specjalizacja	37	29,1
Szkolenia w zakładzie pracy	61	48,0
Nauka przez praktykę w zakładzie pracy	99	77,9
Inne	17	13,4

Źródło: Opracowanie własne.

Zbadano, czy posiadane przez pielęgniarki kwalifikacje, uzyskane w kształceniu podyplomowym, wpływały na ich poziom wiedzy w tym zakresie.

Tabela 4. Wyniki testu *U Manna-Whitneya* dla wiedzy pielęgniarek na temat cytostatyków z uwzględnieniem posiadanych kwalifikacji.

Test <i>U Manna-Whitneya</i> Względem zmiennej: Kwalifikacje						
Zaznaczone wyniki są istotne z $p < 0,05$						
	Suma rang Tak	Suma rang Nie	Z	poziom p	n ważn. Tak	n ważn. Nie
Wiedza	3736,000	3767,000	3,819000	0,000134	49	73

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych wyników odnotowano statycznie istotne różnice w zakresie wiedzy na temat cytostatyków między pielęgniarkami posiadającymi specjalizację i kurs kwalifikacyjny w tym zakresie a tymi bez tego typu przygotowania ($p < 0,05$).

Tabela 4. Miejsce, w którym przygotowywane są cytostatyki

Miejsce przygotowywania cytostatyków	Liczba osób	Udział [%]
W różnych przypadkowych miejscach	0	0,0

Przy łóżku chorego	0	0,0
W dyżurkach pielęgniarskich	2	1,6
W pokoju zabiegowym	27	21,3
W pomieszczeniu specjalnie przeznaczonym do pracy z cytostatykami	82	64,6
W aptece szpitalnej	49	38,6

Źródło: Opracowanie własne.

Cytostatyki w większości przypadków przygotowywane były w pomieszczeniach specjalnie przeznaczonych do tych celów. Tak twierdziły 82 badane pielęgniarki (64,6%). Według 49 respondentów (38,6%) to apteka szpitalna przygotowywała leki. Nikt z respondentów nie wskazał przypadkowych miejsc oraz łóżka chorego, jako miejsca przygotowania leków cytostatycznych.

Dyskusja

Świadomość pielęgniarek w zakresie szkodliwego wpływu substancji chemicznych na stan zdrowia personelu medycznego jest dość wysoka, żaden z respondentów uczestniczących w badaniu nie twierdził, że cytostatyki nie są szkodliwe. Osoby uważające tą grupę leków za szkodliwe stanowią 78%, natomiast 17% jest zdania, iż stosując środki ochronne można w pełni uniknąć działania szkodliwego. Stosowanie osobistych środków ochronnych jest podstawą podczas kontaktu z lekami cytostatycznymi, 88% respondentów jest świadoma tego, iż na pełną ochronę składają się: rękawiczki, maska, fartuch, okulary i czepek, ale tylko połowa z tej grupy wykorzystuje swą wiedzę w praktyce. Porównując powyższe wyniki z wynikami badań przeprowadzonych w 2004 przez B. Bilskiego [13] stwierdzono, że obecnie kompletną ochronę stosuje połowa pielęgniarek (o 20% więcej niż w 2004 roku). Zwiększyła się niestety liczba osób stosujących minimalną ochronę czyli: rękawiczki, fartuch i maskę, zaś jedynie rękawiczki i maskę lub tylko rękawiczki używa co 8 ankietowana osoba. Powyższe wyniki świadczą o wzroście wiedzy pielęgniarek, natomiast z drugiej strony o zaniedbywaniu podstawowych zaleceń. Według respondentów najczęstszą przyczyną pomijania ochrony jest pośpiech, zbyt dużo obowiązków oraz zbyt mała liczba pracowników. Odzwierciedla to obecną sytuację ekonomiczną ochrony zdrowia. Placówki zatrudniają minimalną, niedostateczną liczbę pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów z powodu złej sytuacji finansowej. Brak norm zatrudnienia

proceeds to an increase in the scope of obligations, intensification of work, and also overloading of nurses. According to the Pharmaceutical Law of 2001, hospital pharmacies have taken over the obligation of preparing cytostatic drugs, a task they perform on the basis of prescriptions issued by an oncologist. In pharmacies across Poland, many Central Pharmacies for Cytostatics (e.g., in Gdańsk, Kraków, Gdynia, Poznań, Bydgoszcz and Szczecin) are still being established. Walczuk proved that the staff preparing cytostatics optimizes the economic management of the oncological drug, but their main task is nevertheless the protection of the staff from the harmful effects of cytotoxic drugs [14]. Surprisingly, it is that, despite the existence of laws, sufficient knowledge of the staff and pharmacy nurses still prepare cytostatic drugs, endangering their health. The current program of pre-diploma education in nursing at the Pomeranian Medical University in Szczecin and in many universities in Poland does not cover issues related to the management of cytostatic drugs. Only second-degree studies provide the opportunity to acquire such knowledge, which concerns not only the management of the patient during chemotherapy, but also the problems related to the medical staff. Only one-tenth of the surveyed person considers that the education program contains content related to the management of cytostatics. Similar studies were conducted by Bilski, from which it also results that the education program in this area is not adapted [13]. It is possible to state that a person undertaking work in contact with chemotherapeutic drugs, especially directly after completing their education, is not aware of the risks that they may create cytostatics.

According to the respondents, the most common source of knowledge on the management of cytostatics is learning through practice in the workplace (78%) and training in the workplace (48%). Identical results were obtained by Bilski in studies from 2004 [13]. This indicates a lack of progress in the direction of increasing the qualifications of nursing staff. Not always the knowledge acquired from the staff working in a given workplace is correct and complete. The best way to acquire competent knowledge is the completion of oncological specialization and qualification course, which is confirmed by the results of the conducted studies. It is necessary to raise the awareness of nursing staff that post-diploma education is important. Currently, the education does not provide the opportunity to acquire knowledge about the preparation,

podawaniu i wpływie leków cytostatycznych na stan zdrowia personelu medycznego, a specjalizacje i kursy to zapewniają.

Wnioski

1. Wiedza personelu pracującego w kontakcie z chemioterapeutykami jest zadowalająca, często nie jest wykorzystywana w praktyce.
2. Najczęstszym źródłem pozyskiwania wiedzy na temat postępowania z cytostatykami jest nauka poprzez praktykę oraz szkolenia w zakładzie pracy.
3. Kształcenie przeddyplomowe nie dostarcza wiedzy i nie przygotowuje personelu pielęgniarskiego do pracy z cytostatykami.
4. Pielęgniarki, które ukończyły kurs specjalistyczny i/lub specjalizację onkologiczną, wykazują zadowalający poziom wiedzy w zakresie pracy z cytostatykami.
5. Główną sugerowaną przyczyną niepożądanych zachowań wśród pielęgniarek są braki kadrowe.
6. Pomimo ustawowego przejęcia obowiązku przygotowania leków przez apteki szpitalne znaczna liczba pielęgniarek przygotowuje je na oddziałach.

Postulaty:

1. Włączenie elementów postępowania z cytostatykami do kształcenia przeddyplomowego.
2. Wprowadzenia nadzoru nad prawidłowością procesu przygotowania cytostatyków.
3. Poprawa poziomu zatrudnienia personelu medycznego – stworzenie standardów obsad pielęgniarskich na oddziałach onkologicznych.

Piśmiennictwo

1. Akoun G., Milleron B., Mayaud C.: Pulmonary changes caused by cytostatic drugs. *Ann. Med. Interne (Paris)* 1985; 136(8): 671-676.
2. Barycki J., Kaczmarek-Borowska B., Ładna E.: Neurotoksyczność leczenia cytostatykami – przegląd piśmiennictwa. *Onkologia Polska* 2004; 7(1): 47-53.
3. Łyskawa W.: Chemioterapia w leczeniu choroby nowotworowej i jej neurotoksyczność. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2009; 3(1): 80-87.
4. Connor T.H., McDiarmid M.A.: Preventing occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings. *CA Cancer J Clin* 2006; (56): 354-365.
5. Czekirda M., Ślusarska B., Zarzycka D.: Etyczny aspekt podawania leków cytostatycznych. *Psychoonkologia* 2001; 9: 23-28.

6. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Ostapowicz-Vandame K.: Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 353-357.
7. Falck K., Norppa H., Sorsa M., Vainio H.: Monitoring genotoxicity in the occupational environment. *Scand Journal Work Environ Health* 1981; 7(4): 61-65.
8. Arranto A.J., Lehtola J., Pelkonen R.O., Sotanemi E.A., Sotanemi K.A., Sutinen S.: Liver damage in nurses handling cytostatic agents. *Acta Med Scand.* 1983; 214(3): 181-189.
9. Carnesoltas D., Duharte A.B., Odio A.D.: Efectos citogenéticos por exposicion ocupacional a citostaticos. *Revista Medica del IMSS* 2004; 42(6): 487-492.
10. Pałczyński C., Walusiak-Skorupa J., Wągrowaska-Koski E.: Cytostatyki. Narażenie zawodowe. Skutki zdrowotne. Profilaktyka. Orzecznictwo. 2009; Wyd. 3. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. z 1996 r. nr 80, poz. 376.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2000 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. 2000 r. nr 79, poz. 897.
13. Bilski B.: Postępowanie personelu pielęgniarskiego z lekami cytostatycznymi – wstępne wyniki badań. *Medycyna Pracy* 2004; 55 (3): 243-247.
14. Walczuk W.: Oszczędności w szpitalu. Pracownia przygotowywania leków cytostatycznych. Czy to się opłaca? *Farmacja Polska* 2010. 66(2): 83-86.

mgr Prus Joanna¹, dr n. med. Gorzkowicz Bożena²

¹ Klinika Hematologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, Polska

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Żołnierska 48, Polska

Adres do korespondencji:

dr n. med. Bożena Gorzkowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego
Pomorski Uniwersytet Medyczny
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Polska
tel. + 48 91 48 00 974, fax: + 48 91 48 00 984,
tel. kom.: + 48 608 49 83 61
e-mail: gorzbo@sci.pam.szczecin.pl

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi chorych na nadciśnienie tętnicze: styl życia. Część I.

Małgorzata Pasek, Małgorzata Kosiorowska

*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Instytut Ochrony Zdrowia, Kierunek
Pielęgniarstwo*

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób i jednocześnie jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy i związanych z nią chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak udar mózgu czy choroba wieńcowa [1]. Z uwagi na groźące skutki (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu) i dużą śmiertelność spowodowaną chorobami układu krążenia (czołowe miejsce w statystyce zgonów) jest to poważny problem społeczny [2]. Bezobjawowy przebieg i niebezpieczne dla życia następstwa są przyczynami, dla których nadciśnienie tętnicze jest nazywane „cichym zabójcą”. Obecnie wiadomo, że skuteczne obniżenie podwyższonego ciśnienia krwi zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju powikłań i przedwczesnego zgonu. Zmiany, jakie chory powinien wprowadzić w życiu, są równie ważne, jak przyjmowanie leków. U części pacjentów zmniejszenie zbyt dużej masy ciała lub ograniczenie podaży soli w diecie może być wystarczającym środkiem leczniczym. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą. Dlatego łatwiej dostosować się do zaleceń, jeżeli lepiej rozumie się istotę choroby, jej przebieg, zagrożenia oraz cele leczenia, znaczenie stosowanych leków i możliwe objawy niepożądane związane z leczeniem.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, szczególnie w zakresie stylu życia, między innymi diety, aktywności fizycznej i radzenia sobie ze stresem.

Metody badawcze

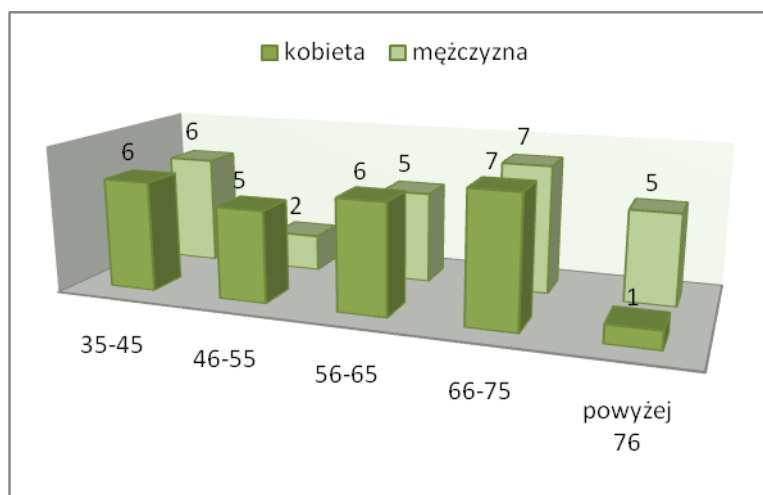
Do realizacji celu badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą był autorski kwestionariusz ankiety. Dla zapewnienia prywatności pacjentów

ankieta była anonimowa, a udział był dobrowolny. Pacjenci zostali poinformowani o celu badania oraz sposobie wypełniania ankiety.

Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mielcu, u których zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze. W badaniach wzięło udział 50 ankietowanych – 25 kobiet i 25 mężczyzn w wieku 35 do powyżej 76 lat (wykres 1).

Wykres 1. Wiek badanych w zależności od płci



Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 66-75 lat – 14 osób, 35-45 lat – 12 osób, 56-65 lat – 11.

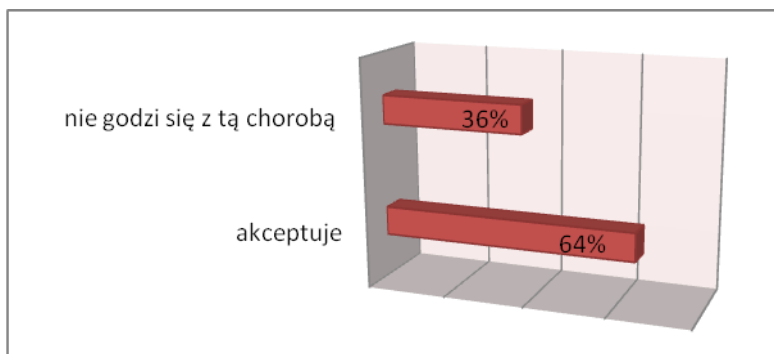
Miejscem zamieszkania dla większości badanych (66%) było miasto (kobiet – 9, mężczyzn – 8), a dla 34% (kobiet – 16, mężczyzn – 17) wieś. 44% respondentów było w związku małżeńskim, 30% było wdowami/wdowcami, stanu wolnego – 8%, 12% stanowiły osoby po rozwodzie, a 6% było w separacji. Aż 40% badanych deklarowało wykształcenie średnie, 32% – zawodowe, 22% – wyższe, a 6% – podstawowe. Dla 54% respondentów źródłem utrzymania była praca zawodowa, 28% – emerytura, 12% – renta, a 6% otrzymywało zasiłek dla bezrobotnych.

Wyniki badań

Choroba, szczególnie przewlekła, wymaga zmiany dotychczasowego trybu życia, codziennego funkcjonowania, w celu zbudowania nowej jakości życia. Zmiana ta najczęściej wymaga codziennej konsekwentnej dyscypliny przez chorego oraz umiejętności radzenia sobie z trudnościami i problemami.

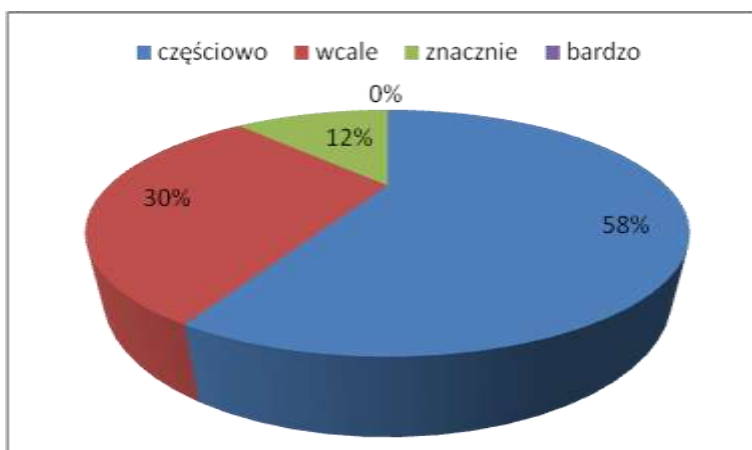
Życie z nadciśnieniem tętniczym akceptowało 64% badanych, a 36% nie pogodziło się z tą chorobą (wykres 2).

Wykres 2. Akceptacja nadciśnieniem tętniczym w opinii badanych.



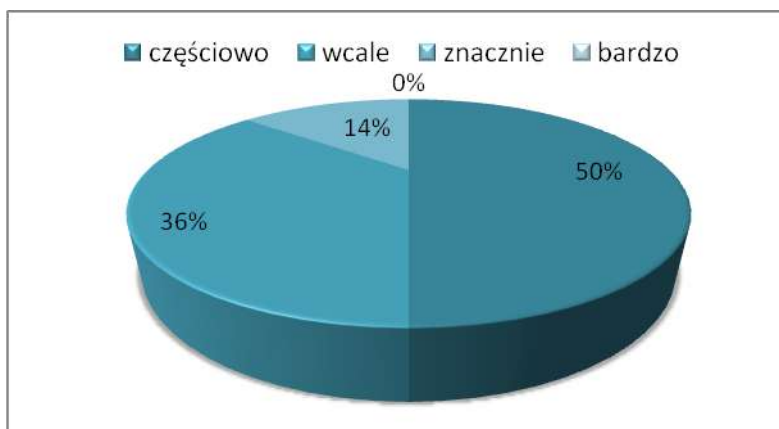
Nadciśnienie tętnicze spowodowało ograniczenie aktywności społecznej aż u 70% (12% – znacznie, 58% – częściowo) badanych. Nikt z respondentów nie stwierdził, że choroba „bardzo” ograniczyła jego aktywność społeczną (wykres 3).

Wykres 3. Ograniczenie aktywności społecznej przez nadciśnienie tętnicze w opinii badanych



Nadciśnienie tętnicze w opinii 64% badanych (14% – znacznie, 50% – trochę) ograniczało aktywność zawodową, a 36% osób stwierdziło, że choroba nie ograniczała ich w żaden sposób (wykres 4).

Wykres 4. Ograniczenie aktywności zawodowej przez nadciśnienie tętnicze w opinii badanych



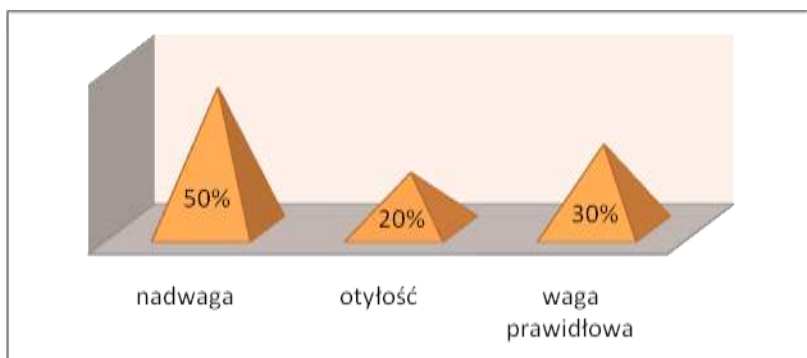
Badania wykazały, że po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego, stylu życia nie zmieniło tylko 33% badanych, a większą aktywność fizyczną deklarowało 37% respondentów (wykres 5).

Wykres 5. Wpływ nadciśnienia tętniczego na zmianę stylu życia badanych



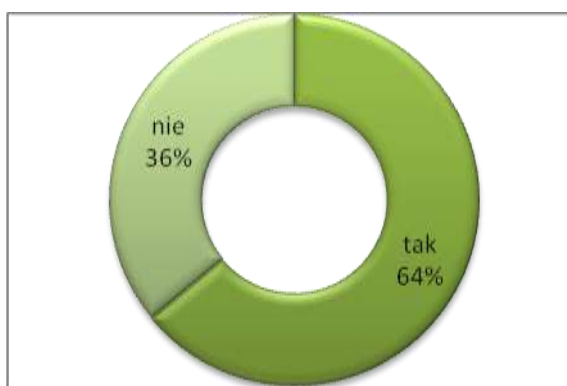
Głównymi elementami zdrowego stylu życia są między innymi: dieta, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem. Wyniki badań przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 6. Masa ciała respondentów



Wśród ankietowanych 50% osób miało nadwagę, 20% otyłość, 30% – wagę prawidłową. Obiektywne pomiary potwierdza częściowo opinia badanych na ten temat: ponad połowa ankietowanych (54%) uważało, że ma nadwagę, 32% stwierdziło, że waży prawidłowo, 2% miało niedowagę, a 12% nie zastanawiała się nad tym. Ważnym elementem zdrowego stylu życia jest unikanie bądź ograniczenie stosowania używek.

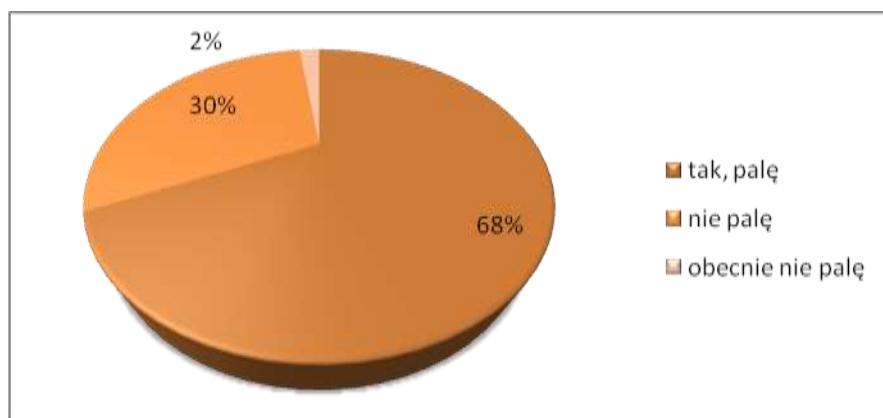
Wykres 7. Spożycie alkoholu w opinii ankietowanych



Wśród ankietowanych aż 64% stwierdziło, że spożywa alkohol. W większości przyznawali się do okazjonalnego spożycia alkoholu (60%), 18% – piło jeden raz

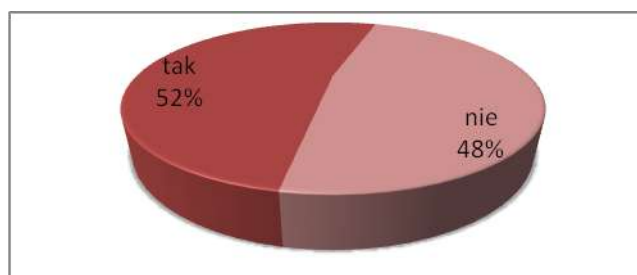
w tygodniu, 18% – kilka razy w tygodniu, 4% – codziennie. Tylko 36% ankietowanych twierdziło, że nie spożywała alkoholu.

Wykres 8. Palenie papierosów przez badanych



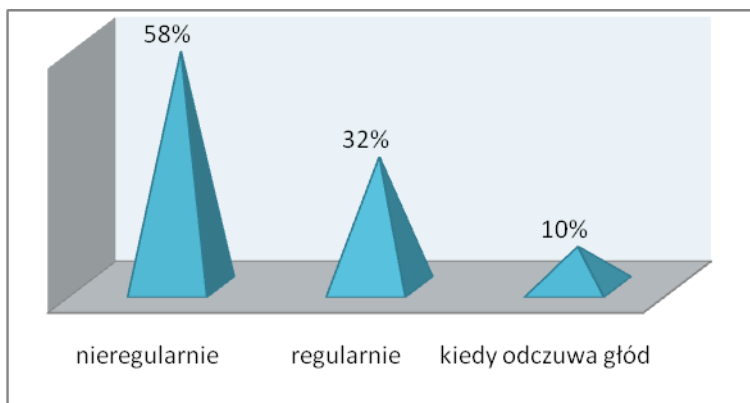
W badanej grupie aż 68% osób paliło papierosy, tylko 2% rzuciło palenie. Pozostali badani deklarowali, że nie paliło papierosów.

Wykres 9. Picie kawy przez badanych



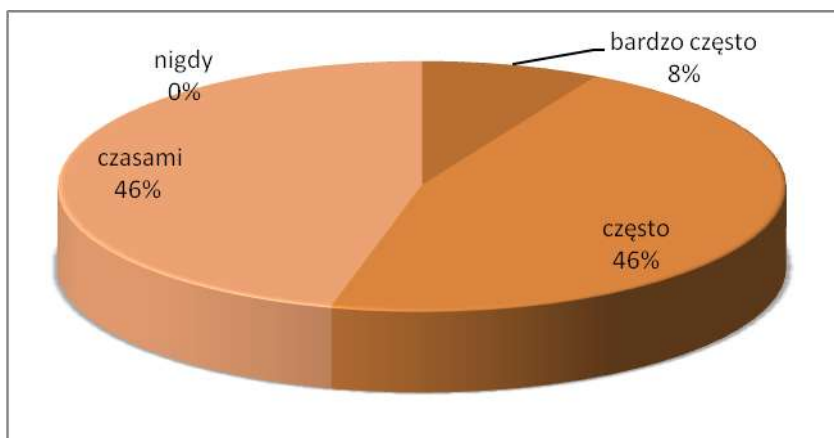
Ponad połowa ankietowanych (52%) piła kawę, natomiast 48% badanych nie wykazywała zainteresowania tą używką. Spośród pijących kawę, 58% wypijało kilka filiżanek dziennie, 32% piło jedną kawę dziennie, a 10% kilka razy w tygodniu.

Wykres 10. Częstotliwość spożycia posiłków w badanej grupie



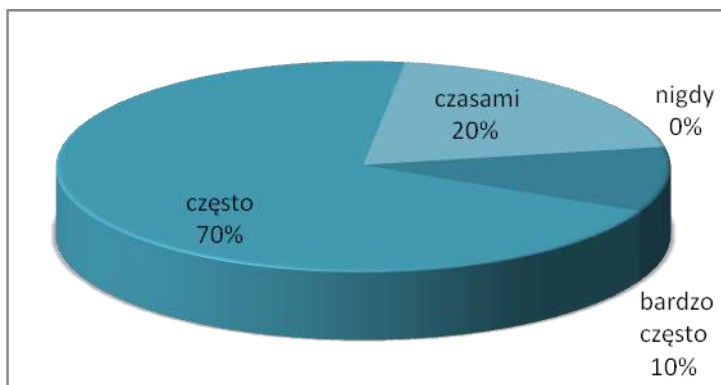
Z badań wynika, że ponad połowa 68% badanych spożywała posiłki nieregularnie (58% – nieregularnie, 10% – kiedy odczuwa głód) i tylko 32% osób regularnie spożywało posiłki. Z badań wynika, że 42% osób ankietowanych przyjmowała posiłki się 3 razy dziennie, natomiast aż u 58% osób ilość posiłków była większa (32% – 4 posiłki dziennie, 26% – 5 i więcej posiłków w ciągu dnia).

Wykres 11. Używanie soli w posiłkach w badanej grupie



Badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych (54%) w posiłkach często używała soli (bardzo często – 8%, często – 46%).

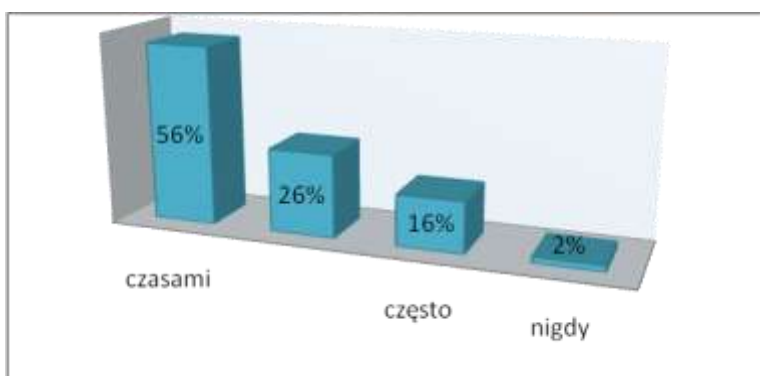
Wykres 12. Spożycie potraw ciężkostrawnych przez ankietowanych



W badanej grupie aż 80% osób spożywało potrawy ciężkostrawne (10% – bardzo często, 70% – często), a 20% respondentów wskazała, że czasami spożywała potrawy smażone i tłuste.

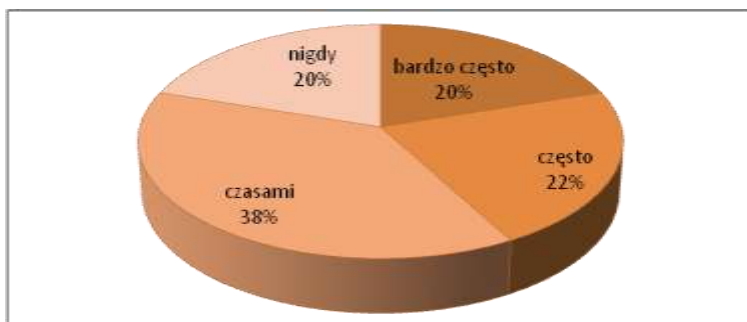
W przeprowadzonych badaniach ponad połowa ankietowanych (52%) nie uważała swojej pracy za stresującą, natomiast 48% zauważało sytuacje stresowe w pracy.

Wykres 13. Częstość występowanie sytuacji stresowych w środowisku ankietowanych



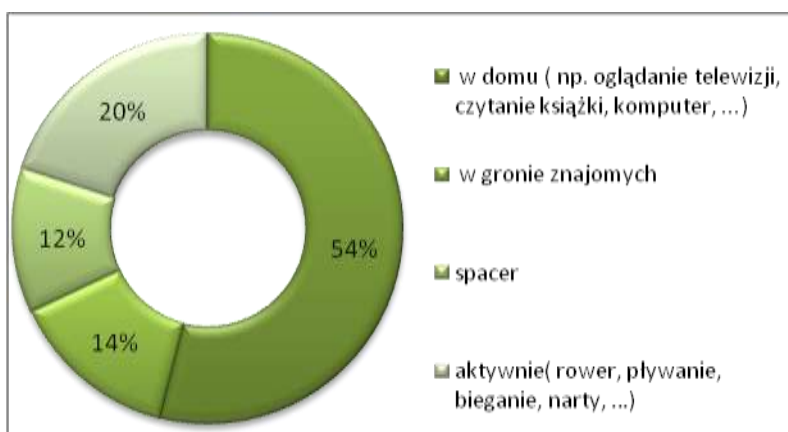
98% ankietowanych uczestniczyło w sytuacjach stresowych (bardzo często – 26%, często – 16%, czasami – 56%) i tylko 2% osób nigdy nie uczestniczyło w takich sytuacjach.

Wykres 14. Występowanie wzmożonego łaknienia związanego ze stresem respondentów



Blisko połowie ankietowanych (42%) osób towarzyszyło wzmożone łaknienie w związku ze stresem (bardzo często 20%, często 22%).

Wykres 15. Spędzanie wolnego czasu przez ankietowanych



Aktywne spędzanie czasu deklarowało tylko 20% badanych, spacer 12%. Natomiast 68% ankietowanych spędzało wolny czas w gronie znajomych (14%) i w domu (54%).

Omówienie wyników badań i dyskusja

Według WHO (World Health Organization) stan zdrowia aż w 75% zależny jest od wiedzy i postępowania zdrowotnego, a wyższy poziom wiedzy może się przyczynić do większej integracji chorego ze społeczeństwem oraz może mieć wpływ na podniesienie jakości życia [3]. Przemiany we współczesnym systemie ochrony zdrowia są przyczyną przesunięcia ról zawodowych pielęgniarki na rzecz promocji zdrowia. W związku z tym, rolą pielęgniarki w edukacji pacjenta z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym jest przygotowanie chorych do sprawowania samoopieki i samokontroli w trzech dziedzinach: poznawczej – dostarczenie wiedzy na temat swojej choroby, ewentualnych objawów, zdrowego stylu życia, psychomotorycznej –

ukształtowanie umiejętności ważnych dla radzenia sobie w chorobie, takich jak mierzenie ciśnienia, przyjmowanie leków hipotensyjnych oraz afektywnej – pomoc w ukształtowaniu postawy prozdrowotnej i samoopiekuńczej, np. dotyczącej stylu życia, pacjent ma nawyk codziennego pomiaru ciśnienia, jest pozytywnie nastawiony do systematycznych wizyt u lekarza itp.

W badaniach przeprowadzonych w kwietniu w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mielcu wśród pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze blisko połowa (40%) leczyła się na nadciśnienie tętnicze od 6-10 lat, powyżej 10 lat – 12% pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 66-75 lat – 14 osób, ponad połowa (66%) była mieszkańcami miasta. Największe grupy tworzyli pacjenci z wykształceniem średnim (40%) i zawodowym (32%). Jako źródło utrzymania (54%) ankietowani wskazali pracę zawodową, 28% było na emeryturze, a 12% na rencie. Badani podali swój wzrost i masę ciała. Okazało się, że wśród ankietowanych 50% pacjentów ma nadwagę, 20% ma otyłość, a tylko 30% badanych ma wagę prawidłową.

W badaniu NATPOL III PLUS wykazano, że nadwagę lub otyłość stwierdza się u 16 milionów dorosłych Polaków. Nadwagę stwierdza się u co trzeciego dorosłego Polaka, otyłość dotyczy zaś blisko 25% naszej populacji. Szacuje się, że aż 80% przypadków nadciśnienia tętniczego w naszym kraju ma związek ze wzrostem masy ciała [4]. Zwiększenie świadomości związku ze spadkiem wartości ciśnienia, jest szczególnie istotne w świetle miejsca redukcji nadwagi wśród nefarmakologicznych metod terapii nadciśnienia.

Niewątpliwie częstym problemem w trakcie terapii nadciśnienia tętniczego, jest nadużywanie alkoholu przez pacjentów, będące jedną z najczęstszych przyczyn opornego nadciśnienia [5]. Przy współistniejącym nadciśnieniu tętniczym należy zalecić chorym ograniczenie lub zaprzestanie spożycia alkoholu. Po zaprzestaniu spożycia alkoholu, zwłaszcza u młodych mężczyzn, ciśnienie wraca do normy, a odchudzanie staje się łatwiejsze [6]. Wśród ankietowanych 64% przyznało się do spożywania alkoholu, natomiast 36% twierdziło, że nie pije alkoholu. Blisko połowa ankietowanych (42%) spożywało 3 posiłki dziennie. Szczególnie niepokojąca jest opinia odnośnie potraw słonych, bowiem większość spożywała takie posiłki oraz potraw tłustych i smażonych, które wyliczyło 70% ankietowanych. Znaczna część pacjentów piła kawę (52%), spośród pijących aż 38% wypijała kilka filiżanek dziennie. Zdecydowana większość pacjentów (68%) paliła papierosy.

Większość ankietowanych osób cierpiała na nadwagę bądź otyłość. Przyczyną tego stanu mogą być niewłaściwe nawyki żywieniowe i niska aktywność fizyczna [7]. W badaniach własnych, dieta badanych zawierała dużo tłuszczów, węglowodanów, a małą ilość owoców i warzyw. Większość badanych lubiła słone potrawy. Aktywność fizyczna chorych ograniczała się w większości jedynie do spacerów (12%), tylko 20% spędzało aktywnie wolny czas.

Wnioski

Badania wykazały braki w zakresie przestrzegania prawidłowych zachowań zdrowotnych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, przy czym zachowania zdrowotne mężczyzn budziły więcej zastrzeżeń niż kobiet. Niewielka aktywność fizyczna (nie uprawianie sportu i brak ruchu), nadmierne obciążenie, stresująca praca, niewłaściwa dieta, nadwaga i otyłość, nadmierne stosowanie używek, to główne czynniki uniemożliwiające prowadzenie zdrowego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze – poradnik dla lekarza praktyka, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, s. 2-5
2. Moćko K., Niespodziewany L.: Postępy w kardiologii, Medycyna Praktyczna, Kraków 2007/2008, s. 33-37
3. Zielinska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych cz. I, Pielęgniarstwo XXI wieku nr 4 / 2006, s.118-12
4. Miastowska K., Krajewska-Kułak E.: Problemy z zakresu edukacji zdrowotnej wśród pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową, Pielęgniarstwo XXI wieku nr 1-2 / 2006, s.91-98
5. Pająk A.: Nadciśnienie tętnicze, Dlaczego zapadamy na choroby serca i naczyń, Rada Redakcyjna Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Kraków 2006, s.13-18
6. Sawicki P., Szczęch R., Krupa-Wojciechowska B.: Jak radzić sobie z nadciśnieniem tętniczym?, MaKMed, Gdańsk 2000, s.5-13
7. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie tętnicze, VIA MEDICA, Gdańsk 2003, s.176-183

Małgorzata Pasek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Adres do korespondencji:

Ul. Ruczaj 17/16

31-115 Kraków

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi chorych na nadciśnienie tętnicze: samoopieka i samoleczenie. Część II.

Małgorzata Pasek, Małgorzata Kosiorowska

*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Instytut Ochrony Zdrowia,
Kierunek Pielęgniarstwo*

Cel badań

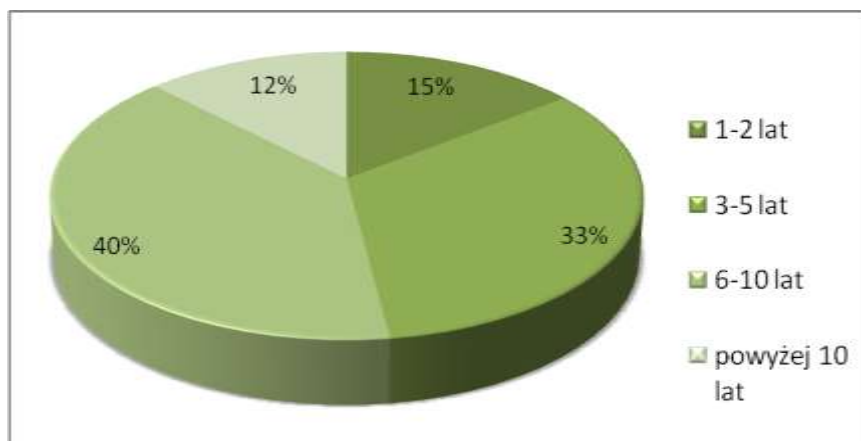
Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, a szczególnie wiedzy i umiejętności sprawowania samokontroli i samoopieki.

Materiał i metody badawcze

Szczegółową charakterystykę materiału badawczego i metod przedstawiono w pracy *Badania nad zachowaniami zdrowotnymi chorych na nadciśnienie tętnicze: styl życia. Część I*.

Grupa badawcza była zróżnicowana pod kątem okresu leczenia z powodu nadciśnienia tętniczego. Blisko połowa (40%) ankietowanych leczyła się na nadciśnienie tętnicze od 6-10 lat, powyżej 10 lat – 12% , 33% – 3 do 5 lat, a od 1 do 2 lat 15% ankietowanych (wykres 1).

Wykres 1. Okres leczenia nadciśnienia tętniczego w badanej grupie



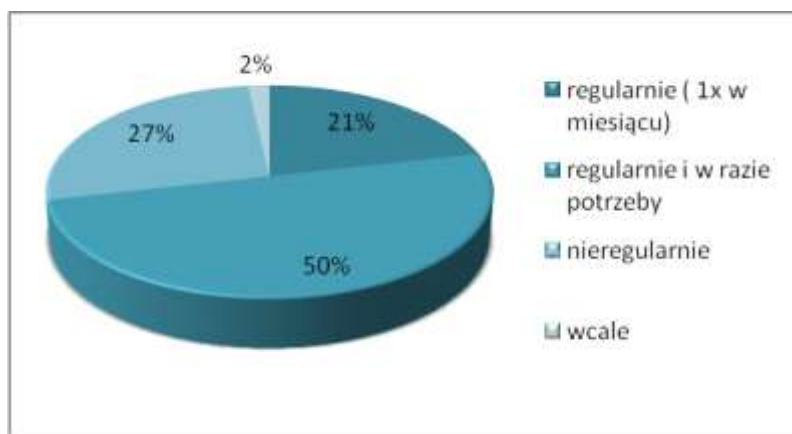
Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego u respondentów nastąpiło w wyniku diagnozy złego samopoczucia (33%), natomiast przypadkowe rozpoznanie nastąpiło u 25% osób. U 23% badanych rozpoznano chorobę podczas rutynowej kontroli u lekarza, a u 19% w czasie pobytu w szpitalu.

Wyniki badań

Podstawowym elementem samoopieki u osób z nadciśnieniem tętniczym są regularne wizyty u lekarza internisty oraz przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

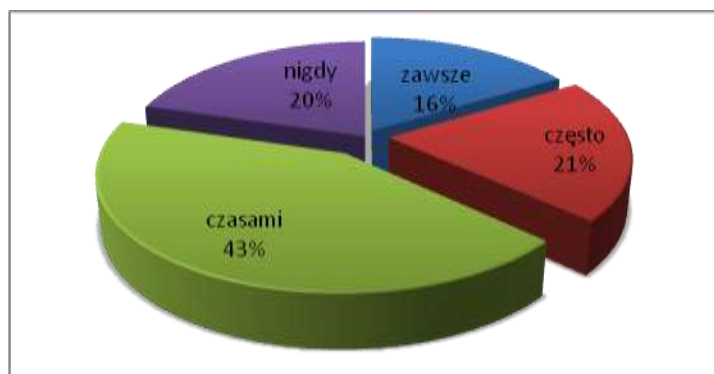
Badania wykazały, że połowa ankietowanych korzystała z wizyt u lekarza rodzinnego regularnie i w razie potrzeby, 21% badanych chodziło na wizyty regularnie – 1 raz w miesiącu (wykres 2).

Wykres 2. Uczestniczenie badanych w zalecanych wizytach u lekarza



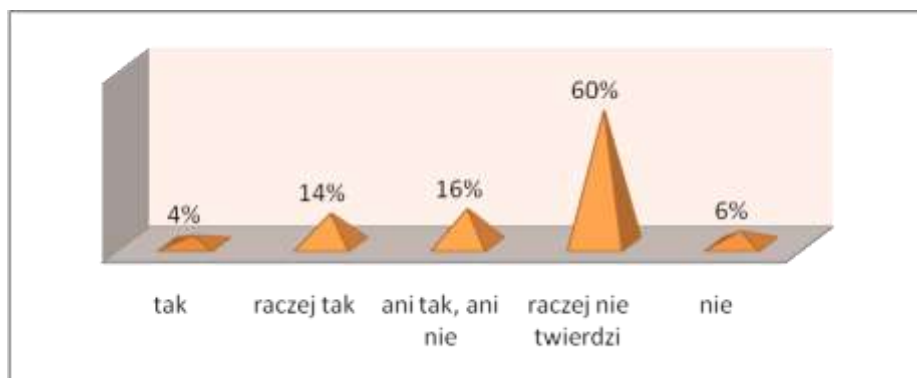
Tylko 16% respondentów zawsze przestrzegało zaleceń lekarskich związanych z leczeniem nadciśnienia tętniczego. Aż 20% badanych deklarowało, że nigdy nie stosowała się do zaleceń (wykres 3).

Wykres 3. Przestrzeganie zaleceń lekarskich przez badaną grupę



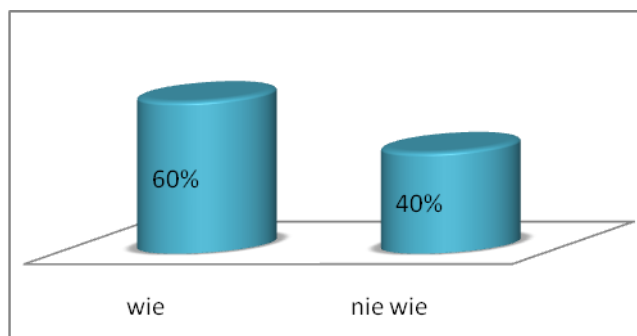
Do realizacji prawidłowych zaleceń w zakresie samoopieki i samoleczenia istotna jest zarówno wiedza i umiejętności pacjenta jak i posiadane przez niego możliwości.

Wykres 4. Zasób wiadomości dotyczący nadciśnienia tętniczego krwi u badanych



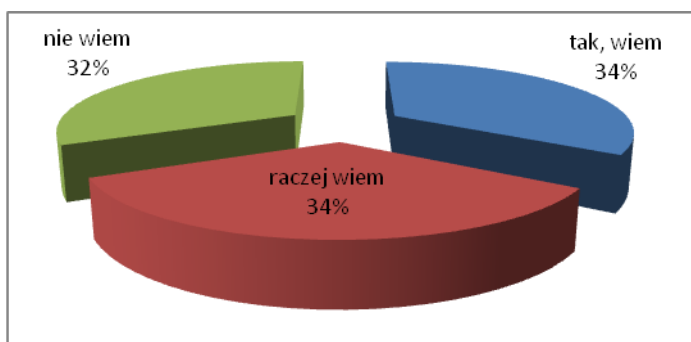
Tylko 18% badanych uważało, że ma wystarczający zasób wiadomości dotyczący nadciśnienia tętniczego (tak – 4%, raczej tak – 14%). Natomiast aż 66% ankietowanych twierdziła, że nie i raczej nie ma wystarczającego zasobu wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego. Jednocześnie tylko połowa ankietowanych miała potrzebę poszerzenia wiedzy na temat życia z nadciśnieniem tętniczym, pozostali badani nie deklarowali takiej chęci.

Wykres 5. Wiedza badanych na temat prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi



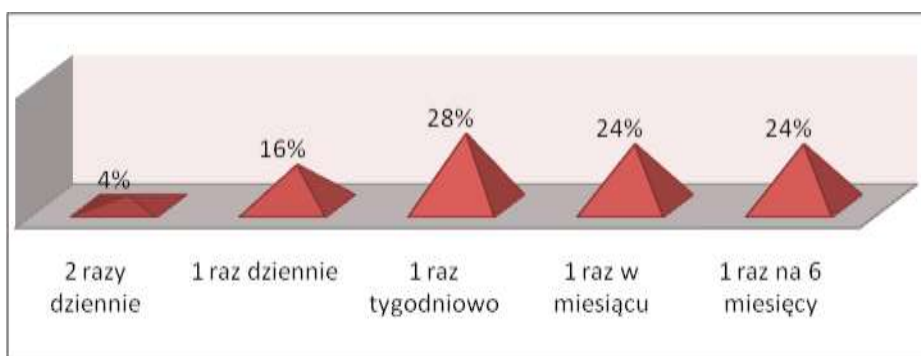
Tylko 60% ankietowanych znała wysokość prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi (poniżej 140/90 mm Hg).

Wykres 6. Znajomość zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi wśród ankietowanych



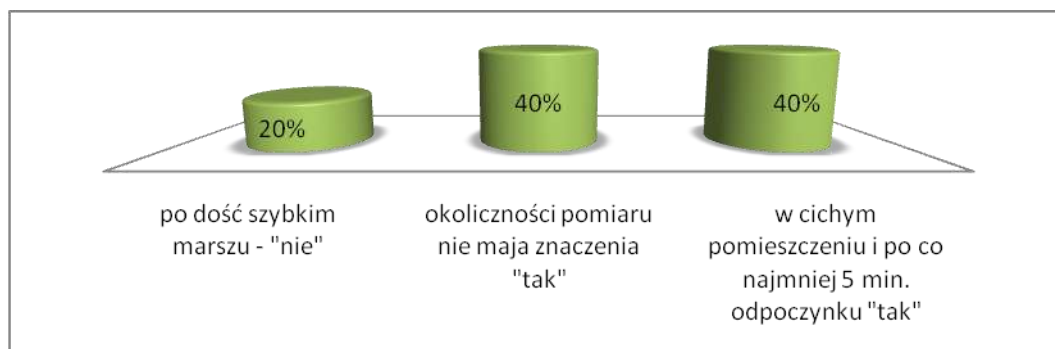
Badania wskazały, że 68% respondentów potrafi prawidłowo wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi, natomiast 32% było odmiennego zdania.

Wykres 7. Częstotliwość kontroli ciśnienia tętniczego krwi w badanej grupie



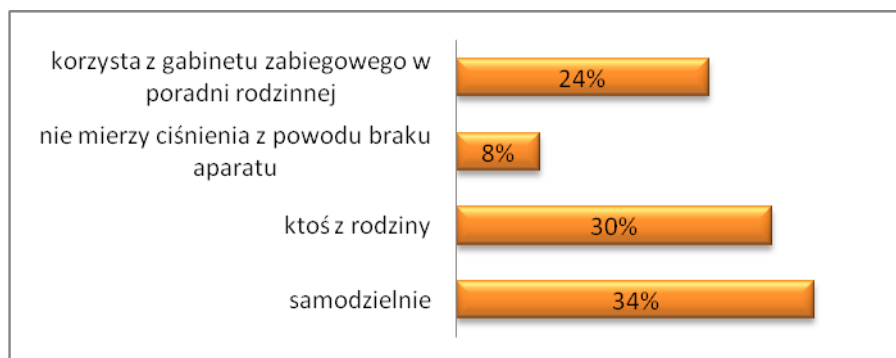
Tylko 52% badanych stwierdziło, że posiadają aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, pozostali byli odmiennego zdania. Z badań wynika, że pomiar ciśnienia tętniczego 2 razy dziennie wykonywało tylko 4% badanych, a 1 raz dziennie kontrolowało 16% badanych. Aż 80% respondentów wykonywało pomiar ciśnienia tętniczego nieregularnie (1 raz tygodniowo 28%, 1 raz w miesiącu 28%, 1 raz na 6 miesięcy 24%).

Wykres 8. Okoliczności przeprowadzenia pomiaru ciśnienia tętniczego krwi wśród ankietowanych



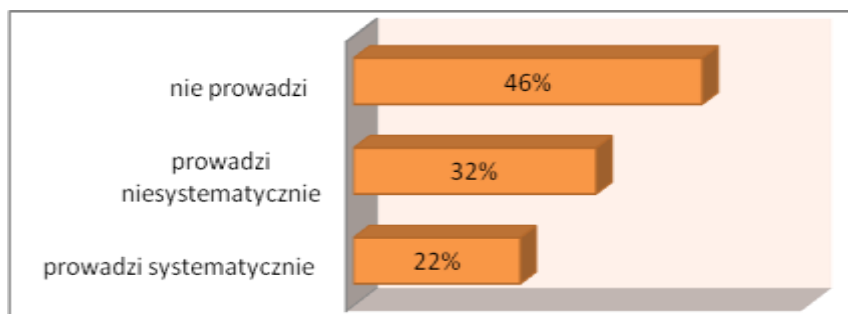
Z badań wynika, że 60% ankietowanych znała okoliczności przeprowadzenia pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (20% stwierdziło, że nie można przeprowadzać po dość szybkim marszu, 40% – pomiar należy wykonać w cichym pomieszczeniu i po co najmniej 5 min. odpoczynku). Aż 40% badanych uważało, że okoliczności pomiaru nie mają znaczenia.

Wykres 9. Kto dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego wśród badanych?



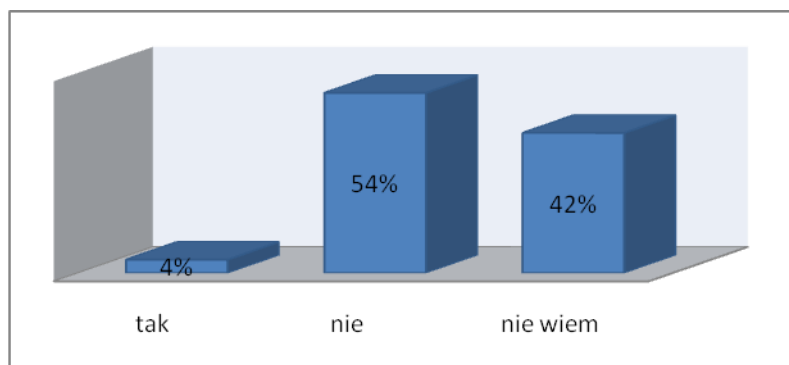
Z badań wynika, iż tylko 34% ankietowanych samodzielnie wykonywało pomiaru ciśnienia krwi, a w 30% pomiaru dokonywał ktoś z rodziny. Natomiast 24% badanych korzystało z gabinetu zabiegowego w poradni rodzinnej i tylko 8% nie mierzyło ciśnienia z powodu braku aparatu.

Wykres 10. Prowadzenie dzienniczka samokontroli pomiarów w badanej grupie



Z badanej grupy dzienniczek samokontroli pomiarów prowadziło systematycznie tylko 22% respondentów, natomiast aż 78% nie wykonywało systematycznych zapisów (32%) i nie prowadziło dzienniczka (46%).

Wykres 11. Znajomość przyjmowania leku w trakcie leczenia farmakologicznego badanej grupy



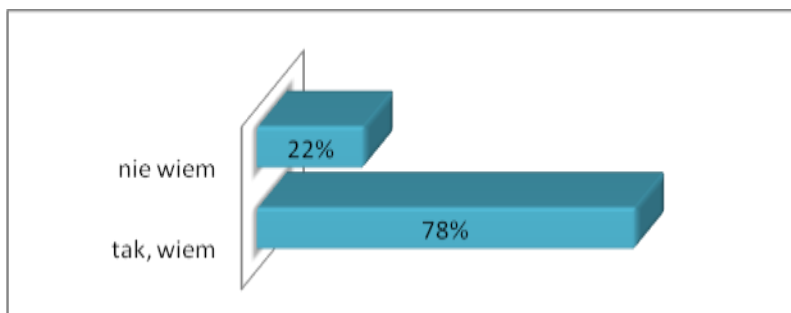
Aż 4% ankietowanych twierdziło, że w trakcie leczenia farmakologicznego, przy prawidłowym ciśnieniu tętniczym krwi można odstawić lek, 42% nie wiedziało, czy powinni odstawić lek hipotensyjny, natomiast 54% badanych wskazało, że nie można.

Wykres 12. Stosowanie leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi przez badanych



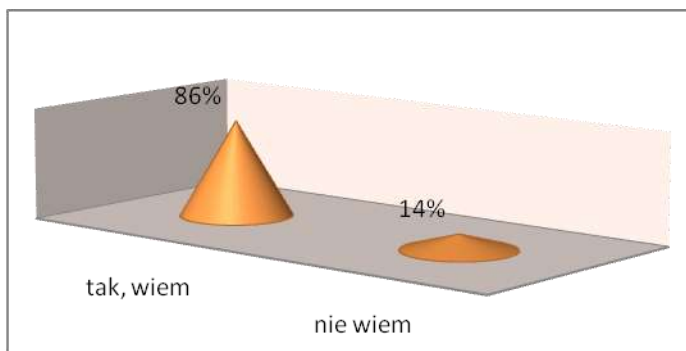
W badanej grupie tylko 60% osób stosowało regularnie leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi, a nieregularnie aż 40% .

Wykres 13. Znajomość objawów jakich nie należy lekceważyć przy nadciśnieniu tętniczym krwi badanej grupy



Aż 78% osób ankietowanych znało objawy, jakich nie należy lekceważyć przy nadciśnieniu tętniczym krwi. Wymienili takie objawy: niepokój i kołatanie serca 14%, bóle i zawroty głowy 44%, nudności 6%, uderzenia gorąca (wypieki na twarzy) 12%, pieczenie i bóle za mostkiem 26%, zadyszka przy wysiłkach 4%. Tylko 22% osób nie znało objawów niepokojących, na które należy zwrócić uwagę.

Wykres 14. Znajomość postępowania przy wysokim ciśnieniu tętniczym krwi w badanej grupie



Umiejętność postępowania przy wystąpieniu wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi deklarowało 86% ankietowanych. Pacjenci w 24% twierdzili, że należy wykonać ponownie pomiar ciśnienia, a 50% badanych wskazało, że należy natychmiast zgłosić się do lekarza, 28% badanych zażyłoby przepisany lek, przeznaczony do takich sytuacji, a 14% odpowiedziało, że należy zażyć dodatkową dawkę przepisanego leku. Aż 14% badanych nie wiedziało, jak postępować w takiej sytuacji.

Omówienie wyników badań i dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego oraz Światowa Liga Nadciśnieniowa uznali edukację pacjenta za niezwykle istotny element postępowania przeciwnadciśnieniowego.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 70% ankietowanych pacjentów chodziło na wizyty kontrolne według zaleceń lekarskich, natomiast nieregularnie 27%, a 2% ankietowanych przyznało się, że nie chodzi wcale. W badaniu NATPOL III PLUS stwierdzono, że 62% chorych na nadciśnienie tętnicze przyjmowało leki hipotensyjne systematycznie, nieregularnie 19%, zaś 19% pacjentów nie podjęło proponowanego przez lekarza leczenia. Własne badania ankietowe wykazały, że 60% respondentów stosuje leki regularnie, natomiast 40% przyjmuje nieregularnie. Podobnie wykazały badania NATPOL II (1997), że chorzy z nadciśnieniem tętniczym przyjmowali leki w 61% systematycznie. Tylko 54% pacjentów biorących udział w ankiecie zanegowało stwierdzenie, że prawidłowe ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia farmakologicznego usprawiedliwia odstawienie przepisanego leku. Błędne przekonanie pacjentów o tym, że można odstawić zalecony przez lekarza lek po obniżeniu ciśnienia jest bardzo rozpowszechnione. Pacjent każdorazowo powinien być jasno informowany o konieczności systematycznego przyjmowania leku.

Duże znaczenie w terapii przeciwnadciśnieniowej ma wiedza na temat prawidłowych wartości ciśnienia oraz wartości docelowych leczenia. W badaniach analizujących czynniki determinujące niedostateczną kontrolę nadciśnienia okazało się, że nieznajomość celu leczenia zwiększała prawdopodobieństwo nieskuteczności postępowania około 1,5-krotnie. Pacjenci często nie doceniają ryzyka sercowo-naczyniowego i korzyści, które płyną ze skutecznej terapii. Skutecznym sposobem na przekonanie chorego do długotrwałej terapii jest ciągłe przypominanie o konieczności przyjmowania leku (np. specjalne pudełeczka na leki) i poinformowanie chorego o potencjalnych korzyściach, jakie może uzyskać, przyjmując leki hipotensyjne.

Wyniki badań NATPOL II wskazały, iż prawie połowa (47%) pacjentów mierzyło ciśnienie własnym aparatem. Własne badania natomiast wykazały, że samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego wykonywało tylko 34% ankietowanych, u 30% – pomiaru dokonywała osoba z rodziny, 8% nie mierzyło ciśnienia z powodu braku aparatu, z pomiarów w gabinecie zabiegowym korzystało 24%. W badanej grupie dzienniczek samokontroli pomiarów prowadziło systematycznie tylko 22% respondentów, natomiast aż 78% nie wykonywało systematycznych zapisów (32%) i nie prowadziło dzienniczka (46%). Jednym z głównych celów programu NATPOL była analiza poziomu wiedzy respondenta na temat nadciśnienia tętniczego. Wyniki z 1997 roku (NATPOL II), w porównaniu do sytuacji sprzed trzech lat, wykazały wyraźny spadek znajomości wartości własnego ciśnienia. W kolejnych badaniach znajomość ta spadła z 71% w 1994 roku, do 65,5% w 1997 r. oraz 59% w roku 2002. Największy spadek poziomu wiedzy zaobserwowano w małych miastach i wsiach, a także wśród osób wykształconych. Własne badania obrazują inną strukturę odpowiedzi. Większość (60%) ankietowanych znała prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Na uwagę zasługuje fakt, że pacjenci znali objawy, które mogą towarzyszyć wzrostowi ciśnienia tętniczego: bóle i zawroty głowy 44%, pieczenie i bóle za mostkiem 26%, niepokój i kołatanie serca 14%, uderzenia gorąca 12%, nudności 6%, zadyszka przy wysiłkach 4%. Niemniej 22% badanych nie znało objawów niepokojących, które towarzyszą wzrostowi ciśnienia krwi.

Aż 40% ankietowanych uważało, że okoliczności pomiaru nie mają znaczenia, natomiast 32% nie znało zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że stan wiedzy i zasób wiadomości pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest niewystarczający. Zależy to w dużej mierze od płci, wieku ankietowanych, wykształcenia i czasu trwania choroby. Korzystniej w badaniach

wypadły kobiety. Ich wiedza na temat nadciśnienia tętniczego była rozleglejsza. Pacjenci powyżej 65 roku życia często nie mierzyli ciśnienia tętniczego, ponieważ z różnych przyczyn nie są w stanie opanować techniki pomiaru (ubytki wzroku, słuchu), a na zakup aparatu automatycznego nie posiadają środków finansowych.

Przeprowadzona wśród chorych na nadciśnienie ankieta ukazała niedostateczny stan wiedzy na temat choroby. Dowodzi, że istnieje uzasadniona potrzeba zwiększonych oddziaływań edukacyjno-zdrowotnych. Głównym celem edukacji jest w tym wypadku uzyskanie lepszej kontroli ciśnienia tętniczego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów na temat choroby nadciśnieniowej i jej powikłań jest niezadawalający.
2. Blisko połowa respondentów nie prowadziła dzienniczka samokontroli. Zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego znało 34%, natomiast ponad połowa pacjentów systematycznie przyjmuje leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi.
3. Połowa ankietowanych widziała konieczność dodatkowych szkoleń z zakresu techniki pomiaru ciśnienia tętniczego, farmakoterapii, prawidłowej diety i aktywności fizycznej. Przeprowadzone badania wykazały, że edukacja zdrowotna pacjentów powinna zmierzać do zmiany nawyków żywieniowych, zwłaszcza do ograniczenia spożycia soli i tłuszczów, normalizacji masy ciała, utrzymania aktywnego stylu życia i wyeliminowania używek.

Bibliografia

1. Gaciong Z.: Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętniczym, Medycyna po Dyplomie nr 12 / 2009, Zeszyt edukacyjny , s.17-26
2. Grodzicki T., Januszewicz A., Januszewicz W.: Terapia nadciśnienia tętniczego, Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, s.13-69
3. Grodzicki T., Narkiewicz K., Wizner B.: Poradnik dla pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, VIA MEDICA, Gdańsk 2004, s.5-114
4. Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie Tętnicze, Medycyna Praktyczna, Kraków 2007, s.1225-1229

5. Kapłan N. M.: Leczenie nadciśnienia tętniczego, VIA MEDICA, Gdańsk 2001, s. 36-60
6. Krymska B.: Nadciśnienie tętnicze – cichy zabójca, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 9 / 2009, s.22-23
7. Marek K.: Choroby zawodowe, rozdz. XI Choroby Parazawodowe, PZWL, Warszawa 2003, s. 584-585
8. Miastowska K., Krajewska-Kułak E.: Problemy z zakresu edukacji zdrowotnej wśród pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową, Pielęgniarstwo XXI wieku nr 1-2/2006, s. 91-98

Małgorzata Pasek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Adres do korespondencji:

Ul. Ruczaj 17/16

31-115 Kraków

Wpływ wybranych determinantów na percepcję własnego zdrowia u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów

*Ewa Szynkiewicz, Bernadeta Cegła, Małgorzata Filanowicz, Aneta Dowbór-Dzwonka
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów jest immunologicznie zależnym, układowym schorzeniem tkanki łącznej. Przebieg choroby mimo stosowanej terapii, ma charakter przewlekły, z nawrotami, prowadzący do postępującej destrukcji stawów, deformacji oraz niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Utrzymanie wydolności funkcjonalnej, zapobieganie niepełnosprawności oraz jak najwyższa jakość życia stanowi główny cel leczenia i opieki chorych dotkniętych tym schorzeniem.

Celem pracy było określenie wpływu wybranych determinantów społeczno-demograficznych na jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

W badaniach przeprowadzonych w I połowie 2010 roku wzięło udział 120 pacjentów Oddziału Klinicznego Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej oraz Poradni Reumatologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. W pracy posłużono się kwestionariuszami: autorskiej ankiety (pytania o dane socjodemograficzne i kliniczne) oraz WHOQOL - BREF w polskiej wersji językowej.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że lepszą jakość życia deklarują osoby w dobrej kondycji materialnej, aktywne zawodowo, mieszkańcy terenów wiejskich. Jakość życia nie zależy od płci badanych, wieku, stanu cywilnego oraz wykształcenia.

Słowa kluczowe: wybrane determinanty, jakość życia, reumatoidalne zapalenie stawów.

Wstęp

Ogromny postęp medycyny i nauk medycznych w ubiegłym stuleciu znacząco wpłynął na dalsze przeciętne trwanie życia ludzkiego. Równolegle jednak zanotowano wzrost zapadalności na choroby przewlekłe. *The National Commission on Chronic Illness* (Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych) [1] za schorzenia przewlekłe uznaje zaburzenia charakteryzujące co najmniej jedną z poniżej wyszczególnionych właściwości. Są przyczyną niepełnosprawności. Wymagają długotrwałego i

wzmoczonego sprawowania opieki ze strony profesjonalistów ochrony zdrowia, nie są jednoznacznie określone ich etiologia, przebieg i leczenie [2].

W ostatnich latach badanie jakości życia (JŻ) stało się jedną z metod oceny skuteczności i leczenia chorych na schorzenia przewlekłe [3]. Światowa Organizacja Zdrowia [4] określa JŻ jako „*osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w warunkach kulturowych i systemu wartości w, których żyje. W nawiązaniu do stawianych celów, wzorców, oczekiwań i obaw*”. Badania jakości życia oceniają wpływ choroby i ograniczeń z nią związanych na funkcjonowanie pacjenta. Ukazują zarówno obiektywne jak i subiektywne odczucia chorego związane ze schorzeniem [2, 3].

Reumatologiczne zapalenie stawów jest chorobą przewlekłą i społeczną [2]. Dotyka ludzi w różnym wieku. Pierwsze objawy najczęściej występują pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Szacuje się, że po 10 latach od rozpoznania choroby ponad 50% chorych traci zdolność do pracy, a ich średnia długość życia jest niestety o kilka lat mniejsza. Kobiety chorują zdecydowanie częściej niż mężczyźni [5, 6]. Charakter choroby oraz sposób leczenia wpływają negatywnie na stan emocjonalny pacjentów. W reumatoidalnym zapaleniu stawów możemy wyróżnić różne determinanty mające wpływ na postępujące schorzenie i zaburzenia fizyczne i psychiczne chorych. Należą do nich czynniki bezpośrednio i pośrednio związane z chorobą. Do tych pierwszych zaliczymy: ból jako przejaw aktywności choroby wraz z postępującymi uszkodzeniami i zmianami pozastawowymi oraz powikłania narządowe. Obejmują one zmiany w płucach, układzie sercowo-naczyniowym, nerkach, skórze oraz zaburzenia hematologiczne. Pośrednio związane z chorobą niezależne od schorzenia są determinanty społeczno-demograficzne takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wsparcie społeczne. Mogą one także wpływać w istotny sposób na przebieg choroby [2, 7, 8].

Cel pracy

Celem pracy było określenie wpływu wybranych determinantów (takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa oraz warunki materialne) na jakość życia chorych z rozpoznanym reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 120 pacjentów Oddziału Klinicznego Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej oraz Poradni Reumatologicznej Szpitala

Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Badania zostały przeprowadzone w pierwszej połowie 2010 roku. Użyto w nim autorski kwestionariusz ankiety (zawierający pytania o dane socjodemograficzne). Jakość życia oceniono za pomocą kwestionariusza ankiety WHOQOL - BREF w polskiej wersji językowej. Zastosowany Kwestionariusz Oceny Jakości Życia jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Wersja BREF (krótka) zawiera 26 pytań i powstała w oparciu o wersję podstawową WHOQOL – 100. Pozwala uzyskać profil jakości życia w zakresie dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiskowej. Skala jest poszerzona o pytania dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Rzetelność polskiej wersji Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQOL - BREF oszacowana została przy użyciu współczynnika & Cronbacha [9, 10]. Na przeprowadzenie badań zgodę wyraziła Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Badana grupa liczyła 120 osób dorosłych – 24 mężczyzn i 96 kobiet. Odpowiadając na pytania dotyczące oceny jakości życia, każdy z uczestników wypełniał ankietę zaznaczając odpowiedzi w 4-ch dziedzinach wg polskiej wersji WHOQOL - BREF. W wyniku przeprowadzonej analizy każdy badany otrzymywał ocenę Jakości Życia w skali 4-20.

W celu unormowania oceny JŻ (doprowadzenia do skali 0-1) było zastosowane przekształcenie:

gdzie:

$$J\check{Z}_{0-1} = \frac{J\check{Z}_{4-20} - 4}{16}$$

- $J\check{Z}_{4-20}$ – ocena jakości życia w skali 4-20,
- $J\check{Z}_{0-1}$ – ocena jakości życia w skali unormowanej.

Do analizy danych wykorzystano system statystyczny SPSS (Statistical Package for the Social Science) korzystając z testów:

- parametrycznych F Snedecora, Levene’a, t Studenta, Cochran-Coxa;
- nieparametrycznych Shapiro-Wilka, Manna-Whitney’a;
- oraz jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA.

Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez został przyjęty poziom istotności $p=0,05$ dla, którego podano wartości krytyczne. Podano także wartości p -value. Przy $p<0,05$ różnica uznawana za statystycznie istotną. Dla lepszego zrozumienia i oceny jakości życia w skali unormowanej w dalszej części tekstu dokonano jej transformacji do formy opisowej. W wyniku czego ocenieni posiadali JŻ na poziomach:

-
- JŻ_{0-0,25} złym;
 - JŻ_{0,25-0,5} średnim;
 - JŻ_{0,5-0,75} dobrym;
 - JŻ_{0,75-1} bardzo dobrym.

Wyniki i wnioski

Ze 120 chorych poddanych ocenie 96 osób stanowiły kobiety (80%), a 24 mężczyźni (20%). Uwzględniając klasyfikację sprawności fizycznej badanych według skali Goftona pełną wydolność czynnościową deklarowało 7 osób (5,8%), wydolność wystarczającą do zwykłych czynności 66 badanych (55%), wydolność wystarczającą do niektórych czynności dnia codziennego 47 ankietowanych (39,2%). Żaden z chorych nie był unieruchomiony w łóżku lub wózku inwalidzkim.

Pacjentów podzielono na 3 grupy pod względem czasu jaki upłynął od rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Najlicniejszą grupę stanowiły osoby chorujące do 9 lat (50 badanych; 41,7%), następnie znajdujące się w przedziale czasowym od 10 - 20 lat (42 badanych; 35%). W trzeciej grupie chorujących powyżej 20 lat znalazło się 28 ankietowanych (23,3%).

Na ocenę jakości życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów wpływają zarówno choroba, jej przebieg jak również czynniki środowiskowe, społeczno-ekonomiczne, kulturowe, polityczne, administracyjne oraz związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. Wybrane determinanty społeczno-demograficzne zdrowia jednostki i zbiorowości poddane weryfikacji w niniejszej pracy to: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa oraz warunki materialne. W pierwszej kolejności starano się ustalić zależność pomiędzy jakością życia a płcią badanych. Ocenie poddano 96 kobiet i 24 mężczyzn. Średnia jakość życia kobiet i mężczyzn plasowała się na dobrym poziomie.

Tabela I. Płeć a jakość życia badanych

	Parametry	Płeć	
		kobiety	mężczyźni
Jakość Życia	n	96	24
	min	0,248	0,342
	max	0,869	0,748
	mediana	0,602	0,601
	średnia	0,577	0,597
	SD	0,116	0,095
Test normalności Shapiro-Wilka	W	-	0,984
	W_{kr}	-	0,916
	normalność	-	tak
Test F Snedecora ($F_{kr}=1,83$)	F	1,20	
	p	0,32	
Test t Studenta ($t_{kr}=1,98$)	t	1,16	
	p	0,25 (ns)	

Za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka ustalono, że rozkład Jakości Życia w grupie mężczyzn nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego. Także test F Snedecora nie wykrył istotnej różnicy między wariancjami. Pozwoliło to na zastosowanie parametrycznego testu t Studenta, który nie wykrył istotnej różnicy między wartościami średnimi Jakości Życia w porównywanych grupach (tab. I).

Uwzględniając w przedziałach zmienną wieku oceniono jej wpływ na jakość życia. Pacjentów podzielono na 3 grupy, I grupa osoby w przedziale do 36 lat (14 osób; 11,7%), II grupa 36 - 55 lat (52 osoby; 43,3%), III grupa powyżej 55 lat (54 osoby; 45%). W grupie I JŻ minimalna plasowała się na poziomie średnim, a maksymalna na bardzo dobrym. W grupie II odpowiednio na poziomach średnim oraz dobrym. Natomiast w III na złym i bardzo dobrym.

Normalność rozkładu jakości życia w grupie osób młodszych (<36 lat) oraz jednorodność wariancji ustalonej za pomocą testu Levene'a pozwoliły na zastosowanie testu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, który nie wykrył

istotnej różnicy między wartościami średnimi Jakości Życia w porównywanych grupach (tab. II).

Tabela II. Wiek a jakość życia

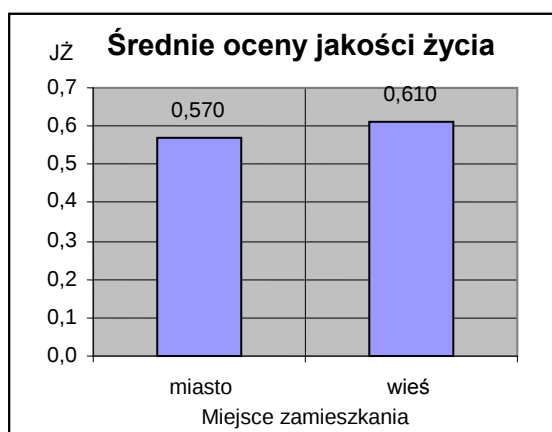
	Parametry	Wiek		
		<36 lat	36-55 lat	>55 lat
Jakość Życia	<i>n</i>	14	52	54
	min	0,467	0,286	0,248
	max	0,869	0,744	0,756
	mediana	0,637	0,605	0,572
	średnia	0,642	0,582	0,570
	<i>SD</i>	0,130	0,113	0,108
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0,947	-	-
	W_{kr}	0,874	-	-
	normalność	tak	-	-
Test Levene'a ($F_{kr}=3,07$)	<i>F</i>	0,67		
	<i>p</i>	0,51 (ns)		
Test ANOVA ($F_{kr}=3,07$)	<i>F</i>	2,33		
	<i>p</i>	0,10 (ns)		

Tabela III. Zależność pomiędzy JŻ a miejscem zamieszkania

	Parametry	Miejsce zamieszkania	
		miasto	wieś
Jakość Życia	<i>n</i>	80	40
	min	0,248	0,286
	max	0,869	0,748
	mediana	0,581	0,619
	średnia	0,570	0,610
	<i>SD</i>	0,120	0,098
Test normalności Shapiro-Wilka	W	-	0,930
	W_{kr}	-	0,940

	normalność	-	nie
Test Manna-Whitney'a ($u_{kr}=1.96$)	u	2,00	
	p	<0,05	

Dwie trzecie spośród badanych (80 osób) mieszka w mieście, a pozostali na wsi. Minimalna jakość życia zamieszkałych w mieście jest przez nich oceniana jako niska, maksymalna jako bardzo dobra. Średnia JŻ jest oceniana przez badanych jako dobra. Mieszkańcy terenów wiejskich oceniają JŻ minimalną i maksymalną odpowiednio na poziomie średnim i dobrym. Średnia JŻ jest oceniana jako dobra (tab. III). Test normalności Shapiro-Wilka odrzucił hipotezę o normalności rozkładu Jakości Życia w grupie mieszkańców wsi, dlatego był zastosowany nieparametryczny test sumy rang Manna-Whitney'a, który wykrył istotną różnicę między grupami. Porównując wartości średnie można dojść do wniosku, że poziom Jakości Życia na wsi jest większy niż miast (ryc.1).



Ryc. 1. Średnie oceny JŻ w zależności od miejsca zamieszkania.

Tabela IV. Stan cywilny a jakość życia

	Parametry	Stan cywilny	
		wolny	mężatka/żonaty
Jakość Życia	n	27	92
	min	0,248	0,286
	max	0,845	0,869
	mediana	0,535	0,609

	średnia	0,566	0,589
	<i>SD</i>	0,148	0,102
Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0,971	-
	<i>W_{kr}</i>	0,923	-
	normalność	tak	-
Test <i>F</i> Snedecora (<i>F_{kr}</i> =1,69)	<i>F</i>	2,09	
	<i>p</i>	0,01	
Test <i>C</i> Cochran-Coxa (<i>C_{kr}</i> =2,05)	<i>t</i>	0,75	
	<i>p</i>	0,46 (<i>ns</i>)	

Badana grupa składała się z osób w stanie cywilnym wolnym (27 osób: 22,7%) oraz żonatych/zamężnych (92 osoby: 77,3%). Średnia JŻ została dla obydwu grup oceniona jako dobra (tab. IV). Ponieważ test *F* Snedecora odrzucił hipotezę o równości wariancji w porównywanych grupach, był zastosowany parametryczny test *C* Cochran-Coxa, który nie wykrył istotnej różnicy między wartościami średnimi Jakości Życia w porównywanych grupach.

Tabela V. Jakość życia a wykształcenie

	Parametry	Wykształcenie		
		podst./zaw.	średnie	wyższe
Jakość Życia	<i>n</i>	38	58	24
	min	0,330	0,248	0,359
	max	0,720	0,869	0,845
	mediana	0,584	0,625	0,595
	średnia	0,568	0,592	0,586
	<i>SD</i>	0,095	0,125	0,115
Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0,939	-	0,986
	<i>W_{kr}</i>	0,938	-	0,916
	normalność	tak	-	tak
Test Levene'a (<i>F_{kr}</i> =3,09)	<i>F</i>	0,50		
	<i>p</i>	0,61 (<i>ns</i>)		

Test ANOVA ($F_{kr}=3,07$)	F	0,02
	p	0,98 (ns)

W badaniu wzięły udział osoby z wykształceniem podstawowym (38 badanych; 31,7%), średnim (58: 48,3%) oraz wyższym (24 badanych; 20%). Dla wszystkich respondentów średnia ocena JŻ plasuje się na dobrym poziomie (tab. V). Test ANOVA nie wykrył istotnej różnicy między wartościami średnimi – poziom JŻ nie zależy od wykształcenia.

Wśród badanych aktywny zawodowo jest co trzeci (44 osoby; 37,3%), nie pracują pozostałe 74 osoby 62,7%. Za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka ustalono, że rozkład JŻ w grupie osób pracujących nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego. Test F Snedecora nie wykrył istotnej różnicy między wariancjami. Pozwoliło to na zastosowanie parametrycznego testu t Studenta, który wykrył istotną różnicę – średnia Jakość Życia osób pracujących jest większa niż nie pracujących (tab. VI).

Tabela VI. Jakość Życia a aktywność zawodowa

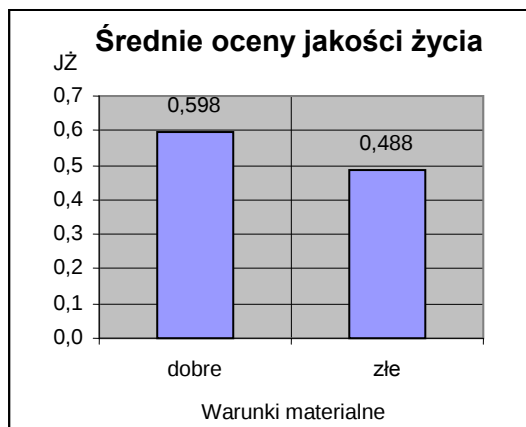
	Parametry	Aktywność zawodowa	
		pracuje	nie pracuje
Jakość Życia	n	44	74
	min	0,342	0,248
	max	0,869	0,748
	mediana	0,652	0,563
	średnia	0,634	0,554
	SD	0,107	0,108
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0,953	-
	W_{kr}	0,944	-
	normalność	tak	-
Test F Snedecora ($F_{kr}=1,59$)	F	1,03	
	p	0,46 (ns)	
Test t Studenta ($t_{kr}=1,98$)	t	3,88	

	p	<0,0002
--	-----	-------------------

Jako dobre ocenia swoje warunki materialne 104 badanych (88,1%), pozostali jako średnie (14 osób; 11,9%). Testu normalności Shapiro-Wilka nie odrzucił hipotezy o normalności rozkładu JŻ w podgrupie ze złymi warunkami materialnymi, także test F Snedecora nie wykrył istotnej różnicy między wariancjami. A więc był zastosowany parametryczny test t Studenta, który wykrył, że w grupie, gdzie warunki materialnych są dobre, Jakość Życia jest istotnie większa (tab. VII, ryc. 3).

Tabela VII. Wpływ warunków materialnych na jakość życia

	Parametry	Warunki materialne	
		dobrze	złe
Jakość Życia	n	104	16
	min	0,286	0,248
	max	0,869	0,686
	mediana	0,614	0,503
	średnia	0,598	0,488
	SD	0,106	0,122
Test normalności Shapiro-Wilka	W	-	0,970
	W_{kr}	-	0,887
	normalność	-	tak
Test F Snedecora ($F_{kr}=1,76$)	F	1,34	
	p	0,19 (ns)	
Test t Studenta ($t_{kr}=1,98$)	t	3,81	
	p	0,0002	



Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów jest przewlekłym procesem zapalnym o nieustalonej etiologii prowadzącym do zmian w wielu układach. Bóle, symetryczne obrzęki stawów, uczucie sztywności porannej, to kilka z typowych objawów choroby. Częstość zachorowań na RZS jest uzależniona od rasy i grupy etnicznej. W Polsce schorzenie zostało rozpoznane u ponad 500 tysięcy osób [5]. Choroba występuje częściej (3-4 razy) u kobiet [5]. Najliczniejsze zachorowania notowane są u kobiet po 40. roku życia [5, 6]. W badaniach brytyjskich określono wpływ choroby na sprawność fizyczną w zależności od płci (62 kobiety, 22 mężczyzn). Zaobserwowano większy wpływ choroby na JŻ kobiet niż mężczyzn [11]. Badania Bączyk [12] wykazały niższą ocenę JŻ kobiet niż mężczyzn w obszarze emocjonalnym. Uwzględniając płeć przebadano 96 (80%) kobiet i 24 (20%) mężczyzn. Nie znajduje to potwierdzenia w badaniach własnych, w których nie wykazano wpływu płci na postrzeganie jakości życia.

Poczucie sprawności jest zależne od wieku. Starszy wiek jest czynnikiem determinującym stopień niepełnosprawności [13]. Badania przeprowadzone przez Moskalewicz i wsp. w 2002 roku na ponad 4 tysiącach dorosłych Polaków z chorobami reumatycznymi ukazały istotne pogorszenie sprawności funkcjonalnej po 40. roku życia [14]. Ostrzyżek za główny czynnik determinujący JŻ uznaje stan sprawnościowy wyrażony złą oceną kliniczną [1]. Potwierdzają to badania Kowalczyk i Głuszko oceniające jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, gdzie czynnikiem warunkującym ocenę jest także wiek [3]. Nie potwierdziły tego badania własne, w których najliczniej reprezentowane były przedziały wiekowe 36 – 55 lat (43,3%) oraz powyżej 55 lat (45%).

Środowisko wpływa w istotny sposób na postrzeganie jakości życia. Badania własne potwierdziły istotnie wyższą jakość życia pacjentów pochodzących ze wsi niż mieszkańców miast. Dane te są zasadniczo zgodne z badaniami przeprowadzonymi przez Sierakowską i wsp. [2].

Schorzenie wpływa na różne sposoby na codzienne funkcjonowanie chorych oraz pełnione role. Chorzy w walce z chorobą potrzebują wsparcia bliskich osób. Z badań Sierakowskiej i wsp. wynika, że osoby owdowiałe gorzej radzą sobie z

funkcjonowaniem w codziennym życiu niż osoby zamężne czy nawet samotne [2]. Natomiast Bączyk [12] donosi, że stan cywilny badanych nie jest wyznacznikiem oceny JŻ. W prezentowanej pracy stan cywilny badanych nie miał wpływu na postrzeganie jakości życia (22% stanu wolnego, 77% żonaty/zamężna).

Wykształcenie zdaniem Moskalewicz i wsp. zwiększa szanse jak najdłuższego utrzymania sprawności fizycznej co zapobiega niepełnosprawności [14]. Stopień edukacji sprzyja w walce z chorobą [13]. Badania Sierakowskiej i wsp. [2] oraz obserwacje Katz [15] potwierdzają wpływ wykształcenia na umiejętność radzenia sobie z chorobą, a tym samym na JŻ. W badaniach własnych wykształcenie podstawowe posiadało 31,7% badanych, średnie 48,3%, natomiast wyższe 20%. Nie zaobserwowano wpływu wykształcenia na postrzeganie jakości życia badanych.

Postępujący charakter choroby doprowadza do niepełnosprawności 1/3 chorych [5]. Pomimo zmiany sposobu leczenia, przebieg schorzenia nadal jest zmienny. Okresy zaostrzeń przeplatane są remisją choroby. Postępujące uszkodzenie stawów zdaniem Filipowicz-Sosnowskiej i Rupińskiego [13] jest przyczyną niezdolności do wykonywania pracy. Po 10 latach choroby większość chorych nie jest w stanie kontynuować pracy zawodowej. Przekłada się to na niższe funkcjonowanie społeczne i postępującą niepełnosprawność [2, 7]. Praca zawodowa motywuje do aktywności, utrzymywania sprawności na jak najwyższym z możliwych poziomów i intensywnego leczenia [7, 5]. W badaniach własnych aktywnych zawodowo było 37,3% ankietowanych, pozostałe 62,7% z różnych powodów nie kontynuowało pracy zarobkowej. Osoby pracujące oceniły średnią jakość życia istotnie wyżej od osób pozostających bez zatrudnienia.

Stan socjalno-ekonomiczny jest czynnikiem mającym bezpośredni wpływ na stopień niepełnosprawności [13]. Opieka nad przewlekle chorym członkiem rodziny obciąża emocjonalnie, fizycznie i ekonomicznie domowników [1]. Choroba zmusza do zmiany trybu życia co zdaniem Mojs i wsp. wpływa niekorzystnie na stan zdrowia chorych i utrudnia wprowadzanie działań mających na celu aktywną walkę z chorobą [6]. Choroba ogranicza możliwości zarobkowe pacjentów, co skutkuje obniżeniem dochodów rodziny [2]. Odzwierciedlają to wyniki badań własnych w grupie chorych oceniających warunki materialne jako dobre (88,1% dobre, 11,9% złe) stwierdzono istotnie wyższą jakość życia.

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że istotnie lepszą jakość życia deklarują osoby o wyższym statusie materialnym, aktywne zawodowo, mieszkańcy terenów wiejskich. Jakość życia nie zależy od płci badanych, wieku, stanu cywilnego oraz wykształcenia.

Literatura

Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008, 89 (4): 467 – 470

1. Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2006; 44, 6: 298 - 303
2. Kowalczyk K., Głuszko P.: Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. Reumatologia 2009, 47, 1: 4 - 9
3. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne W: Bańka A., Derbis R.: (red.). Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Uniwersytet Adama Mickiewicza WSP, Poznań – Częstochowa 1994, 47 – 50
4. Mojs E., Gajewska E., Kleka P. i wsp.: Wybrane determinanty palenia papierosów wśród osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Przegląd Lekarski 2007, 64, 10: 652 – 655
5. Mojs E., Warcholska B., Samborski W.: Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. Reumatologia 2010, 48, 2: 121 – 122
6. Rupiński R., Filipowicz-Sosnowska A.: Aktywność choroby a niepełnosprawność u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2005, 43, 3: 129 - 137
7. Wasłowska M., Kanecki K., Tyszek P. i wsp.: Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2010, 48, 2: 104 - 111
8. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL - WHOQOL 100 i WHOQOL BREF. W: Wołowicka L.: (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 235 – 280

9. Jaracz K.: WHOQOL – BREF Klucz. W: Wołowicka L.: (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 281 – 290
10. Hill J., Bird H. A., Lawton C. W., Vright V.: The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. British Journal of Rheumatology 1990, 29: 193 – 196
11. Bączyk G. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Pielęgniarstwo Polskie 1999, 9 - 10: 7 – 22
12. Filipowicz-Sosnowska A., Rupiński R.: Złożoność procesu niepełnosprawności u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2005, 43, 3: 138 - 146
13. Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B.: Czy dolegliwości reumatyczne istotnie ograniczają sprawność po 60. roku życia? Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008, 118 (supl): 31 - 35
14. Katz P. P.: Education and self – care activities among persons with rheumatoid arthritis. Social Science & Medicine 1998, 46: 1057 - 66
15. Bączyk G.: Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2008; 46/6: 372 - 379

Mgr Ewa Szynkiewicz

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa,

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,

Collegium Medium w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,

Ul. Techników 3

Adres zamieszkania:

Bydgoszcz 86-867

Ul. A. Grzymały Siedleckiego 4/54

Tel. 502358797

ewaszynkiewicz@wp.pl

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek

Grazyna Franek¹, Aleksandra Kozłowska², Bogusława Ryś³, Halina Kulik⁴

¹Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Wojewódzki Szpital Bielsko-Biała

³Akademia Techniczno Humanistyczna Bielsko-Biała

⁴Zakład Umiejętności Pielęgniarskich Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Niniejszy artykuł poruszył problem rosnącego zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek polskich.

Praca zawiera wstęp, cel podjęcia tego tematu, metody i analizę z przeprowadzonych badań. Dalsza część obejmuje dyskusję, wnioski oraz postulaty.

Z dokonanych badań wynika, że wypaleniem zawodowym dotknięta jest większość pielęgniarek. Badania ankietowe przeprowadzono wśród dwóch grup: 20 pielęgniarek chirurgicznych i 25 anestezjologicznych pracujących w Szpitalu Wojewódzkim na terenie województwa Śląskiego.

Poziom wypalenia pielęgniarek Oddziału Chirurgii Ogólno-Naczyniowej i Anestezjologii i Intensywnej Terapii można uznać za porównywalny. 60% ankietowanych posiada wybrane cechy wypalenia, a blisko 40% ogółu kwestionowanych wymaga profesjonalnej pomocy terapeutycznej z powodu znacznego nasilenia syndromu wypalenia zawodowego. W badanych grupach pielęgniarek występuje wysoki poziom wypalenia w ujęciu emocjonalnego i fizycznego wyczerpania, natomiast niski pod względem depersonalizacji rozumianej jako cynizm i przedmiotowe traktowanie podopiecznych. Nie uzyskano natomiast potwierdzenia co do zależności między występowaniem cech wypalenia a wiekiem, stażem pracy, sytuacją rodzinną i poziomem kwalifikacji zawodowych.

Wstęp

Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek jest obiektem wielu prac i badań na przestrzeni ostatnich lat. Zawód pielęgniarki należy do grupy zawodów *helping professions* – związanych z niesieniem pomocy innym i dużym zaangażowaniem w ochronę najwyższych dla człowieka wartości – życia i zdrowia [1]. Stan długotrwałego

zaangażowania w sytuacji obciążającej emocjonalnie może spowodować wypalenie jako stan fizyczno- emocjonalnego wyczerpania, obniżenia poczucia osiągnięć własnych oraz depersonalizacji. Zapobieganie więc zjawisku wypalenia zawodowego jest niezwykle ważne zarówno ze względu na obciążenie grupy zawodowej pielęgniarek jak i z uwagi na dobro pacjentów. Oni bowiem ponoszą również ogromne koszty emocjonalne, stykając się z objawami wypalenia u osób sprawujących nad nimi opiekę [2]. Obecna trudna sytuacja w środowisku polskich pielęgniarek pozwala przypuszczać, że zjawisko wypalenia może być znacznie nasilone wśród nich.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena i porównanie wypalenia zawodowego pielęgniarek anestezjologicznych i chirurgicznych jednego ze Szpitali Wojewódzkich na terenie województwa Śląskiego.

Metody

Do oceny poziomu wypalenia pielęgniarek wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowanej przez dr Günthera Possnigga, austriackiego neurologa, psychiatry i psychoterapeuty zajmującego się problemem wypalenia zawodowego, od którego otrzymano zgodę na wykorzystanie narzędzia do badań. Pytania zawarte w ankiecie, inspirowane najpopularniejszym kwestionariuszem MBI – Maslach Burnout Inventory [3] zostały przystosowane do badań na poziomie indywidualnym. Obejmują trzy ujawnione przez Christine Maslach wymiary wypalenia: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację i obniżone poczucie osiągnięć osobistych. Kwestionariusz zawiera 21 pytań analizujących: ogólny poziom stresu, poczucia wypalenia i frustracji, poczucie wyczerpania fizycznego i emocjonalnego, spadek zainteresowania pracą, pacjentami i współpracownikami, cynizm wobec nich, poczucie przeciążenia pracą i obowiązkami, podatność na choroby, zaburzenia snu, obecność negatywnych emocji, zaburzone relacje interpersonalne, obniżone poczucie wsparcia i osiągnięć, zubożenie, spadek aktywności pozazawodowej i zaradczej. Odpowiedzi są udzielane według 7-punktowej skali częstości występowania danego odczucia od „nigdy” do „każdego dnia”. Wysokie wyniki uzyskane w skali emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji, a niskie w skali osobistych dokonań świadczą o wypaleniu.

Interpretacja wyników ankiety według klucza autora pozwala na wyodrębnienie trzech grup:

1. Osoby o niskim ryzyku wystąpienia wypalenia zawodowego, nie posiadające niepokojących objawów (ankietowani, którzy uzyskali łącznie maksymalnie 30 punktów i jednocześnie zaznaczyli nie więcej, niż 2 razy odpowiedź pięciopunktową).
2. Osoby, u których wystąpiły niektóre cechy wypalenia o słabym lub umiarkowanym nasileniu, najczęściej świadczące o rozpoczynającym się procesie (przedział 31- 60 punktów oraz 3 do 5 odpowiedzi pięciopunktowych).
3. Osoby o znacznie nasilonych objawach wypalenia zawodowego, wymagające pomocy, terapii (respondenci z ogólną punktacją powyżej 60 oraz z ilością odpowiedzi pięciopunktowych większą niż 5).

Wyniki badań

Badaniu poddano 2 grupy pielęgniarek – chirurgiczne i anestezjologiczne. Średnia zarówno wieku, jak i stażu pracy – ogólnego i w oddziale jest wyższa u pielęgniarek chirurgicznych. Większość z nich to matki i mężatki, raczej zadowolone ze swojej sytuacji rodzinnej. Grupa pielęgniarek anestezjologicznych liczy więcej osób młodych, stanu wolnego, większość jest bezdzietna. Zdecydowanie lepiej przedstawia się wykształcenie i podnoszenie kwalifikacji wśród pielęgniarek anestezjologicznych. Wykształcenie wyższe posiada 32% osób, a 28% obecnie jest w trakcie studiów zaocznych. W grupie ankietowanych pielęgniarek chirurgicznych wyższe wykształcenie ma 5% ankietowanych, a 10% studiuje obecnie.

Specyfika pracy pielęgniarek tych grup jest również znacznie odmienna. Pomimo to wykazały one spore podobieństwa w poziomie i obrazie wypalenia zawodowego. Zarówno 60% pielęgniarek Oddziału Chirurgii Ogólno-Naczyniowej, jak i 60% pielęgniarek Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii można uznać za zagrożone wypaleniem zawodowym. Niestety 35% pielęgniarek chirurgicznych i 40% anestezjologicznych to osoby silnie wypalone zawodowo, u których konieczne jest włączenie postępowania terapeutycznego i psychologicznego.

Wśród respondentów występuje wysoki poziom wypalenia w aspekcie wyczerpania emocjonalno- fizycznego i obniżonego poczucia osiągnięć osobistych, natomiast niski w ujęciu depersonalizacji. Nie wykazano natomiast żadnej zależności między wypaleniem a wiekiem, stażem pracy, sytuacją rodzinną i podnoszeniem kwalifikacji zawodowych.

Większość ankietowanych najbardziej dotkliwie odczuwa przymus dostosowania swoich fizjologicznych potrzeb do rytmu pracy. Wysoki poziom wypalenia badani prezentują również w sferze obniżonego poczucia osiągnięć. Pielęgniarki w zdecydowanej większości czują się niedoceniane w swojej pracy oraz bezsilne wobec zmiany tej sytuacji na lepszą.

Najmniejsza ilość punktów uzyskanych zarówno przez pielęgniarki chirurgiczne jak i anestezjologiczne odnosi się do depersonalizacji rozumianej jako pprzedmiotowe traktowanie pacjenta, brak zaangażowania w pracę i cynizm wobec podopiecznych i kolegów z pracy.

Porównanie wypalenia zawodowego pielęgniarek Oddziału Chirurgii Ogólnonaczyniowej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Zdecydowanie chętniej wypełniały ankietę pielęgniarki chirurgiczne. Kilka pielęgniarek anestezjologicznych stanowczo odmówiło udziału w badaniach. Może to świadczyć o reakcji obronnej, swojego rodzaju ucieczce przed problemem wypalenia.

Tab.1. Stopień wypalenia zawodowego pielęgniarek chirurgicznych i anestezjologicznych.

Poziom wypalenia zawodowego	Pielęgniarki chirurgiczne		Pielęgniarki anestezjologiczne	
	Liczba - n	%	Liczba - n	%
1 – brak cech wypalenia	1	5	0	0
2 – zagrożenie wypaleniem	12	60	15	60
3 – nasilone objawy wypalenia	7	35	10	40

Wśród pielęgniarek chirurgicznych jest tylko 1 osoba (5%), która znalazła się w 1 grupie, określonej przez autora ankiety jako nie posiadająca niepokojących objawów, o niskim ryzyku wystąpienia wypalenia. W grupie tej nie znalazła się żadna pielęgniarka anestezjologiczna.

60 % badanych pielęgniarek chirurgicznych i 60% anestezjologicznych to osoby z grupy 2 – posiadające niektóre cechy wypalenia, o słabym lub umiarkowanym nasileniu, mogące świadczyć o rozpoczynającym się procesie.

35 % respondentek Oddziału Chirurgii Ogólno-Naczyniowej i 40 % ankietowanych Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii to osoby z grupy 3, o znacznie nasilonych symptomach wypalenia zawodowego, wymagające pomocy, terapii.

Uzyskane wyniki świadczą o bardzo wysokim, ale porównywalnym poziomie wypalenia pielęgniarek wspomnianych wcześniej oddziałów, pomimo pewnej różnicy w uzyskanej ogólnej ilości punktów; wynosi ona 55 dla pielęgniarek chirurgicznych i 62 dla pielęgniarek anestezjologicznych.

Najbardziej zauważalne różnice w wynikach odnoszą się do stosunków interpersonalnych w miejscu pracy. Pielęgniarki chirurgiczne zdecydowanie lepiej postrzegają swoje kontakty ze współpracownikami, mają do nich większe zaufanie, lepiej układa się praca w zespole. Pielęgniarki anestezjologiczne czują się znacznie bardziej osamotnione i pozostawione same sobie. Również poziom ich frustracji jest zdecydowanie wyższy, niż u pielęgniarek chirurgicznych.

Wszystkie badane osoby oceniają ogólny poziom stresu w swoim życiu jako wysoki.

Nie zauważono istotnej różnicy pomiędzy poziomem wypalenia a wiekiem, sytuacją rodzinną, wykształceniem i doskonaleniem zawodowym ankietowanych obydwu oddziałów.

Wśród pielęgniarek powyżej 35 roku życia liczba osób o najwyższym poziomie wypalenia jest tylko nieznacznie niższa, niż u młodszych koleżanek.

Na uwagę zasługuje fakt, iż pielęgniarką o najniższej ilości uzyskanych punktów (42), znacznie niższą od średniej wśród pielęgniarek anestezjologicznych, jest osoba, która kilka ostatnich lat spędziła za granicą, gdzie nie pracowała w zawodzie pielęgniarki. Ankietę wypełniła kilka dni po powrocie do pracy w szpitalu.

Dyskusja

Przeprowadzone badania potwierdziły, że zawód pielęgniarki słusznie zalicza się do zawodowych grup ryzyka, gdyż wypalenie zawodowe dotyczy zdecydowanej większości osób wykonujących ten zawód. Wśród ankietowanych łącznie 45 osób 60% posiada niektóre cechy wypalenia o słabym lub umiarkowanym nasileniu, będące najprawdopodobniej odzwierciedleniem rozpoczynającego się procesu. 38 % badanych

to osoby o znacznie nasilonych objawach wypalenia. Tylko 2% ankietowanych nie jest zagrożone wypaleniem zawodowym. Pomimo dużej skali problemu i prowadzonych badań naukowych wypalenie zawodowe do niedawna odbierane było w środowisku medycznym jako zjawisko nieco abstrakcyjne. Przyczyn takiego stanu rzeczy można doszukiwać się w złożoności problemu i wielu niejasnościach, które narosły wokół tego zjawiska na przestrzeni lat. Odkryto, że wypalenie zawodowe cechują nieswoiste i niejednoznaczne objawy, występujące także w innych stanach i schorzeniach. Ponadto osoba wypalona nie rozpoznaje objawów u siebie, a odczuwane zmęczenie i niechęć do pracy tłumaczy zwykłym osłabieniem i wieloma innymi powodami [4]. Przeprowadzone badania potwierdzają rozmiar tego niekorzystnego zjawiska występującego u pielęgniarek. Podobne badania dotyczące problematyki wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek przeprowadzane w ostatnim dziesięcioleciu ukazują rosnące zagrożenie tym niekorzystnym procesem, mającym skutki indywidualne i społeczne. Do społecznych konsekwencji wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek zaliczyć można obniżenie jakości opieki, wzrost absencji, dużą płynność kadry [5].

Duże znaczenie w powstaniu wyczerpania emocjonalno-fizycznego ma niewątpliwie długotrwałość, o wysokim nasileniu stresu, z którym pielęgniarki nie mogą sobie poradzić. Z biegiem czasu wyczerpuje się zasób ich energii, stają się chronicznie zmęczone, niezadowolone z pracy. Próbuje sobie z tym radzić, dystansując się do osób, którym pomagają, w końcu tracąc zaangażowanie [5,6]. Proces ten od czasów pionierskiego artykułu Freudembergera nazwano *professional burnout* [7]. Wielu autorów podkreśla, że ten przewlekły stres, występujący u osób zajmujących się fachowym pomaganiem innym, ma swoje przyczyny w stawianiu nadmiernych wymagań wobec nich, znacznego zaangażowania, poświęcenia i dużej odpowiedzialności przy równoczesnym braku udzielania wsparcia społecznego. Amerykanie Wheeler i Riding w badaniach nad źródłami stresu wyodrębnili 35 czynników stresujących w pracy pielęgniarek. Jako najważniejsze wymienili: nadmierne obciążenie pracą nieadekwatne do czasu pracy (presja czasu), problemy organizacyjne i kierownicze, niewłaściwe stosunki międzykoleżeńskie, niewłaściwe warunki pracy, wymagania i nacisk ze strony pacjentów [8].

Christine Maslach ponadto ujawniła cechy środowiska, które sprzyjają powstaniu zespołu wypalenia zawodowego. Do najważniejszych zaliczyła: niski status społeczny zawodu, autokratyczny styl zarządzania, nadmierne wymagania, niewłaściwe

relacje interpersonalne, brak wsparcia społecznego, konflikt ról [9]. Jako istotę samego wypalenia autorka ta wskazuje erozję godności, wartości i woli.

Z kolei Ayala Pines w 2000 roku zwróciła uwagę, że na wypalenie szczególnie podatne mogą być osoby, które rozpoczynając swoją pracę zawodową miały wzniosłe cele, duże oczekiwania i postrzegali swoją profesję jako znaczącą [10]. U podstaw wypracowanego przez Pines modelu zwanego motywacyjnym leży założenie, że wypalają się tylko osoby mocno angażujące się w zawodową aktywność i mające silną motywację, a główną przyczyną wypalenia jest silna potrzeba bycia przekonanym, że życie ma sens, a to co robimy jest ważne i potrzebne [11].

Analizując literaturę omawianego zagadnienia godna uwagi jest koncepcja self efficacy. Cherniss analizując tą koncepcję twierdzi, iż osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności dążą w swoim postępowaniu do przystosowania się, a nawet przekształcenia niekorzystnych warunków, natomiast osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności reagują na wysokie wymagania apatią, rezygnacją lub cynizmem. Ta koncepcja znalazła odbicie w wielu artykułach naukowych, potwierdzających rzadkość występowania wypalenia zawodowego u osób z wysokim poczuciem koherencji [9,12].

Wciąż brak jest wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru wypalenia na poziomie indywidualnym. Można do tego celu wykorzystać MBI, jednak istniejący podział na górną, środkową i dolną jedną trzecią jest nieuzasadniony klinicznie. Taka kategoryzacja nie nadaje się do oceny indywidualnej. Potrzebne są badania, w których zostałyby ustalone punkty graniczne poprzez porównanie uzyskanych wyników z niezależną oceną psychologów lub psychiatrów [13].

W badanych grupach pielęgniarek występuje wysoki poziom wypalenia w ujęciu emocjonalnego i fizycznego wyczerpania, natomiast niski pod względem depersonalizacji rozumianej jako cynizm i przedmiotowe traktowanie podopiecznych. Nie uzyskano natomiast potwierdzenia co do zależności między występowaniem cech wypalenia a wiekiem, stażem pracy, sytuacją rodzinną i poziomem kwalifikacji zawodowych.

Wnioski

1. Poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek chirurgicznych i nestezjologicznych można uznać za wysoki.

2. Nie wykazano istotnych różnic w stopniu i obrazie wypalenia pomiędzy pielęgniarkami chirurgicznymi i anestezjologicznymi.
3. Nie ujawniono zależności pomiędzy poziomem wypalenia a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem, kwalifikacjami i sytuacją rodzinną.
4. Pielęgniarki w większości odczuwają wyczerpanie emocjonalnie i fizycznie, czują się niedoceniane w swojej pracy i uważają się za bezsilne wobec zmiany sytuacji zawodowej na lepszą.
5. Pielęgniarki starają się nie przenosić frustracji zawodowych na swoich pacjentów.

Postulaty

Na podstawie dostępnej literatury oraz badań własnych dotyczących zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek nasuwają się następujące postulaty:

1. Należałoby zwiększyć edukację pielęgniarek na temat zespołu wypalenia zawodowego, szczególnie w kwestii rozpoznawania jego symptomów i oceny jego zaawansowania u siebie. Tylko odpowiedni poziom wiedzy na ten temat może zainicjować tak bardzo potrzebny proces przeciwdziałania wypaleniu.
2. Należałoby wskazać pielęgniarkom o znacznym poziomie wypalenia realną możliwość korzystania z profesjonalnej pomocy specjalistycznej w leczeniu zespołu wypalenia zawodowego (psycholog, psychoterapeuta, grupy wsparcia i inne).
3. Należałoby zwiększyć u pielęgniarek poczucie wartości i skuteczności zawodowej poprzez odpowiednie działania psychoedukacyjne i zespołowe. Dużą rolę odgrywa utworzenie w placówkach ochrony zdrowia atmosfery życzliwości i koleżeństwa.
4. Należałoby zwiększyć u pielęgniarek poczucie wsparcia społecznego, zwłaszcza udzielanego w środowisku pracy.
5. Należałoby wyeliminować lub zmniejszyć uciążliwości zawodowe pielęgniarek poprzez lepszą organizację i zmniejszenie obciążenia pracą.
6. Należałoby w okresie przygotowań do wykonywania zawodu wyposażyć przyszłe pielęgniarki w wiedzę i umiejętności z zakresu radzenia sobie ze stresem

zawodowym, komunikowania się w zespole, właściwego wykorzystania potencjału zaangażowania i empatii oraz kształtować racjonalne nastawienie do zawodu.

Piśmiennictwo.

1. Rak A, Gawęł G, Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Sztuka Leczenia, 2002, t.6, nr 2.
2. Dębska G, Cepuch G.: Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Polska Medycyna Rodzinna, 2004.
3. Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2005, t.14, nr 2.
4. Maslach C.: Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. Red. H. Sęk. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa 2006, PWN.
5. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa, 2006, PWN.
6. Guzowska M.: Stres i jego przyczyny w pracy amerykańskich pielęgniarek. Zdrowie Publiczne, 2000, nr 7-8.
7. Tymora I.: Jak wyzwolić się z emocjonalnej pułapki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2004, nr 1-2.
8. Guzowska M.: Stres i jego przyczyny w pracy amerykańskich pielęgniarek. Zdrowie Publiczne, 2000, nr 7-8.
9. Trojanowska I, Wołowicka L, Bartkowska-Śniatkowska A, Tamowicz B, Stefańska-Wronka K.: Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przewodnik Menedżera Zdrowia 2002, t.4.
10. Pines A.: Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. Red. H. Sęk. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa 2006, PWN.
11. Glińska A, Basiński A, Lenkiewicz E, Grygorowicz E, Jałtuszevska S, Małecka-Dubiela: Wypalenie zawodowe – analiza różnych modeli. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa w Anestezjologii i Intensywnej Opiece. Red. I. Krysiak, Poznań 2007.
12. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa, 2006, PWN.
13. Schaufeli W., Enzmann D., Girault N.: Przegląd metod pomiaru wypalenia zawodowego. Red. H. Sęk. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa, 2006, PWN.

Adres do korespondencji: Grazyna.franek@onet.pl

Pielęgniarstwo jako zawód i źródło utrzymania w ocenie studentów drugiego stopnia Collegium Medicum UMK w Toruniu

Mariola Głowacka, Sybilla Mańkowska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Celem badania była ocena zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w kontekście zawodowo-gzystencjalnym. Przedmiotem szczególnego zainteresowania było poznanie opinii studentów studiów drugiego stopnia na temat zawodu pielęgniarki/pielęgniarza jako źródła utrzymania.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety w grupie 101 pielęgniarek i pielęgniarzy.

Dzięki uzyskanym wynikom poznano czynniki mające istotny wpływ na uczucie dużego zadowolenia, zadowolenia bądź niezadowolenia z wykonywanej pracy. Na zadowolenie z wykonywanej pracy w badanej grupie największy wpływ miały: satysfakcja z pracy z ludźmi oraz świadomość bycia potrzebnym. Natomiast na niezadowolenie z wykonywanej pracy dla studentów studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo był aspekt niskich zarobków, a także duże obciążenie psychiczne i fizyczne pracą.

ABSTRACT

The aim of undertaken studies was the evaluation of the nursing profession. The students opinions on the nurse profession as a source of living was particular interest in this thesis. Resources and methods: The studies have been conducted using a diagnostics survey in a group of 101 both make and female nurses. The results show what factors in the study group have the significant impact on begin satisfied a lot, being satisfied or dissatisfied with the job. The most significant impact on being satisfied with the job in the study group are: the satisfaction of working with other people and the awareness of being needed. While second – degree nursing students dissatisfaction on their job was the aspect of low incomes and the big mental and physical load of undertaken job.

WSTĘP

Zawód pielęgniarstwa wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej oraz mobilności, dlatego są oni jedną z bardziej kształcących się grup zawodowych. Swoje funkcje spełniają w różnych miejscach: domu chorego, miejscu pracy, szkole, więzieniu, podmiocie lecznictwa stacjonarnego lub otwartego. Rozwój techniki i jej rosnący wpływ na człowieka, trudność pogodzenia techniki z humanitaryzmem – ludzkim podejściem do pacjenta wzbudza refleksję, że żadne urządzenie nie zdoła zastąpić troskliwości i współczucia dla drugiego człowieka. Dlatego pielęgniarstwo będzie istnieć zawsze dokąd będą istnieli ludzie, zawsze będzie im potrzebne zrozumienie, współczucie, działania na rzecz promowania i zachowania dobrego stanu zdrowia, zapobiegania zaburzeniom oraz opiekę podczas choroby. Często nie uświadamiamy sobie, jak znaczną część naszego życia stanowi praca. Większość osób pracujących zawodowo nie jest w stanie oddzielić życia rodzinnego (prywatnego) od problematyki zawodowej. Człowiek, napotykając kłopoty i niepowodzenia, bezwiednie łączy sferę prywatną z zawodową. Można to zaobserwować w zawodach narażonych (z racji swojej specyfiki) na obciążenie. Dlatego w pracy pielęgniarstwa tak istotne jest poczucie zadowolenia. Zadowolenie to uczucie przyjemności doznawane z powodu spełnienia pewnych pragnień. Przekonanie, że coś się powiodło. Zadowolenie z pracy to ogólna pozytywna ocena pracy wykonywanej przez dany podmiot działania, niewykluczająca jednak negatywnej oceny poszczególnych jej składników. Zadowolenie z pracy oznacza sumę satysfakcji osobistych pracownika i jego oczekiwań. Zależy od wielu czynników, które można sklasyfikować na pochodzące z pola zawodowego oraz pola pozazawodowego. Zadowolenie z pracy jest uczuciową reakcją przyjemności lub przykrości, doznawaną w związku z wykonywaniem określonych zadań, pełnieniem określonych funkcji oraz ról.

Metodologia i metodyka pracy

Przedmiot i cel badań

Celem niniejszej pracy było przedstawienie poziomu zadowolenia pielęgniarek/pielęgniarzy studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo z wybranego zawodu. Przedmiotem szczególnego zainteresowania było poznanie opinii studentów na temat zawodu pielęgniarstwa pod względem materialno-bytowym.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Do realizacji celów badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankietowej własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania zamknięte oraz była anonimowa, co pozwoliło respondentom szczerze odpowiedzieć na pytania.

Do analizy statystycznej wyników badań wykorzystano test nieparametryczny współczynnik korelacji rang Spearmana analizując odpowiedzi nadanych ze względu na grupy wiekowe oraz test U Manna-Whitneya stosowany do porównania dwóch prób niezależnych grup przy zmiennej płeć. Test ten zrobiono właściwie tylko dla porządku, gdyż istnieje ogromna różnica w liczebności grup płci (kobieta-mężczyzna). Przyjęto hipotezę zerową (H_0), że nie ma różnic w wynikach badanych grup. W pracy przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$

Wyniki badań własnych

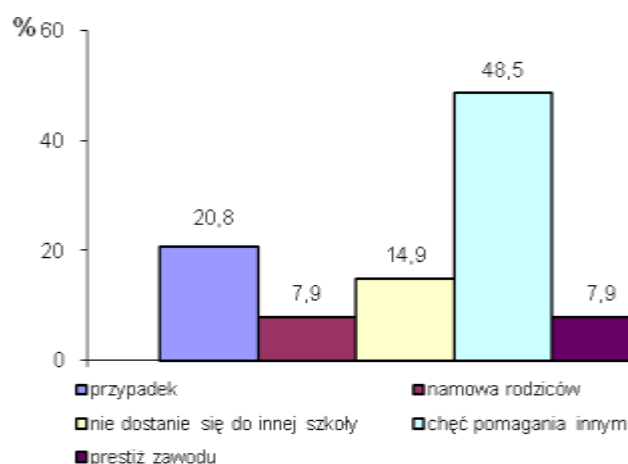
Badanie przeprowadzono w grupie 101 studentów kierunku Pielęgniarstwo Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w kwietniu 2011 roku. W badanej grupie dominowały kobiety (n=97; 96,0%). Studentów podzielono na dwie grupy wiekowe: do 25 lat oraz 25 i więcej lat. Większą liczebnie była grupa do 25 lat (n=59; 58,4%).

Decyzja o wyborze zawodu

Weryfikując decyzję o wyborze zawodu i miejsca pracy zanalizowano pytania:

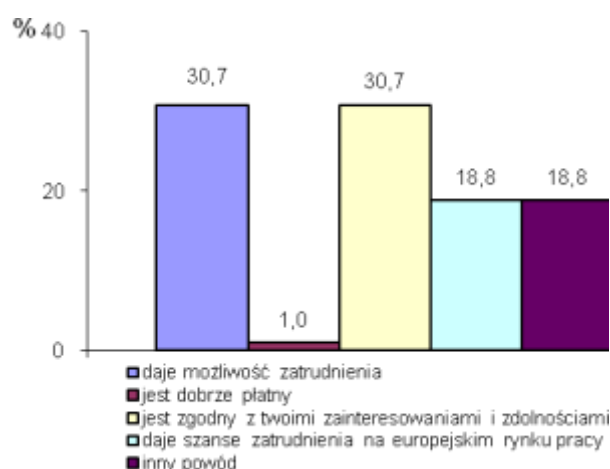
- (3) Co zdecydowało w Pani/Pana przypadku o wyborze zawodu pielęgniarki/pielęgniara?
- (4) Dlaczego Pani/Pan wybrała/ wybrał ten zawód?
- (5) Czy ponownie wybrałaby/wybrałby Pani/Pan zawód pielęgniarki/ pielęgniara?

Prawie połowa badanych pielęgniarek/pielęgniarzy decyzję o wyborze zawodu warunkowała chęcią pomagania innym – 49 osób (48,5%). Przypadek dopomógł co piątej osobie w podjęciu decyzji o wyborze zawodu – 21 osób (20,8%). W najmniejszym stopniu decyzja to została podjęta na podstawie namowy rodziców i w oparciu o prestiż zawodowy – po 8 osób (po 7,9%) (Ryc.1).



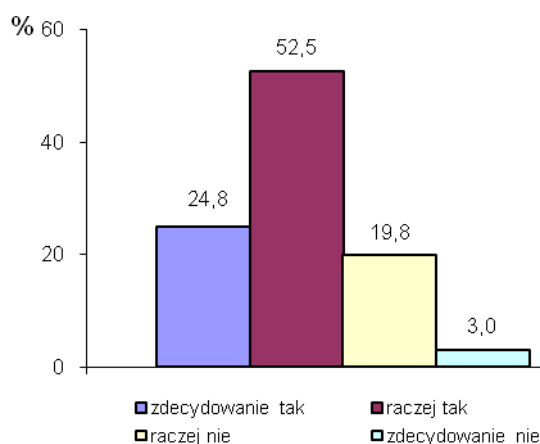
Ryc. 1. Czynniki warunkujące decyzję o wyborze zawodu pielęgniarki/pielęgniacza

Tylko jedna osoba (1,0%) była zdania, że motywem wyboru były wysokie zarobki jakie daje wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniacza. Najwięcej osób jako powód wyboru zawodu podało możliwość zatrudnienia oraz fakt, że jest zgodny z ich zainteresowaniami – po 31 osób (po 30,7%) (Ryc. 2).



Ryc.2. Motywy wyboru zawodu

Oceniając hipotetyczną ewentualność ponownego wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniacza uzyskano informację, że co piąty respondent nie dokonałby takiego wyboru. Zdecydowanie nie – 3 osoby (3,0%), a kolejne 20 ankietowanych (19,8%) – raczej nie. Pozostali powtórzyliby wybór, z czego 25 osób (24,8%) – zdecydowanie tak (Ryc. 3).



Ryc. 3. Rozkład decyzji o ponownym wyborze zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza

Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji wieku i pytań dotyczących decyzji o wyborze zawodu ($p > 0,05$) (Tabela I).

Tabela I. Korelacje wieku i decyzji o wyborze zawodu

pytanie	N	R	t(N-2)	poziom p
decyzja o wyborze zawodu pielęgniarki	101	-0,0756	-0,7544	0,4524
powód wyboru zawodu	101	0,0915	0,9143	0,3628
ponowny wybór zawodu	101	-0,0287	-0,2856	0,7758

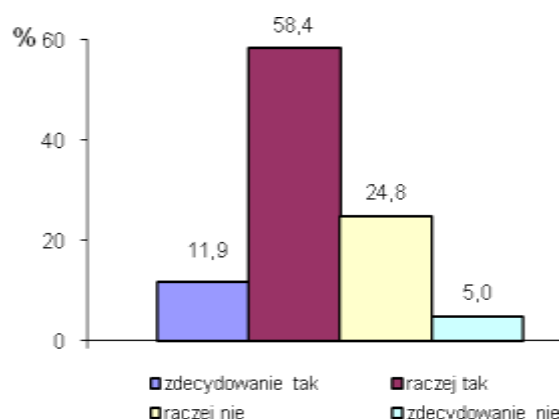
Podobnie nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w badanych grupach płci. Zatem nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, że badane grupy kobiet i mężczyzn nie różniły się w jakiegokolwiek kwestii dotyczącej decyzji o wyborze zawodu ($p > 0,05$).

Stres związany z zawodem

Weryfikując stres związany z wykonywanym zawodem analizowano pytania:

- (16) Czy praca na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarsza pozwala Pani/Panu na zachowanie równowagi między życiem prywatnym a zawodowym?
- (18) Czy uważa Pani/Pan, że praca pielęgniarki/pielęgniarsza jest stresująca?

Zdanie badanych było właściwie jednoznaczne. Tylko niespełna co trzecia ankietowana osoba stwierdziła, że praca na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara nie pozwalała na zachowanie równowagi pomiędzy życiem prywatnym a zawodowym. Zdecydowanie nie zaznaczyło – 5 osób (5,0%), a kolejne 25 osób (24,8%) – odpowiedź raczej nie. Pozostali respondenci ocenili, że zawód pozwala na zachowanie równowagi, z czego 12 osób (11,9%) – zdecydowanie tak (Ryc.4).



Ryc. 4. Rozkład poczucia zachowania równowagi między życiem prywatnym a zawodowym

Co piąta badana osoba była zdania, że zawód pielęgniarki/pielęgniara nie jest stresujący. Zdanie, że zdecydowanie nie, wyraziło 5 osób (5,0%), a że raczej nie – 14 osób (13,9%). Najwięcej badanych zaznaczyło jednak odpowiedź – zdecydowanie tak – 51 osób (50,0%) dając wyraz temu, że zawód pielęgniarki/pielęgniara jest stresujący. Stres związany z zawodem nie pozostawał w istotnej korelacji z wiekiem (grupy wiekowe) ($p > 0,05$).

Nie odnotowano również istotnej statystycznie różnicy w badanych grupach płci. Zatem nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, że badane grupy kobiet i mężczyzn nie różniły się w jakiegokolwiek kwestii dotyczącej stresu związanego z zawodem ($p > 0,05$).

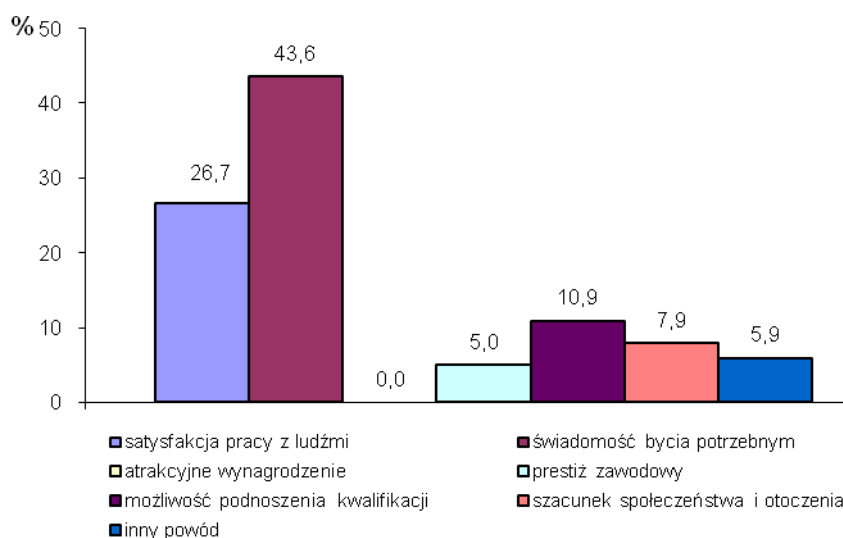
Satysfakcja zawodowa

Weryfikując satysfakcję zawodową analizowano pytania:

- (6) Co Pani/Pana zdaniem jest najbardziej atrakcyjne w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara?
- (7) Czy jest Pani/ Pan zadowolona/y z wybranego zawodu?

- (10) Czy swoją przyszłość wiąże Pani/Pan z obecnym zawodem?
- (17) Czy lubi Pani/Pan swoją pracę na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara?
- (20) Które z wymienionych aspektów pracy pielęgniarki/pielęgniara wywołują u Pani/Pana uczucie niezadowolenia?
- (21) Czy uważa Pani/Pan, że praca pielęgniarki/pielęgniara jest satysfakcjonująca?
- (23) Czy kiedykolwiek miała/miał Pani/Pan wyjechać do innego kraju w celu podjęcia pracy pielęgniarki/pielęgniara?
- (24) Czy zamierza Pani/Pan wyjechać w przyszłości do innego kraju, celem podjęcia pracy pielęgniarki/pielęgniara?
- (25) Czy jest Pani/Pan szczęśliwa/y jako pielęgniarka/pielęgniarz?

Właściwie tylko dwa aspekty atrakcyjności zawodu pielęgniarki/pielęgniara uzyskały zdecydowaną przewagę. Pierwszy z nich to świadomość bycia potrzebnym, który zaznaczyły 44 osoby (43,6%). Drugi, to satysfakcja z pracy z ludźmi – 27 osób (26,7%). Najmniej osób podkreśliło prestiż zawodowy – 5 osób (5,0%). Nikt z badanych nie wskazał na atrakcyjne wynagrodzenie, chociaż jedna z osób podała je jako powód wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniara (Ryc.5).



Ryc. 5. Rozkład atrakcyjnych aspektów zawodu pielęgniarki/pielęgniara

Co piąty respondent stwierdził, że nie był zadowolony z wybranego zawodu. Zdecydowanie nie tylko 2 osoby (2,0%), że raczej nie – 18 osób (17,8%). Najwięcej badanych zaznaczyło jednak odpowiedź tak – 56 osób (55,4%) i wraz z osobami, które

zaznaczyły odpowiedź raczej tak, dały wyraz zadowolenia z wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.

Zdecydowana większość respondentów wiązała swoją przyszłość z obecnym zawodem. Odpowiedzi raczej tak udzieliły – 53 osoby (52,5%), natomiast odpowiedzi zdecydowanie tak – 40 osób (39,6%). Za ledwie 8 ankietowanych (7,9%) było odmiennego zdania, z czego 7 (6,9%) odpowiedziało – raczej nie.

Badane pielęgniarki lubiły swoją pracę zawodową (42,6%) lub nie były jednoznacznie przekonane – czasami tak, czasami nie (49,5%). Swojej pracy nie lubiło osiem osób (7,9%).

W największym stopniu uczucie niezadowolenia z pracy, u badanych, wywoływała niska płaca (33,7%), duże obciążenie psychiczne i fizyczne pracą (17,8%) oraz zła atmosfera w pracy (10,9%) i niski status zawodowy (9,9%). Najrzadziej respondenci wskazywali na ograniczoną samodzielność w podejmowaniu decyzji związanych z pielęgowaniem i niemożność pogodzenia pracy z życiem osobistym – po 2 osoby (po 2,0%) (Tabela II).

Tabela II. Aspekty pracy pielęgniarki/pielęgniarza wywołujące uczucie niezadowolenia

aspekty	respondenci	
	n	%
zła atmosfera w pracy	11	10,9
niska płaca	34	33,7
niski status zawodowy	10	9,9
duża odpowiedzialność	3	3,0
ograniczona samodzielność w podejmowaniu decyzji związanych z pielęgowaniem	2	2,0
niewystarczająca liczba pielęgniarek w stosunku do liczby i stanu zdrowia chorych	9	8,9
praca zmianowa	9	8,9
duże obciążenie psychiczne i fizyczne pracą	18	17,8

ciągłe obcowanie z umierającymi, cierpieniem	3	3,0
niemożność pogodzenia pracy z życiem osobistym	2	2,0
Razem	101	100,0

Dla zdecydowanej mniejszości ankietowanych praca pielęgniarki nie była satysfakcjonująca: zdecydowanie nie (5,0%) lub raczej nie (15,8%). Najwięcej respondentów było raczej (60,4%) oraz zdecydowanie (18,8%) usatysfakcjonowanych i wraz z osobami, które zaznaczyły odpowiedź raczej tak, wyraziły opinię, że praca pielęgniarki/pielęgniara jest satysfakcjonująca. Satysfakcja zawodowa respondentów nie była istotnie statystycznie warunkowana przez wiek i płeć ($p>0,05$).

Opinie na temat wyjazdu do innego kraju były podzielone, z niewielką przewagą osób, które twierdziły, że w przeszłości rozważały zamiar wyjazdu do innego kraju w celu podjęcia pracy pielęgniarki/pielęgniara – 51 osób (50,5%). W trakcie badania takiej ewentualności nie wykluczało 37 osób (36,6%). Wszyscy ankietowani nie wykluczali w przyszłości wyjazdu za granicę w celu podjęcia pracy pielęgniara. Wśród kobiet taką decyzję podjęłyby 33 osoby (34,0%).

Respondenci ocenili siebie jako osoby szczęśliwe (72,3%). Nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji grup wiekowych badanych i pytań dotyczących satysfakcji zawodowej ($p>0,05$).

Prestiż zawodowy

Weryfikując prestiż zawodowy analizowano pytanie:

- (8) Czy uważa Pani/Pan, że zawód pielęgniarki/pielęgniara cieszy się wysokim prestiżem w społeczeństwie polskim?

Opinie pielęgniarek na temat prestiżu zawodowego w społeczeństwie polskim oscylowały w granicach odpowiedzi raczej nie. Badani nie identyfikowali oznak tego prestiżu. Odpowiedzi negatywnej udzieliło 59 osób (58,4%), z czego raczej nie – 39 osób (38,6%) i zdecydowanie nie – 20 osób (19,8%).

Odczuwanie prestiżu zawodowego nie było zależne od wieku i płci respondentów ($p>0,05$).

Możliwości rozwoju zawodowego

Oceniając możliwość rozwoju zawodowego analizowano pytania:

- (9) Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z możliwości rozwoju jakie stwarza zawód pielęgniarstwa/pielęgniarki?
- (22) Czy uważa Pani/Pan, że pielęgniarstwo ma możliwość uczestniczyć w różnych formach kształcenia podyplomowego np.: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne?

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby uważające siebie za zadowolone z możliwości rozwoju jakie stwarza zawód pielęgniarstwa/pielęgniarki – 82 osoby (81,2%), z czego najwięcej osób – raczej tak – 55 osób (54,5%). Odmienne zdania było 19 osób (18,8%), z czego najwięcej twierdziło, że raczej nie – 16 osób (15,8%). Zdaniem większości badanych, pielęgniarstwo ma możliwość uczestniczenia w różnych formach kształcenia podyplomowego np. specjalizacje, kursy kwalifikacyjne oraz specjalistyczne (93,1%).

Ocena możliwości rozwoju zawodowego nie była zdeterminowana istotnie statystycznie wiekiem i płcią respondentów ($p>0,05$).

Wynagrodzenie

Weryfikując wynagrodzenie analizowano pytania:

- (26) Zarobki pielęgniarstwa/pielęgniarki w Polsce oceniam jako:
- (27) Czy uposażenie pielęgniarstwa pozwala na zakup mieszkania w ciągu 15 lat pracy?
- (28) Czy zarobki pielęgniarstwa pozwalają na przynajmniej jednorazowy wyjazd urlopowy w ciągu roku?
- (29) Czy zarobki pielęgniarstwa pozwalają na kupno samochodu średniej klasy w ciągu 5 lat?
- (30) Czy zarobki pielęgniarstwa pozwalają na korzystanie z dóbr kultury (np. kino, teatr, muzeum itp.)?

- (31) Czy zarobki pielęgniarские pozwalają na spokojną egzystencję z miesiąca na miesiąc?
- (32) Czy zarobki pielęgniarские pozwalają na odłożenie oszczędności w każdym miesiącu?

Zarobki pielęgniarki/pielęgniarsza oscylowały wokół oceny – zbyt niskie. Pozytywnie oceniło zarobki 26 osób (25,8%), z czego najwięcej – 25 (24,8%) uważało wynagrodzenie za wystarczające. Negatywnie oceniło je 75 ankietowanych (74,2%) określając jako zbyt niskie (40,6%).

Respondenci nie mieli sprecyzowanego poglądu w kwestii możliwości zakupu mieszkania w ciągu 15 lat, jednorazowego wyjazdu na urlop w ciągu roku, możliwości zakupu średniej klasy samochodu w ciągu 5 lat, możliwości korzystania z dóbr kultury, możliwości spokojnej egzystencji z miesiąca na miesiąc, możliwości odłożenia oszczędności w każdym miesiącu. Zdecydowanie negatywnych odpowiedzi udzieliło odpowiedni: 73,3%; 19,8%; 52,5%; 61,4%; 27,7%; 56,4% badanych.

Dwie kwestie dotyczące wynagrodzenia pozostawały w niskiej korelacji z wiekiem ($p = 0,0362$), tj. możliwości zakupu z własnych zasobów oraz możliwości odłożenia zaoszczędzonych środków w każdym miesiącu (odpowiednio: $p = 0,0362$; $p = 0,0423$) (Tabela III).

Tabela III. Korelacje oceny wynagrodzenia i wieku respondentów

pytanie	N	R	t(N-2)	poziom p
zarobki pielęgniarki	101	-0,1451	-1,4589	0,1478
czy wyposażenie pielęgniarские pozwala na zakup mieszkania w ciągu 15 lat pracy	101	0,2087	2,1236	0,0362
zarobki pielęgniarские pozwalają na przynajmniej jeden urlop w ciągu roku	101	0,0352	0,3509	0,7264
czy zarobki pozwalają na zakup samochodu w ciągu 5 lat	101	-0,0747	-0,7457	0,4576
zarobki pozwalają na korzystanie z dóbr kultury	101	-0,0550	-0,5478	0,5851
zarobki pozwalają na spokojna egzystencje	101	0,0496	0,4939	0,6225

zarobki pozwalają na oszczędności w każdym miesiącu	101	-0,2025	-2,0573	0,0423
---	-----	---------	---------	--------

Ocena możliwości zakupu samochodu średniej klasy w ciągu 5 lat z zarobków pielęgniarskich była zdeterminowana płcią ($p = 0,0458$). Mężczyźni częściej niż kobiety wyrażali opinię pozytywną w tej kwestii.

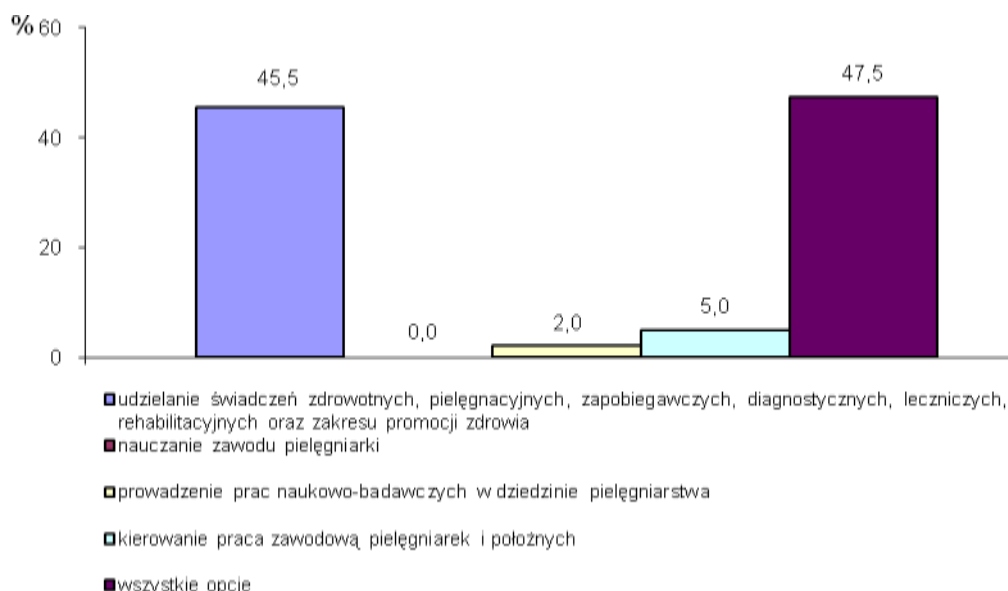
Aspekty prawne zawodu pielęgniarki

Weryfikując aspekty prawne zawodu pielęgniarki analizowano pytania:

- (11) Pielęgniarstwo to zawód?
- (12) Za wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza uważa się?
- (13) Główne akty prawne regulujące zawód pielęgniarki?
- (14) Świadczenia zawodowe pielęgniarka może realizować w ramach?
- (15) W myśl obowiązującego prawa magister pielęgniarstwa to?

Większość z badanych była zdania, że pielęgniarstwo to zawód specjalistyczny, samodzielny (66,3%), a najmniej określiło pielęgniarstwo jako zawód niższy w porównaniu z zawodem lekarza (12,9%). Pomocniczy charakter zawodu podkreślił co piąty respondent (20,8%).

Właściwie tylko dwie odpowiedzi znalazły większą aprobatę u badanych, że za wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza uważa się udzielanie świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz zakresu promocji zdrowia (45,5%) oraz „wszystkie opcje” (udzielanie świadczeń zdrowotnych, pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz zakresu promocji zdrowia, nauczanie zawodu pielęgniarki, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa oraz kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych) (47,5%) (Ryc.6).



Ryc. 6. Rozkład opinii co uważa się za wykonywanie zawodu pielęgniarstwa/pielęgniarki

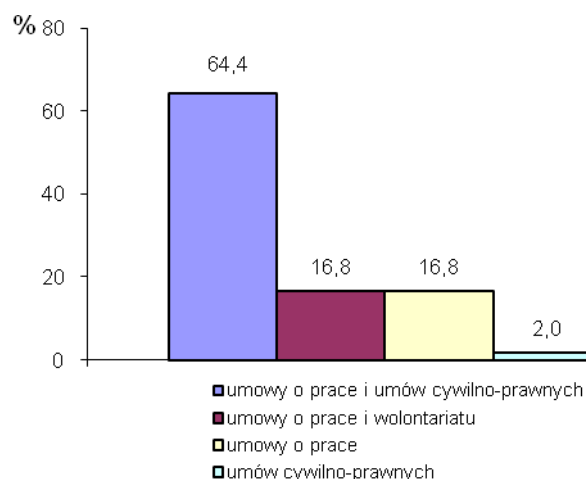
Respondenci jako główne akty prawne regulujące zawód pielęgniarstwa wskazali ustawę o zawodach pielęgniarstwa i położnej (24,8%) oraz „wszystkie opcje” (ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej, ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych, Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz uregulowania prawne dotyczące ubezpieczeń społecznych) (62,4%) (Tabela IV). Znajomość regulatorów prawnych wykonywania zawodu pielęgniarstwa nie była zdeterminowana przez wiek respondentów ($p > 0,05$). Płeć w istotnym stopniu warunkowała ocenę tytułu magistra pielęgniarstwa jako tytułu zawodowego oraz wpływała na interpretację charakteru zawodu pielęgniarstwa. Zdaniem większości mężczyzn magister pielęgniarstwa to zawód, a kobiet – tytuł zawodowy. Mężczyźni najczęściej określali pielęgniarstwo jako zawód niższy w stosunku do zawodu lekarza, a kobiety podkreślały samodzielność zawodową.

Tabela IV. Główne akty prawne regulujące zawód pielęgniarstwa

akty prawne	badani studenci	
	n	%
ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej	25	24,8
ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych	3	3,0

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej	6	5,9
uregulowania prawne dotyczące ubezpieczeń społecznych	4	4,0
wszystkie opcje	63	62,4
Razem	101	100,0

Większość z badanych była zdania, że realizowanie świadczeń zawodowych pielęgniarek odbywa się w ramach umowy o pracę i umów cywilno-prawnych (64,4%). Najrzadziej respondenci twierdzili, że świadczenia te mogły być realizowane tylko na podstawie zawartych umów cywilno-prawnych (2,0%) (Ryc. 7).



Ryc. 7. Rozkład ram realizacji świadczeń zawodowych pielęgniarek

Dyskusja

Aby praca była jednym z motorów działań człowieka powinna mu dawać zadowolenie – satysfakcję. Jak istotny to element w zarządzaniu zasobami ludzkimi, potwierdziły między innymi badania Rafała Mrówki [11] oraz wielu innych autorów [12]. Badania dotyczące zadowolenia z pracy, przeprowadzane w Polsce, zwykle koncentrują się na aspektach, które wpływają na brak poczucia zadowolenia. Podobnie jest w przypadku badań w grupach pielęgniarskich [13, 15]. W tej grupie zawodowej najważniejszą przyczynę niezadowolenia z pracy upatrywano dotychczas w niskich zarobkach [8]. W badaniach własnych wynagrodzenie negatywnie oceniło aż 74% pielęgniarek/pielęgniarzy. Wyniki uzyskane przez innych autorów również świadczą o tym, że poważnym problemem z jakim boryka się od lat pielęgniarska grupa zawodowa

są niestety niskie płace. W badaniach Czekirdy [3] pielęgniarki/pielęgniarze także wskazują na brak zadowolenia z miesięcznych wynagrodzeń oraz sygnalizują pogorszenie się sytuacji materialnej. Niskie płace mogą być poważnym źródłem stresu w środowisku zawodowym pielęgniarek/pielęgniarzy, o czym dowodzą badania własne, a także badania Zajkowskiej i Marcinowicz [16] przeprowadzone wśród pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce i Stanach Zjednoczonych. Pielęgniarki/pielęgniarze polscy oczekują wzrostu wynagrodzeń jako istotnego wyznacznika satysfakcji zawodowej, a pielęgniarki amerykańskie – lepiej opłacone osiągają wyższy stopień satysfakcji zawodowej. Jednak mimo braku satysfakcji finansowej, osoby pracujące w zawodzie pielęgniarki bardzo cenią swoją pracę i zazwyczaj deklarują wysoki poziom zadowolenia z jej wykonywania [8], co odzwierciedlają różnego rodzaju badania opinii publicznej [5]. Takie podejście do pielęgniarstwa jest spowodowane przede wszystkim systemem wartości, który jest wpisany w ten zawód. W zawodzie pielęgniarki najważniejsze są wartości pozamaterialne, czyli współpraca z pacjentem, pomaganie innym w cierpieniu, możliwość zdobywania nowej wiedzy i umiejętności, dobra organizacja pracy oraz dobra współpraca w zespole. Z badań opinii społecznej wynika, że poziom zadowolenia z pracy wśród Polaków utrzymuje się w ostatnich latach na poziomie 65–75%. W dolnej granicy plasuje się sfera związana z ochroną zdrowia [7]. W grupie polskich pielęgniarek (wg raportu z badań europejskiego projektu *Nurses' Early Exit Study* [7]) poziom zadowolenia z pracy jest stosunkowo niski — zarówno w porównaniu z innymi krajami, jak i społeczeństwem polskim. Niemniej jednak, 55% polskich pielęgniarek jest zadowolonych z pracy [5]. Badania własne dowodzą również o tym, że do aspektów pracy pielęgniarki/pielęgniarza, które wywołują uczucie niezadowolenia należy także zła atmosfera w pracy. Zalicza się tu wszelkie utrudnianie w relacjach interpersonalnych w zespole leczącym. Pielęgniarki/pielęgniarze często zamiast pozytywnej oceny jaką powinny dostać od osób współpracujących z nimi (bezpośrednio) lekarzy, spotykają się z obniżeniem wartości ich wysiłku i niekiedy z traktowaniem pogardliwym [2]. Wśród najczęstszych przyczyn konfliktów interpersonalnych w procesie komunikacji pielęgniarek wymienia się, m.in.: złe wyposażenie stanowiska pracy, brak właściwego wyposażenia w sprzęt i niezbędną aparaturę, niskie płace, zbyt duże obciążenie pracą, stres psychiczny, brak możliwości realizacji planu opieki nad pacjentem według obowiązujących standardów, konieczność sprostania wzrastającym wymogom i

przestrzeganie obowiązujących przepisów [3]. W objętej badaniem grupie studentów kierunku pielęgniarstwo poziom satysfakcji z wykonywanej pracy jest dość wysoki, mimo świadomości perspektywy niskich zarobków. Należy jednak pamiętać, że ogólne zadowolenie z pracy nie jest sumą satysfakcji z poszczególnych elementów pracy. Satysfakcja z pracy jest ściśle związana z wyższą wydajnością [2], produktywnością, z silniejszym zaangażowaniem w pracę, mniejszą fluktuacją, większą lojalnością pracowników wobec organizacji. Należy pamiętać, że w sferze subiektywnych ocen własnej sytuacji życiowej mogą następować pewne zmiany oraz że może się zmieniać znaczenie czynników wpływających na poczucie zadowolenia czy satysfakcji. Uzyskane w badaniu wyniki ukazują zasadnicze różnice w postrzeganiu i odczuwaniu zadowolenia z pracy wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. Być może wynika to z ogólnie przyjętych sposobów zarządzania zasobami ludzkimi (odpowiedniego doboru oraz motywowania pracownika). Regularne monitorowanie poziomu zadowolenia pracowników odgrywa istotną rolę w skutecznym zarządzaniu. Coraz częściej pracownicy zaczynają dyktować warunki zatrudnienia. Dlatego też pracodawcy powinni ze szczególną uwagą śledzić informacje na temat poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy. Tylko w ten sposób będą mogli w efektywny sposób zarządzać zespołem, a tym samym całą firmą.

Praca pielęgniarki/pielęgniarza nabiera szczególnego znaczenia zarówno w zespole pielęgniarstwie jak i w szerszym zespole terapeutycznym. Pielęgniarki w nowej roli są niezależne i samodzielne, co może budzić kontrowersje w wielu środowiskach [1]. W 1996 roku weszła w życie ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, w której rozwiano wszelkie wątpliwości dotyczące samodzielności zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza. Z analizy wyników badań własnych wynika, że 68% studentów posiada wiedzę o samodzielności zawodu pielęgniarstwa. Obecnie jeszcze nie wszystkie pielęgniarki/pielęgniarze rozumieją pojęcie samodzielności i autonomii w pielęgniarstwie, często wolą stać z boku mając poczucie, że i tak niewiele mogą zrobić, a wszystko i tak zostanie im narzucone z góry [11]. W badaniach Fedlak [4] stwierdzono, że duża część pielęgniarek/pielęgniarzy w obawie przed przekroczeniem swoich uprawnień wycofuje się z realizacji swoich funkcji zawodowych, głównie samodzielnych.

Stopień zadowolenia wg Lipińskiej-Grobelny i Głowackiej [10] zależy od tak zwanego „dopasowania” do danego zawodu i wyznacza wyższy poziom zadowolenia pod względem emocjonalnym, jak i poznawczym. Zdaniem tych autorek [10], osoby

dopasowane do zawodu w stopniu wysokim charakteryzują się wysokim poziomem zadowolenia z takich czynników środowiska zawodowego, jak: współpracownicy, kadra kierownicza, treść i warunki pracy, organizacja, wynagrodzenie – w porównaniu z osobami w niskim i średnim stopniu. Zapewne jest to zawód wymagający dużej odpowiedzialności zawodowej a zatem wiążący się z dużym stresem, wymagający poświęcenia i zaangażowania emocjonalnego na rzecz cierpiących czy umierających, często wykonywany w niekorzystnych dla zdrowia warunkach, zwłaszcza w oddziałach szpitalnych, a przy tym niestety wciąż nisko opłacanych. Badane pielęgniarki/pielęgniarze pomimo wielu niedogodności związanych z pracą w warunkach szpitalnych oraz dużego obciążenia stresem, wykazują jednak zadowolenie z wykonywanego zawodu. Świadczy o tym fakt, że zdecydowana większość ankietowanych studentów, gdyby ponownie miała dokonać wyboru zawodu, to postąpiłaby tak samo.

Wnioski

Analiza uzyskanych w toku badania informacji pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Wiodącym motywem podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo była chęć pomagania innym.
- Za czynniki wpływające w największym stopniu na zadowolenie z wykonywanej pracy studenci uznali świadomość bycia potrzebnym.
- Jako czynniki determinujące niezadowolenie studentów z wykonywanej pracy badani wskazali przede wszystkim niską płacę oraz duże obciążenie psychiczne i fizyczne pracą.
- Zdecydowana większość studentów postrzegała swój zawód jako samodzielny oraz specjalistyczny regulowany aktami prawnymi.
- Studenci drugiego stopnia nie dostrzegali wysokiego prestiżu zawodowego w społeczeństwie polskim.
- Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zadowolone z możliwości rozwoju jaki stwarza zawód pielęgniarki/pielęgniarza.
- Zdecydowana większość studentów negatywnie oceniła zarobki pielęgniarki/pielęgniarza w Polsce.

- Nieliczna grupa badanych wykazała chęć wyjazdu do innego kraju w celu podjęcia pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarsza.
- Poczucie szczęśliwości jako pielęgniarka/pielęgniarsz odczuwała zdecydowana większość badanych studentów.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bajurna B.: Pielęgniarka w zespole pracowniczym. Pielęgniarstwo Polskie 2007, 1:63-67.
2. Błaszczuk W. Januszkiewicz K. Śmigielski J.: Oblicza jakości życia człowieka w sytuacji pracy. Łódź 2006, 29.
3. Czekirda M. Pabiś M. Jarosz M. J.: Poczucie satysfakcji z pracy pielęgniarek woj. Lubuskiego. Pielęgniarstwo XXI wieku 2008, 2-3.
4. Fedlak M., Wieczorek A., Papiernik M., Kurpienik A.: Realizacje funkcji zawodowych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2008, 11: 5-8.
5. Komunikat PKPP Lewiatan: (2007) Polacy pracujący 2007. <http://www.Polska.pl> (03.08.2007).
6. Komunikat OBOP.: Satysfakcja Polaków z pracy. 1996.
7. Kucharz M.: Badanie poziomu satysfakcji pielęgniarek z pracy zawodowej. Akademia Ekonomiczna w Krakowie 2005. <http://wizard.ae.krakow.pl/>
8. Koper D.: Wybór zawodu w opinii pielęgniarek. Zdrowie Publiczne 2002, 112:492-496.
9. Kulczyka L.: Satysfakcja kluczem do samorozwoju. Informator Menedżera. 2007; 220 (2441).
10. Lipińska-Grobelny A., Głowacka K.: Zadowolenie z pracy a stopień dopasowania do zawodu. Przegląd Psychologiczny 2009, (2):181-194.
11. Mrówka R.: Badanie satysfakcji pracowników w organizacji gospodarczej. Nowoczesne przedsiębiorstwo — strategię działania, rozwoju i konkurencji. Tom 1. Kolegium Zarządzania i Finansów SGH, Warszawa 2000.
12. Szumska A., Moderska A., Nowakowska I., Jachimowicz-Wołoszynek D.: Stan motywacji i motywowania w polskim pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2006; 1/2 (14/15): 74.
13. Tęcza B., Kłapa Z.: Satysfakcja pielęgniarek z wykonywanej pracy. 2003; 6/509: 8–10.

14. Wąsik Z.S., Dorozko B., Kotulski Z.A.: Pomiar satysfakcji pracowników w praktyce przedsiębiorstwa. W: Nieżurawski L. (red.). Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach konkurencji. Olsztyn 2002: 429–438.
15. Widerszal-Bazyl M. Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika? W: Materiały pokonferencyjne: „Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle”, CIOP PIB, Warszawa 2005: 2–4.
16. Zajkowska E. Marcinowicz L.: Elementy satysfakcji zawodowej pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i Stanach Zjednoczonych. Zdrowie Publiczne 2005, 115 (3): 274-278.

NA ZÁVER

„Sme pripravení na ďalšiu fázu medzikultúrneho dialógu v ošetrovatel'stve bez hraníc“

mgr Wojciech Niklewicz, 2011.

Pielęgniarstwo ponad granicami, alebo Ošetrovatel'stvo bez hraníc. Najprv myšlienka, následne reálny projekt, ktorý sa započal ešte v tomto roku v Poľskom meste Lodz a pranie pokračovať ďalej. Ďalšia, druhá fáza multikultúrneho dialógu na tému Ošetrovatel'stvo medzi teóriou a praxou preskočila nie len hranice, ale aj končiare Vysokých Tatier, ktoré tvoria prírodnú hranicu medzi Poľskom a Slovenskom. Druhá fáza skončila na II. Belianskych dňoch ošetrovatel'stva v Tatranskej Kotline. Sme pripravení odovzdať pomyselnú štafetu tretiemu medzikultúrnemu dialógu v rámci ošetrovatel'stva bez hraníc.

Za spoluprácu a všestrannú pomoc sa chcem poďakovať mojim priateľom a to mgr Wojciechovi Niklewiczovi z Poľska. Človeku, ktorý je autorom „ošetrovatel'stva bez hraníc“, Mgr. Danke Halečkovej, hlavnej sestre Sanatória Tatranská Kotlina, n. o., bez ktorej by Belianske dni ošetrovatel'stva ostali len nereálnym nápadom, Mgr. Kataríne Kovalčíkovej a Bc. Vladimírovi Siskovi mojím najbližším priateľom, Rade Regionálnej komore sestier a pôrodných asistentiek vo Vysokých Tatrách za spoluprácu a v neposlednom rade autorom, recenzentom zborníka a všetkým sestrám a pôrodným asistentkám, ktoré obohatili Belianske dni ošetrovatel'stva svojou účasťou.

V Lodzi bola spečatená spolupráca medzi národnými sesterskými organizáciami na Slovensku a v Poľsku. V Tatranskej Kotline sme spečatili regionálnu spoluprácu medzi Vysokými Tatrami a Krakowom. Čo nám ešte ošetrovatel'stvo bez hraníc prinesie v budúcnosti? Nechajme sa prekvapiť.

Lukáš Kober