

2014

ROČNÍK 5

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

do rukou se vám dostává v pořadí již čtvrté vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS zaměřené na obor zdravotnictví. Přijměte naše pozvání na cestu ošetrovatelstvím jako samostatnou vědeckou disciplínou.

Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na ošetrovatelskou péči, ale i články se zaměřením na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Věříme, že vás LOGOS POLYTECHNIKOS s ošetrovatelskou problematikou zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v ošetrovatelství a porodní asistenci.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

LENKA GÖRNEROVÁ, IVICA GULÁŠOVÁ

Od porodní báby k porodní asistentce 4

VLASTA DVOŘÁKOVÁ, IVICA GULÁŠOVÁ

Profesní předpisy porodních asistentek v 18. a 19. století 13

MÁRIA KOPÁČIKOVÁ, MARCELA ZEMANOVÁ

Možnosti ošetrovateľstva v starostlivosti o ženu s inkontinenciou moču 20

JAROSLAV STANČIAK, JOZEF NOVOTNÝ

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po úraze krčnej chrbtice 33

MICHAELA BENEŠOVÁ, RADKA KŘEPINSKÁ

**Zkušenosti všeobecných sester s poskytováním ošetrovateľské péče
romským klientům 50**

KATEŘINA VOLENÍKOVÁ, IVA BRABCOVÁ

Vliv organizace ošetrovateľské péče na spokojenost sester 58

IVICA GULÁŠOVÁ, JÁN BREZA, ML., JÁN BREZA

**Význam techniky umývania a dezinfekcie rúk pri práci v zdravotníckych
laboratóriách..... 70**

RADIM KŘIVÁK

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) 77

EVA BEŇOVÁ

**Aplikace systému OMAHA u klienta s vybraným gastroenterologickým
onemocněním 83**

JAN ANTONI RUTOWSKI

**Clinical Consequences of Nitric Oxide /NO/ Overproduction in Septic
Shock Condition and a New Pharmacological Possibilities Regulation
of this Pathology 100**

PETRA VRŠECKÁ

Potřeby nemocných v konečném stadiu života 107

LENKA GAJDOŠOVÁ

Kvalita života u pacientov s chronickou bolesťou..... 113

MICHAL FRITZMANN

Eutanázia – stále aktuálnejší problém v súčasnej spoločnosti 119

ANNA BENČEKOVÁ

Rizikové faktory životného štýlu 124

EVA DIRGOVÁ

Edukácia mládeže jako nástroj prevencie sociálno-patologických javov..... 132

Od porodní báby k porodní asistentce

Lenka Görnerová, Ivica Gulášová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo. Příprava a výuka žen, které se připravují na profesi porodní asistentky, byla a je ovlivňována mnohými společenskými vlivy. V současnosti profese porodní asistentky patří k pomáhajícím profesím. Všechny činnosti porodní asistence jsou směřovány k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Získání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentka je legislativně ošetřeno jak na úrovni Evropské unie, tak na úrovni jednotlivých členských států. Aktuální situace současného porodnictví a porodní asistence v ČR z hlediska porodních asistentek s platnou legislativou a z hlediska naplňování jejich kompetencí v porodnické praxi není příliš uspokojivá.

Klíčová slova

Porodní asistentka, kompetence, vzdělávání, definice, praxe

Úvod

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo. Již ve starém zákoně se můžeme setkat s popisem praxe egyptských porodních bab a židovských žen, které poskytovaly pomoc rodícím ženám. Příprava a výuka žen, které se připravují na profesi porodní asistentky, byla a je ovlivňována mnohými společenskými vlivy (Navrátilová, 2004).

Babictví, jako jedna z nejstarších ženských profesí, se v průběhu historického vývoje změnilo z váženého povolání na poměrně vysoké úrovni, jakým bylo například v Egyptě, nebo v dobách rozkvetu římské civilizace, na přehlíženou a nedoceňovanou profesi (Navrátilová, 2004).

V současnosti profese porodní asistentky patří k pomáhajícím profesím. Podíváme-li se na její východiska, pak můžeme zmínit zejména holistické přístupy ke člověku s orientací na ošetrovatelské problémy a potřeby. Klientkou se žena stává v době těhotenství, v průběhu porodu a po porodu. Hlavním cílem porodní asistence je snaha o udržení dobrého zdravotního stavu, případně zlepšení kvality života žen i jejich dětí. Všechny činnosti porodní asistence jsou směřovány k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb.

Vzdělávání porodních asistentek

Babictví je jedním z nejstarších oborů ve zdravotnictví. Toto povolání bylo po dlouhá léta opomíjeno a vykonávaly ho ženy nevzdělané, které mohly nabídnout jen primitivní pomoc. Podobně jako ve světě, tak i v Čechách měly věci kolem porodu na starosti pouze ženy. To přetrvávalo až do osvícenství pouze na řemeslné výuce. Až od 14. století u nás vznikly vlastní porodní babičky. Ty se učily od starších babiček. Jejich spolupráce většinou trvala čtyři roky a poté mohly porodní babičky vykonávat svojí profesi zcela samostatně.

Založením Karlovy Univerzity v roce 1348 chtěla tato univerzita získat ve veřejném zdravotnictví rozhodující slovo. Chtěla dosáhnout soudní pravomoci nad porodními babičkami, lékaři i lazebníky. Tuto pravomoc získal rektor univerzity. Na Karlově Univerzitě se přednášela gynekologie a porodnictví pouze teoreticky. Porodní babičky se vzdělávaly pouze o informacích o porodu (Sedláčková, 1973).

V roce 1651 Ferdinand III. nařídil, aby porodní báby byly zkoušeny. Pokud některá porodní bába nebude mít potvrzení o vykonané zkoušce, nesmí pomáhat během porodu.

V 18. století se na Lékařské fakultě v Praze staly velké změny. Od 60. let 18. století skládají zkoušky porodnictví medicí i ranhojiči a od roku 1788 museli mít zkoušku z porodnictví také krajští fyzici. Ti zkoušeli porodní báby. Přednášky pro porodní báby probíhaly česky nebo německy. Porodní babičky si získaly uznání svou prací a jenom ty nejlepší dostaly místo u dvora nějakého šlechtice. Větší město mělo svoji „městskou porodní bábu“, která měla na starosti gynekologicko-porodnické věci, pokud si ji město zajistilo. Jinak to měly na starosti „přísežné paní“, které byly vážené a zkušené, ale neškolené. Lépe se měly porodní babičky ve městech než na vesnicích. Měly větší možnost výdělků a mohly konzultovat své případy s lékaři, a tak se péče postupně přesouvala do měst (Doležal, Kužela, Zvěřina, 2009).

Zlomové období nastává nástupem Marie Terezie. Toto období nebylo pro porodní babičky zrovna to nejlepší. Marií Terezií je z Holandska povolán Dr. Gerhard van Swieten jako její osobní lékař. Ten zjistil, jaké jsou v zemi poměry ve zdravotnictví, a snažil se porodnickou péči zlepšit. Dekretem ze dne 30. 12. 1745 bylo ustanoveno, že se mají porodní babičky i s jejími pomocnicemi vzdělávat pomocí přednášek, které měl na starosti profesor anatomie. Babičky se nejprve zúčastnily přednášek, teprve potom měly praxi v Praze ve Vlašském špitále. Po jejich přezkoušení na tkaničce nosily zavěšený odznak. Dne 18. 12. 1775 vyšlo v platnost nařízení, které hlásalo, že „nezkoušené a nepotvrzené báby se netrpí“. Marie Terezie na návrh Dr. Gerharda van Swietena vydala 24. 7. 1753 zdravotní řád pro Království české. Součástí řádu bylo i postavení porodních babiček. Řád byl velkým pokrokem tehdejšího zdravotnictví (Sedláčková, 1973).

Vznikem Československé republiky vznikla porodním babičkám naděje na zlepšení jejich postavení ve společnosti. Veškeré spolky v Čechách a na Moravě se snažily o zlepšení. Vznikl jeden spolek s názvem „Ústřední jednota porodních asistentek“. V roce 1919 tato jednota podává ministerstvu zdravotnictví návrh na úpravu sociálního postavení porodních asistentek. Ten už v roce 1910 vypracovali Dr. Rubeška a Dr. Pachner. Tato úprava se týkala stálého platu pro porodní asistentky, plateb za

výkony a pojištění invalidního i starobního. Úkolem jednoty bylo také to, aby se jejich poměry nezhoršovaly. Jedním z důvodů, proč se poměry zhoršovaly, byl ten, že porodních asistentek pořád přibývalo. Proto se snažili o zastavení další výuky a požadovali zavedení opakovacích kurzů. Mimo to se měly zúčastnit i praktických výkonů, jako je vyšetřování těhotných i rodiček a ošetřování novorozenců i žen v šestinedělí. Porodní asistentky se nemohly dočkat těchto opakovacích kurzů, a proto Ústřední jednotka vydávala opakovací kurzy ve svém časopise. Součástí časopisu byly články týkající se gynekologie a porodnictví. Kromě toho zde byly kladeny odborné otázky, které potom porodní asistentky písemně zodpovídaly přímo do redakce. Obvykle po měsíci byla otázka zodpovězena způsobilým lékařem a ty asistentky, které odpověděly správně, byly pochváleny (Doležal, 2001; Vránová, 2007).

V roce 1924 žádá Mezinárodní svaz porodních asistentek Ústřední jednotu o uspořádání III. sjezdu v Praze. Sjezd vydal usnesení, které se zabývalo především vzděláním porodních asistentek a prodloužením studia na tři roky. Dále se usnesení týkalo toho, aby byla péče o kojence, těhotné i rodičky svěřena do rukou porodních asistentek. Po třicetileté snaze vyšel 9. 11. 1928 zákon s názvem O pomocné praxi porodnické, jakož i o vzdělání a výcviku porodních asistentek. Tímto zákonem bylo povoleno používat nový název „*porodní asistentka*“. Další sjezdy Mezinárodní unie porodních asistentek se mimo jiné zabývaly i praktickým vzděláváním asistentek. Navrhovali alespoň dvouletou praxi na klinikách, než půjdou pracovat ve svém obvodu. Rokem 1939 končí období naděje na zlepšení sociálního stavu porodních asistentek, jelikož začíná válka (Sedláčková, 1973).

Až po druhé světové válce, v roce 1948 se porodním asistentkám na základě zákona o národním pojištění dostalo toho, o co se mnoho let snažily. Ve stejném roce byla Ústřední jednotka porodních asistentek zrušena. Její členky přestoupily do odborových organizací. Délka studia se po druhé světové válce prodloužila z deseti měsíců na dva roky. V období 1930–1939 zůstaly jen dva státní ústavy. Jeden v Pardubicích pod vedením Dr. Gály a druhý pod vedením Dr. Birguse v Moravské Ostravě. V roce 1945 se zvýšil počet státních ústavů pro porodní asistentky na sedm. Ústavy pro vzdělávání porodních asistentek byly začleněny do jednotného systému jako vyšší sociálně zdravotní školy a na tomto základě se přijímali studenti ve věku 14–15 let. Vzdělávání se tak prodloužilo na čtyři roky a bylo doplněno o vzdělání všeobecné. Zakončením studia byla maturita s teoretickou i praktickou částí. Ve školním roce 1951–1952 se studium zkrátilo na tři roky, protože počet pracujících ve zdravotnictví neodpovídal náhlému vývoji zdravotnických služeb. Problém byl i ten, že absolventi zdravotních škol dovršili jen sedmnácti let a těžko mohli pracovat na oddělení. V letech 1955–1956 se opět obnovilo čtyřleté studium a ve školním roce 1958–1959 se na zdravotních školách zavedlo abiturientské studium (Vachková, Beránková, 2004).

V roce 1963 se název Porodní asistentka změnil na Ženskou sestru a jejich náplní byla kromě péče o těhotnou, rodičku i šestinedělku také celková péče o ženu. Důvodem přejmenování oboru bylo rozšíření kompetencí porodních asistentek o péči o gynekologicky nemocné ženy. V roce 1992 byl navrácen název z Ženské sestry na Porodní asistentku. Studium bylo organizováno jako dvouleté denní studium, do kterého byly přijímány i absolventky nezdravotnických středních škol. V 70. letech 20. století také existovalo jednoleté studium (pro dětské nebo všeobecné sestry), které

chtěly být porodními asistentkami. Toto studium bylo ukončeno rozdílovou maturitní zkouškou. 27. května 1996 Ministerstvo školství spolu s Ministerstvem zdravotnictví schválilo tříletý obor Diplomovaná porodní asistentka. Od roku 2002 se obor Porodní asistentka stává bakalářským studijním oborem (Vachková, Beránková, 2004).

Mezinárodní definice porodní asistentky

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník;

- *pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní,*
- *vede porod na svou vlastní zodpovědnost*
- *poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.*

Tato péče zahrnuje:

- *preventivní opatření,*
- *podporu normálního porodu,*
- *zjišťování komplikací u matky nebo dítěte,*
- *zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci,*
- *provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci.*

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.“ (Česká konfederace porodních asistentek, 2010.)

Odborná způsobilost k výkonu povolání

Získání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentka je legislativně ošetřeno jak na úrovni Evropské unie, tak na úrovni jednotlivých členských států, přičemž legislativa členských států by měla vycházet z legislativy evropské, která je chápána jako nadřazená. Způsobilost k výkonu povolání získají porodní asistentky úspěšným ukončením akreditovaného studijního programu v příslušném státě.

V ČR tedy i dále platí, že odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním:

- **tříletého bakalářského studia** – vysoká škola,
- **tříletého studia diplomovaná porodní asistentka** – vyšší zdravotnická škola, (studium prvního ročníku zahájeno nejpozději 2003/2004)
- **studia na střední zdravotnické škole** – obor ženská sestra nebo porodní asistentka / studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v roce 1996/1997; (Zákon 105/2011 Sb., 2011).

Činnosti porodních asistentek v ČR

Činnosti porodních asistentek v současné době řeší **vyhláška 55/2011 Sb.** o činnostech zdravotnických pracovníků.

Porodních asistentek se týká **§ 3, odstavec 1**, pojednávající všeobecně o činnostech zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí, které vykonávají „*bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti*“.

Jedná se o činnosti:

- poskytuje zdravotní péči dle právních doporučení,
- dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu,
- vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem nemocnice,
- poskytuje klientovi informace dle své odborné způsobilosti,
- provádí praktickou výuku ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,
- podílí se na aktivní přípravě ošetrovatelských standardů; (Sbírka zákonů – Vyhláška 55/2011, 2011).

Dále **§ 5** řeší přímo činnosti porodní asistentky a dělí je následovně:

Porodní asistentka poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou péči těhotným, rodícím a ženám v období šestinedělí.

A to zejména v následujících činnostech:

- poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních,
- navštěvuje rodiny těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně edukace o kojení a předcházení jeho komplikací,
- diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim potřebné informace o prevenci komplikací; rizikové pacientky předává do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- sleduje stav plodu v děloze vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky a plodu příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře,

a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

- připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, kompetentní je i pro potřebu případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
- ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o ženu v průběhu šestinedělí,
- zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení a manipulaci s léčivými přípravky, dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečné zásobování.

Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči:

- fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví:

- asistuje při komplikovaném porodu,
- asistuje při gynekologických výkonech,
- instrumentuje na operačním sále při porodu.

Některé všeobecné činnosti se shodují s činnostmi všeobecných sester, které upravuje § 4 (Sbírka zákonů – Vyhláška 55/2011; 2011).

Kompetence porodní asistentky v praxi

V ČR bohužel nedochází k naplňování kompetencí porodních asistentek v praxi a není jim umožněno vykonávat velkou část z činností, které jsou na základě získání předepsaného vzdělání a v souladu s legislativou EU.

Do popředí se dostává, již často diskutovaná, otázka porodů mimo klasické nemocniční zařízení, a to v porodních domech či v domácím prostředí. V dnešní době v České republice existuje malé procento žen, které tuto možnost využívají nebo by využít chtěly. Dle deklarace Evropského soudu pro lidská práva mají ženy právo na volbu místa porodu a členské státy by jim k tomu měly vytvořit podmínky. V řadě evropských zemí je porod mimo nemocniční zařízení vedený porodní asistentkou součástí standardní péče o těhotnou a rodící ženu. K těmto zemím patří např. Francie, Německo, Anglie, Irsko, Holandsko. Porod v porodním domě či v domácím prostředí si většinou zvolí 1–3% žen. (Liga lidských práv – Připomínky k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách, 2012).

„Podle české i evropské právní úpravy jsou porodní asistentky s potřebnou praxí plně kompetentní vést samostatně bez dohledu lékaře fyziologické porody a pečovat o ženu během těhotenství a šestinedělí a o novorozence po porodu před jeho předáním do péče pediatra.“ (Liga lidských práv – Připomínky k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách, 2012, str. 12).

Ministerstvo zdravotnictví České Republiky v současné době odmítá porodním asistentkám udělovat osvědčení k vedení porodu mimo nemocniční zařízení, čímž by poskytnutá péče u porodu doma mohla být hodnocena jako „výkon služeb bez oprávnění a na místě, které k jejich poskytování není vybaveno“, jelikož zákon 372/2011 o zdravotních službách omezuje péči pouze na místa s oprávněním k poskytování zdravotní péče (Liga lidských práv – Přípomínky k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách, 2012).

Česká ženská lobby založila v první polovině roku 2012 pracovní skupinu, která oslovila odbornice z řad právniček, lékařek, statističek, porodních asistentek a dalších profesí a jejich prostřednictvím jednaly s politickými představiteli. V poslanecké sněmovně pak představily studie a statistiky (jak vlastní, tak zahraniční), které dokazují bezpečnost a další výhody kontinuální péče porodních asistentek během normálně probíhajícího těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Bohužel snahy pracovní skupiny neměly velký ohlas na stávající politické scéně a pracovní skupina byla zrušena a vznikla nová v čele s náměstkem MZ MUDr. Polákem, ale bez zástupkyň porodních asistentek (Česká konfederace porodních asistentek, 2013).

Závěr

Vývoj porodnictví v průmyslově vyspělých zemích opsal jakousi kružnici: od monopolu porodní báby, zpočátku nekvalifikované, pak „profesionálky“, k monopolu lékaře a zpět k porodní bábě. Tento návrat ke komunitní péči, která zahrnuje i péči porodní asistentky, vidíme ve všech vyspělých zemích Evropské unie. Ženy si znovu žádají individuální přístup, chtějí rozhodovat o svém těhotenství, místě porodu a osobách, které je budou na této jedinečné cestě porodem provázet.

Se vstupem do Evropské unie získaly porodní asistentky v ČR stejná práva jako porodní asistentky z ostatních zemí EU. U nás však stále chybí legislativa upravující práci porodní asistentky v komunitní sféře. Zákony nepočítají s tím, že by porodní asistentka mohla vykonávat svou práci v rámci všech kompetencí, které ze zákona má. Její péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, čímž jsou soukromé porodní asistentky značně diskriminovány. Aktuální situace současného porodnictví a porodní asistence v ČR z hlediska porodních asistentek s platnou legislativou a z hlediska naplňování jejich kompetencí v porodnické praxi není příliš uspokojivá.

Literatura

- [1] ČESKÁ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK *Mezinárodní definice porodní asistentky* [online]. 2010 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf.
- [2] ČESKÁ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK *Žena, porodní asistentky a gynekologové o co vlastně jde v pracovní skupině pro porodnictví na MZ ČR?* [online]. 2013 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: http://www.ckpa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=124:enyporodni-asistentky-a-gynekologove-o-co-vlastn-jde-v-pracovni-skupin-pro-porodnictvi-na-mz-r&catid=3:kpa-home&Itemid=20.

- [3] DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
- [4] DOLEŽAL, A; KUŽELKA, V; ZVĚŘINA, J. *Evropa – kolébka vědeckého porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
- [5] LIGA LIDSKÝCH PRÁV – Připomínky k zákonu o zdravotních službách a zákonu o specifických zdravotních službách [online]. 2012 [cit. 2013-08-15]. Dostupné z: http://www.ferovanemocnice.cz/data/10pripominek_zdravotnicke_zakony.pdf.
- [6] NAVRÁTILOVÁ, A. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad, 2004. 415 s. ISBN 80-7021-397-3.
- [7] SBÍRKA ZÁKONŮ – Vyhláška 55/2011 [online]. 2011 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf.
- [8] SEDLÁČKOVÁ, R. *Historie babictví v Čechách a na Moravě*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1973. 22 s. Sing: PK-N-0015.535.
- [9] ŠTROMEROVÁ, Z., Rovné šance – Možnost informované volby [online]. 2011 [cit.2013-08-08]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/BrozuraPrani.pdf>.
- [10] VACHKOVÁ, E., BERÁNKOVÁ, S. *Historie vzdělávání porodních asistentek v Pardubicích*. Sestra. 2004, roč. 14, č. 9, s. 56–57. ISSN 1210-0404.
- [11] VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
- [12] ŠTROMEROVÁ, Z., Rovné šance – Možnost informované volby [online]. 2011 [cit.2012-10-8]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/BrozuraPrani.pdf>.
- [13] ZÁKON 105/2011 Sb. [online]. 2011 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://www.zakony.propravo.cz/p/sbirka-zakonu-2011.html>.

From Accoucheuse to Midwife

Abstract

Midwifery profession is as old as humanity itself. Preparation and training of women who are preparing for the profession of midwifery, is and was influenced by many social influences. Currently midwifery profession is one of the helping professions. All activities in midwifery are aimed to satisfy bio-psycho-social needs. Getting professional competence to perform the profession of midwifery is defined in legislation both at EU and at national level. Current situation of contemporary obstetrics and midwifery in the Czech Republic in terms of midwives with current legislation and in terms of meeting their competence in obstetric practice is not very satisfactory.

Key words

Midwife, competence, education, definition, practice

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

e-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Profesní předpisy porodních asistentek v 18. a 19. století

Vlasta Dvořáková, Ivica Gulášová

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

V historii poskytovaly ženám v období těhotenství, porodu a šestinedělí péči porodní asistentky, tehdy nazývané porodní babičky. Dlouhá léta porodní babičky pracovaly pouze na základě svých vědomostí, zkušeností a dle svého vědomí. Až v 18. století zásluhou Marie Terezie vešel v platnost Generální zdravotní řád pro Království české a tím byla regulována činnost porodních babiček. V 19. století byly vydány služební předpisy ministerstvem vnitra a činnost porodních babiček byla jasně definována. Významní porodníci, kteří se v té době podíleli na výuce porodních babiček, tyto předpisy zdůrazňovali. Porodní babičky před zahájením své praxe skládaly slib, kde se zavazovaly, že veškeré platné předpisy budou dodržovat.

Klíčová slova

Porodní asistentka, profesní předpisy, slib, historie

Úvod

První profesní předpisy pro porodní babičky byly vytvořeny až v 18. století za vlády Marie Terezie. V roce 1753 vešel v platnost Generální řád pro Království české a porodní babičky měly dány své povinnosti. V 19. století byly předpisy rozšiřovány a mnoho informací týkajících se profesních povinností bylo obsaženo v tehdejších učebnicích pro porodní babičky, které psali významní porodníci.

Generální zdravotní řád pro Království české

Za počátek reforem veřejného zdravotnictví v Čechách je považován Generální zdravotní řád pro Království české, který vešel v platnost 24. 7. 1753. V řádu byla stanovena práva pražských a krajských fyziků, ranhojičů, lékárníků a také právě porodních bab.

Na základě tohoto řádu mohly praxi provozovat pouze báby zkoušené, a které složily přísahu porodních babiček. Zkoušené báby musely nosit odznak na prsou. Na venkově se babičky musely hlásit u krajského fyzika, chovat se měly počestně, křesťansky a měly být k dispozici ve dne i v noci a nesměly pít alkoholické nápoje. Babičky mezi sebou měly mít shodu, nezávidět si, vzájemně si pomáhat. Dle řádu babičky měly pečlivě kontrolovat celistvost placenty a nikdy nesměly podávat žádné léky, a to pod peněžitým trestem (Sedláčková, 1973).

Přísaha porodních bab z období vlády Marie Terezie

Za období vlády Marie Terezie měly porodní babičky tuto přísahu:

„Já N.N. přísahám Bohu všemohoucímu, jeho důstojné a bez prvotního hříchu počaté matce panně Marii i všem svatým, že se ve svém úřadu babském chci zachovati tím způsobem, a to:

- 1. Panu děkanu a pánům doktorům v tomto svém úřadu povinnost, poslušnost a čest prokázati.*
- 2. Jejich nadání, ustanovení a nařízení, které by se mého úřadu týkaly a staly nebo ještě státi mohly, poslušně a pilně zachovávat. Nikoliv však:*
- 3. Žádné svobodné osobě ani v době její měsíční čas vynucovati nebo děti předčasně vyháněti, ani jim k tomu nějaké léky raditi, tím méně užívatí dáti.*
- 4. Ani rodičím ženám bolest působiti nebo pro vypuzení dítěte léky podávati, leč by to panem děkanem a doktorem bylo uznáno za dobré, dále:*
- 5. Mdlé děti, které by před příchodem na svět nebo z nedostatku kněže museli zemřít, nejinak z nouze křtiti než přírodní vodou slovy: „Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého“. Kdyby takové dítě bylo živo a k řádnému křtu přineseno, pak se ve všem tímto od její c.k. Milosti nedávno vydaným naučením bedlivě řídit.*

A posléze:

- 6. Kdybych se dozvěděla, že by nějaká žena, která by nebyla od pána doktora řádně zkoušena, uznána a do přísahy vzata, u rodičích žen se dala potřebovati, bez průtahů chci to udati panu děkanovi a pánům doktorům, ostatně se také ve všem, jak se sluší, poctivě ženě zachovati chci. K tomu mi dopomáhej Bůh, jeho důstojná a bez prvotního hříchu počatá matka Marie panna i všichni svatí. Amen" (Drugová, 2002).*

Zákonní nařízení pro porodní babičky z roku 1870

Porodní babičky, které chtěly vykonávat svoji profesi, musely mít diplom a byly podřízené krajskému úřadu, místním vrchnostem a krajským lékařům. Své obydlí musely mít opatřeno štítem, musely být počestné, šlechetné, střízlivé, mlčenlivé, ochotné ve dne i v noci pomoci. V pravý čas musely volat lékaře, z nouze křtít děti, neděлку nikdy nesměly předčasně opouštět (Streng, 1870).

V nařízení se velká pozornost věnovala péči o ruce a zásadami vnitřního vyšetřování. Babička musela věnovat svým rukou speciální péči, dle pravidel si babička natírala prst karbolovým olejem (5 % karbol s glycerínem nebo čistým nezkaženým olivovým olejem), máslem, sádlem, masti a pomády se k vyšetřování nehodily. Po každém vyšetření si babička ruce ihned umyla mýdlem a kartáčkem a před dalším vyšetřením opět umyla karbolovou vodou a natřela karbolovým olejem. Kromě karbolové vody mohly posloužit i jiné roztoky, jako manganistan draselný, kyselina salicylová, chlorové vápno a při úplné nouzi líh, tvrdý alkohol s mýdlem nebo silný ocet. K přípravě dezinfekčních roztoků se používala převařená voda. Nákup samotných látek byl poměrně finančně náročný, jeden kilogram roztoku karbolové kyseliny se dal

pořídít za 2 zlaté a 40 krejcarů, manganistan draselný za 5 zlatých, kyselina salicylová za 12 zlatých.

Velkou péči měla dle předpisů babička vynaložit i k přípravě pokoje a lůžka pro rodičku. Pokoj měl být čistý, ke zlepšení vzduchu a zničení škodlivého obsahu vzduchu se dávalo 100 gramů chlorového vápna s vodou, k vápnu se mohla přidávat i kyselina solná. Pozornost se věnovala i dalším částem domácnosti rodičích žen. Do tehdejších toalet se dávala karbolová kyselina nebo železnatý vitriol za účelem snížit množství škodlivých látek.

Během vlastního porodu se taktéž kladla pozornost na hygienu. Jakákoliv nádoba s biologickým materiálem byla hned odnášena z místnosti porodu. Potřísněná podlaha se omývala louhem a karbolovou vodou. Postel měla být čistá, vydezinfikovaná, s čistým čerstvým slamníkem. Nevhodné byly slamníky staré, vlhké, potřísněné. Ložní prádlo mělo být také čisté, prádlo se vyvářelo v dezinfekčním roztoku (v louhu a karbolové vodě). Po porodu se místo vložek (plének) používaly čisté kusy plátna, které měly být vyprány a dezinfikovány, v zámožných rodinách byly kusy plátna jednorázové. Nejlepší náhražkou plének byla brunsova vata, která se v případě potřeby napouštěla dezinfekčním roztokem a přikládala. Již tehdy se však doporučovalo dávat raději menší vrstvu plének a častěji měnit. Používaly se i podložky (průvlaky), které se vkládaly pod ležící ženu a byly z kaučuku. Žena si po porodu dezinfikovala ruce a kartáčkem čistila nehty. Potřísněná místa na těle, jako stehna, se omyla roztokem karbolu nebo manganistanu draselného. Návštěvy ženy po porodu byly omezovány z důvodu dopřání klidu a prevence přenesení chorob na šestinedělku (Streng, 1870).

Příznivější podmínky pro porod bylo možno zajistit u zámožných rodin. Rodina dle instrukcí vybavila domácnost pomůckami k porodu:

- Mateční stříkačka cínová (cena 1 zl.)
- Cínová stříkačka ke klystýrům (cena 1 zl. a 90 kr.)
- Skleněné mateční rorky (cena 25 kr.)
- Cínová roura mateční (cena 50 kr.)
- Násadec do řítě cínový (cena 50 kr.)
- Násadec do řítě kostěný (cena 30 kr.)
- Irrigátor z cínového plechu s kohoutkem (cena 2 zl. a 25 kr.)
- Cévká kovová (cena 90 kr.)
- Cévká pružná (cena 40 kr.)
- Nůžky k přestřižení pupeční šňůry (cena 1 zl. a 40 kr.)
- Vyssávač mléka (cena 70 kr.)
- Láhevka ssací pro dítě (cena 30 kr.)
- Mísa ku kálení z plechu nebo porcelánu (cena 1 zl. a 80 kr.)
- Čistá krystalizovaná karbolová kyselina (cena 2 zl. a 60 kr.)
- Roztok chloridu železitého (cena 60 kr.)
- Kapky étherové (cena 60 kr.)
- Malá nádobka (tyglíček) pro karbolový glycerín ku vyšetřování
- Brunsová vata, 250 gramů (cena 75 kr.)
- Salicylová vata (cena 2 zl.)
- Salicylová juta (cena 1 zl. a 30 kr.) (Streng 1870, s. 25).

Přísaha porodních babiček z roku 1870

„Já N.N. přísahám a slibuji Bohu všemohoucímu, že chci ve svých povinnostech a jednání jakožto svědomitá křesťanka vždycky pokračovati; ve všech případech mně svěřené babické služby co nejvěrněji a nejpečlivěji vykonávati, a že kromě všeho ohledu žádnému úmyslně škodná býti nechci; slibuji též rodičkám všemožnou pomoc udělovati; předepsané a dané mně nařízení podle své nejlepší vědomosti věrně vyplňovati; duchovnímu pastýři, kterému matriky neb knihy porodní řádně vésti náleží, všecko, cokoliv mně o jménu šestinedělky, o jejím manželství neb nemanželství povědomo jest, když o to tázána budu, s největší svědomitostí vyjeviti; zavazuji se konečně, tak dobře chudým jak bohatým náležitě a ochotně ku pomoci přispívati, jich neopouštěti, aniž čeho zanedbávati – k čemuž mi Bůh pomáhej. Amen.“ (Streng, 1870, s. 278).

Profesní předpisy porodních bab z roku 1881

Porodní báby byly postaveny pod politickým úřadem I. instance, potažité pod úředním lékařem. Báby měly povinnost tomuto úřadu oznámit, ve kterém místě chtějí svou praxi provozovat, představit se lékaři a předložit nástroje a nářadí. Porodní babička musela mít toto vybavení:

„Klystérka prostřední velikosti s cévami řitními k ní příslušnými, napřed dobře zaokrouhlenými a s cejnovou cévou materniční ke klystérce příhodnou; ženský katétr kovový a anglický elastický nůžky na šňůru pupeční.“ (Vyšín, 1881, s. 273).

Dále měla být ve výbavě přiměřená zásoba pupečnickových tkanic, kartáček na nehty, 100 g kyseliny karbolové pro přípravu dezinfekčního roztoku, skořicová tinktura, Hofmanský líh, každá porodní bába musela mít dobrou naučnou porodnickou knihu, kterou používala ve škole.

Vybavení musela babička dobře opatrovat, bedlivě čistit a ke každému porodu mít stále k dispozici.

Dále se porodní babička musela ohlásit starostovi svého bydliště, místnímu policejnímu úřadu, kde musela oznámit místo svého obydli, které muselo být štítkem na domě označeno. V případě stěhování do jiného domu se změna musela opět hlásit.

Babičky musely vést počestný život, musely být vždy střízlivé, vždy ochotně přicházet k rodičkám bohatým i chudým a dle svého nejlepšího vědomí poskytovat svou pomoc.

Babičky musely dbát na čistotu, vystříhat se dotknutí nemocných osob a hniјících hmot, svůj oděv musely mít stále čistý. Před ošetřením šestinedělky si musely babičky ruce i nářadí opláchnout dezinfekčním roztokem.

Po porodu mohla babička odejít od ženy až po 3 hodinách po porodu placenty. V případě potřeby zůstávala u ženy až do příchodu lékaře. Nebylo dovoleno pečovat o dvě ženy během porodu zároveň, tedy přebíhat od jedné ženy k druhé (přebíhání bylo dovoleno pouze v případě, kdy nebyla k dispozici druhá porodní bába).

V případě nebezpečí byla povinnost volat lékaře a nikdy nepraktikovat činnosti příslušné pouze lékařům. Každý porod ohlásit, aby byl zapsán do rejstříku narozených dětí. Hlášení se týkalo i mrtvě narozených dětí.

Křesťanským rodičům v případě narození slabého či mrtvého dítěte vykonat nutný křest dítěte.

Při podezření, že žena své dítě usmrtila či byl vyvolán potrat, takovou situaci porodní babička musela nahlásit místnímu policejnímu úřadu. V případě podezření, že babička k potratu pomohla, mohla být dle zákona přísně trestána.

Porodní babičky musely zachovávat v tajnosti informace o svých svěřených osobách, jen v případě požádání patřičných úřadů informace mohly předat. Pokud politický úřad nebo soud babičku oslovil k pomoci, musela dle svého nejlepšího vědomí vyšetřit ženu a povědět, co při vyšetření shledala.

„Každá porodní bába, která umí psát, jest povinna vyplniti bedlivě a dle pravdy rubriky v tabulkách narozených v naučení šíře poznačených, které jí politický úřad dodá, a předložiti řádně vedené tabulky ve lhůtách od lékaře úředního, aby je prohlédl, zkoušel a k účelům vědeckým sestavil. Aby mohla tabulky narozených správně vyplniti, schvaluje se jí, aby si veškeré porody, při kterých ve svém povolání pomáhala, v deníku bedlivě zapsala.“ (Vyšín, 1881, s. 276).

Slib porodní báby z roku 1874

„Slibujete, že těhotným, rodičkám i šestinedělkám, kterým ku pomoci volána budete a sice chudým právě tak jako bohatým, svým uměním ochotně pomáhati, a při tom všechny povinnosti, které porodní bábě zákony a nařízeními jakož i zvláštní instrukcí (vládním nařízením) předepsány jsou, věrně a svědomitě plniti budete.“

Potom slibující opakuje, ruku řediteli babické školy podávajíc: „Tomu, co mi nyní přečteno bylo, jsem řádně porozuměla a slibuji to zachovávat.“ (Vyšín, 1881, s. 285).

Služební předpisy z roku 1897 vydané nařízením Ministerstva vnitra

Předpisy nahradily předpisy z roku 1881 a týkaly se mnoha oblastí, první obsahovala soupis pomůcek k porodu, které měla babička mít připravené k porodu, byly to tyto pomůcky: irigátor, poševní rourky, řitní rourky, ženská cévka, kartáčky na drátě k čištění cévek a rourek, pupeční nůžky, tkanice pupeční, nůžky na nehty, kovový pilníček na nehty, štetinový kartáč na mytí, bílé mýdlo, kyselina karbolová, lysol, skleněná mírka, vazelín, éther, skořicové kapky, manganistan draselný, vata na obvazy, nepromokavá látka, vypraná zástěra, ručník, vázaný deník, učebnice. Opět je v předpisech uvedeno, že zámožné ženy si některé pomůcky k porodu pořizovaly samy a mezi pomůckami byly dokonce i kloboučky ke kojení pro ženy s méně vystoupilými bradavkami.

Pohotovost musela babička držet ve dne i v noci, velký důraz se kladl na osobní čistotu. Velmi zajímavá část nařízení se týkala zákazu odvádět porody přímo v příbytku porodní babičky: *„Babička nesmí propůjčovati svůj byt výdělečně cizím ženám ke slehnutí bez zvláštního úředního povolení.“* (Ministerstvo vnitra, 1897, s. 16). Pokud se toto stalo, že z naléhavé příčiny se porod odehrál v domě babičky, tak babička musela porod oznámit obecnímu úřadu.

Babičky musely ženy důkladně zevně vyšetřovat, vnitřní vyšetření se provádělo méně. Před vnitřním vyšetřením si babička musela umýt a dezinfikovat ruce a předloktí,

během porodu měla babička zabezpečit vyprazdňování močového měchýře a co nejdéle měla zachovat vak blan. Po porodu se placenta spálila nebo zakopala a velmi zajímavá informace se týkala péče o novorozence, kdy měla babička povinnost provést novorozenci klystýr, než opustila rodičku. Klystýr měl mít 100g teplé vody a měl se podávat 25 cm nad lůžkem dítěte, z vyšší výšky to již bylo zakázáno z důvodu většího tlaku na střevo a riziko jeho poškození.

Babička musela vést svoji dokumentaci, o dítěti se zapisovalo místo narození, den a měsíc narození, informace, zda je dítě manželské či nemanželské, živé nebo mrtvé, a zda bylo dítě pokřtěno. O rodičích se uváděl věk, náboženství, doba sňatku, povolání a stav otce, u nemanželských dětí stav a povolání matky.

V porodním deníku si babička musela vést následující informace:

- Číslo porodu
- Bydliště, jméno, rok narození, stav (vdaná, vdova, svobodná), povolání, náboženství
- Den a hodina, kdy bába přišla k rodičce
- Kolikáté slehnutí ženy (porod)
- Pohlaví a jméno narozeného dítěte či dětí
- Stáří těhotenství
- Poloha dítěte při porodu
- Stav dítěte (živé, zdánlivě mrtvé, mrtvé)
- Stupeň vyvinutí dítěte, případné patologie
- Den a hodina vybavení placenty
- Onemocnění matky v šestinedělí
- Onemocnění dítěte v šestinedělí
- Zvláštní poznámky, zda byl volán lékař a kdy (Ministerstvo vnitra, 1897).

Závěr

Profesní předpisy a přísahy porodních babiček z 18. a 19. století jsou velmi zajímavé. V jednotlivých předpisech a slibech z tohoto období je vidět stále se zvyšující úroveň poskytované péče. Velký důraz se kladl na dosažení porodnického vzdělání, porodní babičky musely být řádně zkoušené a měly mít mnoho kladných vlastností a předpokladů.

Literatura

- [1] DRUGOVÁ, J. 2002. *Historie porodnictví*. Absolventská práce, uložena ve Zdravotnickém muzeu Národní lékařské knihovny v Praze.
- [2] MINISTERSTVO VNITRA. 1927. *Služební předpisy pro porodní babičky ze dne 10. září 1897*. Praha: Státní tiskárna, 1927.
- [3] SEDLÁČKOVÁ, R. 1973. *Historie babictví v Čechách a na Moravě*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1973.
- [4] STRENG, J. 1870. *Učebná kniha o porodnictví pro babičky*. Praha: Tiskem Rohlíčka a Sieverze v Praze, 1870.

- [5] VYŠÍN, V. 1881. *Babictví – učebná kniha o porodnictví pro báby porodní*. Olomouc: Tiskem knížecí arcibiskupské knih-kamenotiskárny, 1888.

Professional Regulation of Midwives in 18th and 19th centuries

Abstract

Throughout history, midwives have provided care to women during pregnancy, childbirth and hospital stays. For many years, midwives worked only based on their knowledge, skills and awareness. Later in the 18th century under the reign of Maria Theresa, the General Health Code for the Kingdom of Bohemia took effect, which regulated the activities of midwives. In the 19th century, guidelines were issued by the Ministry of Interior, and the activities of midwives were clearly defined. Renowned obstetricians, who at that time participated in instruction of midwives, emphasised these guidelines. Before starting their work, midwives took an oath in which they pledged to comply with all valid regulations.

Key words

Midwife, professional regulations, pledge, history

Kontaktní údaje

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, Jihlava 586 01

e-mail: vlasta.dvorakova@vspj.cz

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Tolstého 16, Jihlava 586 01

e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Možnosti ošetrovateľstva v starostlivosti o ženu s inkontinenciou moču

Mária Kopáčíková, Marcela Zemanová

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva Ružomberok, SR

Abstrakt

Východisko: Zisťovali sme vedomosti sestier/pôrodných asistentiek o možnostiach ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie moču u žien, úroveň vedomostí sestier/pôrodných asistentiek o inkontinencii moču, praktickú realizáciu opatrení zameraných na liečbu a prevenciu inkontinencie moču u žien.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorilo 94 sestier/pôrodných asistentiek, vybraných zámerným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky boli spracované štatisticky.

Výsledky: Zistili sme, že sestry/pôrodné asistentky sa stretávajú vo svojej praxi s problematikou inkontinencie moču, majú záujem prispieť k riešeniu tohto problému, poznajú svoje možnosti a prejavujú záujem získať viac informácií o danej problematike. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Záver: Navrhujeme zo strany sestier a pôrodných asistentiek prejsť väčší záujem o túto problematiku, osloviť ženy a získať si ich dôveru, zvyšovať ich zdravotné uvedomenie, odstraňovať bariéry v priznaní si problému a vyhľadávaní pomoci a tým zlepšovať postoj žien k inkontinencii moču.

Kľúčové slová

Inkontinencia moču, rizikové faktory, ošetrovateľská starostlivosť, pôrodná asistencia, prevencia, edukácia.

Úvod

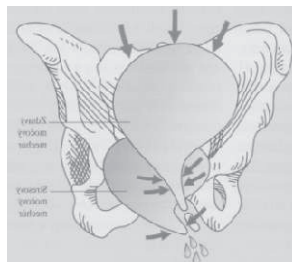
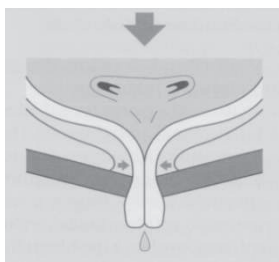
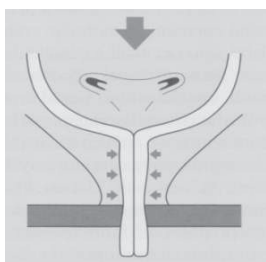
Inkontinencia moču je definovaná ako nechcený únik moču, ktorý je objektívne dokázateľný a je vážnym sociálnym a hygienickým problémom (Repková, 2006, s. 97). Môže postihovať každú vekovú skupinu obyvateľstva, od najmladších po tých najstarších a predstavuje nielen vážny medicínsky, ale vzhľadom k svojej vysokej prevalencii aj vážny socio-ekonomický problém.

Je to symptóm, nie ochorenie (Kozierová, 2004, s. 1191). Inkontinencia neznamená samostatné ochorenie a nemala by byť vnímaná len ako dôsledok starnutia, je to príznak, ktorý poukazuje na viac alebo menej komplexné poruchy dolných močových ciest (Marenčák, 2010, s. 77).

Ochorením sa stáva vtedy, ak začne svojmu nositeľovi spôsobovať psychické, spoločenské, hygienické, či zdravotné problémy (Ďurišová, 2008, s. 53). Incidencia inkontinencie moču u žien je vysoká. Každá druhá žena má počas svojho života ťažkosti s udržaním moču a to vrátane mladých žien. S pribúdajúcim vekom sa výrazne zvyšuje pohotovosť k inkontinencii a je udávaná v 12–57 % celej populácie. Asi polovicu predstavuje stresová inkontinencia. V 20 % sa vyskytuje stresová inkontinencia v kombinácii s urgentnou a samotná urgentná inkontinencia sa vyskytuje asi u 30 % prípadov (Urdzík, 2006, s. 471).

Je veľmi dôležité správne rozoznať formu inkontinencie, pretože len vďaka tomu môže byť poskytnutá najvhodnejšia liečba a ochrana. Podľa medzinárodnej spoločnosti pre inkontinenciu (ICS) rozoznávame tieto formy:

- Extraureterálna inkontinencia – charakterizovaná trvalým odchodom moču inou ako prirodzenou cestou, vrodená inkontinencia (extrofia, ektopický močovod), fistuly – ureterálne, uretrálne, vezikálne (Ďurišová, 2008, s. 54, Urdzík, 2006, s. 471).
- Ureterálna inkontinencia – moč uniká prirodzenou cestou, močovou trubicou (Ďurišová, 2008, s. 54). Delíme ju na: urgentnú inkontinenciu (mimovoľný únik moču je spojený so silným nutkaním na močenie), motorickú urgenciu (nestabilný detruzor) a senzorickú urgenciu (hypersenzitivita) (Urdzík, 2006, s. 471). Často je označovaná aj ako nestabilný močový mechúr, lebo kontrakcie svalu močového mechúra sú neočakávané a vyprázdňovanie močového mechúra nemožno kontrolovať.
- Reflexná inkontinencia – odchod moču vzniká ako prejav zvýšenej aktivity mixčného reflexu, ktorý nie je tlmený z CNS (Repková, 2006, s. 97).
- Overflow inkontinencia (paradoxná), prepadová, pretlaková – spontánny únik moču vzniká pri dosiahnutí určitého objemu moču v močovom mechúre (Repková, 2006, s. 97). Môže byť akútna alebo chronická forma (Urdzík, 2006, s. 471).
- Stresová inkontinencia (záťažová) – vzniká pri samovoľnom odchode moču pri zvýšenom intraabdominálnom tlaku, napríklad pri kašli, kýchnutí, smiechu či dvíhaní ťažkých predmetov (Repková, 2006, s. 97). Je najčastejšou formou inkontinencie moču u žien a čo je dôležité, je liečiteľná.



zdravý močový mechúr

stresový močový mechúr

zdravý/stresový močový mechúr

Obr. 1 Typy močového mechúra (Zdroj: Ďurišová, 2008, s. 65)

Marenčák (2009, s. 359) delí rizikové faktory vzniku stresovej inkontinencie moču na:

- Predispozičné faktory – pohlavie, rasa, neurologické, svalové, anatomické, spojivkové (kolagén), rodinné,
- Vyvolávajúce faktory – pôrod, hysterektómia, vaginálna chirurgia, radikálne panvové operácie, aktinoterapia, úrazy,
- Podporujúce faktory – obezita, pľúcne ochorenia, fajčenie, menopauza, zápcha, infekcie, rekreačné aktivity, povolanie, medikamentózna liečba,
- Dekompenzujúce faktory – starnutie, demencia, celková slabosť, choroba, prostredie, medikamentózna liečba.

Liečba a ošetrovateľská starostlivosť

Voľba metódy liečby inkontinencie je závislá od ochorenia – príčiny, typu a stupňa inkontinencie a od pacientky – jej veku a celkového zdravotného stavu a jej prania. Liečbu inkontinencie moču môžeme rozdeliť do troch skupín: režimová (behaviorálna), farmakologická a operačná (Lachvác, 2010, s. 77).

Cieľom liečby inkontinencie je nielen vyliečiť a zmierniť únik moču, ale aj pomôcť pacientke po stránke psychologickej a sociálnej. Potrebná je medziodborová spolupráca lekárov špecialistov s individuálnym prístupom k pacientke. Základným pravidlom je, že funkčná porucha má byť liečená konzervatívne, anatomická porucha operačne (Ďurišová, 2008, s. 76). Bez ohľadu na stupeň závažnosti inkontinencie moču je potrebné pacientku, prípadne rodinných príslušníkov dôkladne poučiť o jednotlivých postupoch, ich výhodách, rizikách, vedľajších účinkoch a očakávaných výsledkoch. Treba poskytnúť komplexný obraz o vybranom liečebnom procese (Goncalves, 2010, s. 25). Dôležitou požiadavkou pre správnu voľbu liečby je presné určenie typu inkontinencie, hlavne rozlíšenie stresovej od urgentnej inkontinencie. Ak je zle určená diagnóza, aj liečba bude bez očakávaného efektu (Ďurišová, 2008, s. 76).

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o inkontinentné pacientky je zmierniť sprievodné ťažkosti, obmedziť vznik komplikácií a zlepšiť kvalitu života pacientky (Cibulková, 2011, s. 38). Účasť pacientky na starostlivosti je veľmi dôležitá. Pomáha pacientke získavať dôležité informácie a rozvíjať si zručnosti vo vzťahu k starostlivosti o ňu samú, a tak sa stať zodpovednejšou za dosiahnutie cieľov starostlivosti (Kozierová, 2004, s. 171). Správna motivácia pacientky, môže viesť k zmierneniu alebo vymiznutiu príznakov inkontinencie moču (Cibulková, 2011, s. 38). Medzi ciele ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie patrí aj zachovanie alebo obnovenie normálneho vylučovania moču realizáciou metód, ktoré zlepšujú vylučovanie moču, alebo sú zamerané na ovládanie inkontinencie (Kozierová, 2004, s. 1206). Jednou z týchto metód je aj tréning močového mechúra, ktorý si vyžaduje spoluúčasť sestry/pôrodnej asistentky, pacientky a pomáhajúcich osôb, za predpokladu, že je pacientka pri vedomí a fyzicky schopná plniť tento program. Cieľom tréningu močového mechúra je obnoviť normálne návyky vyprázdňovania utlmovaním, alebo povzbudzovaním močenia. Úlohou sestry/pôrodnej asistentky je zistiť vylučovacie návyky pacientky a nabádať ju, aby močila počas nich, alebo je vhodné určiť pravidelné časy močenia, bez ohľadu na pocit nutkania. Tréning močového mechúra si pacientka zaznamenáva do mikčného denníka (Repková, 2006, s. 101). Nevyhnutná je aj pomoc pôrodnej asistentky/sestry formou edukácie pacientky o udržiavaní normálnych návykov vyprázdňovania (zaujatie

normálnej polohy, zabezpečiť súkromie a ponechať dostatok času, stimuly na relaxáciu, odstránenie nepríjemných fyzických a emočných pocitov).

K základným prvkom úpravy životosprávy patrí redukcia telesnej hmotnosti, dodržiavanie pitného režimu, vhodné stravovanie, realizácia opatrení proti zápche, prípadne snaha o pravidelnú stolicu, obmedzenie alebo úplné vylúčenie fajčenia, pravidelný, veku primeraný pohyb (Đurišová, 2008, s. 77; Marenčák, 2009, s. 361). Prirodzeným vzorom zdravého životného štýlu by mala byť sestra/pôrodná asistentka, ktorá by mala mať určitú filozofiu a životný štýl svedčiaci o dobrých životných návykoch (Kozierová, 2004, s. 574–577). Posilnenie svalov panvového dna je preventívnym, ale aj liečebným úkonom pri ťažkostiach spojených s inkontinenciou. Len pravidelné každodenné cvičenie pomôže udržiavať panvové dno pevné, dostatočne nosné a citlivé až do staršieho veku (Đurišová, 2008, s. 95).

Ak liečba z nejakého dôvodu zlyhá, alebo nemožno ju realizovať, odporúča sa používať inkontinenčné pomôcky. Absorpčné pomôcky sú u nás dostupné v širokom sortimente, ktorý musí sestra/pôrodná asistentka dôkladne poznať, aby vedela správne vybrať alebo poradiť pacientke. Pri výbere pomôcky treba dbať na stupeň, druh a priebeh inkontinencie, lokálnu anatómiu, fyzické a mentálne schopnosti pacienta, osobné preferencie, dostupnosť požiadaviek a cenu jednotlivých pomôcok. Systém a spôsob predpisovania pomôcok je stanovený Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (Zákon 363/2011 Z. z.).

Konečným cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je umožniť pacientke zúčastniť sa na spoločenskom živote v rodine, s priateľmi bez strachu, a predísť tak sociálnej izolácii a negatívne dopadu na kvalitu života a jej dôležitou súčasťou je aj výber a zabezpečenie vhodnej absorpčnej pomôcky, ktorá zaistí spoľahlivú, nenápadnú a diskretnú absorpciu moču, chráni citlivú pokožku a zabraňuje vzniku nepríjemného zápachu. Sestra/pôrodná asistentka odporúča pacientkam internetové stránky, kde môžu nájsť dôležité informácie o inkontinencii pre nich, ale aj pre rodinných príslušníkov o pomoci, o absorpčných pomôckach, kozmetických a ošetrovacích prostriedkoch, výrobcach pomôcok a tiež odborné konzultácie a diskusie s pacientmi s podobnou problematikou.

Je dôležité zamerať sa na preventívne opatrenia, ktoré napomáhajú k zodpovednému prístupu k inkontinencii a snahe predísť tomuto problému. Prevencia, ako aktivity zamerané na zníženie výskytu inkontinencie sa zameriava najmä na činnosti, ktoré môžu nielen pomôcť vyriešiť problém inkontinencie, ale predovšetkým tejto poruche predísť.

Materiál a metódy

Cieľom empirickej štúdie bolo zistiť vedomosti sestier/pôrodných asistentiek o možnostiach ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie moču u žien, a to:

- identifikovať úroveň vedomostí sestier/pôrodných asistentiek o inkontinencii moču,
- zistiť praktickú realizáciu opatrení zameraných na liečbu a prevenciu inkontinencie moču u žien.

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

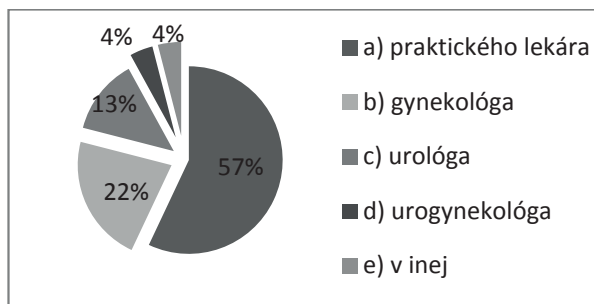
Empirickú štúdiu sme uskutočnili u sestier/pôrodných asistentiek vo vekovej skupine 22–61 rokov. Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou. Dotazník obsahoval 17 otázok vrátane demografických ukazovateľov. Otázky boli uzatvorené, polozatvorené a jednak otvorené. Celkový počet rozdанных dotazníkov bol 100. Dotazníky boli distribuované v slovenskom jazyku v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti v podtatranskom regióne. Administrovaný bol v ambulanciách praktického lekára, gynekologických, urologických, urogynekologických a neurologických v mesiacoch február a marec 2012. Vrátilo sa 94 dotazníkov, návratnosť bola 94 %.

Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- sestry/pôrodné asistentky pracujúce v zdravotníckych zariadeniach s rôznou dĺžkou praxe,
- sestry/pôrodné asistentky rôzneho veku, vzdelania.

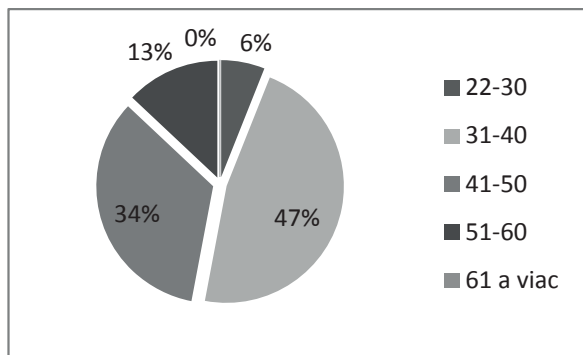
Získané údaje sme spracovali na základe deskriptívnej štatistiky v programe Microsoft Excel a získané výsledky sme zaznamenávali v tabuľkách a v grafoch.

Výsledky a diskusia



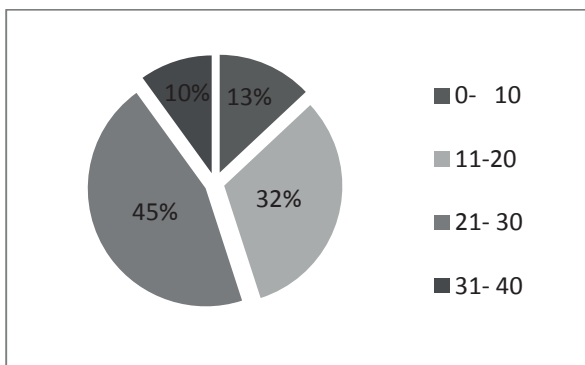
Graf 1 Prax v ambulancii

V ambulanciách praktického lekára pracovalo 54 (57 %) sestier, v gynekologických ambulanciách 20 (22 %) pôrodných asistentiek, v urologických ambulanciách 12 (13 %) sestier, u urogynekologickej 4 (4 %) pôrodných asistentiek, a v inej (neurologickej) 4 (4 %) sestier. (graf 1)



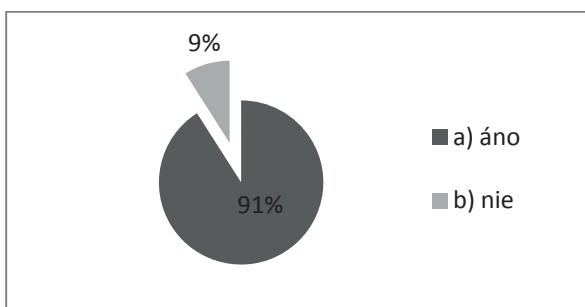
Graf 2 Vekové rozloženie

Na grafe 2 prezentujeme vekové rozloženia respondentov. Najviac respondentiek 44 (47 %) bolo vo veku 31–40 rokov, vo veku 41–50 bolo 32 (34 %), 51–60 malo 12 (13 %) a vo veku 22–30 rokov boli 6 (6 %).



Graf 3 Dĺžka praxe

Na základe údajov prezentujeme dĺžku praxe respondentov, 0–10 rokov udalo 6 (13 %) sester/pôrodných asistentiek, 11–20 rokov 30 (32 %), od 31–40 rokov 10 (10 %) respondentiek. Najväčšie zastúpenie mali sestry/pôrodné asistentky s dĺžkou praxe 21–30 rokov 42 (45 %). (graf 3)



Graf 4 Výskyt problému inkontinencie v praxi

Z celkového počtu 94 (100 %) sester/pôrodných asistentiek sa problémom inkontinencie moču u žien stretlo vo svojej praxi 86 (91 %) (graf 4).

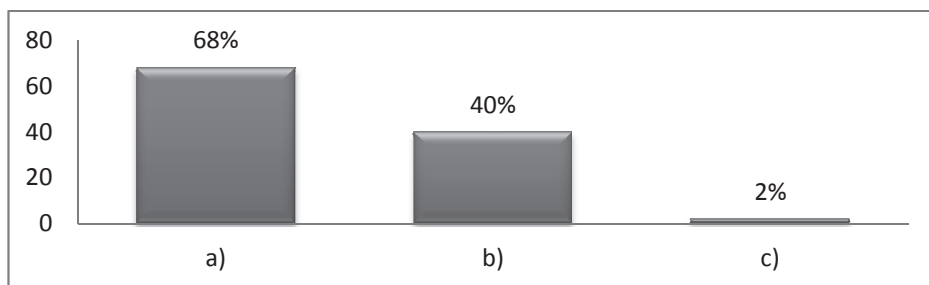
Z celkového počtu 94 (100 %) opýtaných respondentov 86 (91 %) pozná rizikové faktory ovplyvňujúce vznik inkontinencie moču u žien a 8 respondentov (9 %) odpovedalo, že ich nepozná alebo nevie.

Tab. 1 Typ rizikových faktorov

	Odpoveď	n	%
a)	časté, alebo ťažké pôrody	64	68
b)	opakované zápaly močových ciest	56	60
c)	nádory	4	4

d)	oslabenie panvového dna	28	30
e)	gynekologické operácie	14	15
f)	neurologické ochorenia	16	17
g)	obezita	10	10
h)	pitný režim	2	2
i)	stres	14	15
j)	fajčenie	2	2
k)	životospráva	2	2
l)	ochorenia DC (kašeľ, kýchanie)	8	8
m)	fyzicky namáhavá práca a dvíhanie bremien	22	23

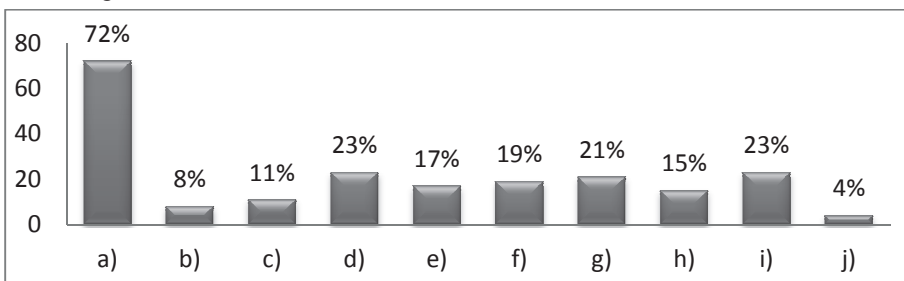
V tejto položke mohli sestry/pôrodné asistentky označiť viac rizikových faktorov. Z 86 respondentiek (100 %), ktoré označili v predchádzajúcej otázke, že poznajú rizikové faktory inkontinencie, uviedlo 64 (68 %) ako rizikový faktor časté, alebo ťažké pôrody, 56 (60 %) opakované zápaly močových ciest, 28 (30 %) oslabenie panvového dna, 22 (23 %) fyzicky namáhavú prácu a dvíhanie ťažkých bremien, rovnako 14 (15 %) stres a 14 (15 %) operácie.



Legenda: a) áno, pokúsím sa získať si jej dôveru a porozprávam sa s ňou, b) upozorním na to lekára a rozhovor prenechám na neho, c) netreba o tom hovoriť, je to bežný problém, ktorý zvládne sama

Graf 5 Riešenie prejavov inkontinencie

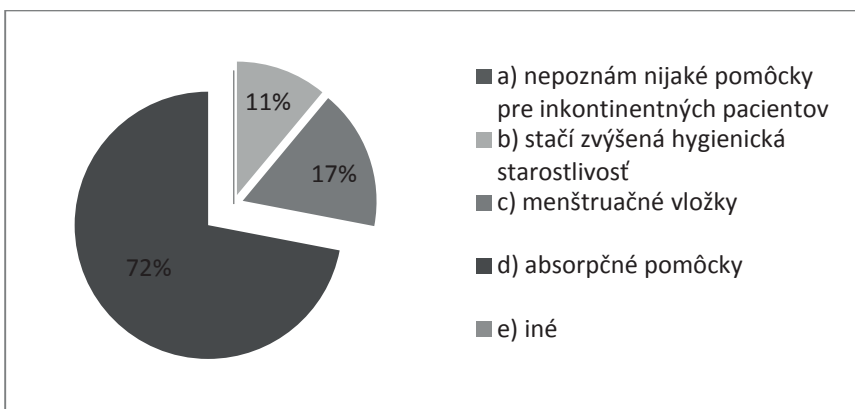
Z 94 (100 %) opýtaných respondentiek malo možnosť označiť v tejto otázke viaceré možnosti, kde uviedli, že 64 (68 %) by sa pokúsilo získať dôveru pacientky a porozprávali by sa s ňou o problematike inkontinencie moču žien, 38 sestier/pôrodných asistentiek (40 %) z nich by upozornilo na problém lekára a rozhovor by nechalo na neho. 2 respondentky (2 %) si myslia, že o tejto problematike netreba hovoriť, že je to bežný problém, ktorý musí pacientka zvládnuť sama. (graf 5)



Legenda: a) posilňovanie panvového dna, b) zvýšiť informovanosť, c) redukcia hmotnosti, d) dostatočný pitný režim, e) prevencia zápalov MC, f) včasná odhalenie a liečba, g) používanie správnych absorpčných pomôcok, h) odporúčanie pravidelných prehliadok u lekára, i) nedvíhať ťažké bremená, j) nefajčiť

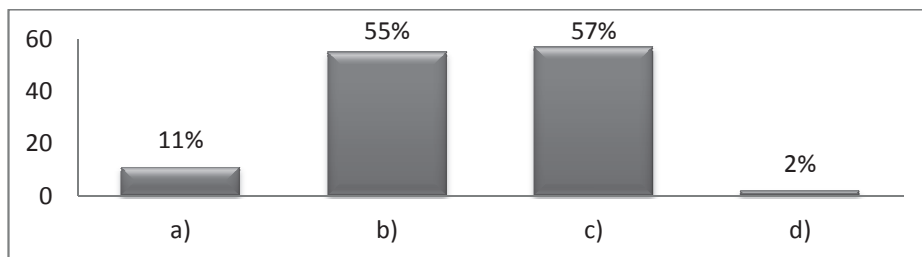
Graf 6 Opatrenia na zmiernenie prejavov inkontinencie

Oslovené sestry/pôrodné asistentky mali možnosť v tejto otázke označiť viacero možností, kde spolu uviedli 101 rôznych opatrení, ktoré by odporúčali na zmiernenie prejavov inkontinencie moču. 68 (72 %) uviedlo, že by odporúčali posilňovanie panvového dna, zhodne 22 (23 %) by odporúčilo dostatočný príjem tekutín a nedvíhať ťažké bremená, 20 (21 %) by odporúčalo používanie správnych absorpčných pomôcok, 18 (19 %) včasné odhalenie a liečbu, 16 (17 %) prevenciu zápalov močových ciest, 14 (15 %) absolvovanie pravidelných prehliadok u lekára, 10 (11 %) redukciu hmotnosti a 8 (8 %) by zvýšilo informovanosť. (graf 6)



Graf 7 Pomôcky pri inkontinencii moču

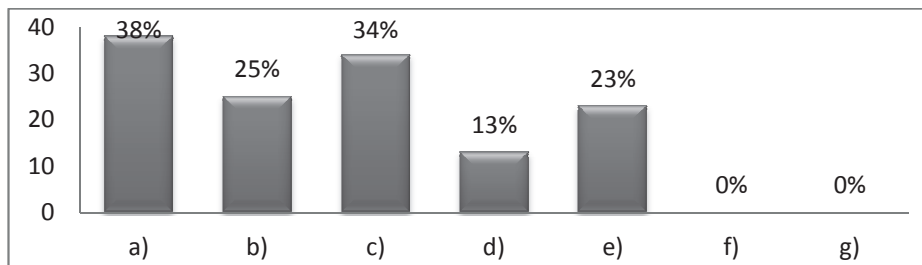
Pri inkontinencii moču by z celkového počtu 94 (100 %) sester / pôrodných asistentiek 68 (72 %) odporúčalo absorpčné pomôcky, 16 (17 %) menštruačné vložky, 10 (11 %) si myslí, že stačí len zvýšená hygienická starostlivosť (graf 7).



Legenda: a) myslím si, že sa nemajú prečo vyhýbať sociálnemu kontaktu, b) psychickou a emocionálnou podporou, c) vhodnou edukáciou o možnostiach liečby inkontinencie, d) nevedela by som jej poradiť

Graf 8 Spôsob zabránenia nožnej sociálnej izolácie

Respondentky mali v tejto otázke možnosť označiť viacero možností, kde 54 (57 %) uviedlo, že by zabránili nožnej sociálnej izolácii u pacientky s inkontinenciou moču vhodnou edukáciou o možnostiach liečby tohto problému, 52 (55 %) z nich by sa pokúsilo zabrániť sociálnej izolácii psychickou a emocionálnou podporou, 2 (2 %), by jej nevedeli poradiť a 10 (11 %) si myslí, že ženy s inkontinenciou moču nemajú dôvod sa vyhýbať sociálnemu kontaktu. (graf 8)



Legenda: a) v nožnej informovanosti pacientiek o problematike inkontinencie moču, b) v prevencii tohto ochorenia, c) v dôslednej edukácii o režimových opatreniach, d) v odporúčaní obrátiť sa na praktického lekára, e) v odporúčaní obrátiť sa na odborného lekára (gynekológ, urológ), f) ošetrovateľstvo nemôže zasahovať do liečby inkontinencie žien, g) neviem v čom spočíva úloha ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie žien

Graf 9 Úloha ošetrovateľstva v liečbe inkontinencii moču žien

Pri možnosti označiť viacere odpovede uviedlo 36 (38 %) opýtaných respondentiek, že si myslí, že úloha ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie moču žien spočíva v nožnej informovanosti o problematike inkontinencie, 32 (34 %) si myslí, že dôslednej edukácii o režimových opatreniach, 24 (25 %), že v prevencii tohto ochorenia. 66 (70 %) z nich označilo všetky tieto možnosti súčasne. 22 respondentiek (23 %) vidí možnosť ošetrovateľstva v odporúčaní obrátiť sa na odborného lekára, 12 (13 %) v odporúčaní na praktického lekára. Z nich 28 (30 %) si myslí, že úloha ošetrovateľstva spočíva v nožnej informovanosti o problematika a súčasne by odporúčali pacientke návštevu odborného lekára.

Diskusia

Vo svojej praxi sa 91 % oslovených sestier/pôrodných asistentiek stretlo s problémom inkontinencie moču u žien a 62 % sleduje vo svojej ambulancii/praxi možné prejavy inkontinencie žien (napr. zápach, začervenanie kože v okolí genitálií). V prípade, ak zistia sestry/pôrodné asistentky akékoľvek prejavy inkontinencie moču u ženy, sa 68 % z nich pokúsi získať si dôveru pacientky a porozprávať sa s ňou o tomto probléme, 40 % sestier/pôrodných asistentiek by na tento problém upozornilo lekára a rozhovor by prenechali na neho. 37 % z nich si myslí, že je v ich možnostiach pomôcť zmierniť prejavy inkontinencie moču žien a najčastejšie až 72 % sestier/pôrodných asistentiek by odporúčalo pacientke na zmiernenie prejavov inkontinencie posilňovanie panvového dna. 23 % sestier/pôrodných asistentiek by odporúčalo žene dostatočný pitný režim a vyhýbanie sa dvíhaniu ťažkých bremien, 15 % absolvovanie pravidelných prehliadok u lekára a tým včasné odhalenie a liečbu, 8 % by zvýšilo informovanosť o tejto problematike. 72 % by odporúčalo pacientke používať správne absorpčné pomôcky, ale menštruačné vložky by pacientkam odporučilo 17 % sestier/pôrodných asistentiek. 27 % sestier/pôrodných asistentiek by sa pokúsilo zabrániť novej sociálnej izolácii u pacientky vhodnou edukáciou o možnostiach liečby, 55 % psychickou a emocionálnou podporou. 38 % sestier/pôrodných asistentiek by zvýšilo informovanosť žien o možnostiach liečby a prevencie inkontinencie moču na základe svojich vedomostí a skúseností s danou problematikou, 34 % prostredníctvom letákov a brožúr, 28 % by odporúčalo internetové stránky a 38 % by informovanosť o tejto problematike prenechalo na lekára.

Z uvedeného vyplýva, že polovica sestier/pôrodných asistentiek nevyužíva možnosti prispieť k zvýšenej informovanosti žien o tejto problematike a možnosť zvýšiť informovanosť prenechá lekárovi, alebo informačným materiálom. Napriek tomu si 68 % sestier/pôrodných asistentiek myslí, že má dostatočné informácie o inkontinencii moču, diagnostických postupoch, možnostiach liečby a prevencie, 83 % z nich uviedlo, že poznajú rizikové faktory, ktoré môžu spôsobiť inkontinenciu moču a poznajú opatrenia na zmiernenie prejavov inkontinencie. 100 % sestier/pôrodných asistentiek by uvítalo možnosť získať viac informácií o možnostiach ošetrovateľstva liečby a prevencie inkontinencie moču, pričom 64 % uviedlo ako najpriateľnejší spôsob získavania informácií odborný seminár, 36 % si vyhladá potrebné informácie v odbornej literatúre. Na otázku v čom spočíva úloha ošetrovateľstva v liečbe inkontinencie moču žien 38 % sestier/pôrodných asistentiek uviedlo, že v dobrej informovanosti pacientiek o problematike inkontinencie moču, 25 % v prevencii tohto ochorenia a 34 % v dôslednej edukácii o režimových opatreniach.

Analýza tohto prieskumného problému nám priniesla nasledovné zistenia. Sestry/pôrodné asistentky sa stretávajú vo svojej praxi s problematikou inkontinencie moču, majú záujem prispieť k riešeniu tohto problému, poznajú svoje možnosti a prejavujú záujem získavať viac informácií o danej problematike. Podľa Margečiakovej (2008) sestra/pôrodná asistentka sa môže stať svojím osobným príkladom prirodzenou autoritou a oporou pri plnení cieľov stanovených v edukačnom procese. Podľa Goncalvesa (2009) bola kedysi téma inkontinencie moču dosť tabuizovaná, dnes je to lepšie. Sestra/pôrodná asistentka by mala odporúčať možnosť poradiť sa s praktickým lekárom, gynekológom a urológom. „*Vidím posun vo vnímaní inkontinencie. Laická*

verejnosť je aj cez internet a médiá lepšie informovaná, preto aktívnejšie vyhľadáva odbornú pomoc." (Goncalves, 2009, s. 25)

Zo strany sestier/pôrodných asistentiek je nevyhnutné vyvinúť viac úsilia a prejavieť väčší záujem o túto problematiku, osloviť ženy a získavať si ich dôveru, zvyšovať ich zdravotné uvedomenie, odstraňovať bariéry v priznaní si problému a vyhľadávaní pomoci a tým zlepšovať postoj žien k inkontinencii moču.

Záver

Inkontinencia moču predstavuje veľmi rozšírený problém, ktorý sa vyskytuje na celom svete. Podľa celosvetových štatistík postihuje 5 až 20 % ľudskej populácie. Podľa poslednej definície ICS z roku 2002 sa inkontinencia moču považuje za symptóm akéhokoľvek mimovoľného úniku moču. Postihuje mužov aj ženy každej vekovej kategórie. Aj keď presný výskyt inkontinencie moču nie je známy, odhaduje sa, že na Slovensku je inkontinenciou moču postihnutých 37,7 % žien a 15,4 % mužov. Inkontinencia moču predstavuje problém, ktorý spôsobuje rôzne psychické, spoločenské, zdravotné a hygienické ťažkosti, čo často prináša zníženie pracovného, či spoločenského uplatnenia. Ľudia, ktorí trpia týmto závažným problémom ho často podceňujú, vnímajú ho ako niečo, za čo sa treba hanbiť, alebo možno niekedy zo strachu pred zosmiešnením nevyhľadávajú odbornú pomoc a vytvárajú si vlastné stratégie riešenia tohto problému, čo výrazne narušuje ich každodenný život. Inkontinencia moču je pritom problém, ktorý sa dá liečiť v každom veku a skoré odhalenie prináša lepšie možnosti pre konzervatívnu liečbu.

Úlohou ošetrovateľskej starostlivosti je chápať inkontinenciu moču u žien ako problém, ktorému sa dá predísť, ktorý sa dá liečiť a nikdy ho netreba považovať za normálny stav. Kľúčovou úlohou ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie je ovplyvniť vedomosti, postoje, správanie a motiváciu pacientky s cieľom zvýšiť jej úroveň informácií o inkontinencii moču, jej liečbe a prevencii a tým zvýšiť kvalitu jej života. Účasť a spolupráca pacientky na starostlivosti je veľmi dôležitá. Pomáha pacientke získavať dôležité informácie a rozvíjať si zručnosti vo vzťahu k starostlivosti o seba samú, a stať sa tak zodpovednejšou za dosiahnutie cieľov starostlivosti.

Literatura

- [1] CIBULKOVÁ, M. 2011. Riešenie inkontinencie v domácom prostredí. In Sestra. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 10-11, s. 38-41.
- [2] CONCVALES, F. 2010. Inkontinencia moču. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2010, roč. 8, č. 1, s. 25-27.
- [3] ĎURIŠOVÁ, E. 2008. Ženské bolesti chrbta. Hlohovec : AKU-HOME0, 2008. 275 s. ISBN 978-80-89089-74-1.
- [4] KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. 2004. Ošetrovateľstvo 1, 2. 2. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [5] LACHVÁČ, Ľ. 2010. *Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára*. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2010, roč. 7, č. 2, s. 73-80

- [6] MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. *Edukácia v ošetrovatel'stve*. Turany : Fakulta zdravotníctva v Ružomberku, 2008. 102 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- [7] MARENČÁK, J. 2010. *Inkontinencia moču – príznak, ktorý sa dá liečiť*. In MediNEWS. ISSN 1336-3239, 2010, roč. 8, č. 3, s. 77-83.
- [8] MARENČÁK, J. 2009. *Lahká inkontinencia moču*. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2009, roč. 7, č. 3, s. 17-21.
- [9] REPKOVÁ, A. et al. 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
- [10] URDZÍK, P. 2006. *Inkontinencia moču u žien – prevencia a liečba*. In Via practica. ISSN 1336-4790, 2006, roč. 3, č. 10, s. 471-474.
- [11] *Zákon 363/2011 Z. z. 2011. Zákon o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Bratislava : MZ SR, 2011.

Options Nursing in the Care of Women with Urinary Incontinence

Abstract

Background: *We examined knowledge of nurses/midwives nursing opportunities in the treatment of urinary incontinence in women, level of knowledge of nurses/midwives on urinary incontinence, the implementation of policies aimed at treating and preventing urinary incontinence in women.*

File and methods: *The research sample consisted of 94 nurses/midwives, selected by deliberate choice. We used the questionnaire method. The results were processed statistically.*

Results: *We found that nurses/midwives are facing in their practice with the problems of incontinence, interested in contributing to solving this problem, know your options and show an interest in obtaining more information about this issue. In some areas, we identified some space for improvement.*

Conclusion: *Suggestions from nurses/midwives show more interest in this issue, to reach women and gain their confidence, improve their health awareness, remove barriers to the recognition of the problem and getting help and thus improve the position of women urinary incontinence.*

Key words

Urinary incontinence, risk factors, nursing care, midwife, prevention, education

Kontaktné údaje

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

Mgr. Marcela Zemanová

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po úraze krčnej chrbtice

Jaroslav Stančiak¹, Jozef Novotný²

¹Katedra sociálnych vied, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

²Katedra zdravotníckych študií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Poranenia chrbtice predstavujú závažnú a pomerne zložitú kapitolu traumatológie. Právom sa jej venuje zvýšená pozornosť nie len po stránke liečebnej, ale i ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto úrazy často vedú k úplnému vyradeniu človeka z normálneho života, v niektorých prípadoch i k smrti. Optimálne zvládnutie problematiky ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po úrazoch krčnej chrbtice si vyžaduje od sestier, aby mali adekvátne vedomosti z klinickej praxe, zvlášť spondylochirurgie a ošetrovateľstva v jeho teoretickej a praktickej úrovni. Sestry musia získať také poznatky, aby boli dostatočne flexibilné, kompetentné a zodpovedné za svoju prácu.

Narastajúcou industrializáciou dochádza k častejšiemu výskytu úrazov chrbtice a miechy. Z pohľadu závažnosti sú skupinou postihnutia, ktoré vyžadujú dlhodobú starostlivosť, veľmi často chirurgickú intervenciu, mnohokrát konzervatívny prístup a nezastupiteľnú rehabilitačnú terapiu a psychosociálnu starostlivosť.

Kľúčové slová

Zdravie, úrazy, chrbtica, pacient, edukácia

Úvod

Súčasná traumatológia predstavuje dynamický odbor využívajúci najnovšie poznatky praktického zavádzania moderných metód liečby zlomenín. Poranenia chrbtice predstavujú závažnú a pomerne zložitú kapitolu traumatológie. Právom sa jej venuje zvýšená pozornosť nie len po stránke liečebnej, ale i ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto úrazy často vedú k úplnému vyradeniu človeka z normálneho života, v niektorých prípadoch i k smrti. Optimálne zvládnutie problematiky ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po úrazoch krčnej chrbtice si vyžaduje od sestier, aby mali adekvátne vedomosti z klinickej praxe, zvlášť spondylochirurgie a ošetrovateľstva v jeho teoretickej a praktickej úrovni. Sestry musia získať také poznatky, aby boli dostatočne flexibilné, kompetentné a zodpovedné za svoju prácu.

Cieľom činnosti sestier je pomôcť pacientovi, aby sa čo najskôr a v najväčšej miere adaptoval na zmenu zdravotného stavu a získal samostatnosť v uspokojovaní potrieb.

Významným predpokladom spolupráce sestry s pacientom je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania pri uspokojovaní potrieb, čo si vyžaduje od sestry holistický prístup k pacientovi.

Úspech kvality ošetrovateľstva nespočíva v čiastkových a náhodných aktivitách, ale je potrebné vytvoriť systém riadenia a monitorovania kvality poskytovanej starostlivosti. Edukácia v ošetrovateľstve má nezastupiteľné miesto, je dôležitým aspektom ošetrovateľskej praxe. Sestry by si mali uvedomiť dôležitosť edukácie a vnímať ju ako integrálnu súčasť profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti. Očakáva sa od nich, že budú mať adekvátne vedomosti o edukácii a budú sa podieľať na tvorbe edukačných programov.

Sestra svojím profesionálnym pôsobením nezastáva len úlohu ošetrovateľky, koordinátorky, manažérky, ale stáva sa pacientovou učiteľkou, vychovávateľkou a edukátorkou. Edukačná úloha sestry je zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca v záujme podpory a obnovy zdravia.

Chrbtica tvorí kanál, v ktorom je uložená miecha. Kstené stavce tvoria stĺpec, ktorý sa delí do piatich skupín:

1. krčné stavce (vertebrae cervicales), ktorých je sedem s označením C1 – C7,
2. hrudné stavce (vertebrae thoracicae) v počte dvanásť s označením Th1 – Th12,
3. driekové stavce (vertebrae lumbales) v počte päť s označením L1 – L5,
4. križové stavce (vertebrae sacrales) v počte šesť s označením S1 – S6,
5. kostrčové stavce (vertebrae coccygeae) v počte štyri – päť s označením Co1 – Co5.

Chrbticu do celku spájajú štyri druhy spojenia: syndezmózy, synchondrózy, synostózy, kĺby. Kĺby stavcov spájajú medzistavcové platničky (disci intervertebrales). Chrbtica má dvadsaťtri diskov, ktoré sa podieľajú na pohyblivosti medzi stavcami. Jednotlivé stavce medzi sebou majú kĺbne spojenia (articulationes intervertebrales) s rôznym sklonom artikuláčnych plôch. Prvé dva krčné stavce – atlas a axis – majú odlišné spojenie kĺbové a ligamentózne.

Pevné väzy, svaly a hladké plôšky a výbežky stavcov spájajú chrbticu do súvislého stĺpca. Od hranice medzi záhlavnou kosťou a prvého krčného stavca vytvárajú stavce až po lumbálnu oblasť canalis vertebrális, v ktorom je uložená miecha. Miecha tvorí povrazec dlhý 40–50 cm valcovitého tvaru.

Platničky tvoria asi štvrtinu dĺžky chrbtice u dospelého, tlmia otrasy, zabráňujú treniu kostí navzájom. Dodávajú chrbtici ohybnosť umožňujú pohyb medzi stavcami. Úlohu hrajú pri tvarovaní chrbtice, ktorá spočíva vo vertikálnej gravitačnej osi tela. Lordóza – oblúkovité zakrivenie vyklenuté dopredu, kyfóza – opak lordózy, oblúk je zakrivený dozadu. Dĺžka celej chrbtice dospelého človeka tvorí asi 35 % výšky tela. Základné pohyby, ktoré môže chrbtica vykonávať jednotlivo aj v kombinácii sú: predklony a záklony – anteflexie a retroflexie, úklony – lateroflexie, otáčanie – rotácie alebo torzie, pérovacie pohyby, meniace zakrivenie chrbtice.

Esovité zakrivenie chrbtice umožňuje jej pružné skrátenie a pérovací pohyb pri chôdzi alebo doskoku. Z postavenia a tvaru kĺbných plôch krčnej, hrudnej a bedrovej chrbtice

vyplýva, že jednotlivé oddiely sa od seba líšia. Chrbtica je základným oporným systémom tela (Čihák, 2001).

Mechanizmus vzniku úrazov chrbtice

Charakter poranenia chrbtice a miechy závisí od mechanizmu úrazu. Úrazy krčnej chrbtice sú charakterizované tým, že zriedka sú spôsobené priamou silou na chrbticu napr. strelné, bodné poranenia alebo následkom poranenia ťažkým predmetom. Najčastejšie k úrazom krčnej chrbtice dochádza nepriamym mechanizmom (nadmerná flexia, extenzia, rotácia, násilie v osi chrbtice, priamy úder na chrbticu). *Hyperextenzia* – vzniká prudkým pohybom chrbtice dozadu. *Hyperflexia* – vzniká nadmerným ohnutím chrbtice dopredu a vedie k dislokačnej zlomenine. *Kompresia* – vznikne vertikálne pôsobiacim tlakom. Následkom úrazu vzniká instabilita pohybového segmentu, tým je ohrozená integrita nervových štruktúr chrbticového kanálu.

Úrazy krčnej chrbtice sa vyskytujú ako monotraumy. Združené poranenie býva niekedy pri prvom vyšetrení pacienta nepoznané. Pri úrazoch hlavy nesmieme zabúdať na vyšetrenie krčnej chrbtice, pretože tieto poranenia bývajú často združené.

Osobitnú skupinu tvoria otvorené poranenia chrbtice a miechového kanála, vyvolané strelným mechanizmom, ktoré sa vymykajú akejkolvek klasifikácii. Jedná sa o úplne roztrieštené zlomeniny s ťažkým neurologickým deficitom (Štulík, 2010).

Výskyt poranení chrbtice

Narastajúcou industrializáciou dochádza k častejšiemu výskytu úrazov chrbtice a miechy. Z pohľadu závažnosti sú skupinou postihnutia, ktoré vyžadujú dlhodobú starostlivosť, veľmi často chirurgickú intervenciu, mnohokrát konzervatívny prístup a nezastupiteľnú rehabilitačnú terapiu a psychosociálnu starostlivosť.

Poranenia chrbtice majú frekvenciu výskytu približne 20 pacientov na 100 000 obyvateľov za rok, z toho asi štvrtina s kompletnou léziou. Až 80 % je vo veku 18–35 rokov, mužov je 2,5–3 krát viac ako žien. Pri doprave vznikne 55 % úrazov chrbtice, v priemysle približne 30 % a pri športe 15 %. Presné čísla možno zistiť iba zavedením povinného hlásenia, ako je to u prenosných chorôb alebo amputácií končatín (Dobiaš, 2008).

Najpočetnejšiu skupinu tvoria dopravné úrazy, kde sa zaraďujú aj kolízie cyklistov a chodcov s automobilmi. Pri náraze v aute sa často uplatňuje prudký pohyb hlavy, tzv. „*whiplash injury*“ (šľahnutie bičom). Typickým mechanizmom pri vzniku úrazov krčnej chrbtice sú skoky do neznámej vody. Pribúdajú úrazy kriminálne a samovražedné skoky z výšky, ktoré majú okrem poranenia chrbtice atribúty polytraumatizmu. Zarážajúci je vysoký počet pádov zo stromov.

Prvá pomoc pri úrazoch chrbtice

Správne poskytnutá odborná prvá pomoc musí byť v súlade s pokrokmi v prednemocničnej starostlivosti vrátane manažmentu resuscitácie a transportu. V rámci neodkladnej prednemocničnej starostlivosti môžeme diagnostikovať poškodenie miechy len vtedy, keď je pacient pri vedomí a nie je pod vplyvom omamných látok. Poranenie chrbtice bez poškodenia miechy sa dá diagnostikovať len rádiologicky, ak pri vzniku poranenia chrbtice nie je ešte poškodená miecha. Poškodenie môže vzniknúť neskoršie pri vyslobodzovaní, vyťahovaní, poskytovaní prvej pomoci a počas transportu.

Dôležité opatrenia prednemocničnej starostlivosti: vyprostenie zraneného v neutrálnom postavení chrbtice (držanie hlavy dvoma dlaňami s ľahkým ťahom), transport na špeciálnom matraci.

Extrémne dôležité je najmä v prípade poranenia krčnej chrbtice ako najzraniteľnejšej časti chrbtice predpokladať (u pacienta v bezvedomí, ťažkého zranenia hlavy a tváre, pádov z výšky) poškodenie miechy a urobiť opatrenia na zabránenie zhoršenia stavu. Dôležité je naloženie krčného goliera, ktorý nekomprimuje krčné žily (imobilizácia dvomi osobami, jeden fixuje krk a hlavu postihnutého, druhý nakladá krčný golier alebo improvizovanú fixáciu). Imobilizácia je nutná počas všetkých fáz poskytovania prvej pomoci, pokiaľ nie je ukončená komplexná diagnostika (Dobiáš, 2008).

Ak je zranený pri vedomí potrebné je mu položiť otázky: Máte bolesti v oblasti krčnej chrbtice? Cítite ruky, nohy? Môžete hýbať rukami a nohami? Ak sú prítomné známky ventilačného zlyhania, dýchacie cesty sa zabezpečia intubáciou. Základným manévrom na zaistenie priechodnosti dýchacích ciest u pacienta s poranením krčnej chrbtice je metóda predsunutia sánky technikou „prst brada“. Tento manéver zabezpečí priechodnosť dýchacích ciest aj bez extenzie krčnej chrbtice. Musí mu však vždy predchádzať fixácia krčnej chrbtice. Na znehybnenie chrbtice počas transportu slúžia mnohé pomôcky, molitanové goliere, pevné laminátové alebo fixačné vaky naplnené pieskom alebo polyetylénovými granulami.

Pacienti s poškodenou miechou trpia relatívnou alebo absolútnou hypovolémiou a systémovou hypotenziou. Preto už v prednemocničnej fáze sa má začať intravenóznym podávaním tekutín. Dávkovanie tekutín musí byť opatrné, aby nedošlo k hypervolémii a kardiálnemu zlyhaniu. U polytraumatizovaných pacientov hypotenzia v dôsledku spinálneho šoku môže maskovať hypovolémiu z krvácania.

Pacienti, ktorí utrpeli poranenie nad tretím krčným stavcom obvykle zomierajú na mieste nehody, pokiaľ im nie je poskytnutá okamžitá kardiopulmonálna resuscitácia.

Starostlivosť o pacienta s poranením chrbtice

Pacient je do nemocnice privezený vo vodorovnej polohe na chrbte s fixovanou krčnou chrbticou. Našou primárnou snahou je udržať alebo obnoviť hemodynamickú stabilitu, adekvátnu ventiláciu dostatočnú na perfúziu a oxygenáciu poškodených tkanív vrátane mozgu a miechy. Riešenie zranení, ktoré sú život ohrozujúce spočíva v tom, že ak vidíme u pacienta príznaky alternácie neurologického stavu alebo máme na ňu dôvodné podozrenie, okamžite podávame bolus metylprednisolonu a nasledujúcich

24 hodín kontinuálne podávaný intravenózne. Prvá pomoc a včasná diagnostika je rozhodujúca o ďalšom osude postihnutého (Rudinský, 2005).

Diagnóza sa ľahko stanovuje, lebo postihnutý obyčajne nie je v bezvedomí a dokáže popísať mechanizmus úrazu. K určení diagnózy je potrebné zistiť: anamnézu – adekvátnosť úrazu, mechanizmus, bolestivosť v oblasti krku, hmatnú deformitu, neurologický deficit (miešna lézia, koreňové dráždenie).

Vyšetrovacie metódy

Klinické vyšetrenie: ak postihnutý neudáva výraznejšie ťažkosti, krčnú chrbticu môžeme vyšetriť. Fyzikálnym vyšetrením sledujeme vonkajšie známky poranenia, hematómy, odreniny, edémy, palpujeme svalové napätie, spazmus, prípadne kyfotické deformácie. Orientačne vyšetrujeme citlivosť a bolestivosť.

Ak niektorým vyšetrením vyvolávame pozitívnu odpoveď, pacient potrebuje rádiologické a neurologické vyšetrenie. Pacient musí byť uložený do vodorovnej polohy, krčná chrbtica sa imobilizuje a ďalší pohyb sa minimalizuje.

Neurologickým vyšetrením: zisťujeme kontrolu vôľového pohybu (úplná alebo čiastočná miešna lézia), pohyb závisí od postihnutia pyramídovej dráhy.

Rádiologické vyšetrenie: rontgenologické vyšetrenie (RTG) – predozadná a bočná projekcia. Nezriedka samo postačí k presnej diagnostike a určení terapeutického postupu.

Počítačová tomografia: slúži k upresneniu diagnózy na základe RTG. Pomáha pri stanovení správnej klasifikácie zlomeniny a pri určení operačnej stratégie. CT vyšetrenie poskytuje neoceniteľné údaje o polohe a tvare drobných fragmentov vo vnútri spinálneho kanála.

Elektromagnetická rezonancia: jej doménou je zachytenie mäkkých štruktúr.

Liečba úrazov chrbtice

Otázka spôsobu liečby je diskutabilná. Niektoré pracoviská uprednostňujú konzervatívnu liečbu. Mnohí odborníci však zastávajú názor, že ošetrenie spinálneho pacienta má štartovať chirurgickým výkonom (Štulík, 2010).

Pri rozhodovaní o liečebnom postupe je nutné určiť, či ide o poranenie stabilné alebo nestabilné. Konzervatívna liečba nie je schopná instabilné typy poranení vyliečiť bez rizika chronickej instability alebo hroziacej deformity osi chrbtice. Pri jednoduchých stabilných poraneniach ako sú zlomeniny oblúkov, jednostranné zlomeniny vystačí konzervatívna liečba s naložením krčného goliera.

Cieľom liečby je zachovať neurologickú funkciu, ktorá nebola zničená úrazom, minimalizovať možnosť ďalšieho poranenia chrbtice a miechy, obnoviť stabilitu chrbtice a jej pôvodný tvar. Každá operácia na chrbtici musí spĺňať 3 atribúty – dekompresiu chrbticového kanálu a nervových štruktúr s následnou repozíciou a stabilizáciou (Sameš et. al., 2005).

Operačná liečba umožňuje:

- stabilizáciu a urgentnú dekompresiu miechy s možnosťou maximálnej rekonštrukcie,
- zabránenie sekundárnemu poškodeniu miechy,
- prevenciu neskorších poúrazových zmien miechy,
- včasnú rehabilitáciu a vertikalizáciu,
- zníženie rizika nešpecifických komplikácií,
- obnovu anatomických štruktúr chrbtice a prevenciu trvalých následkov.

Operačná liečba – je nutná pri instabilných poraneniach chrbtice. Pri poraneniach krčnej chrbtice s dislokáciou alebo instabilitou sa vo väčšine spinálnych centier zvyčajne začína trakciou (ťahom) Crutchfieldovou svorkou.

Konzervatívna liečba – používa množstvo trakčných zariadení, najčastejšie používaná svorka je Crutchfieldova a predovšetkým halo - fixačné zariadenie tzv. HALO - trakcia. Indikáciami, ktoré uvádzajú zástancovia tejto techniky, sú prakticky všetky instabilné poranenia krčnej chrbtice.

Kontraindikáciou použitia HALO - trakcie sú impresívne zlomeniny lebky, rozsiahle lacerácie skalpu a nevyhnutnosť urgentnej kraniotómie pri vnútrolebečnom krvácaní. Táto metóda je obzvlášť vhodná v prípadoch sublúxie intervertebrálnych kĺbov, ako aj pri kompresívnych zlomeninách tiel stavcov. Medzi jej výhodami sa uvádzajú: bezpečnosť, skorá mobilizácia pacienta, psychologický účinok spočíva v zapojení pacienta do rehabilitačného programu a krátky čas hospitalizácie. Najväčšou výhodou je možnosť dodatočnej korekcie repozície (Rudinský, 2005).

Žiaľ technika sama o sebe prináša vysoké percento komplikácií. Uvoľnenie fixačných hrotov sa uvádza v 36 %, infekcia v okolí 20 %, tlakové bolesti 11 %, krvácanie z okolia hrotov 1 %, poranenie nervov 2 %, následné keloidné jazvy 9 % a ťažký dyskomfort pacienta v 18 %. Na druhej strane predstavuje mechanicky veľmi pevnú a spoľahlivú ortézu – Johnson a spolupracovníci dokázali, že z komerčne používaných krčných ortéz je najpevnejšia – ponecháva len 4 % krčného pohybu.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s HALO - vestou

HALO - vesta - trakcia je metóda konzervatívnej liečby poranenia krčnej chrbtice. Je to cervikálna ortéza mimoriadne pevnej konštrukcie, ktorá sa aplikuje v krátkodobej intravenóznej anestézii pod RTG monitorom, na operačnej sále, minimálne na šesť týždňov.

V rámci ošetrovateľského procesu sestra využíva psychologický prístup, ktorým ovplyvňuje u pacienta nežiaduce psychické stavy – úzkosť, napätie, smutnú náladu.

Vzťah sestry k pacientovi je veľmi významný – sestra s ním trávi veľa času v priamom kontakte. Kontakt s pacientom musí byť v prvom rade individuálny a je nevyhnutné brať do úvahy jeho vzdelanostnú úroveň, inteligenciu a sociálne prostredie, z ktorého prišiel (Farkašová, 2005).

Prostredníctvom verbálnej a neverbálnej komunikácie zistujeme jeho problémy, snažíme sa pacienta upokojiť, zabezpečiť a udržať vyhovujúcu polohu. Počas

hospitalizácie pacienta musí byť v centre pozornosti sestry uspokojovanie jeho biologických, sociálnych, duševných a duchovných potrieb. Každý človek vykonáva aktivity denného života jedinečným spôsobom podľa svojich zvyklostí. Sebestačnosť vyjadruje samostatnosť pri vykonávaní denných aktivít.

Úspech ošetrovateľského procesu závisí od otvorenej komunikácie a rozvoja vzťahov medzi pacientom a sestrou. Proces poskytuje rámec zodpovednosti v ošetrovatelstve. Profesionálna sestra je zodpovedná za svoje činnosti vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu (Kozierová, 2004).

Odborne zdatná sestra s dostatkom skúseností môže pacientovi pomôcť zvládnuť telesné i psychicky náročné obdobie po prekonaní ťažkého úrazu. Sestra buď riadi samostatne starostlivosť pacienta alebo zabezpečí starostlivosť na základe požiadaviek chorého, ktorý nie je schopný alebo nemôže vykonávať činnosti sám (Soboňová, 2005).

Úlohou sestry je:

- zabezpečiť potrebné konziliárne vyšetrenia (interné predoperačné vyšetrenie, anesteziologické),
- zaistiť podľa ordinácie lekára RTG snímok chrbtice,
- zaistiť prístup do žily,
- vykonať odber biologického materiálu podľa ordinácie lekára,
- aplikovať medikamentóznú liečbu podľa ordinácie lekárom,
- pripraviť pacienta na výkon (príprava operačného pola - oholenie miesta zavedenia pínov),
- vykonávať starostlivosť o pacienta po výkone,
- edukovať pacienta o pohybovom režime a nácviku zručností v denných aktivitách,
- ak má pacient aplikovanú Halo vestu, nikdy ho nedvíhať za trakčnú konštrukciu,
- starať sa o kožu pod vestou a dbať, aby nedošlo k útlaku,
- u pacienta s poranením krčnej chrbtice je dôležité povzbudzovať ku kašľu, hlbokému dýchaniu k udržaniu pľúcnej funkcie,
- dopriať pacientovi dostatok času, aby mohol dať najavo svoje pocity, a poskytnúť mu emocionálnu podporu,
- podávať diétu s vysokým obsahom bielkovín, sacharidov a tekutín k podpore hojenia a črevného vyprázdňovania,
- informovať pacienta a rodinu o rehabilitačných možnostiach a ich význame, s rehabilitáciou začnite včas,
- informovať pacienta a rodinu o rizikových faktoroch vzniku komplikácií a spôsobe, ako im predchádzať,
- kľúč od vesty mať vždy pri pacientovi v prípade zhoršenia zdravotného stavu (napr. pri kardiopulmonálnej resuscitácii) k uvoľneniu vesty,
- zdôrazniť tiež význam správnej výživy, dôležitosti vyprázdňovania močového mechúra a čriev, starostlivosť o kožu a prevenciu infekcie.

Edukácia je zameraná na činnosti denného života a starostlivosť o svorku v domácom prostredí. Učenie podporuje schopnosť rozhodovať sa v súlade s vlastnými potrebami

a možnosťami. Zároveň sestra spolupracuje s príbuznými, ktorých informuje o úrovni sebestačnosti a navrhuje starostlivosť v domácom prostredí.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je prevencia možných pooperačných komplikácií (napr. zápal v okolí zavedených hrotov, intolerancia konštrukcie). Udržať optimálny stupeň aktivity pri uspokojovaní základných potrieb. Ošetrovateľský personál by mal chápať, že každý jedinec je individualitou a má právo na svoje reakcie (Soboňová, 2005).

Metodika rehabilitácie po úrazoch chrbtice

Metodika rehabilitácie je v ošetrovateľskej starostlivosti u rôznych typov poranení chrbtice a miechy zásadne rovnaká. Veľmi záleží na včasnom špecifickom prístupe k ošetrovaniu pacienta. Vďaka stabilizácii poranenej chrbtice je možné začať s pacientom hneď rehabilitovať. V prípadoch bez neurologického deficitu je pacient mobilizovaný už na druhý pooperačný deň. Ochrnutý pacient je polohovaný a rehabilitovaný v deň operácie. Ak bola vykonaná durotómia (otvorenie tvrdej pleny) a revízia miechy odkladá sa mobilizácia o dva dni.

Včasná rehabilitácia má za úlohu: zamedziť atrofiám, svalovým kontraktúram, kĺbnym deformitám, ankylózam (stuhnutie kĺbov), udržať v činnosti svaly so zachovalou inerváciou, naučiť pacienta sebestačnosti a samostatnosti.

Pacient s poranením miechy je veľmi náchylný k tvorbe dekubitov, preto je uložený na antidekubitárny matrac. Exponované miesta podkladáme molitanovými štvorcami. Pacienta polohujeme v pravidelných dvoj hodinových intervaloch (v nočných hodinách každé tri hodiny). Na tomto úseku má vedúce postavenie sestra, ktorá je trvalo prítomná a má väčšie skúsenosti. Je schopná sledovať toleranciu pacienta na stanovenú polohu. Sestra kontroluje i správnosť dychovej gymnastiky, ktorá vedie k zvýšenej pľúcnej ventilácii. Hlavný dôraz sa kladie na rytmus dýchania. U ochrnutých pacientov vykonávame vo všetkých kĺboch pasívne cvičenie. Cvičenie musí byť pomalé a plynulé, pretože prudké cvičenie vyvoláva spasmus.

Psychologické aspekty po úrazoch chrbtice

Pacienti po prekonaní ťažkých traumatických úrazov sa nečakane nachádzajú vo výnimočne ťažkých životných krízach. Ich riešenie začína po odznení reakcie na traumatu. Pre ošetrovateľskú a rehabilitačnú prax je veľmi užitočné rozpoznať normálnu reakciu na traumatu od posttraumatickej stresovej poruchy. Porucha môže byť príčinou nedostatočnej spolupráce pacienta pri liečení a vyžaduje si odbornú pomoc. Psychologický prístup k pacientom by sa mal stať základom celého diagnosticko-terapeutického procesu a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Psychologické poznatky v ošetrovateľskej starostlivosti sa uplatňujú predovšetkým pri adaptácii, vyrovnávaní sa pacienta s telesným postihnutím po úraze. Telesné poškodenie pôsobí psychotraumaticky, vyvoláva rôzne emócie. Je samozrejme našou ošetrovateľskou snahou ako i ľudskou, aby sme tieto zmeny v duševnej sfére, z nášho hľadiska videné ako nežiaduce poruchy, zmiernili, dokonca im predišli (Kopáčiková, 2012).

Reakciu na traumy charakterizujú zmeny: v emocionálnom prežívaní: objavuje sa strach, úzkosť, emočná labilita, smútok, depresie, stiahnutie sa do seba. Somatické symptómy: porucha spánku, amnézie, zvýšený psychomotorický nepokoj.

Tieto prejavy v priebehu niekoľkých týždňov odznievajú a nastupuje fáza postupného hľadania riešenia a aktívneho adaptovania sa na životné zmeny. Aby sme lepšie rozumeli našim pacientom v komunikácii, je užitočné zoznámiť sa s niekoľkými druhmi riešení životných situácií v krízovom období. Napríklad pomocou faktorovej analýzy Ihlreicha a Glesera, ktorí vytvorili systém piatich skupín obranných mechanizmov:

1. neprimerané agresívne a nepriateľské reakcie,
2. sebaobviňujúce reakcie,
3. projekcia ako prisudzovanie vlastných snáh iným ľuďom,
4. vytesňovanie, popieranie, vyvracanie a tvrdenie opaku, protikladné správanie, prehnane veselá nálada,
5. intelektualizácia, racionalizácia.

Obranné mechanizmy majú aj pozitívny význam. Pomáhajú v procese adaptácie ľahšie zvládnuť silne emocionálnu bolesť, najmä v prvých etapách liečenia. Ak sa stanú brzdou v procese adaptácie vedú k sociálnej izolácii, nadobúdajú negatívny charakter. Vtedy je vhodné ponúknuť psychoterapeutickú pomoc nie len pacientovi, ale i členom rodiny.

Pacient má právo vedieť, čo sa v jeho tele odohráva, ak má prevziať na seba určitú dávku zodpovednosti za priebeh liečby. Sestra má pacienta a príbuzných poznať natoľko, aby zvolila vhodný čas, miesto a slová podania informácií. Pre niektorých pacientov je proces adaptácie mimoriadne bolestivý a často vedie k sociálnej izolácii. Tu je dôležitý dostatok sociálnej podpory. Hlavným zdrojom je rodina alebo môže prichádzať aj od priateľov, spolupracovníkov, ľudí s podobným osudom.

Cieľom terapie je obnoviť stav zdravého pulzovania v človeku. Vtedy sú základné životné aktivity rytmické a smerujú k väčšiemu kontaktu so sebou a inými ľuďmi. Biosyntéza je somatická psychoterapia, ktorú rozvinul na začiatku 70 rokov David Boadella (biosyntéza znamená integráciu života). Vychádza z jednoty medzi telom, dušou a duchom. Psychické zdravie nemožno posudzovať oddelene od telesného a duchovného zdravia. V biosyntéze je proces terapeutického rastu dôležitejší ako výsledok.

Poranenia chrbtice bývajú často spôsobené priamym a nepriamym mechanizmom. Rozhodujúcim kritériom pri výbere optimálnej liečby je stabilita, instabilita poraneného úseku a neurologický nález. U pacientov so stabilným typom poranenia bez neurologického nálezu je väčšinou vhodná liečba konzervatívna. V súčasnosti je na mnohých pracoviskách veľmi obľúbená HALO - trakcia. Indikáciami, ktoré uvádzajú zástancovia tejto techniky, sú prakticky všetky instabilné poranenia krčnej chrbtice.

Je to cervikálna ortéza mimoriadne pevnej konštrukcie, ktorá sa aplikuje v krátkodobej anestézii pod RTG monitorom. Na operačnej sale, minimálne na šesť týždňov.

Nakoľko ide o krátkodobú hospitalizáciu a pacient odchádza do domácej starostlivosti je potrebné edukovať pacienta a príbuzných, ako sa majú starať o vestu a vykonávať denné aktivity. Hlavnou úlohou edukácie pri úrazoch krčnej chrbtice je odstrániť

u pacienta deficit vedomostí o ochorení, liečbe, dodržiavaní fyzických obmedzení, náuka zručnosti. Cieľom edukácie je naučiť pacienta a príbuzných, ako zvládať starostlivosť o vestu a náuku sebestačnosti v denných aktivitách.

Starostlivosť o vestu

- Pred prepustením z nemocnice sa uistite, či vám vesta pohodlne sedí (aby ste necítili žiadny tlak v bodoch alebo na okrajoch hrán, v sede alebo ak urobíte určitý pohyb).
- Predovšetkým sa nepokúšajte povoliť alebo nastaviť si vestu sám i keď budete mať kľúč od vesty pri sebe.
- Akékoľvek nastavenie musí urobiť lekár.
- Udržujete vestu po celý čas v suchu. Ak by sa vám namočila, tak ju môžete vysušiť fénom na studenom stupni.
- Časté navlhnutie šnúr alebo spojov môže spôsobiť, že molitan, ktorým je vystlaná vesta zrohovatí a dôjde k poškodeniu pokožky s následnou infekciou.

Starostlivosť o svorky

- Je potrebné realizovať jedenkrát za deň s asistenciou člena rodiny alebo sestry z ADOS.
- Miesta okolo svoriek sa môžu čistiť vodou a mydlom.
- Okolie svoriek musí byť čisté.
- Prípadné nečistoty odstránite roztokom peroxidu alebo alkoholom pomocou štetôčky.
- Čistenie robte tak, aby nedošlo k poškodeniu pokožky v okolí zavedených pínov.
- Nepoužívajte žiadne masti alebo antiseptiká bez toho, aby boli predpísané lekárom.
- Ak si všimnete zapálenie, posunutie svorky, pocítite silné bolesti alebo spozorujete akékoľvek otvorené rany v mieste pínov, kontaktujte lekára.
- Tieto príznaky alebo uvoľnenie svorky sú znakmi nefunkčnosti Halo vesty, ktorá môže sklznúť a spôsobiť instabilitu poškodených stavcov.

Spánok

- Ak máte aplikovanú Halo vestu pravdepodobne zistíte, že potrebujete viac spánku.
- Možno, že nebudete v noci dobre spať a prebudíte sa vždy, keď sa budete chcieť otočiť a nebude ľahké si nájsť pohodlnú polohu.
- Spanie s rolovaným uterákom. Ak ležíte na chrbte podložte si zrolovaný uterák alebo obliečku medzi vašu hlavu a zadnú časť krku.
- Ak si chcete ľahnúť na bok podložte si zrolovaný uterák alebo obliečku pod líce.
- Dôležité je, aby vás uterák alebo obliečka netlačili.
- Spanie s jemne vyvýšenou hlavou na posteli alebo matraci vám zabezpečí pohodlný spánok.
- Spanie na bruchu - dajte si vankúš alebo deku pod hrud' a druhú podložku pod predok kruhu tak, aby váš nos netlačil na matrac.

Vstávanie z postele

- Keď vstávate z postele, je dôležité, aby ste sa nepokúšali posadiť rovno, s krčením v páse. Tým by ste silno zatlačili na predné svorky.
- Vstávajte tak, že sa otočíte na bok pri okraji postele, opatrne spustíte nohy cez okraj a preneste váhu na lakty a ruky. Po prenesení váhy nevstávajte prudko, môže dôjsť k zvráti a následnému pádu.

Obliekanie

- Keď máte aplikovanú Halo vestu je obliekanie náročnejšie a menej estetické.
- Približne tri mesiace budete musieť premýšľať nad niektorými kombináciami vášho oblečenia.
- Aj keď budete nosiť vestu počas jedného ročného obdobia, pravdepodobne zistíte, že sú pre vás adekvátne asi 3–4 outfity.
- V lete, keď popruhy (remene) vesty majú tendenciu vytvárať teplo, môžete si dať bavlnené spodné prádlo alebo tričko.
- Ramienka z tielka musíte rozstrihnúť a lemy sa môžu zošuchnúť z krku na diery na ramenách.
- Vršok potom vytiahnete zo spodku vesty a upevníte pomocou gombíkov alebo pukačiek.
- Ženy si môžu obliecť podprsenku väčšieho čísla vsunutím pod prednú časť. Veľa žien uprednostňuje chodenie bez podprsenky.
- Ak je počasie teplé, používajte bavlnené košele/blúzky o 1–2 čísla väčšie.
- Môžu byť oblečené a zapnuté tak vysoko ako to umožňuje montáž vesty.
- Jeden z najpopulárnejších outfitov pre ženy a mužov hlavne na jar/jeseň je joggingový dres so zipsom.
- Ťažšie môže byť obliekanie zvrškov v zime.
- Zimný kabát o 1–2 čísla väčší (ak je to možné, požičajte si ho) sedí lepšie ako vaše číslo.

Obúvanie

- Topánky alebo čižmy by mali byť na nízkom opätku s plochými podrážkami, aby ste sa vyhli pošmyknutiu.
- Tenisky sú skvelé najmä v lete.
- Ženy by si nemali nikdy obúvať topánky na vysokom opätku, pretože im zvýšia riziko pošmyknutia alebo pádu.
- Tiež vám môžu spôsobiť bolesti chrbta.

Starostlivosť o kožu

- Najdôležitejšie je udržiavať koženú časť a popruhy čisté ako je len možné, aby nemuseli byť menené až pokiaľ to nebude z lekárskeho hľadiska potrebné.
- Ak cítite tlak v miestach pod vestou alebo dochádza k strate citlivosti, poprosť člena rodiny alebo sestru, ktorá vás navštevuje o kontrolu pokožky pod popruhmi.
- Mohlo dôjsť k ťtlaku s následným dekubitom alebo inej komplikácii. V tomto prípade je nutná kontrola lekára.

Kúpanie – umývanie

- Kúpanie je nepríjemné až pokiaľ si nezvyknete.
- Na umytie tela pod vestou použite väčší uterák, ktorý namočíte do teplej vody.
- Stlačte ho (zrolujte) a dajte popod obe časti vesty s držaním za oba konce čistite prednú časť hrudníka.
- Potom popod spodnú časť vesty presuňte jeden koniec a pokračujte v umývaní.
- Následne rovnakým spôsobom očistite zadnú časť hrudníka.
- Každé 2–3 dni by ste mali vyčistiť a vysušiť pokožku pod vestou alkoholom, podobným spôsobom ako pri umývaní (uterák navlhčený alkoholom).
- Ak sa chcete okúpať vo vani napustite toľko vody, aby pri sadnutí do kúpeľa sa Halo vesta nenamočila.
- Treba myslieť na to, že spodok vašej vesty je chránený umelou hmotou, ktorá nesmie prísť do styku s vodou.
- Skôr ako si napustíte vodu do vane uistite sa, aby ste mali dost' priestoru a chránili sa pred úrazom (pošmyknutie).
- Veľmi užitočné je namontované madlo na stene.
- Pravdepodobne pri umývaní budete potrebovať pomoc rodinného príslušníka.
- Pamätajte si: žiadne mydlo, žiadne pleťové mlieko ani púder nemôžete použiť pri hygiene pod vestou. Všetky tieto veci môžu podráždiť vašu pokožku!

Šampónovanie vlasov

- Vlasý si môžete umývať pravidelne.
- Chráňte ramená vesty igelitom.
- Oveľa ľahšie to bude s pomocou asistenta.
- Môžete si kľaknúť k vani a nahnúť sa s hlavou cez vaňu, nech máte hlavu nižšie ako ramená, ak je to možné.
- Vlasý si môžete umyť aj nad umývadlom za pomoci asistenta.
- Na oplachovanie môžete použiť krčah alebo hadicu.
- Dávajte pozor, aby ste nenamočili vestu.
- Ak je táto poloha pre vás ťažká, môžete si ľahnúť cez dve stoličky tak, aby Halo vesta bola za stoličkou. Voda môže priamo stekať do vane alebo vedra.
- Môžete použiť aj igelitovú tašku, ktorá je upevnená pod ramenami.
- Niektorým pacientom sa začnú robiť lupiny alebo majú suché vlasý.
- Zmena šampónu obvykle pomáha. Tento problém pominie po odstránení Halo vesty.
- Žiadne farbenie vlasov ani prelivy! Uvedomte si, že svorky vašej vesty sú umiestnené tam, kde by ste nemali používať farby, prelivy, spreje alebo kondicionér.

Výživa

- Ak sa neliečite na nejaké chronické ochorenie, ktoré vyžaduje špeciálnu diétu pri aplikovanej Halo veste nie je potrebné dodržiavať žiadnu diétu.
- Jej nosenie a starostlivosť o ňu vám môže spôsobiť únavu a tým spálite viac kalórií.
- Stravujte sa pravidelne ako pred úrazom.

- Jedálny listok môžete obohatiť produktmi na podporu tvorby kostného svalku. Zvýšením príjmu bielkovín, vápnika, fosforu, selénu, zinku, fluóru, vitamínu A, C, D, E, K, karoténov, antioxidantov – prevencia osteoporózy.
- Nie je vhodné veľa schudnúť alebo priať, pretože vám vesta nebude sedieť a bude potrebná jej výmena.
- Veľké výkyvy váhy môžu vplývať na stabilitu vesty, vašu bezpečnosť, kožu a dýchanie.
- Regulovaná diéta v rámci normálnej veľkosti porcií s množstvom proteínov, mlieka, mliečnych výrobkov je všetko, čo sa doporučuje.

Cestovanie

- Počas aplikácie Halo vesty nie je nutné obmedziť vaše miestne cestovanie.
- Bezpečnejšie a vyhovujúce je cestovať so sprievodcom.
- Cestovanie autom nespôsobuje problém, hlavne ak je auto veľké.
- Do väčšieho auta sa jednoduchšie nastupuje a vystupuje.
- Do auta nastupujte otočený chrbtom k sedadlu, z ohnutým telom dopredu, potom vložte nohy.
- Pri vystupovaní tento proces obráťte. Vždy sa pripútajte!
- Nepokúšajte sa šoférovať, pretože s montovanou vestou nemôžete otočiť hlavu. Ste „oslabený šofér“, a mohli by ste zapríčiniť nehodu alebo dostať pokutu.
- Nepoužívajte žiaden dvojkoľosový dopravný prostriedok (bicykel, motorku), pri veste je zložitá udržať rovnováhu (vysoké riziko spadnutia).
- Cestovanie vlakom, autobusom môže byť zložitejšie, pretože nie je isté, že budete mať voľné miesto a vibrácie (trasenie) cestou môžete cítiť ako tlak na svorky. Najhoršie je strkanie, tlačenie, ktoré zažijete v dave.
- Preto ak musíte cestovať, tak len v čase, keď je cestujúcich čo najmenej.

Odstránenie Halo vesty

- Halo vesta sa odstraňuje obvykle po 2–3 mesiacoch v nemocnici.
- Pred jej zložením vás lekár odošle na kontrolný röntgenový snímok, ktorý potvrdí zahojenie krčnej chrbtice.
- Miesta po zavedení pínov vám budú sterilne ošetrené.
- Po odstránení budete mať pocit, že celá váha hlavy je na vašom krku. Tento pocit vznikol z dôsledku, že ste svaly na krku niekoľko týždňov neprecvičovali.
- Krk vám následne zafixujú krčným golierom na ďalších niekoľko týždňov.
- Po zložení goliera vám lekár môže odporučiť rehabilitáciu.
- Najvhodnejšie je plávanie (znak).
- Liečenie po zložení a rehabilitácia môže trvať niekoľko týždňov, ale každým dňom sa budete cítiť lepšie.
- Mali by ste pokračovať v obmedzeniach vašich aktivít, tak ako s Halo vestou (džoging, vzpieranie, dvíhanie ťažkých bremien).
- Váš lekár vám poradí kedy je bezpečné vrátiť sa k aktivitám bez obmedzenia. Bude to závisieť od toho, ako budete rehabilitovať, dodržiavať liečebný režim a tiež aj od procesu hojenia.

Odporúčania pre prax

- Získať dôveru pacienta pri edukačnom procese.
- Vhodne motivovať pacienta, ale aj podnietiť k tvorivému prístupu.
- Venovať pozornosť výchove pacientov v nadobúdaní sebestačnosti v denných aktivitách.
- Vnímať pacienta holisticky pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti.
- Pri edukácii využívať individuálny prístup, brať do úvahy jeho vzdelanostnú úroveň, inteligenciu a sociálne prostredie, z ktorého pacient pochádza.
- Sprístupniť dostatok informácií pacientovi a podporným osobám o úrazoch chrbtice, liečbe a možných komplikáciách.
- Sprístupniť dostatok informácií pacientovi a podporným osobám v starostlivosti o Halo vestu a náuka zručností.
- Naučiť pacienta zručnosti na vykonávanie každodenných činností.
- Prehlibovať vedomosti sestier v oblasti edukácie a ošetrovateľskej starostlivosti, formou seminárov, štúdiom odborných časopisov a odbornej literatúry.

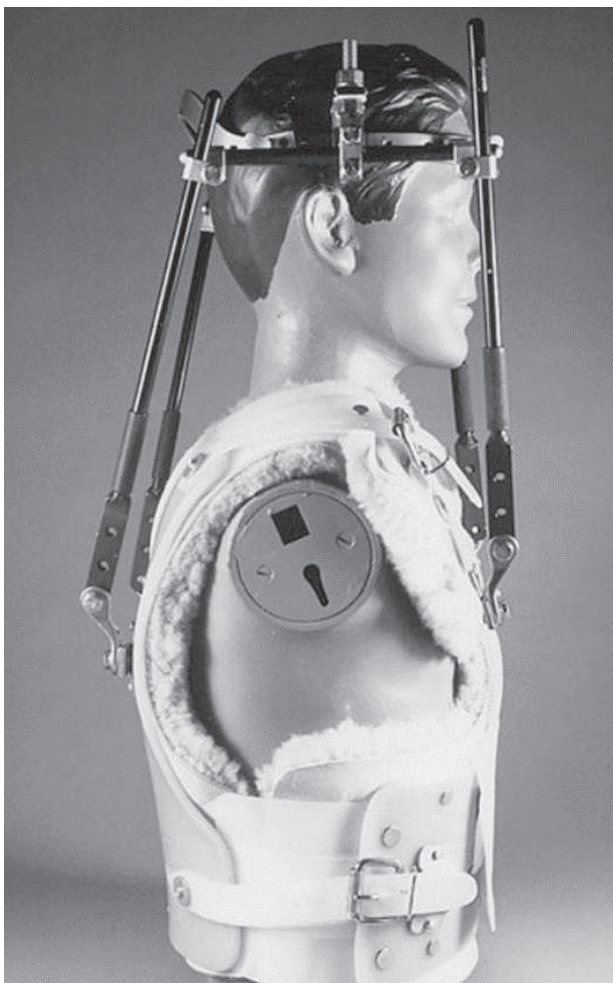
Záver

Úraz je závažným postihnutím, ktoré mení kvalitu života. V poslednej dobe stúpa počet úrazov, nevynímajúc úrazy chrbtice. Ohrozujú zdravie jednotlivcov, sú príčinou utrpenia, spôsobujú nešťastie pre postihnutého a jeho rodinu. Úrazy chrbtice pripravujú pre človeka náročnejšie životné situácie, zasahujú do bežného každodenného života. Súčasným trendom v liečbe úrazov chrbtice je využitie takých liečebných a ošetrovateľských metód, ktoré umožnia včasnú rehabilitáciu a mobilizáciu pacienta. Znižuje sa tak riziko vážnych komplikácií, ktoré prináša dlhodobé pripútanie pacienta na lôžko. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na pomoc pacientovi pri uspokojovaní potrieb počas hospitalizácie, edukáciu na zlepšenie komfortu pacienta.

Ošetrovateľstvo ako veda je do praxe implementovaná prostredníctvom sestry a jej činností. Sestry musia byť pripravené na plnenie role edukátorky na všetkých úsekoch poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Postavenie sestry je vo vzťahu k chorému ešte zložitejšie ako postavenie lekára. Predovšetkým sestra je tým pracovníkom, ktorý zodpovedá za priaznivý stav pacienta. Kvalifikovaná sestra nečaká len na pokyny. Je schopná posudzovať, predvídať a hodnotiť stav pacientov a behom niekoľko minút reagovať tak, aby starostlivosť o pacientov bola maximálne účinná. Vyžadujú sa od nej nie len odborné znalosti, ovládanie zásad psychoterapie, ale i riešenie zložitých situácií. Dôležité pre sestry je rozpoznať individuálne potreby pacienta s jeho špecifickými problémami, pretože tie sú východiskom pre jednotlivé fázy edukačného plánu a výber vhodnej formy edukačného procesu.

Práca sestry pozostáva z krokov posúdenia, plánovania činností, z realizácie jednotlivých intervencií a vyhodnotenia zvoleného postupu. Edukačný plán má nie len vhodne motivovať pacienta, ale aj podnietiť k tvorivému prístupu. Cieľom edukačného procesu je dosiahnuť želané správanie, ktoré smeruje k podpore a ochrane zdravia pacienta. Edukácia pacientov a ich príbuzných je nástrojom na zabezpečenie ich lepšej účasti na procese poskytovania zdravotnej starostlivosti, predovšetkým im umožňuje

kvalifikovane sa rozhodnúť. Zahŕňa informácie, ktoré si má pacient osvojiť v priebehu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.



Obr.1 Halo vesta

zdroj <http://boneandspine.com/wp-content/uploads/2010/01/halo-vest.jpg>

Literatúra

- [1] ADAMS, B., HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999, 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- [2] ČIHÁK, R. 2001. *Anatómia 1*. 2. vyd. Praha : Grada, 2001, 499 s. ISBN 80-7169970-5.
- [3] DOBIÁŠ, V. 2008. *Poranenie chrbtice a miechy*. Via pract, 2008, roč. 5(12):537-538

- [4] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória..* Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- [5] FARKAŠOVÁ, D., et al 2006. *Výskum v ošetrovateľstve.* Martin : 2006. 87 s. ISBN 808063-228-6.
- [6] HANZÍKOVÁ, A. et al. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia* 1. Bratislava : UK 2002, 175 s. ISBN 80-223-1533-8.
- [7] HUDEC, J. 2009. *Rehabilitácia pacienta s léziou miechy.* Prednášky z kinezioterapie v traumatológii. Banská Bystrica
- [8] KOPÁČIKOVÁ, M. 2012. *Možnosti sestry pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta po amputácii končatiny.* In *Inovácie v ošetrovateľstve: "Rozvoj ošetrovateľstva od Florence Nightingale po súčasnosť".* III. celoslovenská konferencia Belianske dni ošetrovateľstva. Vysoké Tatry : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2012. ISBN 978-80-89542-28-4. s. 414–423.
- [9] KOZIEROVÁ, B., ERB, G., OLIVIER, R. 2004. *Ošetrovateľstvo I. a II. diel.* Martin : Osveta. 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [10] KUBICOVÁ, Ľ. 2005. *Chirurgické ošetrovateľstvo.* 1.vyd. Martin : Osveta, 2005. 152 s. ISBN : 80-8063-176-X.
- [11] NETTER, F. 2005. *Anatomický atlas človeka.* 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 628 s. ISBN 80-247-1153-2.
- [12] SAMEŠ, M. et al. 2005. *Neurochirurgia.* vyd. Maxdorf s.r.o., 2005. 120 s. ISBN 80-7345-072-0.
- [13] SLANINKOVÁ, E. 2005. *Úlohy sestry v procese adaptácie pacienta na zmenený zdravotný stav a na prijatie choroby.* In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík.* Roč. XI. 2/2005. Bratislava : SLS 2005. ISSN 1355-5090.
- [14] SLANINKOVÁ, E. 2005. *Psychologické aspekty prvého kontaktu pacienta s nemocničným prostredím.* In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík.* Roč. XI. 1/2005. Bratislava : SLS 2005. ISSN 1355-5090.
- [15] SOBOŇOVÁ, J. 2005. *Starostlivosť o pacienta po aplikácii Halo fixácie.* In *Sestra.* ISSN 1335-9444, 2005, Roč. IV, 5/2005, s. 24–26.
- [16] ŠTULÍK et al. 2010. *Poranění krční páteře.* Praha : Galén, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7622-685-4.
- [17] VIŠŇA, P., HOCH, J. et al. 2004. *Traumatologie dospělých.* vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 2004. 186 s. ISBN 80-7345-034-8.
- [18] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-139-X.
- [19] ZAZULA, R. 2001. *Intenzívni péče v traumatologii.* Praha : Galén, s.r.o., 2001, 206 s. ISBN 80-7262-114-9.
- [20] <http://boneandspine.com/wp-content/uploads/2010/01/halo-vest.jpg>

Nursing Care in patient with Cervical Spine Injury

Abstract

Spine injuries are very severe and complicated part of trauma surgery. These type of injuries need not only specific medical treatment but specific nursing care, too. Spinal injuries, especially those of cervical spine lead to complete disability of the patient and could be also the reason for death. Professional nursing care in patients with cervical spine injury depends on sufficient clinical experience of the nurse and her theoretical and clinical knowledge in the area of spondylosurgery nursing care. These knowledge should give the nurse enough flexibility, competency and responsibility in the working area.

The modern technologies are connected to increased number of spine and spinal cord injuries. However, from the medical point of view these injuries need many procedures to be managed – a longlasting treatment, surgical intervention or conservative approach and at least rehabilitation and psychological care.

Key words

Health, injuries, spine, patient, education

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH
Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Fakulta sociálnych vied
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
e-mail: j.stanciak@gmail.com

prof. MUDr. Jozef Novotný, CSc.
Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotníckych štúdií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: jozef.novotny@vspj.cz

Zkušenosti všeobecných sester s poskytováním ošetrovatelské péče romským klientům

Michaela Benešová¹, Radka Křepinská²

¹Nemocnice Pelhřimov

²Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Multikulturní ošetrovatelství tvoří nedílnou součást současného ošetrovatelství. Všeobecná sestra by měla mít znalosti o zvláštностech kultur, se kterými přichází v rámci svojí profese častěji do kontaktu, aby mohla poskytovat kulturně specifickou ošetrovatelskou péči. Výzkum byl zaměřený na zjištění zkušeností všeobecných sester s poskytováním ošetrovatelské péče romským klientům a na zjištění znalostí všeobecných sester o zvláštностech komunikace u Romů.

Klíčová slova

Multikulturní ošetrovatelství, transkulturní ošetrovatelství, Madeleine Leiningerová, Romové, komunikace

Úvod

Každá kultura má svoje charakteristické rysy, které se utvářejí a přeměňují v průběhu dějin lidstva a zasahují do všech oblastí každodenního života. Zasahují do vztahu člověka k jeho zdraví, nemoci, umírání i smrti. Významně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče a uspokojování biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb klientů. „Stále častěji se setkáváme s pacienty, kteří mají jiné životní hodnoty, zvyky a tradice (Cetlová, Vörösová, 2010, str. 392)“. Znalost těchto kulturních specifik napomáhá zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče a umožňuje provádět empaticky orientovanou a respektující ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelská péče by měla být poskytována formou ošetrovatelského procesu, který je shodný či přiměřený kulturně odlišnému prostředí (Jarošová, 2007).

Multikulturní a transkulturní ošetrovatelství

Multikulturalismus je ideologie, která zahrnuje požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Tento směr zdůrazňuje prospěšnost kulturní rozmanitosti pro společnost a vyzdvihuje nutnost integrace jednotlivých kultur do majoritní společnosti i jejich participaci na řešení problémů. Zároveň jsou snahy zachovat kulturní odlišnosti jednotlivých menšin tak, aby nedocházelo k prohlubování izolovanosti těchto kultur. Na rozdíl od multikulturalismu pro koncept transkulturalismu je charakteristické, že

nestaví do centra pozornosti kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami (Ivanová, 2005).

Teorii transkulturního ošetrovatelství poprvé použila Madeleine Leiningerová začátkem 60. let 20. století (Plevová, 2011). Nazvala svoji teorii teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. V letech 1978–1980 představila svůj model vycházejícího slunce, ve kterém zvýraznila vliv kultury na zdraví a léčbu. Podle ní je klíčovým cílem transkulturního ošetrovatelství aplikovat vhodné znalosti při poskytování kulturně specifické péče o lidské zdraví a lidské potřeby (Špirudová, 2006). Tento model již řadu let pomáhá sestrám objevovat význam péče pro jednotlivé kultury a prohlubuje porozumění dané oblasti. Leiningerová si uvědomila, že lidé, včetně dětí mají mít právo na vlastní kulturní hodnoty, víru, potřeby, a že sestry mají respektovat práva klientů. Pochopila, že kultura má vliv nejen na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči (Giger, Davidhizar, 2004).

Romská menšina

Romská menšina se řadí mezi národnostní menšiny Evropy. Romové mají svou historii, jazyk, zvyky i tradice. Kořeny Romů sahají do Indie, odkud kočovali a rozšířili se do dalších částí světa. Přítomnost romského etnika na našem území je známá přibližně okolo 14. století. Tradičně po staletí provozovali různá kočovná řemesla (Ivanová, 2005). Vzhledem k častým persekčním tendencím v historii i z důvodu dalších různorodých faktorů se postupně tradiční způsob obživy vytrácel a zároveň se oslabovala i vlastní identita Romů. V současné době je situace Romů v České republice závislá na míře asimilace ve společnosti i na sociálních, ekonomických a dalších faktorech jednotlivých jedinců, rodin nebo komunit.

Specifika komunikace Romů

Na prvním místě hodnotového žebříčku u Romů se nachází rodina, která má velkou soudržnost. V rodině je muž postaven výše než žena (Bakalář, 2004).

Romové prožívají velmi silné emoce, které neodmyslitelně patří k jejich životu. Charakteristickým projevem je okamžité, nekontrolovatelné, emocionální a impulzivní jednání, které výrazně ovlivňuje komunikaci i vztahy mezi lidmi. Proto při řešení problémů je důležité pochopit význam emocí a zároveň umožnit jednání doprovázené emocemi. Romové mají dobře vyvinutý smysl pro poznání druhého člověka a jsou schopni se během několika minut empaticky vcítit do pocitů druhého člověka. Zároveň jsou při komunikaci velmi citliví na jemné neverbální signály ostatních (Ivanová, 2005).

Jsou citliví i vůči nespravedlnosti, upřímně podanou kritiku jsou schopni přijmout. Pokud sami kritizují, upřednostňují kritiku dané záležitosti, ne člověka (Ivanová, 2005).

Romové se vyznačují slabou vůlí a tím, že nedokážou chtít. Vyhýbají se překážkám a je pro ně typická malá vytrvalost a trpělivost. Je pro ně obtížné samostatné rozhodování nebo jednání, proto o všem hovoří v rodině či komunitě a preferují rozhodovat případně jednat společně. Ten, kdo by rozhodoval a jednal samostatně, by byl označen jako "sobec" (Šlechtová, Bürgerová, 2009).

Velmi důležité v životě Romů je vyjádření vzájemné úcty. Nejvyšší postavení má muž a důležitou úlohu hraje i sociální tlak komunity, která může za určitých podmínek snížit i postavení muže. Vysoké postavení mají i ženy, které porodily hodně dětí. Mladá a bezdětná žena nesmí nikdy romskou matku poučovat o tom, co je vhodné a nevhodné pro její děti, ba dokonce ji vyhrožovat odebráním dětí. Při vzájemné interakci pokud hovoří žena s romským mužem, nesmí se mu nikdy dívat přímo do očí, protože ženský pohled z očí do očí je považován za sexuální výzvu. Pokud někdo hovoří s romským mužem a ten se mu nedívá zpřímá do očí, vyjadřuje mu tím úctu. V opačném případě by se jednalo opět o sexuální výzvu (Maryšková, 2010).

Ošetrovatelská péče poskytovaná Romům vyžaduje zvýšené nároky na zdravotnický personál. Romové nedůvěřují zdravotníkům, a to se výrazně projevuje zejména v komunikaci, která se tím stává obtížnější. Vzhledem k tomu, že nerozumí hierarchii a rozdělení zdravotnických pracovníků, vyžadují podávat informace o zdravotním stavu jen od nejvyššího představitele oddělení. Pokud neplní zdravotnický personál jejich požadavky, mohou být vůči němu agresivní. Lékařská rozhodnutí často konzultují se svou rodinou. O hospitalizovaného člena rodiny se zajímá celé příbuzenstvo, které ho podporuje svojí přítomností. Z toho důvodu se mohou příbuzní shlukovat na nemocničních pokojích nebo chodbách a narušovat tím chod zdravotnického zařízení. Může se stát, že Romové nebudou tolerovat návštěvní hodiny. Skoro vůbec nevnímají čas, protože orientace podle času je pro ně nepodstatná a plánování považují za zbytečnost. Romské ženy jsou hodně citlivé na bolest, jsou velmi emotivní, nahlas sténají, i proto aby na sebe upozornily. Romské etnikum má obrovský strach z bolesti a smrti (Ivanová, 2005). Hrozenská a kol., (2008, s. 156) v této souvislosti konstatují: „Primární zodpovědnost při hodnocení bolesti mají sestry, které se podílejí také na tvorbě léčebného plánu“.

Romové využívají svoji velmi živou verbální a neverbální komunikaci i v období nemoci. V čekárnách, ale i v ordinacích mohou používat agresivní verbální komunikaci, kterou chtějí docílit toho, že budou ošetřeni mezi prvními. Pokud chceme navázat komunikaci s romským etnikem, je nutné vzbudit důvěru, respektovat romská pravidla a zvyky či porozumět problémům rodiny. Když budeme vnímat romského klienta jako rovnocenného partnera, docílíme tím efektivní komunikace. Uplatňování asertivity je další důležitý prvek komunikace s Romy. Získáme-li si respekt a důvěru v jedné romské rodině a dokážeme v ní prosazovat naše požadavky, budeme mít dobrou pověst v celé komunitě (Plevová, 2011). Pavelová (2008) podporuje vzdělávání pracovníků, zabývajících se prací v romských komunitách, protože přicházejí do kontaktu s různými situacemi, ve kterých musí reagovat okamžitě a efektivně. Pro prohloubení jejich schopností by měly vzdělávací instituce v této oblasti nabízet intervenční program, zaměřený na rozvoj jejich klíčových sociálních kompetencí. Její předpoklady vycházejí z poznání, že odborná kvalifikace je dnes neodmyslitelná bez celoživotního učení. Tréninkovým intervenčním programem je možné rozvíjet klíčové kompetence pracovníků v romských komunitách, což přispěje k předcházení všech forem diskriminace, rasismu, xenofobie, antisemitismu a všem projevům netolerance.

Jsou dány určité zásady, které bychom měli při komunikaci s romským etnikem používat. Měli bychom mluvit jasně, zřetelně, jednoduše a vysvětlovat veškerou odbornou terminologii. Nonverbální komunikace a vyjednávání patří k hlavními

pravidlům komunikace. Nikdy nesmíme hodnotit chování určité skupiny Romů či romské rodiny. Když nemůžeme hovořit přímo s nemocným nebo chceme vědět o nemocném něco jiného od druhých osob, hovoříme s největší autoritou ve skupině, což je starý muž nebo žena. Dotyčný klient s tím musí souhlasit. Vždy musíme Romům sdělovat jasné informace. Nejdůležitějším pravidlem komunikace ve zdravotnickém zařízení je podat dostačující informace o nemocničních pravidlech, návštěvní době, harmonogramu péče či právech pacientů a jiných záležitostech vhodných v dané situaci (Maryšková, 2010).

Metody výzkumu, výzkumný vzorek

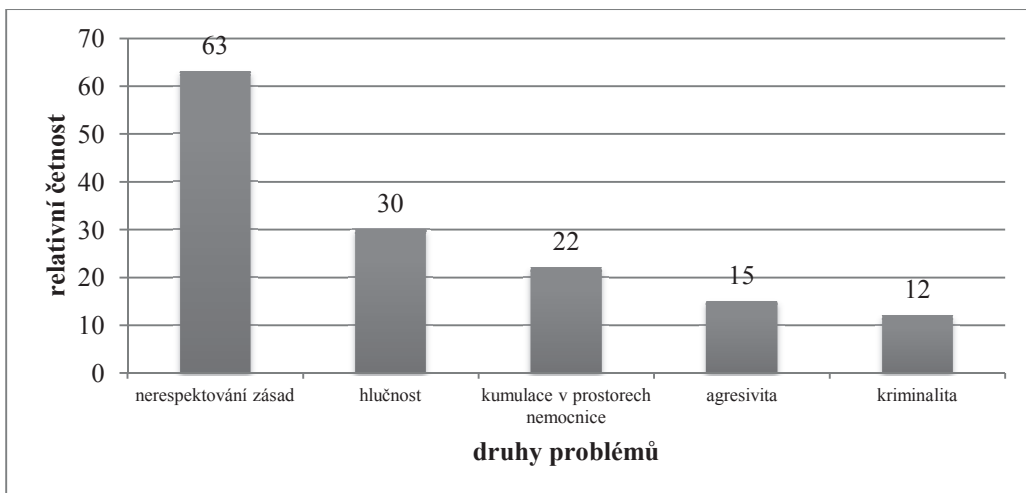
Hlavní metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 15 položek vztahujících se k těmto cílům:

1. Zjistit, jaké problémy se vyskytují nejčastěji během poskytování ošetrovatelské péče romským klientům.
2. Zjistit, jaké vědomosti mají všeobecné sestry o zvláštностech komunikace u Romů.

Výzkum probíhal od ledna do března v roce 2013. Výzkumu se zúčastnilo celkem 125 respondentů z řad všeobecných sester lůžkových oddělení i ambulancí převážně z Nemocnice Pelhřimov.

Vybrané výsledky výzkumu

Výzkumem bylo zjištěno, že zkušenost s ošetrováním klientů romské příslušnosti mělo 86 % všeobecných sester. Problémy při poskytování péče romským klientům uvedlo 75 % respondentů, tedy většina těch, kteří praktickou zkušenost mají. Jak ukazuje graf 1, největší procento všeobecných sester má negativní zkušenost s nerespektováním zásad zdravotnického zařízení (63 %), potom s hlučností (30 %), kumulací v prostorech nemocnice (22 %) a v menší míře i když ne zanedbatelně s agresivitou (15 %) nebo kriminalitou (12 %).



Graf 1 Problémy při poskytování ošetrovatelské péče romským klientům

Zároveň měli respondenti vybrat z navržených možností stejných jako výše, který problém se objevuje při poskytování ošetrovatelské péče Romům nejvíce všeobecně. V největší míře byl opět uváděn problém s nerespektováním zásad zdravotnického zařízení u 54 % všeobecných sester.

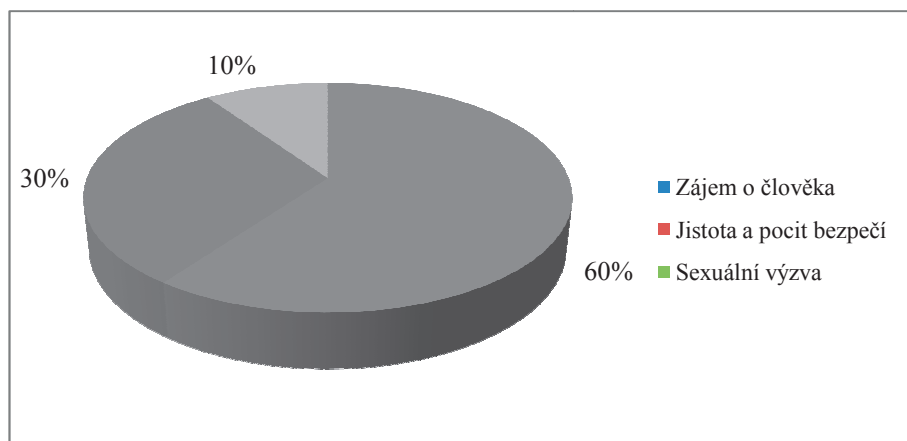
Další otázky se týkaly znalostí všeobecných sester o Romech. Pouze 40 % respondentů ví, že Romové pocházejí z Indie.

Většina všeobecných sester (91 %) správně charakterizovala emoce Romů jako silné s okamžitým, nekontrolovatelným a impulsivním chováním.

V oblasti komunikace pouhých 19 % respondentů ví, že žena hovořící s romským mužem se mu nesmí dívat přímo do očí. Ženský pohled z očí do očí je považován za sexuální výzvu.

Stejně tak pouze 13 % respondentů ví, že pokud hovoříme s romským mužem a ten se nám nedívá zpřímá do očí, vyjadřuje nám tím úctu.

Význam dotyku pro Romy (viz graf 2) respondenti nejčastěji připisovali k vyjádření zájmu o člověka (60 %) a potom teprve k dodání pocitu jistoty a bezpečí (30 %). Dotyk má pro Romy především význam v poskytnutí pocitu jistoty a bezpečí (správná odpověď).



Graf 2 Význam dotyku u Romů

Znalost o příčinách strachu u Romů byla potvrzena u 41 % všeobecných sester, které uvedly, že největší strach mají Romové z bolesti a smrti. Některé sestry odpovídaly pouze bolest (29 %), některé pouze smrt (10 %) a ostatní rasismus (20 %). Správná odpověď byla bolest i smrt.

Správné povědomí o míře rozhodování v romských rodinách mělo pouze 35 % všeobecných sester, které vybraly správnou odpověď z navržených možností, že pokud řeší Romové nějaký problém, rozhodují se a jednají společně. V největší míře respondenti (48 %) odpovídali nepřesně, že konzultují svá rozhodnutí s nejstarším

členem rodiny. Je nutné podotknout, že nejstarší člen rodiny může výrazně ovlivnit konečné rozhodnutí celé rodiny.

Diskuse

Výzkumem bylo zjištěno, že se všeobecné sestry ve své praxi setkávají poměrně často s klienty romské příslušnosti. Zároveň je vysoké procento sester, které mají negativní zkušenost při ošetřování Romů (75 %). Tato zkušenost se týká především nerespektování zásad zdravotnického zařízení. Je otázkou, do jaké míry je zde zastoupen vliv předsudků nebo určitého generalizování všeobecných sester, a do jaké míry se zjištěné údaje liší od majoritní společnosti. Bylo by zapotřebí provést podrobnější srovnávací studii, která bude zahrnovat, jak příslušníky romského etnika, tak příslušníky majoritní společnosti.

Z oblasti neverbální komunikace většina všeobecných sester neznala některé specifické zvláštnosti Romů zahrnující především problematiku očního kontaktu a dotyku. Výjimku tvořila znalost všeobecných sester (90 %) o emoční odpovědi Romů, která je hodně charakteristická pro jednání romského etnika. Neverbální komunikace pro Romy má velký význam a vzhledem k jejich citlivosti na neverbální signály, může velice snadno vzniknout nedorozumění, které může mít za následek snížení důvěry ke zdravotnickým pracovníkům. Stejně tak je důležité a velice prospěšné pochopit a tolerovat potřebu kontaktu romských klientů s rodinnými příslušníky i jejich potřebu konzultovat s nimi otázky týkající se zdravotnické péče.

Je nutné vzít v úvahu i vlastní pocit ohrožení každého romského klienta při hospitalizaci, který prožívá strach ze smrti nebo bolesti. Tím může být výrazně ovlivněno jednání těchto klientů i další spolupráce při poskytování ošetrovatelské i lékařské péče.

Závěr

Všeobecná sestra by měla znát základní problematiku multikulturního ošetrovatelství i specifika kultur, se kterými se během svojí praxe setkává. Tyto poznatky jí mohou usnadnit komunikaci a pomohou pochopit jednání klienta v různých situacích. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby všeobecná sestra neustále aktivně vyhledávala nové informace a prohlubovala tak svoje vědomosti v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Může potom vhodným přístupem a přiměřenou edukací klientů zabránit problémům a nedorozuměním, které by mohly vzniknout v důsledku chybné interpretace verbálních i neverbálních signálů.

Literatura

- [1] BAKALÁŘ, P. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 2004. 179 s. ISBN 80-7220-180-8.
- [2] CETLOVÁ, L., VÖRÖSOVÁ, G. Problematika multikulturní péče, péče o pacienta s mongolskou národností. In *Česká gynekologie*. ISSN 1210 - 7832, 2010. roč. 75, č. 4, str. 392–393.

- [3] GIGER, J., DAVIDHIZAR, R. *Transcultural Nursing: Assessment & Intervention*. Philadelphia: Mosby, 2004. 666 p. ISBN 0-323-02295-2.
- [4] HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [5] JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [6] MARYŠKOVÁ, A. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, č. 02, s. 26–27. ISSN 1210-0404.
- [7] PAVELOVÁ, Ľ. *Systematickým vzdelávaním profesijných skupín k predchádzaniu rasizmu a diskriminácii. = With systematical education of occupative groups to prevent racism and discrimination*. 2008. In. Vlasta Fabiánová, Vladimír Klein *InteRRa 5 : interkulturalita a rómska národnostná menšina v sociálnych a pedagogických súvislostiach*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Nitra : UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-314-1, s. 149–154.
- [8] PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II.: komunikace - etika - člověk, jeho motivace a potřeby - paliativní péče – transkulturní ošetrovatelství - výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [9] ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ, O. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2009, č. 1, s. 187–192. ISSN 1212-4117.
- [10] ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- [11] ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

Experience of Nurses in Providing Nursing Care to Roma Clients

Abstract

Multicultural nursing is an integral part of contemporary nursing. Nurse should have knowledge about specifics of cultures which she often meet within her profession to provide culture- specific care. The research was focused on finding out experience of nurses in providing nursing care to Roma clients and on finding out knowledge of nurses about differences in communication with Roma people.

Key words

Multicultural nursing, transcultural nursing, Madeleine Leininger, Roma people, communication

Kontaktní údaje

Bc. Michaela Benešová, Dis.
Nemocnice Pelhřimov
Urologické oddělení
Slovanského bratrství 710
Pelhřimov, 393 38
e-mail: miselbenesova@centrum.cz

Mgr. Radka Křepinská
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
Jihlava, 586 01
e-mail: radka.krepinska@vspj.cz

Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester

Kateřina Voleníková¹, Iva Brabcová²

¹Vyšší škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, příspěvková organizace, Ústí nad Labem

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Článek seznamuje čtenáře s výsledky výzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry nejvíce využívají a jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou za použití techniky dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v Krajské zdravotní – Masarykově nemocnici, o. z. v Ústí nad Labem v roce 2012. Šetření se zúčastnily sestry pracující na standardních odděleních a na odděleních intenzivní péče. Bylo rozdáno celkem 170 dotazníků a návratnost činila 74,1 %. Výsledky ukázaly, že nejvíce respondentů (75 %) využívá ke své práci skupinový systém. Nejvíce sestrám vyhovuje v jejich práci kombinace systémů ošetrovatelské péče (88,9 %). Velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem poukázaly na nespokojenost sester pracujících tímto systémem. Celkově více spokojené jsou sestry s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci na standardních odděleních (80,7 %) než sestry pracující na odděleních intenzivní péče (77 %).

Klíčová slova

Ošetrovatelství, organizace péče, systémy ošetrovatelské péče, pracovní spokojenost sester

Úvod

Sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, a to nejen v nemocnicích, v ambulantní sféře, ale i v komunitní péči. Z toho nepochybně vyplývá, že sestry a ošetrovatelská profese výrazným způsobem ovlivňují kvalitu a výsledky zdravotní péče. Spokojený zaměstnanec = spokojená sestra je klíčem k úspěchu organizace. Uspokojení z práce, psychická pohoda totiž zlepšují výkon a snižují pravděpodobnost odchodu z organizace. Pracovní spokojenost se tak stává cenným nástrojem pro zlepšování firmy. Dnešní konkurenceschopnost závisí hlavně na lidských schopnostech, které zaměstnanec efektivně využívá pro trvalé zlepšování a

zdokonalování. Pro organizace tedy platí, že největším nebezpečím není konkurence, ale vlastní nespokojení a demotivování pracovníci (Pokořová, 2011).

Pro rozvoj moderního ošetrovatelství je nezbytné provést změny v organizaci poskytování ošetrovatelské péče, tak aby bylo možné uskutečňovat individualizovanou péči formou ošetrovatelského procesu. Na základě těchto požadavků byly v koncepci ošetrovatelství doporučeny vhodné systémy organizace ošetrovatelské péče. A proto nás zajímalo, jaký systém organizace ošetrovatelské péče v současnosti sestry ke své práci využívají a jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Zda využívaný systém ošetrovatelské péče poskytuje sestrám rozmanitost v práci, seberealizaci, možnost samostatně rozhodovat o vlastní práci nebo zdali nevede k vysokému pracovnímu zatížení (Bártlová a Matulay, 2009).

V souvislosti s poskytováním kvalitní a efektivní péče je důležité nalézt vhodný systém ošetrovatelské péče. Jeho výběr závisí na charakteru a rozsahu poskytované péče, složení ošetrovatelského týmu a organizaci práce. Existují různé systémy poskytování ošetrovatelské péče (Farkašová et al., 2006). Při organizaci práce funkčním systémem je péče rozdělována do skupin činností, které provádí osoba k tomu pověřená. Sestra vykonává tyto činnosti u všech pacientů na oddělení. Za celkové řízení ošetrovatelského personálu je odpovědná vrchní sestra. Díky takto nastavenému systému sestra cítí zodpovědnost za vykonanou práci, ne však za nemocného. Tento systém je účinný, ekonomičtější, avšak díky zhoršené koordinaci práce v konečném důsledku dochází ke snížení kvality péče. Do systému týmového ošetrovatelství jsou zapojeni pracovníci všech úrovní, což zajistí maximální a kvalitní péči o pacienta. Manažerky rozdělují práci dle vzdělání a kompetencí (pracovní náplně) jednotlivých pracovníků. Při poskytování ošetrovatelské péče primárním systémem se sestra stará o pacienta, kterému plánuje péči na celých 24 hodin a zapojuje ho do plánování, realizace a hodnocení péče. Poskytuje se tak vysoce individualizovaná péče. Systém primární péče se využívá u pacientů v těžkém stavu nebo u pacientů s delší hospitalizací. Sestra pečuje o nemocného od přijetí až po propuštění. Systém primárních sester klade zvýšené nároky na počet profesionálních sester. Modulární ošetrovatelství se snaží kombinovat primární a týmové ošetrovatelství. Reaguje na problém nedostatku pracovníků v primárním ošetrovatelství. Tento systém se využívá v zahraničí v terénní péči (Grohar-Murray a DiCroce, 2003).

Systém ošetrování zaměřený na případ, tj. case management vychází z modelu primárního ošetrovatelství a zvyšuje jeho efektivitu (Jarošová, 2006). V praxi se sestry „case manažerky“ starají o koordinaci a kontinuitu péče o vybranou skupinu pacientů a tím tak zajišťují její vyšší kvalitu. Jde o skupiny pacientů rizikových a komplikovaných nebo akutních. Cílem case managementu je nejdříve stabilizovat kritické pacienty, a tím normalizovat finanční zdroje. Tento systém umožňuje předcházet komplikacím, rozpoznat a identifikovat nákladné problémy, a tím jim předcházet či dříve léčit. Pozice case manažera, vyžaduje vysokoškolský typ vzdělání (Škrála a Škrlová, 2003).

Při práci tímto systémem skupinové péče (celkové péče) sestra zodpovídá za určitou skupinu pacientů, o které pečuje a vede jejich dokumentaci. Koriguje celý léčebný i ošetrovatelský program. O danou skupinu se má starat vždy stejná skupinová sestra. Skupiny by měly zůstat stabilní a ne se pokaždé měnit. Pro každého nemocného sestra

vypracuje ošetrovatelský plán a dochází tak k poskytování individualizované ošetrovatelské péči. Tento systém organizace péče se využívá na odděleních s převažující krátkodobou hospitalizací (Pochylá, 2005). V případě použití pokojového systému se rozdělí pracoviště na několik pracovních úseků dle pokojů. Sestra pečuje o nemocné na „svých pokojích“. V případě převedení pacienta na jiný pokoj se mění i pečující sestra. Může se využívat na jednotkách intenzivní péče s rychlou výměnou pacientů. Tento systém nemá nic společného s poskytováním individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Staňková, 2005).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své koncepci vymezuje systémy, kterými se má poskytovat péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry pracující v nepřetržitém provozu mohou zajišťovat péči pomocí skupinového systému nebo systémem primárních sester. V terénu zajišťuje sestra ošetrovatelský proces v úzké spolupráci s příslušným lékařem primární péče (Ministerstvo zdravotnictví v ČR, 2004a).

Cíl výzkumného šetření

Předmětem výzkumu bylo zjistit jaký vliv má organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester. V souladu s předmětem výzkumu byly stanoveny dva dílčí cíle:

1. Zjistit, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry nejvíce využívají.
2. Zjistit, jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami.

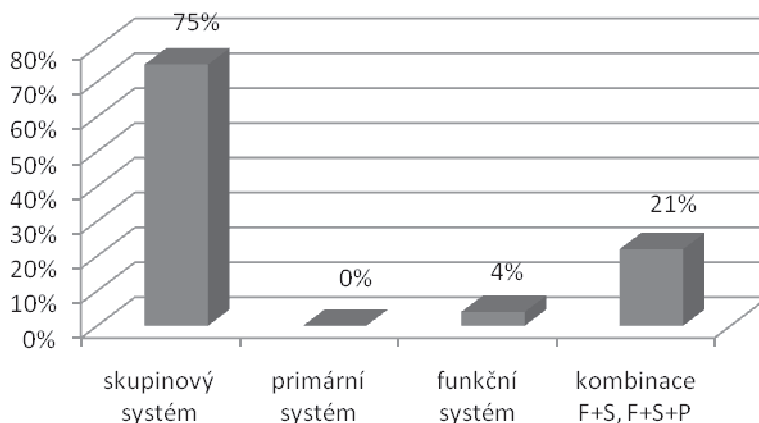
Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo uskutečněno kvantitativní metodou za použití techniky dotazníkového šetření. Použitá data byla podrobena statistické analýze. Získaná data byla srovnávána pomocí chí-kvadrátu a znaménkového schématu, které umožnilo sledování signifikantních vztahů v kontingenční tabulce. Statistické analýzy byly uskutečňovány s použitím standardních statistických metod (software SPSS verze 16,0 – Statistical Package for Social Science) a Microsoft Office Excel.

Cílová skupina šetření (výzkumný soubor)

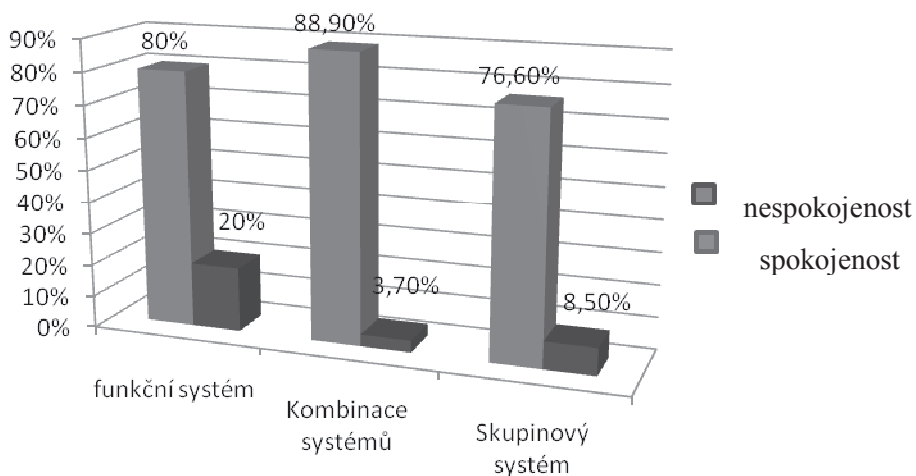
Objektem výzkumu byly sestry nemocničního zařízení Krajská zdravotní – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Během února 2012 bylo rozdáno celkem 170 dotazníků s cílem získat, co největší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Ze 170 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 126. Návratnost tudíž činila 74,1 %. Výzkumný soubor byl tvořen 126 respondenty (100 %) z 19 oddělení standardních i oddělení intenzivní péče.

Výsledky



Graf 1 Zastoupení systémů organizace ošetrovatelské péče

Nejčastěji využívaný systém organizace ošetrovatelské péče je skupinový systém (75 %). Kombinace systémů funkčního a skupinového anebo funkčního, skupinového a primárního systému sestry využívají ve 21 %. Nejméně je respondenty využívaný funkční systém (4 %) a primární systém (0 %).



Graf 2 Spokojenost se systémem organizace ošetrovatelské péče

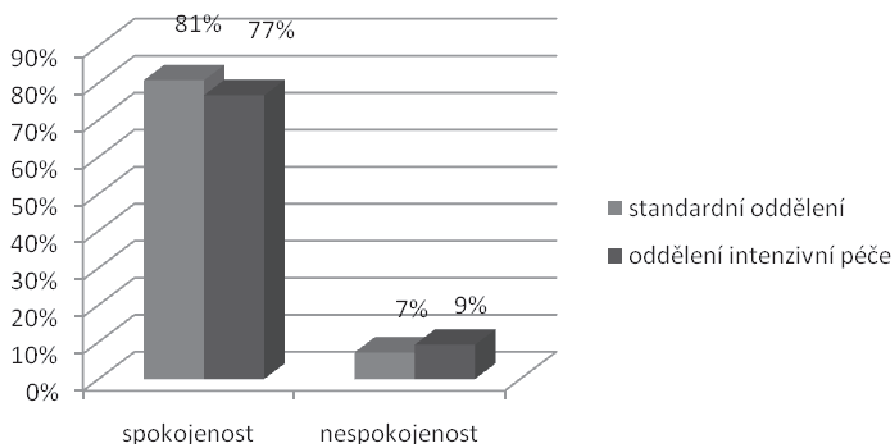
Největší spokojenost (88,9 %) a zároveň i nejmenší nespokojenost (3,7 %) vyjadřovali respondenti využívající ke své práci kombinace systémů péče. Největší názorová vyhraněnost respondentů se ukázala u respondentů pracujících za pomoci funkčního systému. S tímto systémem je spokojeno 80 % respondentů a zároveň nespokojeno 20 % respondentů. Spokojenost se systémem skupinové péče vyjádřilo 76,6 % respondentů, nespokojenost 8,5 %.

Tabulka 1 Spokojenost se systémem organizace ošetrovatelské péče v návaznosti na dílčí ukazatele spokojenosti

Ukazatele pracovní spokojenosti	Typy systémů organizace ošetrovatelské péče								
	Skupinový			Funkční			Kombinovaný		
	Spokojenost	+/-	Nespokojenost	Spokojenost	+/-	Nespokojenost	Spokojenost	+/-	Nespokojenost
Rozmanitost práce	88,3%	5,3%	6,4%	60 %	0%	40%	88,9%	7,4%	3,7%
Seberealizace při práci	75,5%	17,0%	7,5%	80%	0%	20%	74,1%	18,5%	7,4%
Dostatek sester na pracovišti	62,8%	7,4%	29,8%	100%	0%	0%	74,1%	7,4%	18,5%
Ukazatele pracovní spokojenosti	Typy systémů organizace ošetrovatelské péče								
	Skupinový			Funkční			Kombinovaný		
	Pracovní	Přátelské	Konfliktní	Pracovní	Přátelské	Konfliktní	Pracovní	Přátelské	Konfliktní
Vztahy s vedoucí sestrou	47,9%	44,7%	7,4%	20%	80%	0%	19,2%	73,1%	7,7%

V tabulce jsou shrnuty výsledky dílčích indikátorů spokojenosti, které byly zjišťovány. Největší rozmanitost práce (88,9 %) vyjadřovali respondenti využívající kombinaci systémů. Ti také nejméně uváděli, že je jejich práce málo rozmanitá (3,7 %). Největší názorová vyhraněnost respondentů se ukázala u respondentů pracujících za pomoci funkčního systému. S tímto systémem je spokojeno 80 % respondentů a zároveň nespokojeno 20 % respondentů. V porovnání výsledků se ukázalo, že se nejvíce seberealizují respondenti pracující kombinací systémů (seberealizuje se 74,1 %,

nesebere realizuje se 7,4 %), i když výsledky seberealizace při práci skupinovým systémem a kombinací systémů vycházely zhruba nastejno. Respondenti pracující kombinací systémů méně uváděli, že se při práci nerealizují. Dalším hodnotícím aspektem spokojenosti byl dostatek sester na pracovišti. Všichni respondenti pracující funkčním systémem uvedli, že mají dostatek sester na pracovišti. Nejméně respondentů (62,8 %) vyjádřilo, že je dostatek sester na jejich pracovišti v souvislosti s využitím skupinového systému. V hodnocení vztahů s přímo nadřízenou vzešly následující výsledky. Nejvíce přátelské vztahy s přímo nadřízenou mají respondenti pracující funkčním systémem (80 %), tento výsledek podpořil i fakt, že tyto respondenty nevedli konfliktní vztahy s přímo nadřízenou.



Graf 3 Spokojenost s organizací ošetrovatelské péče v závislosti na typu oddělení

Větší spokojenost (80,7 %) a zároveň i menší nespokojenost (7,2 %) vyjadřovali respondenti pracující na standardním oddělení. Spokojenost s organizací ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče vyjádřilo 76,7 % respondentů, nespokojenost 9,3 % respondentů.

V Tabulce 2 jsou shrnuty výsledky dílčích indikátorů spokojenosti, které byly zjišťovány ve vztahu k oddělení. Dostatek sester na pracovišti hodnotily sestry standardních oddělení i sestry z oddělení intenzivní péče obdobně. Na standardních odděleních vyjádřilo spokojenost 65,1 % sester, nespokojenost 26,5 % a na odděleních intenzivní péče spokojenost vyjádřilo 69,7 % sester a nespokojenost 25,6 %. S informacemi k práci byly více spokojené sestry pracující na standardních odděleních (97,6 %), nespokojenost nevyjadřovaly než sestry pracující na odděleních intenzivní péče, které spokojenost s dostatkem informací k práci uvedly v 95,4 % a nespokojenost vyjádřily v 2,3 %. Sestry ze standardních oddělení však uváděly menší spokojenost s přidělováním skupiny pacientů (82,1 %) než sestry z oddělení intenzivní péče, které vyjádřily spokojenost v 97,7 %. Počet přidělených pacientů za přiměřený označilo 88,0 % sester ze standardních oddělení, za příliš velký 12,0 %. Sestry z oddělení intenzivní péče označily počet pacientů za přiměřený v 97,7 % a pouhých 2,3 % za příliš velký. Vztahy s přímo nadřízenou za přátelské označilo 66,3 % sester ze

standardních oddělení, na rozdíl od sester z oddělení intenzivní péče, které přátelské vztahy s přímo nadřízenou uváděly v 25,6 %.

Na základě hodnoty signifikace Pearsonova chí kvadrát testu $p < 0,000$ bylo prokázáno, že vztah respondentů s přímo nadřízenou sestrou se mění v závislosti na typu oddělení. Na standardních odděleních uváděly sestry statisticky častěji přátelštější vztahy s přímo nadřízenou sestrou než sestry na odděleních intenzivní péče.

Tabulka 2 Dílčí ukazatele spokojenosti v návaznosti na typu oddělení

Ukazatele pracovní spokojenosti	Typ oddělení					
	Standardní			Intenzivní péče		
	Spokojen	Těžko se rozhodnout	Nespokojen	Spokojenost	Těžko se rozhodnout	Nespokojen
Dostatek sester na pracovišti	65,1%	8,4%	26,5%	69,7%	4,7%	25,6%
Dostatek informací k práci	97,6%	2,4%	0,0%	95,4%	2,3%	2,3%
Dostatek informací poskytované přímo nadřízenou	98,8%	1,2%	0,0%	95,4%	2,3%	2,3%
Spravedlnost při přidělování skupiny pacientů	82,1%	14,1%	3,8%	97,7%	2,3%	0,0%
Počet přidělených pacientů	příliš malý 0,0%	přiměřený 88,0%	příliš velký 12,0%	příliš malý 0,0%	přiměřený 97,7%	příliš velký 2,3%
Ukazatele pracovní spokojenosti	Typy systémů organizace ošetrovatelské péče					
	Standardní			Intenzivní péče		
	Pracovní	Přátelské	Konfliktní	Pracovní	Přátelské	Konfliktní
Vztahy s přímo nadřízenou	31,30%	66,30%	2,40%	58,10%	25,60%	16,30%

Diskuze

Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky (2004b) doporučuje využívat skupinový nebo primární systém v poskytování ošetrovatelské péče. Proto byli respondenti dotazováni, jakým systémem je na jejich oddělení péče organizovaná. Vyhodnocením výsledků bylo zjištěno, že v Krajské zdravotní – Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem ošetrovatelskou péči poskytuje skupinovým systémem téměř 75 % oslovených sester. Funkční systém, který je v současném ošetrovatelství nevyhovující stále využívají 4 % respondentů. Výzkum

ukázal, že oddělení jsou někdy organizována kombinací systémů. Kombinaci funkčního a skupinového systému nebo kombinaci funkčního, skupinového a primárního systému, využívá ke své práci téměř 21 % respondentů (Graf 1). Dle Tóthové (2006) se skupinový systém využívá v nemocničním zařízení v 18,4 %, primární systém 5,6 % a kombinaci výše uvedených systémů využívá 25,8 %. Je jistě pozitivním zjištěním, že alespoň skupinový systém je využíván stále ve větší míře.

Mäkinen et al. (2003) spojuje rozmanitost dovedností a samostatnost při práci s větší spokojeností zaměstnanců. Při porovnání s jinými systémy se předpokládá, že primární a skupinový systém ovlivňuje spokojenost.

Proto nás zajímalo, zda systém organizace ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester. Nejvíce spokojeni (88,9 %) a nejméně nespokojeni (3,7 %) byli respondenti, jejichž práce se organizuje kombinací systémů. Největší rozptýl odpovědí vyjadřovali respondenti, jejichž práce se organizuje funkčním systémem (spokojeno bylo 80 % respondentů a nespokojeno 20 %). Spokojenost se systémem skupinové péče vyjádřilo 76,6 % respondentů, nespokojenost 8,5 % (Graf 2).

Dále jsme hodnotili dílčí aspekty ovlivňující spokojenost. Mezi ně jsme zařadili rozmanitost práce, možnost seberealizace při práci, vztahy s přímo nadřízenou, dostatek sester na pracovišti. Největší rozmanitost práce (88,9 %) vyjadřovali respondenti využívající kombinaci systémů k organizaci ošetrovatelské péče. Ti také nejméně uváděli, že je jejich práce nerozmanitá (3,7 %). Největší rozptýl v odpovědích byl zaznamenán u respondentů pracujících funkčním systémem. Za rozmanitou ji považovalo 60 % respondentů a za nerozmanitou pak 40 % respondentů (Tabulka 1).

Tóthová ve výzkumném šetření z roku 2006 upozornila na fakt, že sestry mohou pracovat kombinací systémů ošetrovatelské péče. V praxi může být někdy tento systém nejvhodnějším řešením, jelikož nejlépe vystihne specifika daného pracoviště. Výsledky poukázaly na skutečnost, jak je velmi důležité zvolit vhodný systém pro určité pracoviště. Právě práci pomocí kombinace systémů mohou sestry považovat za pestrá a málo stereotypní z důvodu střídání ošetrovatelských činností, které v rámci oddělení sestra provádí.

Dalším hodnotícím prvkem byla seberealizace. Výsledky ukázaly, že nejvíce se seberealizují při práci respondenti pracující funkčním systémem (80 %). Zde se také vyskytla velká názorová vyhraněnost respondentů, jelikož 20 % respondentů vyjádřilo, že se při své práci nerealizuje. Respondenti využívající ke své práci skupinový systém a kombinaci systémů se v zastoupených názorech na možnost seberealizace příliš nelišili. Zhruba 75 % uvádělo, že se při své práci seberealizuje a přibližně 7 % respondentů uvádělo, že se při své práci nerealizuje (Tabulka 1).

V hodnocení vztahů s přímo nadřízenou vzešly tyto výsledky. Nejvíce přátelské vztahy s přímo nadřízenou mají respondenti pracující funkčním systémem (80 %), tento výsledek podpořil i fakt, že tito respondenti neuvedli konfliktní vztahy s přímo nadřízenou (Tabulka 1).

Dalším hodnotícím aspektem spokojenosti byl dostatek sester na pracovišti. Všichni respondenti pracující funkčním systémem uvedli, že mají dostatek sester na pracovišti.

Nejméně respondentů (62,8 %) vyjádřilo, že je dostatek sester na jejich pracovišti v souvislosti s využitím skupinového systému (Tabulka 1).

Tyto výsledky podpořily myšlenku popisující Grohar-Murray a DiCrocce (2003), že nároky na počet sester pracujících funkčním systémem nejsou vysoké. Zabezpečit však organizaci ošetrovatelské péče skupinovým systémem bývá náročné na počet personálu.

Shrnutím těchto výsledků bylo zjištěno, že celkově jsou oslovené sestry více spokojeny s organizací práce s využitím kombinace systémů a velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem poukázaly na nespokojenost. V dílčích aspektech spokojenosti uváděli dostatek sester na oddělení a přátelské vztahy s přímo nadřízenou více respondenti pracující funkčním systémem. Rozmanitou práci hodnotili více respondenti pracující kombinací systémů. Velké názorové rozdíly na seberealizaci při práci funkčním systémem přispívají spíše k negativnímu hodnocení. Porovnáním výsledků se dá říct, že se nejvíce seberealizují respondenti pracující kombinací systémů, i když výsledky seberealizace při práci skupinovým systémem a kombinací systémů vycházely zhruba nastejno. Respondenti pracující kombinací systémů méně uváděli, že se při práci nerealizují.

Intenzivní péče klade na její poskytovatele vyšší nároky opodstatněné v první řadě naléhavostí poskytované zdravotní péče. Mezi tyto nároky patří zejména odbornost, fyzická a psychická odolnost a také správná organizace péče. Proto jsme porovnali, jak vnímají organizaci ošetrovatelské péče sestry standardních oddělení a sestry intenzivní péče.

Názor respondentů na dostatek sester byl na obou typech oddělení obdobný. Zhruba 70 % respondentů vyjádřilo, že je na oddělení dostatek sester a přibližně 25 % vyjádřilo názor, že je na pracovišti sester nedostatek (Tabulka 2).

Přiměřenost počtu přidělených pacientů, o které sestra pečuje, vyjadřovali více respondenti (97,7 %) pracující na odděleních intenzivní péče oproti standardnímu oddělení, kdy respondenti více vyjadřovali (12,0 %) počet přidělených pacientů za příliš velký (Tabulka 2). Sestry pracující na odděleních intenzivní péče mají zpravidla na starosti 1–2 pacienty. Pokud mají dostatek nižšího ošetrovatelského personálu, který jim zajistí nekvalifikovanou práci, mohou poskytovat vysoce specializovanou péči, aniž by se cítily přetěžovány. To jim může zároveň dávat pocit dostatku sester na pracovišti. Na rozdíl od sester standardního oddělení, kde v tomto případě je počet sester podceněn. Ne vždy norma počtu sester oddělení koreluje s reálným stavem. V praxi by se měla vzít v úvahu specifčnost oddělení a možnost navýšit počet sester při jejich přetěžování.

Spokojenost sester významně ovlivňuje vztah s přímo nadřízenou. Z výsledků je patrné, že respondenti pracující na standardním oddělení více uváděli (66,3 %) přátelské vztahy s přímo nadřízenou na rozdíl od respondentů pracujících na odděleních intenzivní péče, ti vyjádřili přátelské vztahy s přímo nadřízenou v 25,6 %. K tomuto zjištění přispívá také výsledek, že více respondentů (16,3 %) pracujících na oddělení intenzivní péče vyjádřilo konfliktní vztahy s přímo nadřízenou (Tabulka 2). Na standardních odděleních uváděly sestry statisticky častěji přátelštější vztahy s přímo nadřízenou sestrou než sestry na odděleních intenzivní péče.

Dostatek informací k práci hodnotili více respondenti (97,6 %) pracující na standardních odděleních než na odděleních intenzivní péče. Tyto výsledky podpořilo také vyjádření respondentů (2,3 %) pracujících na oddělení intenzivní péče, že nemají dostatek informací k práci (Tabulka 2). Obdobně jsme také vyhodnotili názor respondentů na dostatek informací poskytovaných přímo nadřízenou. Na standardním oddělení má více respondentů (98,8 %) dostatek informací k práci poskytnuté přímo nadřízenou než na oddělení intenzivní péče. Tyto výsledky podpořilo také vyjádření respondentů (2,3 %) pracujících na oddělení intenzivní péče, že nemají dostatek informací poskytnutých přímo nadřízenou (Tabulka 2).

Velmi důležité je, jak sestry vnímají přidělení skupiny pacientů. Spravedlnost při přidělování skupiny pacientů více vyjadřovali respondenti (97,7 %) pracující na odděleních intenzivní péče. Na rozdíl od standardního oddělení, kdy spravedlnost při přidělování skupiny pacientů cítí 82,1 % respondentů. Váhání s rozhodnutím, zdali je přidělování skupiny pacientů spravedlivé, přispívá spíše k negativnímu hodnocení respondentů (14,1 %) pracujících na standardních odděleních (Tabulka 2).

Výsledky ukázaly, že jsou celkově více spokojené s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci sestry ze standardních odděleních. Spokojenost sester standardních oddělení podpořila také převaha dílčích indikátorů spokojenosti s organizací práce a pracovních podmínek. Tato převaha je patrná ve výsledcích týkajících se vztahů s přímo nadřízenou, dostatku poskytnutých informací a dostatku informací poskytované přímo nadřízenou. Pouze spravedlnost při přidělování skupiny pacientů a počet pacientů, o které sestra pečuje, více uváděli respondenti z oddělení intenzivní péče.

Závěr

Povolání sestry již není na celý život, jak tomu bylo v minulých letech. Sestra může využít řadu nových příležitostí na trhu práce. Přijít o schopné zaměstnance a zaučovat nové, je pro organizaci velkou ztrátou. Velkou fluktuací zaměstnanců organizace ztrácí dobré jméno a není lákadlem pro nové schopné pracovníky. Proto jsme zkoumali vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester. Cílem práce bylo zjistit, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry nejvíce využívají a zjistit, jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Dle zpracování informací získaných z dotazníků jsme zjistili, že sestry k organizaci ošetrovatelské péče využívají nejvíce skupinový systém péče (standardní oddělení i oddělení intenzivní péče). Neustále se využívá „zastaralý“ funkční systém a nevyužívá se primární systém. Dílčí indikátory spokojenosti s organizací práce sester ukázaly na výsledky, které odhalily, že jsou sestry nejvíce spokojené s kombinací systémů ošetrovatelské péče, které vystihují specifiku oddělení a zajistí spokojenost (seberealizaci a rozmanitost) a velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem ukázaly na nespokojenost sester s organizací ošetrovatelské péče. Celkově více spokojené s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci jsou sestry ze standardních oddělení. Spokojenost sester standardních oddělení podpořila také převaha dílčích indikátorů spokojenosti s organizací práce a pracovních podmínek. Výzkumné šetření ukázalo na nutnost pravidelně kontrolovat, jaké systémy organizace péče sestry na odděleních ke své práci používají.

Literatura

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, MATULAY, Stanislav. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306.
- [2] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2004a. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky „*Koncepce ošetrovatelství*“ In: Věstník Ministerstva zdravotnictví. 2004a, roč. 4, částka 9, s. 2–8. Dostupný také v digitální formě z: [http:// www .mzcr .cz/ Legislativa / dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html).
- [3] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2004b. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky „*Koncepce ošetrovatelství*“ In: Věstník Ministerstva zdravotnictví. 2004b, roč. 4, částka 9, s. 2–8. Dostupný také v digitální formě z: [http:// www.mzcr .cz/ Legislativa / dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html).
- [4] FARKAŠOVÁ, Dana. et al. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- [5] GROHAR-MURRAY, Marry, Ellen, DiCroce, Helen R. 2003. *Zásady řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- [6] JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- [7] MÄKINEN, A., M. KIVIMÄKI a M. ELOVAINIO et al. 2003. Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *J Nurs Manag*, 2003 Sep;11(5):299-306. PubMed PMID: 12930535.
- [8] POCHYLÁ, Karla. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1 Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
- [9] POKOJOVÁ, Radka. Hodnocení spokojenosti zaměstnanců. *Sestra*. 2011, **21**(3), 22–23. ISSN 1210-0404.
- [10] STAŇKOVÁ, Marta. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3 Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. I.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-282-5.
- [11] ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management. I.vyd.* Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- [12] TÓTHOVÁ, Valéria. Ošetrovatelský proces. *Florence*. 2006, **2**(1), 56-58. ISSN 1801-464X.

Effect of a Treatment and Care Organisation on Nurses' Satisfaction

Abstract

The article informs readers about the results of a survey, which was designed to discover what nursing care organization system tends to be used most often and how this system effects the level of satisfaction of nurses with their working conditions. For the purpose of the survey, quantity method and questionnaires were used. The survey was done in Krajská zdravotní, Masarykova nemocnice (Masaryk hospital), in Ústí nad Labem in 2012. Nurses from standard departments as well as from intensive care units took part in the survey. 170 questionnaires were given out and from those 74.1% returned. The results have shown that most respondents (75%) use group system for their work. Most nurses prefer a combination of nursing care organization systems (88.9%). Great differences in opinion of respondents using functional system show dissatisfaction of nurses who work this way. In general, more satisfied with nursing care organization system and working conditions are nurses from standard departments (80.7%) than nurses working in intensive care units (77%).

Key words

Nursing, organization system, systems of nursing care, work satisfaction of nurses

Kontaktní údaje

Bc. Kateřina Voleníková
Vyšší škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, příspěvková organizace
Palachova 35
Ústí nad Labem 400 01
e-mail: katka.volenikova@seznam.cz

Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
U Výstaviště 26
České Budějovice 370 05
e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

Význam techniky umývania a dezinfekcie rúk pri práci v zdravotníckych laboratóriách

Ivica Gulášová¹, Ján Breza, ml.², Ján Breza³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, no., Bratislava

²Lekárska fakulta Univerzita Komenského, Bratislava, Urologická klinika s Centrom pre transplantácie obličiek, FNsP Kramáre, Bratislava

³Urologická klinika s Centrom pre transplantácie obličiek, FNsP Kramáre, Bratislava, Lekárska fakulta Univerzita Komenského, Bratislava, SZU Bratislava

Abstrakt

Umývanie rúk je obzvlášť dôležité v zdravotníckych laboratóriách, pretože zdravotnícki laboranti prichádzajú do kontaktu nie len so znečistenými nástrojmi, ale najmä s infekčným materiálom a rôznymi chemikáliami. Správna technika umývania rúk po každej manipulácii s biologickým materiálom a s chemikáliami je preto prevenciou nie len bežných ochorení, ale často krát aj rôznych závažnejších ochorení infekčného charakteru a ochorení, ktoré by sa mohli klasifikovať ako choroba z povolania.

Kľúčové slová

Umývanie rúk, dezinfekcie rúk, zdravotnícke laboratória

Úvod

Umývanie rúk patrí medzi základné hygienické návyky. Od raného detstva v nás tento návyk pestujú rodičia, neskôr vychovávatelia a pedagógovia v materských škôlkach a v školách. Učia nás dôležitosti umývania rúk pred jedlom a po toalete, keď sa vrátíme z vonku a vôbec po každej činnosti, pri ktorej prichádzame do kontaktu s osobami a vecami, osobitne v prípadoch so znečisteným, resp. kontaminovaným materiálom.

Umývanie rúk je dôležitou súčasťou prevencie rôznych ochorení. Avšak dôležitejšia, ako samotné umývanie rúk, je správna technika umývania rúk (Šrámová, 1995).

Význam správnej techniky umývania rúk

Umývanie rúk je najlacnejší a najjednoduchší spôsob ako znížiť riziko nakazenia sa zdravotníckych laborantov rôznymi závažnými, či menej závažnými ochoreniami, či poškodenia zdravia v dôsledku náhodnej kontaminácii pokožky rôznymi chemikáliami

(Goldmann, Larson, 1992). Aj napriek odporúčanému a v niektorých prípadoch povinnému používaniu osobných ochranných pomôcok – najčastejšie sú to jednorazové latexové, či silikónové rukavice, sa môže stať, že sa zdravotnícky laborant pri výkone svojej práce týmito látkami kontaminuje. V závislosti od druhu znečistenia sa používajú rôzne techniky umývania rúk.

Techniky umývania rúk je možné rozdeliť do nasledujúcich skupín:

Bežné – mechanické umývanie rúk

Cieľom je odstránenie nečistôt z rúk, pričom je dôležité: použiť teplú vodu, aplikovať cca 1 ml tekutého mydla, umývať ruky cca 30 sekúnd, opláchnuť pod tečúcou teplou vodou a vysušiť ruky použitím jednorazových papierových utierok (Greenwood, Slack, Peutherer, et al. 1999).

Vyžaduje sa, keď sú ruky viditeľne znečistené, pred jedlom, po použití toalety a po zložení jednorazových rukavíc.

Hygienické umývanie rúk

Vykonáva sa za použitia dezinfekčného mydla. Cieľom je odstránenie nečistôt a tranzistentnej mikroflóry z pokožky rúk. Je účinnejšie, ako bežné umývanie rúk, ale menej účinné, ako hygienická dezinfekcia rúk (Melicherčíková, 1994). Postup: do navlhčenej pokožky sa vtiera 2–3 ml dezinfekčného mydla po dobu 30–60 sekúnd, následne sa ruky opláchnu pod teplou tečúcou vodou a osušia jednorazovými papierovými utierkami.

Hygienická dezinfekcia rúk

Vykonáva sa alkoholovým bezvodným prostriedkom. Je súčasťou proti epidemickým opatrení pri prechode hygienickým filtrom a bariérovej ošetrovateľskej techniky (Volná, et al., 1999). Aplikuje sa po výkonoch, pri ktorých dochádza k mikrobiálnej kontaminácii rúk: po uchopení kontaminovaného predmetu, po kontakte rúk s biologickým materiálom (krv, hnis, moč, stolica,...) a po zvrhnutí rukavíc. Pri tejto technike sa do suchej pokožky vtiera 2–3 ml alkoholového prostriedku po dobu 30–60 sekúnd (do odparenia alkoholovej zložky), ruky sa po takomto ošetrení neutierajú.

Odber biologického materiálu sa vykonáva uzatvoreným spôsobom podľa štandardizovaných postupov – Sarstet – uzatvorený odberový systém. Na dezinfekciu pokožky odberového miesta sa používa Dodesept. Po každom výkone si zdravotnícky laborant umýva ruky dezinfekčným mydlom Dettol a následne si dezinfikuje ruky po úplnom usušení alkoholovým dezinfekčným prípravkom Dettol alebo Anios gél (Melicherčíková, 1994).

Vo všetkých priestoroch určených na prácu s biologickým materiálom je zakázaná konzumácia jedla a nápojov.

Chirurgická dezinfekcia rúk

Používa sa k príprave rúk operačného tímu (Mangram, Horan, Pearson, Silver, Arvis, 1999).

Pri práci v zdravotníckom laboratóriu sú podstatné prvé tri typy ošetrovania rúk. Po každom umytí rúk sa odporúča chrániť pokožku pred vysušením používaním krémov na ruky.

Zásady prvej pomoci pri poraneniach s dezinfekčnými prostriedkami

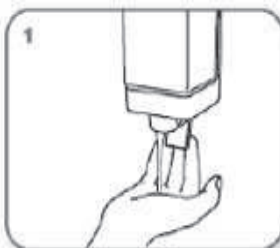
- pri obliatí koncentrovaným roztokom je potrebné odstrániť odev
- kožu dôkladne umyť teplou vodou, ošetriť regeneračným krémom
- po zasiahnutí očí umývať 10–15 minút pitnou vodou alebo borovou vodou
- po požití vypiť 0,5 litra vody, nedoporučuje sa vyvolávať zvracanie
- pri vdýchnutí vyviešť postihnutého na čerstvý vzduch, zabezpečiť mu kľud

Dekontaminácia miesta kontaminovaného biologickým materiálom – miesto sa prekryje namočeným mulom alebo papierovou vatou v dezinfekčnom roztoku s virucídnym a tuberkulocídnym účinkom, po expozícii sa miesto očistí zvyčajným spôsobom

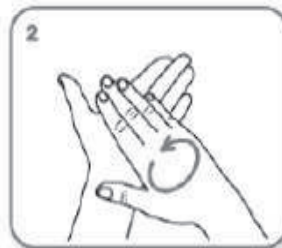
(VYHLÁŠKA č. 109/1995 Z.z. o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.)

BEŽNÉ - MECHANICKÉ UMÝVANIE RÚK

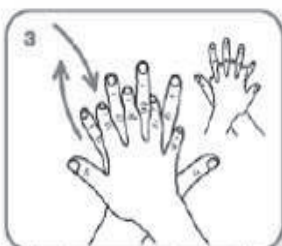
Zvlhčíte ruky vodou.



Naberte si dostatočné množstvo mydla do oboch rúk.



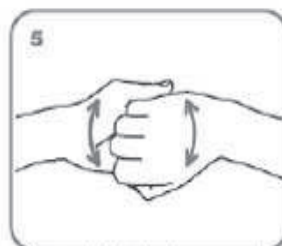
Potierajte si ruky spôsobom dlaň o dlaň.



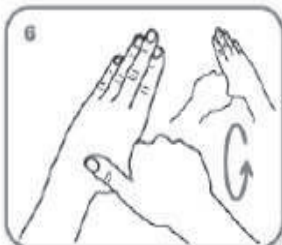
Pokračujte preložením dlane pravej ruky na chrbát ľavej ruky s čistením vnútorných strán prstov a potom opačne.



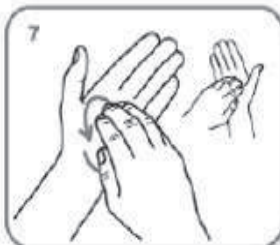
Ďalej si čistíte trením spojené prsty pravej ruky proti ľavej ruke a potom opačne.



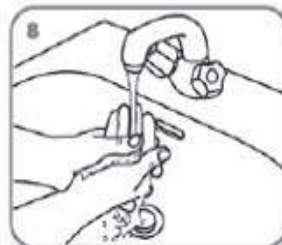
Prsty jednej ruky uzavrite do dlane a potierajte oproti druhej dlani.



Krúživým pohybom si čistíte ľavý palec pravou rukou a potom opačne.



Spojenými prstami pravej ruky čistíte krúživým pohybom ľavú dlaň a potom opačne.



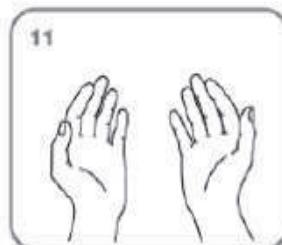
Opláchnite si ruky vodou.



Dôkladne si utrite ruky jednorazovou utierkou.



Použitou utierkou zastavte vodu.



Vaše ruky sú čisté.

HYGIENICKÉ UMÝVANIE A HYGIENICKÁ DEZINFEKCIA RÚK

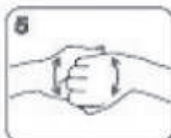
Ako si dezinfikovať ruky s použitím dezinfekčného prostriedku na báze alkoholu?



Naberte plnú dlaň prostriedku a naneste na celý povrch rúk.



Potierajte si ruky spôsobom dlaň o dlaň.



Prsty jednej ruky uzavrite do dlane a potierajte oproti druhej dlani.



Pokračujte preložením dlane pravej ruky na chrbát ľavej ruky - čistíte vnútorných strán prstov a potom opačne.



Kružným pohybom si čistíte ľavý palec pravou rukou a potom opačne.



Ďalej si čistíte tretím spojeným prstom pravej ruky proti ľavej ruke a potom opačne.



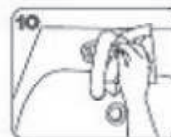
Spojenými prstami pravej ruky čistíte kruhovým pohybom ľavú dlaň a potom opačne.



Opláchnite si ruky vodou.



Dôkladne si utrite ruky jednorazovou utierkou.



Použitou utierkou zastavte vodu.



20-30 sec



Akonáhle ruky uschnú sú vydezinfikované.



40-60 sec



Vase ruky sú čisté.



WHO acknowledges the Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.



World Health Organization

October 2006, version 1.

Záver

Význam hygieny rúk a správnej techniky umývania rúk je nesmierne dôležitý v prevencii rôznych nákaz. U zdravotníckych laborantov má nie len preventívny charakter, ale je aj súčasťou bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, spolu s používaním ochranných pracovných pomôcok (rukavice). Keďže zdravotnícki laboranti prichádzajú do styku s infekčným materiálom a rôznymi chemickými látkami, je dôležité dbať na správne zvolený typ techniky umývania a dezinfekcie rúk a dbať na dodržiavanie postupu jednotlivých techník, pretože umývanie rúk je najjednoduchšia a najlacnejšia forma prevencie nákaz.

Literatúra

- [1] GOLDMANN, D., LARSON, E. 1992. Hand washing and nosocomial infections. New England Journal of medicine. 1992, 327, 2, p. 120-122
- [2] GREENWOOD, D. SLACK, R., C., B., PEUTHERER, J., F. et al. 1999. Lékařská mikrobiologie, Praha, Grada, 1999, 686 s.
- [3] MANGRAM, A., J., HORAN, T., C., PEARSON, M., L., SILVER, L., CH., JARVIS, W., R. 1999. Guideline for Prevention of, Surgical Site Infection, Infect. Control Hosp. Epidemiol. 1999, 4, p. 248-278
- [4] MELICHERČÍKOVÁ, V. 1998. Sterilizace a dezinfekce ve zdravotnictví. Praha, Grada, 1998, 102 s.
- [5] MELICHERČÍKOVÁ, V. 1994. Používání ochranné emulze DERMAGUARD ve zdravotnické praxi. Zdravotnické noviny, 1994
- [6] Odborné usmernenie MZ SR na zabezpečenie ochrany zdravia pracovníkov v zdravotníctve a jednotného postupu pri vyhlasovaní rizikových prác.
- [7] ŠRÁMOVÁ, H. et al. 1995. Nozokomiální nákazy. Praha, MAXDORF, 1995, 224 s.
- [8] VOLNÁ, F. et al. 1999. Dezinfekcia a sterilizácia. Žilina, VRANA, 1999, 188 s., ISBN 80-968248-0-5
- [9] VYHLÁŠKA č. 109/1995 Z.z. o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

The Importance of Hand Washing Technique and Disinfecting in Laboratory Practice

Abstract

Hand washing is in medical laboratories very important, because medical laboratory technicians come into contact not only with contaminated instruments but especially with infectious materials and various chemicals. Correct technique of hand washing

after each handling of biological material and chemicals is therefore not only important in the preventing of common diseases but also often in the prevention against various serious diseases of infectious nature and against diseases that can be considered as occupational diseases.

Key words

Hand washing, hand disinfection, medical laboratories

Kontaktné údaje

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotníckých štúdií
Tolstého 16, Jihlava 586 01
e-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

Kardiopulmonální resuscitace (KPR)

Radim Křivák

Přírodovědecká fakulta, Univerzita Komenského Bratislava

Abstrakt

Článek shrnuje teorii a aktuální poznatky o kardiopulmonální resuscitaci (KPR) z pohledu stěžejního bodu první pomoci. Cílem je zprostředkování návodu správného poskytování kardiopulmonální resuscitace dle nových standardů KPR dospělých i dětí. Úvod je věnován definicím kardiopulmonální resuscitace a vybraným statistickým údajům. Popsána je návaznost systému institucí při tvorbě doporučených postupů (GUIDELINES) a nejdůležitější soudobá pravidla základní i rozšířené neodkladné resuscitace. Příspěvek dále zahrnuje popis vyvolávajících příčin, typických příznaků v souvislosti se základní neodkladnou resuscitací dospělých a dětí. Postup první pomoci je převzat ze současných standardů Českého červeného kříže vydaných v roce 2012, respektujících doporučení Evropské resuscitační rady (ERC GUIDELINES 2010).

Klíčová slova

Pacient, první pomoc, resuscitace

Definice resuscitace

Standardy první pomoci 2012 (Hasík et al., 2012) definují resuscitaci jako kříšení, ožívování ve stadiu klinické smrti. Za nástup klinické smrti považujeme zástavu oběhu. Zástava oběhu je přerušení oběhu krve následkem selhání činnosti srdce jako pumpy. Základní neodkladná resuscitace (ZNR) je definována jako „*postižení náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí – vědomí, dýchání a krevního oběhu*“ (Pokorný et al., 2010, s. 7).

KPR se provádí bez složitých pomůcek, léků či jiného zdravotnického vybavení. I správně prováděná zevní srdeční masáž dosahuje maximálně 30% účinnosti spontánního oběhu. Proto je samotné provedení KPR a časnost jejího zahájení rozhodující pro úspěch přežití postiženého (Pokorný et al., 2004).

Vybrané statistické údaje

Náhlá zástava oběhu postihuje v Evropě přibližně půl miliónu osob ročně, přesto výsledky její léčby nejsou dlouhodobě uspokojivé. Kvalitního přežití mimonemocniční náhlé zástavy oběhu je dnes dosaženo u 10,7 % nemocných vyžadujících resuscitaci

mimo nemocnici, u podskupiny pacientů s fibrilací komor je úspěšnost léčby přibližně dvojnásobná 21,2 % (European Resuscitation Council, 2010), (Nolan et al., 2010). Statistické podklady z roku 2010 dále poukazují, že 40 % ze všech úmrtí (do 75 let) v Evropě způsobuje onemocnění kardiovaskulárního systému. 60 % z úmrtí na koronární srdeční onemocnění je způsobeno náhlým srdečním selháním (Masár et al., 2011, s. 9).

Současná doporučení pro neodkladnou resuscitaci

Mezinárodní výbor ILCOR reviduje od roku 2000 v pravidelných pětiletých intervalech doporučené postupy Guidelines pro neodkladnou resuscitaci, na základě nově zjištěných poznatků resuscitační medicíny. Guidelines jsou publikovány v souladu s principy medicíny založené na důkazech (EBM, evidence based medicine) a měly by poskytnout komplexní návod pro každodenní klinickou praxi. Vzhledem k faktu, že právě laická pomoc poskytnutá svědky náhlé zástavy oběhu zpravidla rozhoduje o klinickém výsledku, je návod ke správnému provádění kardiopulmonální resuscitace (KPR) určen nejen profesionálním poskytovatelům zdravotní péče, ale i široké laické veřejnosti. Současné doporučené postupy zveřejnila Evropská rada pro resuscitaci (ERC) v říjnu 2010. Změny v nových doporučeních vycházejí z přehodnocení nových vědeckých poznatků a snahy o zjednodušení stávajících Guidelines 2005 (Nolan, 2010), (Černý et al., 2009), (Truhlář et al., 2011).

Nejdůležitější pravidla základní i rozšířené neodkladné resuscitace (Truhlář et al., 2011)

- Rozhodující zůstává kvalitní nepřímá srdeční masáž.
- Komprese hrudníku musí být prováděny rázně, do hloubky alespoň 5 cm (max. 6 cm).
- Frekvence stlačování nejméně 100 krát za minutu (max. 120 / min.)
- Srdeční masáž pokud možno nepřerušujeme.
- Po každém stlačení následuje úplné uvolnění tlaku na hrudník, aby došlo k plnému zpětnému návratu hrudníku do výchozí polohy.
- Školení záchránci by měli provádět KPR klasickým způsobem, tedy střídáním stlačování hrudníku s umělými vdechy v poměru 30:2.
- Velký důraz je kladen na používání automatizovaných externích defibrilátorů (AED) a zvýšení dostupnosti přístrojů k provedení časně defibrilace.

Lapavé dechy (Gaspings), (Nolan et al., 2010)

- Terminální dechové stadium.
- Jde o jistou známku zástavy oběhu.
- Přítomny až v 55 % náhlé zástavy oběhu (NZO).
- Jsou-li spatřeny, okamžitě zahájíme KPR.

Vyvolávající příčiny, typické příznaky u dospělého

U dospělých jde nejčastěji o srdeční příčinu, způsobující NZO. Patří sem onemocnění srdce (ischemická choroba srdeční, srdeční selhání při arytmií) a úraz elektrickým proudem. Z ostatních příčin jmenujme např. dechové (dušení, neprůchodnost

dýchacích cest, dechové selhaní), těžké úrazy hrudníku, úrazy spojené s velkou krevní ztrátou, tonutí.

Náhla ztráta vědomí, postižený nereaguje na oslovení a mírné zatřesení. Trpí poruchou dýchání, nedýchá normálně, má lapavé vdechy nebo nedýchá vůbec. Bez účinné KPR dochází během 3–5 minut k odumírání mozkových buněk (Hasík et al., 2012).

Postup základní neodkladné resuscitace dospělého (dle Standardů první pomoci ČČK 2012)

Zachránce se ujistí, že jemu ani postiženému na místě nehrozí žádné další nebezpečí. Osloví postiženého a mírně s ním zatře – zjistí tak, zda reaguje. Pokud postižený reaguje, zachránce ho ponechá v poloze, v jaké ho našel (pokud mu v ní nehrozí další nebezpečí), a v případě potřeby přivolá zdravotnickou záchrannou službu a poskytne první pomoc. *Při zavolání na linku záchranné služby je nutné pokud možno v klidu zodpovědět otázky dispečerů, kterými jsou zkušenosti pracovníci* (Cetlová, 2011, s. 17).

Pokud postižený nereaguje, zachránce se pokusí přivolat někoho dalšího na pomoc, šetrně otočí postiženého na záda a uvolní záklonem hlavy a zvednutím brady jeho dýchací cesty (jednu ruku položí na čelo postiženého a tlakem na ni zakloní hlavu, zároveň špičky prstů druhé ruky položí pod bradu postiženého a zvedne ji). Udrží takto uvolněné dýchací cesty a zkontroluje, zda postižený normálně dýchá (sleduje pohyby hrudníku, tváří a uchem přiloženým k ústům postiženého poslouchá a pocítuje proudící vzduch).

Pokud postižený nereaguje a zachránce má pochybnost, zda normálně dýchá, snaží se přivolat někoho dalšího na pomoc, oznámí příhodu na tísňovou linku. Poklekne vedle hrudníku postiženého. Položí dlaň jedné ruky doprostřed hrudníku postiženého, hranu dlaně druhé ruky přiloží na ruku první a zajistí, aby se žádný tlak nepřenášel na žebra postiženého (vhodné je propletení prstů). Zaujme polohu kolmo nad hrudníkem postiženého a s pažemi propnutými v loktech stlačuje hrudník frekvencí alespoň 100 za minutu (ne více než 120 za minutu), do hloubky 5–6 cm. Po každém stlačení umožní návrat hrudníku do původní polohy, neztrácí však kontakt mezi svými rukama a hrudníkem postiženého. Pokračuje v nepřerušovaném stlačování hrudníku frekvencí alespoň 100 za minutu do příjezdu zdravotnické záchranné služby, nebo dokud se postižený nezačne budit (hýbat se, otevírat oči, normálně dýchat).

Pokud je k tomu zachránce vyškolen a je ochoten provádět umělé dýchání, kombinuje stlačení hrudníku a umělé vdechy v poměru 30:2. Po 30 stlačeních hrudníku uvolní znovu záklonem hlavy a zvednutím brady dýchací cesty, přitom pootevře ústa postiženého. Palcem a ukazovákem ruky spočívající na čele postiženého stiskne nosní křídla. Normálně se nadechne, přiloží svá ústa těsně na ústa postiženého a plynule vydechne do postiženého, přitom sleduje, zda se hrudník postiženého zvedá. Poté zachránce oddálí svá ústa a umožní postiženému vydechnout. Znovu se nadechne a stejným postupem vdechne ještě jednou do postiženého (nikdy se nepokouší o více než dva umělé vdechy za sebou; pokud jsou první dva pokusy o umělé vdechy neúspěšné, před dalšími pokusy zkontroluje dutinu ústní postiženého, odstraní případnou viditelnou překážku a ověří, zda je dostatečný záklon hlavy a zvednutí brady postiženého). Bez prodlení začne okamžitě znovu stlačovat hrudník. Pokračuje

v nepřerušovaném oživování v poměru 30 stlačení hrudníku ku 2 vdechům do příjezdu zdravotnické záchranné služby, nebo dokud se postižený nezačne budit (hýbat se, otevírat oči, normálně dýchat). Začne-li se v průběhu oživování postižený budit (hýbat se, otevírat oči, normálně dýchat), přeruší zachránce oživování a postupuje dále podle standardu „Bezvědomí“, postiženého přitom neustále sleduje a v případě potřeby znovu zahájí oživování (Hasík et al., 2012).

Specifika základní neodkladné resuscitace u dětí

Resuscitace dětí spočívá stejně jako u dospělých v kombinaci srdeční masáže a umělého dýchání. Děti pro potřeby základní neodkladné resuscitace rozdělíme jedince od narození do nástupu pubertálních známek a jejich rozdělení (pro potřeby KPR) je: *novorozenec* bezprostředně po porodu (newborn), *novorozenec* do 28 dne po porodu (neonate), *kojenec* < 1 rok věku (infant), *dítě* od 1 roku do puberty (child). U dětí existují určité odlišnosti v KPR. Jedním z nich je volání zdravotnické záchranné služby. Je-li zachránce sám (bez pomocníka), má zahájení KPR u dětí přednost před tíšňovým voláním. Zachránce tedy po kontrole vitálních funkcí provádí nejdříve minutu KPR a pak volá tíšňovou linku 155 (112), následně pokračuje v resuscitaci (Klementa, 2011).

Vyvolávající příčiny, typické příznaky u dětí

U dětí je nejčastější příčinou sekundární srdeční zástava. Ta vzniká na podkladě respiračního selhání, vedoucího k asfyktické srdeční zástavě (dušení, tonutí, traumata). Primární srdeční zástava je vzácná, následkem jsou většinou vrozené vady, arytmie, úraz elektrickým proudem.

Dítě nereaguje na oslovení či mírné zatřesení, nemá svalové napětí, nedýchá normálně nebo nedýchá vůbec, má promodralou kůži a sliznice. Během 3–5 minut bez účinné resuscitace dochází k postupnému odumírání mozkových buněk (Hasík et al., 2012; Klementa, 2011).

Postup základní neodkladné resuscitace dětí (dle Standardů první pomoci ČČK 2012)

Zachránce se ujistí, že jemu ani dítěti na místě nehrozí žádné další nebezpečí. Osloví a mírně zatřese s dítětem – zjistí, zda reaguje. Pokud dítě reaguje (normálně dýchá, hýbe se, pláče, kašle), ponechá ho zachránce v poloze, v jaké je (nehrozí-li mu v ní další nebezpečí), pravidelně ho sleduje, a pokud je to potřeba, zavolá zdravotnickou záchrannou službu a poskytne první pomoc.

Pokud dítě nereaguje, snaží se zachránce přivolat někoho dalšího na pomoc a šetrně otočí dítě na záda, záklonem hlavy a zvednutím brady uvolní jeho dýchací cesty (jednu ruku položí na čelo dítěte a tlakem na ni zakloní hlavu, špičky prstů druhé ruky položí pod bradu dítěte a zvedne ji); u kojenců zajistí zachránce spíše neutrální polohu hlavy, bez výrazného záklonu.

Udržuje takto uvolněné dýchací cesty a zkontroluje, zda dítě normálně dýchá (sleduje pohyby hrudníku, tváři a uchem přiloženým k ústům dítěte poslouchá a pociťuje proudící vzduch).

Pokud si je záchránce jist, že dítě dýchá normálně, nechá jej v poloze, v jaké je, pravidelně ho sleduje (dýchání) a přivolá zdravotnickou záchrannou službu.

Pokud má záchránce pochybnost, zda dítě dýchá, normálně udržuje volné dýchací cesty a vdechne pětkrát do dítěte – rukou spočívající na čele stiskne nosní křídla a utěsní svá ústa kolem úst dítěte. U kojenců záchránce obemkne svými ústy ústa i nos dítěte – vdechuje vždy pouze tolik, aby bylo patrné zvedání hrudníku postiženého. Záchránce se nikdy nepokouší o více než 5 umělých vdechů za sebou. Pokud se umělé vdechy nedaří, zkontroluje dutinu ústní a odstraní případnou viditelnou překážku a znovu zkontroluje, zda je správně proveden záklon hlavy a zvednutí brady. U kojenců může být přílišný záklon hlavy příčinou neprůchodnosti dýchacích cest. Záchránce zahájí stlačování hrudníku – stlačuje dolní část hrudní kosti pomocí jedné nebo obou rukou; u kojenců dvěma prsty, podle toho, co je nutné k dosažení správné hloubky stlačení – jedné třetiny předozadního průměru hrudníku (přibližně 4 cm u kojenců a 5 cm u ostatních dětí). Po každém stlačení záchránce umožní návrat hrudníku do původní polohy, neztrácí však kontakt mezi svými rukama a hrudníkem dítěte. Záchránce stlačuje frekvencí alespoň 100 stlačení za minutu (ale ne více než 120 za minutu). Záchránce pokračuje v resuscitaci v poměru 30 stlačení hrudníku ku 2 umělým vdechům do příjezdu zdravotnické záchranné služby, nebo dokud se dítě nezačne budit (hýbat se, otevírat oči, plakat, normálně dýchat) – v takovém případě ponechá dítě ležet v poloze, v jaké je, a neustále ho sleduje (dýchání) do příjezdu zdravotnické záchranné služby. Pokud je na místě více záchránců, zavolají zdravotnickou záchrannou službu ihned, jakmile zjistí, že dítě nereaguje. Je-li pouze jeden záchránce, resuscituje jednu minutu a pak přivolá zdravotnickou záchrannou službu. Osoby bez speciálního tréninku v resuscitaci dětí mají postupovat stejně jako při oživování dospělých.

Literatura

- [1] CETLOVÁ, L. 2011. *První pomoc Guidelines 2010. Monografie*. Brno: Tribun EU, 2011, 96 s. ISBN 978-80-263-0024-3.
- [2] ČERNÝ, V. et. al. *Vybrané doporučené postupy v intenzivní medicíně*. Praha: Maxdorf, 2009, 253 s. Intenzivní medicína, sv. 6. ISBN 978-807-3451-837.
- [3] EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL *100,000 lives can be saved per year in Europe. The new ERC Guidelines on resuscitation [online]*. 2010-10-18 [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: [www: http://www.cprguidelines.eu/2010/press.php](http://www.cprguidelines.eu/2010/press.php)
- [4] HASÍK, J. et al. *Standardy první pomoci. 2., přeprac. vyd.* Praha: Český červený kříž, 2012. 83 s. ISBN 978-80-87729-00-7.
- [5] KLEMENTA, B. *Resuscitace ve světle nových guidelines*. Olomouc: Solen, 2011, 61 s. ISBN 978-80-87327-79-1.

- [6] MASÁR, O. *Akútne stavy v ambulancii praktického lekára*. [Plzeň: Maurea], 2011, 116 s. ISBN 978-80-902876-9-3.
- [7] NOLAN, J. P., et al. ON BEHALF OF THE EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES WRITING GROUP. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 2010, 81, p. 1219–1276.
- [8] POKORNÝ, J. et al. *Lékařská první pomoc*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010, xvii, 474 s. ISBN 978-807-2623-228.
- [9] POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
- [10] TRUHLÁŘ, A., et al. RESUSCITACE: Přehled nejvýznamnějších změn v Doporučených postupech pro neodkladnou resuscitaci. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2011, roč. 22, č. 2, 115–123 [cit. 2013-09-01]. Dostupné z: <http://www.resuscitace.cz/wp-content/uploads/2010/09/FINAL.pdf>

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

Abstract

This article summarizes the theory and current knowledge of cardiopulmonary resuscitation (CPR) in terms of pivotal points in first aid. The aim of mediation is to provide the correct manual cardiopulmonary resuscitation CPR according to the new standards both adults and children. Home is dedicated to the definition of an cardiopulmonary resuscitation and selected statistical data. Described is the continuity of institutions in developing guidelines (guidelines) and the most important contemporary rules of basic and advanced resuscitation. The paper also includes a description of the causes and the typical symptoms related to the underlying cardiopulmonary resuscitation in adults and children. Emergency procedures is taken from the current standards of the Czech Red Cross issued in 2012, respecting the recommendations of the European Resuscitation Council (ERC GUIDE-LINES 2010).

Key words

The patient, First Aid, CPR

Kontaktní údaje

Mgr. Radim Křivák
Univerzita Komenského Bratislava
Přírodovědecká fakulta
e-mail: rescue.training@email.cz

Aplikace systému OMAHA u klienta s vybraným gastroenterologickým onemocněním

Eva Beňová

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická
Ústí nad Labem

Abstrakt

Základním znakem ošetrovatelské profese 21. století je používání standardizované terminologie. Systém OMAHA je výsledkem dlouhodobého úsilí odborníků o standardizaci ošetrovatelské terminologie s cílem vytvořit jednotnou strukturu pro klasifikaci problémů, intervencí a hodnocení výsledků problémů. Příspěvek seznamuje čtenáře s vývojem a strukturou systému OMAHA a předkládá kazuistiku klienta s vybraným gastroenterologickým onemocněním s cílem prozkoumat možnosti aplikace složek systému OMAHA. Dílčím cílem práce bylo identifikovat vybraný soubor nejčastějších ošetrovatelských problémů, intervencí a škál hodnocení výsledků problémů z klasifikačního systému OMAHA. Problémy byly identifikované ve 2 doménách – ve fyziologické a v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Jednotlivé problémy byly zjištěny na základě přítomných znaků a příznaků určených pro specifický problém v systému OMAHA. K problémům byly přiřazeny vybrané ošetrovatelské intervence ze schématu klasifikace intervencí. Kazuistika vybraného klienta zároveň prezentuje rozdíly v hodnocení výsledků jednotlivých problémů při posouzení při příjmu a při propuštění do domácí péče. Výsledky hodnocení vybraných problémů klienta při dimisi naznačují nutnost pokračovat ve vybraných ošetrovatelských intervencích i v domácí péči, zejména u problému užívání návykových látek a léčebný režim v doméně chování ve vztahu k zdraví. Výsledky případové studie lze využít při poskytování individualizované péče o klienta v domácím prostředí.

Klíčová slova

Systém OMAHA, schéma klasifikace problémů, schéma intervencí, škála pro hodnocení výsledků problému, gastroenterologické onemocnění

Úvod

Vývoj systému OMAHA spadá do období 70. let minulého století, kdy pracovníci Asociace návštěvních sester (*Visiting Nurse Association – VNA*) začali revidovat záznamy o klientech s cílem vytvořit efektivní metodu třídění a dokumentování informací (Žiaková et al., 2009). V letech 1975–1986 představitelé sekce ošetrovatelství *U.S. Department of Health and Human Services* vyvinuli s finanční

podporou státu výzkumné projekty s cílem vytvořit strukturu a obsah komponent systému OMAHA (Martin, 2005). V dalších letech (1989–1993) se výzkumné projekty zaměřovaly na otázky reliability, validity a na využitelnost systému. V současnosti je systém OMAHA nejvíce využíván v USA, a to především v komunitní péči, vzhledem k současné orientaci ošetřovatelství na podporu a udržování zdraví jednotlivců, rodin a komunit, prevenci onemocnění, stárnutí populace a přesun institucionalizované péče do komunitního prostředí. Systém OMAHA představuje pracovní rámec pro multidisciplinární tým poskytující komunitní péči (Žiaková et al., 2009; Westra, 2005). Má 3 složky: schéma klasifikace problémů (*Problem Classification Scheme*), schéma intervencí (*Intervention Scheme*) a škálu pro hodnocení výsledků problému (*Problem Rating Scale for Outcomes*). Tato komplexní klasifikace vytváří jasnou představu o klientových potřebách, problémech, poskytované péči a výsledcích poskytované péče. Schéma klasifikace problémů (*Problem Classification Scheme*) představuje taxonomii ošetřovatelských diagnóz členěnou do 4 úrovní: domény, problémy, přívlastky (modifiers), znaky a příznaky (Barton, 2003). První úroveň klasifikace tvoří 4 domény – environmentální, psychosociální, fyziologická a doména zdraví podporující chování. K doménám je přiřazeno 44 potřeb, schopností a problémů z oblastí fyzické, psychosociální a spirituální (Martin, 2005). Pojem „problém“ je v systému OMAHA asociován s pojmem diagnóza, která pojmenovává problém na základě jeho příznaků, týká se podstaty určitého problému nebo jevu a analyzuje průběh a podstatu problému (Boledovičová et al., 2006). Vzhledem k usměrnění plánování a poskytování ošetřovatelské péče je nutné specifikovat problém, jedná-li se o problém jednotlivce, rodiny nebo komunity a jedná-li se o problém aktuální, potenciální nebo problém v oblasti podpory zdraví. Každý problém obsahuje soubor znaků/příznaků identifikujících aktuální problém eventuálně rizikové faktory poukazující na výskyt potenciálního problému. K jednotlivým problémům jsou navrženy i lékařské diagnózy, u kterých lze výskyt příslušného problému předpokládat.

Schéma intervencí tvoří 4 kategorie intervencí – profesionálních činností a aktivit, vztahujících se ke specifickým problémům (Bowe, 2000), a to v oblasti: edukace, vedení a poradenství (aktivity zahrnují poskytování informací, předvídání klientových problémů, podporování aktivit a zodpovědnosti klienta v péči o sebe sama, pomoc při rozhodování a řešení problému), ošetření a postupy (praktické sesterské postupy zaměřené na identifikaci rizikových faktorů, časnou detekci a eliminaci aktuálních znaků/příznaků), případový management (koordinace multidisciplinární péče), surveillance (detekce, měření, analýza, monitoring).

Škála pro hodnocení výsledků problému představuje systematický rámec vyvinutý k měření (kvantifikaci, objektivizaci) klientova pokroku ve vztahu k identifikovanému specifickému problému (Barton, 2003). Hodnotí 3 dimenze (vědomosti, chování, stav) 5bodovou stupnicí (Likertova škála). Subškála hodnotící vědomosti určuje rozsah schopností klienta v oblasti schopnosti zapamatování a interpretace získaných informací. Subškála hodnotící chování je zaměřena na objektivizaci reakcí, činností nebo aktivit (popř. zručností) klienta. Cílem subškály hodnotící stav je determinovat, jak se klientův stav zlepšil, stabilizoval nebo zhoršil na základě subjektivních a objektivních charakteristik (znaků/příznaků).

Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo prozkoumat možnosti aplikace složek systému OMAHA u klienta s vybraným gastroenterologickým onemocněním. Dílčím cílem práce bylo identifikovat vybraný soubor nejčastějších ošetrovatelských problémů, intervencí a škál hodnocení výsledků problémů z klasifikačního systému OMAHA u klienta s vybraným gastroenterologickým onemocněním.

Vlastní pozorování

Při analýze zdravotní dokumentace byly zjištěny následující údaje: 61letý klient přivezen posádkou RZP pro celkové zhoršení stavu na oddělení Emergency. Posádka RZP byla přivolána rodinnými příslušníky pro celkové zhoršení stavu klienta trvající 2 dny. Klient odmítal příjem jídla, tekutin a chronické medikace. Je dispenzarizován v gastroenterologické, diabetologické a kardiologické ambulanci. Byl hospitalizován na oddělení gastroenterologie s diagnózou cirhóza jater etylické etiologie, akutní renální selhání, sekundární anémie. K dalším diagnózám patřily: stav po spontánní bakteriální peritonidě (10/2010), chronická fibrilace síní na antiagregační terapii, diabetes mellitus 2. typu na dietě, asymptomatická cholecystolitíáza, dilatační kardiomyopatie – dle echokardiografického nálezu nedilatovaná levá komora se systolickou dysfunkcí (EF 30–35%), středně závažná mitrální insuficience, těžká trikuspidální insuficience, těžká plicní hypertenze. Objektivní nález při příjmu: klient je při vědomí, GCS 15, orientován místem, časem i osobou, na cílené dotazy odpovídá přesně a s latencí, afebrilní (36,3°C), klidové eupnoe, saturace O₂ 93%, tachykardie (110´), hypotenze (87/43 mmHg), ikterická kůže, bez cyanózy, snížená hydratace, nedostatečná hygiena. Při fyzikálním vyšetření hlava nebolestivá, skléry ikterické, fotoreakce přítomna, sliznice dutiny ústní se známkami dehydratace, rána na dolním rtu bez krvácení, stehy klidné, v dutině ústní krevní koagulum. Dýchání vleže čisté, bez vedlejších auskultačních fenoménů, akce srdeční nepravidelná, ozvy tiché. Při vyšetření břicha difuzní palpační bolestivost, ascites, játra nelze palpačně vyšetřit, rozšířená žilní kresba na břiše, dolní končetiny bez otoků, s mnohočetnými hematomy staršího data dle dokumentace. Při vstupním laboratorním screeningu zjištěna sekundární anémie v krevním obrazu, zvýšené hodnoty koagulačních parametrů (APTT, QUICK), v biochemickém vyšetření krve zvýšené hodnoty renálních parametrů (urea, kreatinin), pankreatických amyláz, C reaktivního proteinu a těžká metabolická acidóza, hyperkalémie. Dále doplněno EKG vyšetření (nepravidelná srdeční akce s nízkou amplitudou), RTG vyšetření hrudních orgánů s výskytem nepatrného levostranného fluidothoraxu a urologické konzilium pro uremický stav k vyloučení obstrukční uropatie. Pozorováním, rozhorem a analýzou dokumentace pacienta byly problémy identifikované ve 2 doménách – ve fyziologické a v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Jednotlivé problémy byly zjištěny na základě přítomných znaků a příznaků určených pro specifický problém v systému OMAHA. V každém případě se jednalo o problém jednotlivce a problém aktuální. Vzhledem k primárním zkušenostem s aplikací složek systému OMAHA byly uvedeny pouze vybrané signifikantní ošetrovatelské problémy, intervence a škály hodnocení výsledků problémů z klasifikačního systému OMAHA.

Tab. 1 Schéma klasifikace problémů

Doména Fyziologická	
Problém (jednotlivec, aktuální)	Znaky/příznaky
Bolest (kód 24)	01. verbalizace diskomfortu/bolesti 02. zvýšený pulz, dech, krevní tlak 05. neverbální projevy (grimasování) 06. bledost/pocení
Kůže (kód 26)	01. léze/dekubitus 03. nadměrná suchost kůže, 08. hematomy 10. další (ikterus)
Cirkulace (kód 29)	01. ascites, 10. nepravidelný pulz, 16. abnormální krevní srážlivost 12. ostatní (hyperkalémie)
Trávení a hydratace (kód 30)	05. anorexie 06. anémie 07. ascites 08. žloutenka (hepatomegalie) 09. snížený kožní turgor 10. popraskané rty/suchost v dutině ústní 11. elektrolytová nerovnováha (hyperkalémie) 12. ostatní (metabolická acidóza)
Vyprazdňování moči (kód 46)	09. abnormální hodnoty renálních parametrů
Doména Chování	
Výživa (kód 35)	12. nedostatečný příjem potravy a tekutin
Užívání návykových látek (kód 39)	02. abúzus alkoholu
Léčebný režim (kód 42)	01. nedodržování předepsané léčby 08. nedostatečný léčebný režim
Osobní péče (kód 38)	10. snížená soběstačnost při celkové osobní hygieně

V doméně fyziologické byly identifikovány problémy: bolest, kůže, cirkulace, trávení a hydratace. V doméně chování ve vztahu ke zdraví se vyskytly problémy v oblasti výživy, užívání návykových látek, dodržování léčebného režimu a osobní péče. K identifikovaným ošetrovatelským problémům byly ze schématu intervencí přiřazeny vhodné ošetrovatelské intervence (tab. 2–5).

Tab. 2 Schéma intervencí u problémů Bolest, Kůže a Cirkulace

Problém Bolest (24)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	32. podávání medikace/vedlejší účinky (aplikace analgetické léčby dle ordinace) 44. relaxace/dechové cvičení (progresivní svalová relaxace)

	50. znaky/příznaky – fyzické (lokalizace, charakter, intenzita bolesti, časové trvání), měření fyziologických funkcí
02. Ošetření a postupy	78. fyzikální léčba (aplikace tepla/chladu) 42. polohování, ostatní: aplikace analgetické léčby dle ordinace lékaře
03. Případový management	73. kontrola účelné preskripce a aplikace analgetické léčby
04. Dohled	50. příznaky bolesti – fyzické: lokalizace, posouzení intenzity s použitím VAS frekvence/ délka trvání; vitální hodnoty/krevní tlak
Problém Kůže (26)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	67. management diety (dodržování diety) 35. mobilita/přesun (pravidelné změny polohy a polohování) 50. znaky/příznaky – fyzické: výskyt kožních změn (lézí) 51. péče o kůži (hygienická péče)
02. Ošetření a postupy	14. péče o ránu/převazy (převazy dle ordinace lékaře) aplikace Heparoid ung. lok. na oblast hematomů; výplach a dezinfekce porušené kožní integrity 41. osobní hygiena (udržování čistých a krátkých nehtů klienta)
03. Případový management	15. další vybavení (umístění antidekubitárních pomůcek do lůžka) 75. ošetrovatelská péče (hodnocení ošetrovatelské péče)
04. Dohled	66. kontinuita péče (koordinace a kontinuita péče) 14. péče o ránu převazy (dodržování doporučených postupů ošetření ran) 29. laboratorní ukazatele (vyhodnocování) 50. znaky/příznaky – fyzické: kontrola procesu hojení ran – dokumentování rány
Problém Cirkulace (29)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	67. management diety (dodržování ordinované diety a omezení tekutin) 32. podávání medikace/vedlejší účinky (dodržování ordinované léčby) 50. příznaky – fyzické: výskyt edémů, vitální hodnoty, tělesná hmotnost, bolest
02. Ošetření a postupy	46. bezpečnost (aplikace oxygenoterapie) 07. kardiologická péče – monitoring (EKG, pulzní oxymetrie, vitální funkce) 14. převazy/péče o ránu (převaz invazivních cévních vstupů) 53. odběry biologického materiálu + sledování laboratorních hodnot (ASTRUP, hodnoty hemokoagulace) 32. podávání medikace/vedlejší účinky (aplikace ordinované terapie) ostatní: měření hmotnosti a obvodu břicha, sledování PVT, příprava klienta k evakuační punkci ascitu a péče po punkci
03. Případový management	66. kontinuita péče (koordinace kontinuity péče), koordinace medikamentózní léčby
04. Dohled	07. kardiologická péče (monitoring EKG a vitálních funkcí) 50. znaky/příznaky – fyzické: sledování bilance tekutin, hmotnost, edémy, barva kůže, dušnost, vitální funkce, saturaci O2 sledování laboratorních hodnot dle ordinace lékaře

K vyvolávajícím faktorům problému Bolest u klienta patřil výskyt mnohočetných hematomů traumatické etiologie a stav po ošetření tržné rány dolního rtu. Vybrané ošetrovatelské intervence v jednotlivých kategoriích ze schématu intervencí závislé a nezávislé činnosti sestry zahrnují nejenom oblast ošetrovatelských technik (postupů), důraz je kladen na oblast edukace, vedení a poradenství, případový management a monitoring daného problému (dohled). Závislá ošetrovatelská intervence „podávání medikace/vedlejší účinky“ je klíčová nejenom v oblasti ošetřování. Své nezastupitelné místo má edukační role sestry v poradenství o formách a způsobu analgoterapie, dávkování a sledování efektu event. vedlejších účinků jako i poradenství o nefarmakologických způsobech tlumení bolesti, které byly u klienta realizovány při ošetrovatelské péči (aplikace chladu, polohování, relaxace/dechová cvičení). Pro hodnocení efektu analgetické léčby byla vybrána intervence monitoring fyzických příznaků bolesti, na základě které jsme byly schopny identifikovat výsledek pacienta v oblasti stavu při propuštění do domácího prostředí s použitím škály pro hodnocení výsledků u tohoto problému. Problém *Kůže* byl u klienta asociován s výskytem kožních projevů (hematomů, ikterické barvy kůže) v důsledku základního onemocnění (jaterní cirhóza) a stavu po pádu. K dalším kožním projevům byly zařazeny suchost kůže (projevy dehydratace) a výskyt dekubitu. Vzhledem k etiologickým faktorům problému byly vybrány intervence ze schématu intervencí. U klienta má problém Cirkulace multifaktoriální příčinu. K hlavním etiologickým faktorům řadíme kardiální příčinu (dilatační kardiomyopatie se systolickou dysfunkcí levé komory a EF 30–35%, středně závažná mitrální insuficience, těžká trikuspidální insuficience, těžká plicní hypertenze) a hepatální příčinu (jaterní cirhóza s ascitem rezistentním na terapii dle dokumentace). Hodnoty výsledků tohoto problému byly zjištěny objektivním nálezem při příjmu, fyzikálním vyšetřením a vstupním laboratorním screeningem. Vybrané ošetrovatelské intervence s vysokou prioritou z kategorie ošetření/postupy byly zaměřeny na kardiologickou péči (monitoring EKG, vitálních funkcí a pulzní oxymetrie, aplikaci oxygenoterapie, diuretické léčby a sledování laboratorních hodnot dle ordinace lékaře). Jednou z terapeutických možností bylo provedení punkce ascitu, u které se sestra podílí na přípravě pacienta a pomůcek, asistenci lékaři při samotné punkci a péči o pacienta po provedení výkonu. V oblasti dohledu byly zařazeny intervence monitorování fyzických znaků/příznaků – bilance tekutin/24hod., výskyt edémů, tělesná hmotnost, obvod břicha, výskyt dušnosti. Z našeho pohledu se jeví jako nejdůležitější intervence vedení klienta k pravidelnému užívání chronické medikace, jelikož její absence představuje potenciální riziko kardiální dekompenzace. Z tohoto hlediska má právě své opodstatnění intervence týkající se monitoringu fyzických znaků/příznaků. Sledovat příznaky potenciálního zhoršení stavu je cílem nejenom ošetrovatelské péče, ale i selfmonitoringu klienta, ke kterému jej vedeme cílenou edukací.

Tab. 3 Schéma intervencí u problémů Trávení – hydratace a Vyprazdňování moči

Problém Trávení – hydratace (30)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	01. anatomie a fyziologie (vysvětlit funkci trávicího systému) 67. management diety (edukovat o dietě s příjmem tekutin do 1,5 l/24 hod.), edukovat o parenterální výživě

	29. laboratorní ukazatele (seznámit s výsledky laboratorních vyšetření (lékař) 50. znaky/příznaky – fyzické: péče o dutinu ústní dehydratace, hmotnost, barva kůže, ascites (edémy), nauzea, zvracení
02. Ošetření a postupy	21. příjem jídla (aplikace parenterální výživy dle ordinace lékaře) 53. odběr biologického materiálu (venózní krve dle ordinace lékaře – krevní obraz...) péče o dutinu ústní – Boraxglycerín
03. Případový management	38. nutriční péče (konzultace s nutričním terapeutem) 67. management diety (zajištění výživových doplňků v případě potřeby (sipping))
04. Dohled	67. management diety (bilance tekutin, hmotnost, příznaky malnutrice) 29. laboratorní ukazatele – interpretace výsledků 50. znaky/příznaky – fyzické: kožní turgor /barva kůže příznaky krvácení z horního gastrointestinálního traktu, péče o dutinu ústní ascites, edémy, nauzea, zvracení poruchy trávení, poruchy polykání, chuť k jídlu sledování příjmu potravy – nutriční list sledování vitálních funkcí – krevní tlak
Problém Vyprazdňování moči (46)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	67. management diety (doporučit dietu s omezeným příjmem bílkovin, draslíku, sodíku), poučit o omezeném příjmu tekutin dle ordinace lékaře 29. laboratorní ukazatele (informovat o výsledcích laboratorních testů – lékař)
02. Ošetření a postupy	32. podávání medikace/vedlejší účinky (aplikace diuretické léčby dle ordinace, sledování bilance tekutin) 03. péče o vyprazdňování močového měchýře (péče o permanentní katetrizaci) 53. odběr biologického materiálu (odběr venózní krve a moči na biochemické vyšetření), ostatní: parenterální léčba dle ordinace lékaře
04. Dohled	03. péče o vyprazdňování močového měchýře (funkčnost permanentní močové katetrizace) 29. laboratorní ukazatele (laboratorní hodnoty renálních parametrů) 50. znaky/příznaky – fyzické: přítomnost uroinfektu sledování vyprazdňování moči: frekvence, barva moči a příměsi, množství, specifická váha, problémy při močení (retence...), inkontinence/enuréza/dysurické potíže, hodnoty krevního tlaku

Důvodem hospitalizace a celkového zhoršení klinického stavu klienta byl právě nedostatečný příjem potravy a zejména tekutin trvající několik dnů. Intervence s vysokou prioritou jsou ze souboru „management diety“ a prolínají se všemi kategoriemi intervencí. V oblasti edukace jsme se zaměřily dle ordinace lékaře na omezený příjem tekutin do 1,5 l/24hod., nutnost dočasné parenterální výživy a výskyt příznaků dehydratace. Pro sledování tohoto problému byl zaveden nutriční a bilanční list. V oblasti případového managementu byla ze schématu intervencí vybrána

intervence „38. nutriční péče“ – konzultace s nutričním terapeutem. Výskyt specifického problému Vyprazdňování moči prezentují abnormální laboratorní hodnoty renálních parametrů uremického klienta zjištěných vstupním laboratorním screeningem. Hlavní příčinou akutní renální insuficience byla dehydratace a hypotenze. K hlavním intervencím v kategorii „ošetření a postupy“ patřily závislé ošetrovatelské činnosti zaměřené na podávání medikace (diuretické léčby), péči o vyprazdňování močového měchýře (permanентní močová katetrizace) a odběr biologického materiálu. K ostatním závislým intervencím byla zařazena aplikace infuzní léčby k rehydrataci. V oblasti dohledu jsou důležité intervence související s péčí o vyprazdňování močového měchýře, monitoring laboratorních ukazatelů a vybraných specifických znaků/příznaků.

Tab. 4 Schéma intervencí u problémů Výživa a Užívání návykových látek

Problém Výživa (35)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	67. management diety (edukace klienta a rodiny o vhodné dietě a pitném režimu ve vztahu k onemocnění (zákaz konzumace alkoholu) vedení záznamu o příjmu jídla a tekutin, měření tělesné hmotnosti 50. příznaky – fyzické: hypo/hyperglykémie, tělesná hmotnost a BMI
02. Ošetření a postupy	53. odběry biologického materiálu (krev, moč) dle ordinace lékaře
03. Případový management	38. nutriční péče (konzultace s nutričním terapeutem) ostatní: pravidelné lékařské kontroly u gastroenterologa a diabetologa
04. Dohled	67. management diety (dodržování ordinované diety a pitného režimu) 29. laboratorní ukazatele (interpretace výsledků laboratorních testů) 50. příznaky – fyzické: tělesná hmotnost, BMI, vitální funkce (krevní tlak) balance tekutin, příjem potravy, hyper/hypoglykémie
Problém Užívání návykových látek (39)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	02. změna chování (motivace klienta ke změně – snížený příjem/žádny příjem alkoholu, možnosti léčby), ostatní: vliv konzumace alkoholu na organismus
02. Ošetření a postupy	53. odběry biologického materiálu (dle ordinace lékaře) 32. podávání medikace: aplikovat dle ordinace lékaře 3x denně 2tbl. Defobinu p.o. ostatní: mechanické omezení při psychomotorickém neklidu, sledování příznaků delirantního stavu, dle ordinace lékaře psychiatrické konzilium
03. Případový management	40. další komunitní zdroje (protialkoholická léčba) 59. podporná skupina: rodina
04. Dohled	32. podávání medikace/vedlejší účinky (dodržování ordinované terapie) 47. screeningové postupy (posouzení úrovně závislosti) 50. příznaky – psychické/emocionální: deprese, úzkost, psychomotorický neklid, tremor, poruchy vnímání; fyzické: tachykardie

U klienta problém Výživa souvisel s odmítáním příjmu jídla jako i s výskytem gastroenterologického a diabetologického onemocnění. Všechny kategorie intervencí jsou zaměřeny na management diety a nutriční péči. Důraz je zde kladen na oblast edukace, vedení a poradenství o vhodné dietě a pitném režimu ve vztahu k onemocnění (především zákaz konzumace alkoholu, dodržování diabetické diety) a na oblast dohledu, což je typické pro problémy v doméně „chování ve vztahu ke zdraví“. Problém Užívání návykových látek prezentoval u klienta chronický etylický abúzus. Intervence jsou v edukaci zaměřeny na změny chování, v oblasti ošetření a postupů na podávání medikace a potenciální péči o psychomotoricky neklidného klienta. Oblast dohledu zahrnuje např. screeningové postupy pro posouzení úrovně závislosti na alkoholu (např. Alcohol Dependence Scale). V ošetrovatelské péči se zaměřujeme v této oblasti na posouzení fyzických a psychických příznaků rozvoje delirantního stavu, které musí naléhavě řešit sestra ve spolupráci s lékařem. Z hlediska následné péče by bylo vhodné zvážit u klienta protialkoholickou léčbu.

Tab. 5 Schéma intervencí u problémů Léčebný režim a Osobní péče

Problém Léčebný režim (42)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	01. anatomie a fyziologie (edukace klienta a rodiny o významu dodržování léčebného režimu v domácím prostředí) 32. podávání léků/vedlejší účinky (informovanost o vedlejších/nežádoucích účincích) 33. podávání léků (informovat o zásadách aplikace ordinovaných léků)
02. Ošetření a postupy	33. podávání léků (podávání ordinované perorální a parenterální medikace dle ordinace lékaře a sledování nežádoucích účinků) 14. převazy/péče o ránu (péče o periferní žilní katétr) 53. odběry biologického materiálu na vyšetření
03. Případový management	73. koordinace léčby (preskripce ordinované medikace – frekvence, množství)
04. Dohled	29. laboratorní ukazatele (hladiny léků v krvi, hematologické a biochemické vyšetření krve, renální a jaterní funkce) 33. předpis léků (dodržování podávané medikace, správná dávka, frekvence...) 50. znaky/příznaky – fyzické: výskyt nežádoucích účinků
Problém Osobní péče (38)	
Kategorie	Intervence
01. Edukace, vedení a poradenství	08. péče o samu sebe: motivační aktivity k sebed péči 41. osobní hygiena: koupel, péče o vlasy, hygiena dutiny ústní 51. péče o kůži: péče o nehty, masáž kůže, péče o změny na kůži (hematomy)
02. Ošetření a postupy	77. poskytování celkové hygienické péče pomocným zdravotnickým personálem pod dohledem sestry
03. Případový management	66. kontinuita péče (koordinace péče v týmu) 15. vybavení k toaletní péči (koupací židle, pomůcky k zajištění bezpečnosti při koupeli) 58. pomůcky (k provedení celkové toalety)
04. Dohled	41. osobní hygiena (čistota těla a osobního prádla)

Problém Léčebný režim vznikl u klienta pauzou v užívání chronické medikace s následným zhoršením fyzického stavu klienta. Intervence s vysokou prioritou se týkají edukace, vedení a poradenství se zaměřením na pravidelné podávání léků v předepsané dávce a sledování nežádoucích účinků a v oblasti případového managementu se zaměřují na oblast koordinace léčby (preskripce chronické medikace specialisty). Zde se jeví jako důležitá spolupráce s rodinou při dohledu nad užíváním předepsaných léků event. při zajištění preskripce chronické medikace specialisty. Problém Osobní péče souvisel s výskytem nedostatečné hygieny u klienta při vstupním posouzení. Podstatnou část ošetrovatelských intervencí v průběhu hospitalizace tvoří celková hygienická péče o klienta s motivací k soběstačnosti.

Tab. 6 Škála pro hodnocení výsledků

Hodnota	Vědomosti	Chování	Stav
1	žádné	nevhodné	výrazné znaky/příznaky
2	minimální	zřídka vhodné chování	vážné znaky/příznaky
3	základní	nejednotně vhodné	střední úroveň znaků/příznaků
4	adekvátní	převážně vhodné	minimální znaky/příznaky
5	výborné	vhodné	nepřítomny znaky příznaky

Škálu pro hodnocení výsledků určených problémů lze použít v ošetrovatelském procesu k objektivizaci údajů ve fázi posuzování, diagnostiky a ve fázi hodnocení efektu ošetrovatelské péče. Rozdíly v hodnocení výsledků jednotlivých problémů při iniciálním posouzení a při ukončení hospitalizace klienta prezentuje tabulka 7.

Tab. 7 Hodnocení výsledků u problémů při příjmu a při propuštění

Problém	Vědomosti		Chování		Stav	
	příjem	propuštění	příjem	propuštění	příjem	propuštění
Bolest – 24	1	4	2	2	1	5
Kůže – 26	1	1	3	3	1	1
Cirkulace – 29	1	1	2	2	1	4
Trávení – hydratace – 30	2	2	2	2	1	5
Vyprazdňování moči – 46	1	1	1	3	1	5
Výživa – 36	2	2	1	3	1	4
Užívání návykových látek – 39	2	2	1	1	3	3
Léčebný režim – 42	2	2	1	1	1	1
Osobní péče – 38	3	3	1	2	1	5

Při vstupním assessmentu prováděném při příjmu jsou patrné nízké hodnoty vědomostí, chování a zejména stavu poukazující na výskyt aktuálních problémů s vysokou prioritou řešení. Výrazné znaky/příznaky (škála pro hodnocení výsledků problému – 1) byly identifikovány u problémů bolest, cirkulace, vyprazdňování moči, trávení – hydratace, kůže, výživa, léčebný režim, osobní péče. Zřídka vhodné chování (2) jsme zhodnotily u problémů bolest, cirkulace a trávení – hydratace. Nevhodné chování (1) bylo alarmující zejména u problémů vyprazdňování moči, výživy, užívání návykových látek, léčebného režimu a osobní péče. Při zhodnocení vědomostí vykazoval klient hodnoty 1 (žádné vědomosti) až 2 (minimální vědomosti) u všech výše uvedených problémů kromě problému osobní péče (3 – základní vědomosti). Na základě hodnocení výsledků ošetrovatelské péče při propuštění klienta do domácí péče lze konstatovat, že realizací vybraných ošetrovatelských intervencí ze schématu intervencí došlo k úplné eliminaci problémů s vysokou prioritou (bolest, trávení – hydratace, vyprazdňování moči, osobní péče). Při hodnocení stavu byla identifikována nepřítomnost znaků/příznaků (5). Výstupným hodnocením stavu u problémů „cirkulace“ a „výživa“ jsme zjistily výraznou eliminaci problému (4 – minimální znaky/příznaky). U těchto problémů byly přítomny pouze mírné příznaky, vyžadující si zejména aplikaci chronické medikace, monitoring těchto příznaků a dohled nad pravidelnými lékařskými prohlídkami (dispenzarizace). Zde se jeví jako důležitá i oblast vědomostí, které byly u těchto problémů hodnoceny jako nedostatečné (1 – žádné, 2 – minimální). Adekvátní vědomosti a vhodné chování jsou výrazným faktorem v prevenci dekompenzace stavu klienta. V domácí péči je nutné nadále pokračovat v naplánovaných intervencích ve spolupráci s agenturou domácí péče u problému léčebného režimu (zejména v oblasti chování byly zjištěny hodnoty 1 – nevhodné chování při jeho dodržování). Vzhledem k problému chronického abúzu alkoholu bylo chování klienta hodnoceno jako nevhodné (1) a uvedený problém „užívání návykových látek“ se jeví jako dlouhodobý a potenciální, vyžadující si interdisciplinární spolupráci (sestra, psycholog).

Diskuze

Trend přesunu institucionalizované péče do přirozeného prostředí komunity, ve kterém člověk žije, vyvíjí se a pracuje, vytváří novou roli komunitní sestry. Tato specifická role klade nároky na její vzdělávání v této oblasti a při poskytování praxe zejména na samostatnost a rozhodovací schopnosti. Přestože je ošetrovatelská péče přidružená s péčí medicínskou, potřebují sestry jasný a jednoznačný odborný jazyk k usměrňování ošetrovatelské praxe (Krogh at al., 2005). V současnosti má *American Nursing Association* (ANA) vyvinutých 13 klasifikací, mezi něž patří i systém OMAHA. Jak uvádí Westra (2005) právě systém OMAHA byl vyvinut pro podmínky komunitní praxe. Tento systém představuje vhodný prostředek na přípravu dokumentace, posouzení klienta, skupiny a komunity, identifikaci problémů a rizik, realizaci a hodnocení ošetrovatelského procesu v komunitní praxi. Hlavní výhodou tohoto systému, jak uvádí Martin (2005) je, že ke každému ošetrovatelskému problému jsou přiřazeny ošetrovatelské intervence a škála hodnocení výsledků problémů. Uvedený systém prezentuje komplexní klasifikaci poskytující přehled o klientových potřebách (problémech), poskytované péči a výsledcích péče. Tři komponenty ve vzájemném vztahu – schéma klasifikace problémů, schéma intervencí a škála pro hodnocení

výsledků problémů, představují strukturu pro posouzení klientových potřeb, popisují intervence a měří (hodnotí, objektivizují) výsledky poskytované péče. Systém OMAHA začleňuje pouhých 44 problémů zařazených do 4 domén představujících klienta (jednotlivce, rodinu či komunitu) a jeho prostředí. Každý problém je aktuální, nebo potenciální nebo je zaměřen na podporu zdraví (Health Promotion). V klasifikačním systému NANDA I se jedná o ošetrovatelské diagnózy na podporu zdraví (Health Promotion Nursing Diagnosis) nebo ošetrovatelské diagnózy typu wellness (Wellness Nursing Diagnosis). K jednotlivým problémům jsou v systému OMAHA navrženy i lékařské diagnózy, u kterých lze výskyt příslušného problému předpokládat. Vzhledem k tomu, že systém OMAHA byl vyvinut pro členy multidisciplinárního týmu, obsahuje kromě ošetrovatelských problémů i problémy spadající do kompetencí jiných členů multidisciplinárního týmu. Intervence organizovány do 4 kategorií se specifickým zaměřením obsahují cíle (targets) a usměrňují činnosti sestry a klientovu specifickou odpověď. Jednotlivé intervence jsou kódovány, což napomáhá počítačovému zpracování údajů. Ze schématu intervencí lze vybrat činnosti vhodné pro konkrétního klienta, rodinu či komunitu, případně doplnit další činnosti, když je potřeba. Podobně jako v klasifikaci ošetrovatelských intervencí – NIC (*Nursing Intervention Classification*) jsou i v systému OMAHA zahrnuty fyziologické intervence, psychosociální, intervence zaměřené na léčbu, prevenci nemocí a podporu zdraví (Bulechek et al., 2008). Klinická využitelnost intervencí ze systému OMAHA je v jakémkoli typu zařízení, pro všechny skupiny klientů a ve všech typech specializací (McCloskey, 2004; Zeleníková, 2011). Tyto argumenty jsou jasnými důvody, proč jsme se pokusily o vytvoření případové studie s aplikací systému OMAHA v klinické praxi. Tento systém využívá vedení zdravotních záznamů v elektronické podobě.

V kazuistice respondenta s vybraným gastroenterologickým onemocněním byl vytvořen nástin aplikace systému OMAHA v klinické praxi ošetrovatelství. Vzhledem k iniciálním zkušenostem se tedy jedná spíše o pilotní nástin aplikace složek tohoto systému. Z klasifikačního systému OMAHA jsme identifikovaly u klienta vybraný soubor aktuálních ošetrovatelských problémů, intervencí a škál hodnocení výsledků těchto problémů. Při vstupním assessmentu klienta prováděném sestrou byly zjištěny při příjmu patrné nízké hodnoty vědomostí, chování a zejména stavu poukazující na výskyt aktuálních problémů s vysokou prioritou řešení (Tab. 7). Identifikaci ošetrovatelských problémů usměrňovalo schéma klasifikací problémů, v něm každý problém má název, kód, definici, příznaky a spektrum znaků/příznaků pro daný problém uvedených pod číselným kódem. Na základě přítomných znaků/příznaků určených pro specifický problém v systému OMAHA, byly problémy identifikované ve 2 doménách – ve fyziologické a v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Podobné zjištění nacházíme i ve studii autorů Naylor, Bowles, Brooten (2000), která tvrdí, že klienti s interním onemocněním chronického typu mají více komorbidit, z nichž problémy spadající do kompetencí sestry, se nejvíce vyskytují ve fyziologické doméně a v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Ve srovnání s klasifikačním systémem NANDA International problémy v systému OMAHA nemají definovány související faktory, které také mohou ovlivnit výběr konkrétních ošetrovatelských intervencí v plánu ošetrovatelské péče (Herdmann et al., 2010). Pro stanovení konkrétního problému ovlivnitelného ošetrovatelskými intervencemi (resp. intervencemi jiného

člena multidisciplinárního týmu) jsou v systému OMAHA ke každému problému přiřazeny znaky a příznaky (pozorovatelné a měřitelné projevy), seskupeny v klasifikaci NANDA jako „*určující znaky a charakteristiky*“ aktuálního problému. Výrazné znaky/příznaky (hodnota 1) byly identifikovány v kazuistice u problémů bolest, cirkulace, vyprazdňování moči, trávení – hydratace, kůže, výživa, léčebný režim, osobní péče. Bolest je dle Martinové (2005, s. 250) definována jako nepříjemná senzorická a emocionální reakce spojená s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání, kůže jako přirozený povrch těla (s. 258) a cirkulace jako oběh krve v adekvátním množství a tlaku v těle (s. 277). Zřídka vhodné chování (hodnota 2) jsme zhodnotily u problémů bolest, cirkulace a trávení - hydratace. Nevhodné chování (hodnota 1) bylo alarmující zejména u problémů vyprazdňování moči, výživy, užívání návykových látek, léčebného režimu a osobní péče. Trávení – hydratace je charakterizováno jako proces přeměny jídla do forem, které mohou být absorbovány a asimilovány a udržování rovnováhy tekutin (Martin, 2005, s. 284) a vyprazdňování moči znamená produkci a vylučování moči (s. 295). Problém výživy zahrnuje výběr, konzumaci a využití jídla a tekutin pro energii, rovnováhu, růst a zdraví (2005, s. 323). Problém užívání návykových látek je definován jako spotřeba léků, rekreačních drog nebo dalších látek, které mohou způsobit změny nálady a/nebo psychickou/fyzickou závislost nebo onemocnění (s. 337). Léčebný režim definuje Martin (2005, s. 350) jako použití a aplikace předepsaných/doporučených léků pro terapeutické účely a osobní péče jako řízení osobní čistoty a oblékání (s. 334). Při zhodnocení vědomostí vykazoval klient hodnoty 1 až 2 (žádné vědomosti/minimální vědomosti) u všech výše uvedených problémů kromě problému osobní péče (hodnota 3 – základní vědomosti). Na základě hodnocení výsledků ošetrovatelské péče při propuštění klienta do domácí péče (Tab. 7) lze zkonstatovat, že realizací vybraných ošetrovatelských intervencí ze schématu intervencí došlo k úplné eliminaci problémů s vysokou prioritou (bolest, trávení – hydratace, vyprazdňování moči, osobní péče). Při hodnocení stavu byla identifikována nepřítomnost znaků/příznaků (škála pro hodnocení výsledků – 5). Podstatnou část realizovaných intervencí u problémů z fyziologické domény tvořily nejenom specifické ošetrovatelské činnosti, pro které je často ošetrovatelství chybně chápáno pouze jako praktická disciplína. Ukázalo se, že své nezastupitelné místo má v plánování a realizaci ošetrovatelské péče právě edukace, vedení a poradenství v procesu uzdravování klienta (v tomto případě edukace) u všech stanovených problémů klienta v kazuistice. Cílem edukace u klienta bylo předejít potenciálnímu zhoršení stavu a to např. dodržováním léčebného režimu u jednotlivých problémů (např. užívání analgetické léčby, diuretické léčby, nutričních opatření atd.). Podstatné bylo naučit ho sledovat příznaky zhoršujícího se stavu a včas vyhledat odbornou pomoc. U každého stanoveného problému jsme uplatnily ze schématu intervencí z kategorie „dohled“ intervenci zahrnující sledování znaků/příznaků. Podle charakteru problému se jednalo o sledování znaků/příznaků fyzických (např. u problému bolest, cirkulace, vyprazdňování moči, výživa) nebo psychických/emocionálních (např. u problému užívání návykových látek bylo důležité sledovat tyto příznaky pro potenciální rozvoj delirantního stavu). Ukázalo se, že zmíněná intervence má širší význam. Uplatnily jsme ji např. při monitoringu příznaků z hlediska objektivizace stavu (aktuální/potenciální zlepšení/zhoršení stavu, chování, vědomostí), při hodnocení efektu plánovaných a realizovaných ošetrovatelských zásahů (např. efekt analgetické léčby, diuretické léčby, efekt kardiologické péče, monitoring laboratorních ukazatelů,

vitálních funkcí atd.), při rozpoznání rizika vzniku potenciálního problému (např. rozvoj delirantního stavu). Zjistily jsme, že oblast dohledu má svou vysokou prioritu i u problémů v doméně Chování ve vztahu ke zdraví (např. selfmonitoring onemocnění, dohled při dodržování léčebného režimu, užívání chronické medikace, prevence rizikových faktorů atd.) často zůstává aktuální i po propuštění klienta do domácí péče. V případě nesoběstačnosti pacienta v oblasti dohledu, lze využít spolupráci rodiny či sestry agentury domácí péče. Interdisciplinární spolupráce byla nutná při poskytování nutriční péče. Výstupným hodnocením stavu u problémů Cirkulace a Výživa jsme objektivizovaly škálou pro hodnocení výsledků výraznou eliminaci problémů (hodnota 4 – minimální znaky/příznaky). U těchto problémů byly přítomny pouze mírné příznaky, vyžadující si zejména aplikaci chronické medikace, jejich monitoring a dohled nad pravidelnými lékařskými prohlídkami (dispenzarizace). Toto by bylo úkolem případového managementu, který by se zaměřil na oblast koordinace léčby. Zde se jeví jako důležitá i oblast vědomostí, které byly u klienta nedostatečné (hodnota 1 – žádné, hodnota 2 – minimální). Adekvátní vědomosti a vhodné chování jsou významným faktorem v prevenci dekompenzace stavu klienta. V domácí péči je nutné nadále pokračovat v naplánovaných intervencích ve spolupráci s rodinou u problému léčebného režimu, zejména v oblasti chování (hodnoty 1 – nevhodné chování při jeho dodržování). Vzhledem k problému chronického abúzu alkoholu bylo chování klienta hodnoceno jako nevhodné (hodnota 1) a problém Užívání návykových látek se jeví jako dlouhodobý a potenciální, vyžadující si interdisciplinární spolupráci (sestra, psycholog, psychiatr). Na základě uvedeného lze říci, že plánované a implementované činnosti přiřazené přímo ke konkrétnímu problému, napomáhaly konkrétnímu klientovi dosáhnout požadovaný výsledek, který bylo možné objektivně kvantifikovat použitím škály pro hodnocení výsledků problémů. Ve vybraných intervencích bylo nutné pokračovat i po propuštění klienta do domácího léčení. Pro určení validity, reliability a využitelnosti vybraných intervencí dle schématu intervencí a způsobu posuzování dle škály pro hodnocení výsledků problémů je však nutné ověření na větším počtu respondentů v prostředí vybrané specifické komunity, v našem případě u klientů s gastroenterologickým onemocněním. Hlavním významem schématu intervencí z našeho pohledu je integrace údajů v procesu dokumentování, způsob dorozumívání mezi členy multidisciplinárního týmu a nástroj koordinace komplexní péče o jednotlivce, rodinu, komunitu. Škála pro hodnocení výsledků vybraných signifikantních problémů nám pomohla při vstupním posouzení potřeb a problémů klienta, monitorování progresu klienta v průběhu ošetrovatelské péče, hodnocení jeho soběstačnosti a hodnocení efektivity poskytované péče, event. určení potřeby následné péče. K hlavním indikátorům, hodnotícím fenoménům v systému OMAHA, které jsme kvantifikovaly u jednotlivých problémů, patří vědomosti, chování a stav, které citlivě reagují na ošetrovatelské intervence, co do určité míry koresponduje s klasifikací ošetrovatelských výsledků NOC (*Nursing Outcomes Classification*), ve které je výsledek ošetrovatelské péče definován jako měřitelný stav, chování nebo vnímání jedince, rodiny nebo komunity, který je kontinuálně měřením sledován (Moorhead et al., 2004; Zeleníková, 2011). Systém OMAHA obsahuje pouze 1 škálu (Likertova typu) pro hodnocení výsledků (hodnoty 1–5) konstruovanou tak, aby hodnota 5 reflektovala nejžádanější stav vztahující se k výsledku. Práci s hodnotící škálou pro výsledky problému nám usnadnily příklady definicí jednotlivých hodnot indikátorů, které jsou v systému OMAHA stanoveny pro každý problém. Výsledky klienta při

dimisi naznačují eliminaci problému (bolest, trávení – hydratace, vyprazdňování moči a osobní péče). Nutnost pokračovat ve vybraných ošetrovatelských intervencích i v domácí péči jsme zaznamenaly u problému užívání návykových látek a léčebný režim v doméně Chování ve vztahu ke zdraví. Z tohoto hlediska lze konstatovat, že výsledek problému může být ovlivněn řadou faktorů, z nichž jedním může být i fyzický a psychosociální stav klienta, či faktory prostředí, ve kterém klient žije.

Závěr

Analýzou obsahové koncepce systému OMAHA jsme zjistily, že uvedený klasifikační systém může být sestrám v komunitní péči nápomocný při sběru dat (jejich třídění a klasifikaci) v péči o klienta, při zviditelnění ošetrovatelských intervencí a hodnocení výsledků péče. Při určování validity, reliability a využitelnosti systému OMAHA by bylo vhodné ověření na větším počtu respondentů např. v prostředí vybrané specifické komunity. Nezbytností pro implementaci systému OMAHA je vytvoření elektronické dokumentace pro potřeby klinické praxe. Jedním z důležitých faktorů při implementaci tohoto systému v praxi je absence českého překladu.

Literatura

- [1] Barton, A.J., Gilbert, L., Erickson, V., Baramee, J., Sovers, D., Robertson, K.J. (2003). A guide to assist nurse practitioners with standardized nursing language. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, [online]. 21/3: 128-133. [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: http://journals.lww.com/cinjournal/Fulltext/2003/05000/A_Guide_to_Assist_Nurse_Practitioners_With.8.aspx.
- [2] Boledovičová, M., Křištofová, E., Tulinská, E. Klasifikačný systém OMAHA v komunitnom ošetrovatelstve. In *Ošetrovatelství v pohybu*, Příbram : VZŠ, 2006. s. 11–16.
- [3] Bowles, K.H. (2000). Application of the Omaha System in Acute Care. In: *Research in Nursing and Health*, [online]. 23/2: 93-105. [cit. 2. 5. 2011]. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(200004\)23:2%3C93::AID-NUR2%3E3.0.CO;2-K/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(200004)23:2%3C93::AID-NUR2%3E3.0.CO;2-K/abstract).
- [4] Bowles, K.H. (2000). Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning. In: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, [online]. 14/3: 29-41. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2000/04000/Patient_Problems_and_Nurse_Interventions_during.6.aspx.
- [5] Bulechek et al. (2008). Nursing Interventions Classification (NIC). 5th edition St. Louis : Mosby, 938 p.
- [6] Herdmann, T.H. et al. (2010). *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy 2009-2011*. Praha : Grada Publishing, 480 s.

- [7] Krogh, G. et al. (2005). Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *Journal of Nursing Scholarship*. 37/3: 275–281.
- [8] Martin, K.S. (2005). *The OMAHA SYSTEM. A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. 2.ed. Omaha: Elsevier, 484 p.
- [9] McCloskey, J.D. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th edition Missouri : Mosby, 1062 p.
- [10] Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3rd edition. Missouri : Mosby, Inc., 850 p.
- [11] Naylor, M.D., Bowles, K.H., Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17(2):94–102.
- [12] Westra, B.L. (2005). National Health Information Infrastructure (NHII) and Nursing: Implementing the Omaha System in Community-Based Practice Healthcare Affairs. *CareFacts Information Systems. All Rights Reserved*.
- [13] Zeleníková R. (2011). Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In Plevová, I. et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 187–213.
- [14] Žiaková, K. et al. (2009). *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 218 s.

Applying the OMAHA System in Client with Selected Gastroenterology Disease

Abstract

The main feature of nursing profession in 21st century is using of standardized terminology. The OMAHA system is the result of the efforts of experts to standardize nursing terminology in order to create a uniform structure for classification problems, interventions and evaluation of outcomes. The paper introduces the development and structure of the system and presents a case study of the client with selected gastroenterology disease in order to explore the possibility of applying the components of the OMAHA system. The objective was to identify the selected set of the most common nursing problems, interventions and problem rating scales for outcomes from the OMAHA system. Problems were identified in two domains – in the physiological domain and health related behavior domain. Each problem was identified on the basis of present signs and symptoms designed for a specific problem in the Omaha system. The problems were assigned to selected nursing interventions from Intervention Scheme. Case study also presents differences in evaluation of problems during assessment in admission and at discharge to home care. Results of problem rating on discharge suggest the need to continue in selected nursing interventions and in-home care in particular on the problem of drug abuse and medication regimen in health related behavior domain. The results of the case study can be used in providing individualized home care.

Key words

The OMAHA System, Problem Classification Scheme, Intervention Scheme, Problem Rating Scale for Outcomes, Gastroenterology disease

Kontaktní údaje

PhDr. Eva Beňová

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem

Palachova 35

400 01 Ústí nad Labem

e-mail: ezuzakova@yahoo.com

Clinical Consequences of Nitric Oxide /NO/ Overproduction in Septic Shock Condition and a New Pharmacological Possibilities Regulation of this Pathology

Jan Antoni Rutowski

Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine,
University of Rzeszów, Poland

Abstract

Endogenous NO is synthesized from the aminoacid L-arginine by the enzyme NO-synthase, mainly in the vascular endothelium as well as also in other cells. NO is constitutively secreted by endothelial cells but its production is modulated by a number of exogenous chemical and/or physical stimuli, whereas the other known mediators (PGI₂, Endothelin-1 and PAF) are synthesized primarily in response to changes in the external environment. Both endogenous and also exogenous NO (liberated from "NO-donors") may to bind to the heme enzyme - guanylate cyclase. The effect of this action is stimulation of guanylate cyclase and then increase the production of c-GMP in the cells. Reduction of endogenous NO formation in the absence of substitution, lead to a number of causes pathological changes in a front of acceleration of atherothrombosis process, higher activation of platelets and more opportunities for their adhesion and aggregation particularly in ischemic and hypoxic conditions, the shrinkage of blood vessels, reducing the flow blood through the coronary arteries, and in the case of beginning myocardial infarction to extend the zone of ischemia and necrosis of hemodynamic consequences. Interesting from a clinical point of view, is also the treatment of pathological conditions in which there is an increased synthesis of endogenous NO. Excess production of NO can affect not only for the immune system, but also causes very rapid and dangerous vasodilation leading to a decrease of blood pressure and then to clinical symptoms of septic shock. Groundbreaking for the new concept of treatment of septic shock was the important discovery, that the toxins produced by many Gram (-) and Gram (+) to stimulate inducible enzyme – iNO synthase (iNOS) to the intensive overproduction of NO. These bacterial toxins cause high increase in the endogenous production of NO, which is responsible for the strong vasodilatation and in consequence hypotension in septic shock. The pharmacological proposition of new strategy for the treatment of septic shock is associated with the knowledge of the mechanisms responsible for the overproduction of endogenous NO. Pharmacological ability to regulate the biosynthesis of endogenous NO and in consequence NO level in cells in various stages are useful for the treatment of a lot of pathological conditions not only deficiency of endogenous NO but also excess NO production in bacteraemia, mainly in septic shock condition.

Key words

Nitric oxide /NO/, cNOS, iNOS, septic shock, septic inflammation, nitric oxide overproduction, vasodilatation, hypotension

Introduction

Discovered in 1980 nitric oxide – EDRF/NO by Furchgott and Zawadzki, a strong vasodilatory factor, that is produced and released by the vascular endothelium, was originally named as Endothelium Derived Relaxing Factor (EDRF) [1]. It is a vasodilator, modulating vascular tone, blood pressure and hemodynamics, plays important role for angina, heart failure, pulmonary hypertension and also regulate erectile function. NO also plays an important regulatory role in the central and peripheral nervous system [2,3]. NO is synthesized from the amino acid L-arginine by the enzyme cNO-synthase, mainly in the vascular endothelium as well as in other cells. L-arginine due to oxidative deamination is converted to the final product – NO and L-citrulline, but one of the intermediate product is N-hydroxy-L-arginine. NO is constitutively secreted by endothelial cells but its production is modulated by a number of exogenous chemical and physical stimuli, whereas the other known mediators (PGI₂, Endothelin-1 and PAF /Platelet Activating Factor/) are synthesized primarily in response to changes in the external environment [2,4]. For impaired NO formation occurs in the process of atherogenesis, which has important clinical consequences, mainly concerning the cardiovascular system and also immune system. Nitric oxide /NO/ is generated in a variety of cells but and particularly in the endothelium and is an endogenous compound. Chemicals that they are given as a medication can be released from its chemical structure called nitric oxide – "NO donors". Released from their chemical structure is NO in this case, an exogenous NO. Exogenous supplementation of NO after the "NO donors" is indispensable in the treatment of all diseases that run from the contraction of the blood vessels and the increased mobilization of proaggregation formed blood elements (platelets, granulocytes), and therefore the treatment of ischemic heart disease in the reduction zone ischemia and necrosis of myocardial infarction and for the treatment of hypertension [2,4,5].

In the process of NO production may interfere with acting as a brake the so-called inhibitors of the biosynthesis of endogenous NO. These are false substrates for the enzyme – NO synthase. These compounds can include, among others NG-monomethyl-L-arginine, NG-monomitro-L-arginine. These inhibitors of endogenous NO biosynthesis compounds can significantly increase systemic vascular resistance with subsequent increased blood pressure, including also pathological conditions related with increased production of nitric oxide – NO (for example overproduction of NO during septic shock) [6].

Several known types of the enzyme – NO synthase, which is dependent on NADPH. Constitutively NO synthase, which occurs primarily in endothelial cells and nerve cells, is dependent on Ca²⁺ ions and the calmodulin. It is activated by an increase in intracellular calcium ion concentration, which is an increase in the endothelium cells is caused by mediators such as acetylcholine, bradykinin, histamine. The factor that

causes nerve cells constitutively activated forms of NO synthase and the subsequent rise of endogenous NO production, an increase in the concentration of calcium ions caused by nerve impulse. From the constitutive NO synthase activity is dependent vascular wall tension or vascular resistance and blood pressure. Inducible form of NO synthase (iNOS) is independent of calcium and calmodulin. It is absent in non-activating macrophages and its activity appears only after activation of these cells or bacterial lipopolysaccharides, certain cytokines such as interleukin-1 beta or TNF-alpha (tumor necrosis factor). This creates a form-synthase endogenous NO as long as long as it is accessible to the substrate (ie. L-arginine). Induction of this form of the enzyme may also occur in the vascular smooth muscle cells and be controlled by interleukokine 8, TGF beta or by platelet derived growth factor (PDGF). In constitutive and inducible form of NO synthases, its flavoprotein containing adenine mononucleotide FMN and FAD is dependent on tetrahydrobiopterin (TH4). TH4 determine the activity of these enzymes, and in consequence activity of NO synthase [6].

Pharmacological possibilities regulation of NO production in pathological conditions

There are some pathological situations to excessive production of endogenous NO, but also are the pharmacological possibilities of suppression and reducing excessive production of endogenous NO, such as by inhibiting the biosynthesis of the enzyme – NO synthase, by inhibiting its activity, and by administration of compounds which are antagonists to the substrate for the production of endogenous NO (eg. the L-NMMA) [6,7]. Interesting from a clinical point of view, is the treatment of pathological conditions in which there is an increased synthesis of endogenous NO. Nitric oxide production in excess from L-arginine in the presence of inducible form of the enzyme NO synthase, in situations of bacteriaemia after strong activation formation of inducible isoform of NO synthase by different types of polysaccharides of bacterial origin. Excess in consequence of NO can affect not only for the immune system, but also causes very rapid and dangerous vasodilation leading to a decrease of blood pressure and then to clinical symptoms of septic shock [8]. Septic shock results in profound disturbances in the cardiovascular system, with a strong reduction of vascular resistance and in consequence hypotension. The result of these changes is impaired, and the distribution of blood flow, ischemia and hypoxia not only the heart muscle, resulting in enhanced cardiac failure and failure of other tissues [9,10,11].

Hemodynamic changes and its pathological consequences are observed in patients who are in septic shock, as effect of toxins produced by the bacteria. Polysaccharide toxins, they are endotoxins of Gram (-) / eg. endotoxin J 5 Echerichia coli / or endotoxin of Gram (+) / eg. TSST-1 toxin [Shock Toxic Syndrome Toxin-1], which is produced by Staphylococcus aureus, also numerous other exotoxins /egzotoxin A and C of Streptococcus sp./. These toxins can strong stimulate the immune system to produce a variety of inflammatory mediators, which include cytokines, activation of complement components, cause an increase in the production of eicosanoids, and other factors, cytokines, with fast and powerful effect on the cardiovascular system [12,13,14].

Classical pharmacological treatment of septic shock was based primarily on the elimination of microorganisms through the use of antibiotics, often using several antibiotics and sometimes also surgical intervention. In addition, also anti-inflammatory drugs were administered, strongly inhibit the release of mediators of the inflammatory cells (eg. glucocorticoids), and also used for symptomatic treatment of metabolic disorders and cardiovascular defects, including raising blood pressure. Groundbreaking for the new concept of treatment of septic shock was the discovery that the toxins produced by many Gram (-) and Gram (+) to stimulate inducible NO synthase to the intensive production of NO. These toxins cause so strong increase in the endogenous production of NO, which is responsible for the painting and the course of septic shock. This leads to excess NO and strong vascular dilatation with a dramatic decrease in blood pressure, which is resistant to a lot of classical drugs [15].

New directions in pharmacological treatment of septic shock should include, in addition to the classical antibiotic therapy with primarily supportive care medications, which can effectively inhibit the excess production of endogenous NO. This new strategy for the treatment of septic shock, and is associated with the knowledge of the mechanisms responsible for the overproduction of endogenous NO [16].

It can be realized in several ways, of which the most important seem to be:

1. Providing a false substrate for NO synthase, ie the derivative of L-arginine, which under the influence of NO synthase did not rise NO. Nitric oxide is formed from L-arginine. Derivatives of L-arginine, such as L-NMMA (N-mononitro-L-arginine) or L-NG-Nitroarginine methyl ester are false substrate for NO synthase, cause a significant increase in blood pressure and improve hemodynamic parameters in them. The results of many clinical trials indicate the possibility of using this mechanism of drug action in patients with septic shock [17,18].
2. Administration of the drugs that inhibit the induction of enzyme: NO synthase, such as glucocorticoids (hydrocortyzon, Dexamethasone) [19]. Glucocorticoids inhibit the induction of both enzymes such as PGH2 synthase or phosphatase A2, the key pro-inflammatory eicosanoids for the creation and in this way have a beneficial anti-inflammatory effects [19].
3. Inhibition of NO synthase, by administration of the antagonists of folic acid formation (TH4), whose presence is essential for the activation of NO synthase. TH4 is a cofactor for NO synthase. The clinical experience reported that the inhibition of folic acid reductase, which is necessary to produce active – reduced form of folic acid, can also reduce the excessive production of endogenous NO. Such folic acid reductase inhibitor is amethopterin (methotrexate), also others compounds, such as N-acetyl-5-hydroxytryptamine, or 2,4-diamino-6-hydroxypyridine [20].
4. Biological activity of EDRF/NO due to its ability to stimulate the cytoplasmic enzyme – guanylate cyclase in the cells of the body, and especially smooth muscle cells, the platelets, the granulocytes. This leads to an increase in intracellular cyclic nucleotide – cGMP. The effect created in an excess of endogenous NO in septic shock time may also be reduced after the administration of methylene blue, which

has the ability to inhibit the enzyme guanylate cyclase, and in this way may reduce the biological effects of NO overproduction [21,22,23].

Conclusions

The knowledge of nitric oxide /NO/ biological properties in the field of its regulatory role in maintaining the homeostasis of the organism is very important for treatment of several diseases. Pharmacological ability to regulate the biosynthesis of endogenous NO and in consequence NO level in cells in various stages are useful for the treatment of a lot of pathological conditions of deficiency of endogenous NO or excess NO production. Understanding the role of nitric oxide /NO/ in many pathological conditions, in which it is stated the lack or too intensive its generation, can define new ways, a selective and effective possibility for the treatment of many diseases, mainly of the cardiovascular system pathological processes, treatment of septic shock and other diseases connected with under or overproduction of endogenous NO. New strategy for the treatment of septic shock is associated with the knowledge of the mechanisms responsible for the overproduction of endogenous NO. Directions in pharmacological treatment of septic shock should include, in addition to the classical antibiotic therapy with primarily supportive care medications, which can effectively inhibit the excess production of endogenous NO. Possibility of regulation the biosynthesis of endogenous NO and in consequence changing of NO level in cells in various pathological conditions are important for the treatment of a lot of pathological situations connected very often not only with deficiency of endogenous NO but also with excess of NO overproduction in septic shock.

References

- [1] Furchgott, R.F., Zawadzki, J.V.: The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine. *Nature* 1980; Nov 27; 288(5789): 373-376.
- [2] Gryglewski, R.J., Chłopicki, S., Swies, J., Niezabitowski, P.: Prostacyclin, nitric oxide, and atherosclerosis. *Ann NY Acad Sci* 1995; 748:194;
- [3] Radomski, M.W., Palmer, R.M.J., Moncada, S.: Comparative pharmacology of endothelium-derived relaxing factor, nitric oxide, and prostacyclin in platelets. *Br J Pharmacol* 1987; 92:181, 1987;
- [4] Levine, A.B., Punihaole, D., Levine, T.B. Characterization of the role of nitric oxide and its clinical applications. *Cardiology* 2012;122(1): 55-68;
- [5] McGorisk, G.M., Treasure, C.B.: Endothelial dysfunction in coronary heart disease. *Curr Opin Cardiol* 1996; 11:341;
- [6] Symeonides, S., Balk, R.A. Nitric oxide in the pathogenesis of sepsis. *Infect Dis Clin North Am.* 1999 Jun;13(2): 449-463;
- [7] Cobb, J.P. Use of nitric oxide synthase inhibitors to treat septic shock: the light has changed from yellow to red. *Crit Care Med.* 1999 May;27(5): 855-856;
- [8] Mikata, C. Septic shock and NO. *Nihon Rinsho* 2004 Sep;62 Suppl 9: 540-543;

- [9] Korbut, R., Warner, T.D., Gryglewski, R.J., Vane, J.R. The effect of nitric oxide synthase inhibition on the plasma fibrinolytic system in septic shock in rats. *Br J Pharmacol.* 1994; May;112(1): 289-291;
- [10] Boulos, M., Astiz, M.E., Barua, R.S., Osman, M. Impaired mitochondrial function induced by serum from septic shock patients is attenuated by inhibition of nitric oxide synthase and poly(ADP-ribose) synthase. *Crit Care Med.* 2003 Feb;31(2): 353-358;
- [11] Santos, S.S., Brunialti, M.K., Rigato, O., Machado, F.R., Silva, E., Salomao, R. Generation of nitric oxide and reactive oxygen species by neutrophils and monocytes from septic patients and association with outcomes. *Shock.* 2012 Jul;38(1): 18-23;
- [12] Segel, G.B., Halterman, M.W., Lichtman, M.A. The paradox of the neutrophil's role in tissue injury. *J Leukoc Biol.* 2011 Mar; 89(3): 359-372;
- [13] Kubes, P., Suzuki, M., Granger, D.N. Nitric oxide: An endogenous modulator of leukocyte adhesion. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991; 88: 4651;
- [14] Wang, L., Taneja, R., Razavi, H.M., Law, C., Gillis, C., Mehta, S. Specific role of neutrophil inducible nitric oxide synthase in murine sepsis-induced lung injury in vivo. *Shock.* 2012 May;37(5): 539-554;
- [15] Broccard, A., Humi, J.M., Eckert, P., Liaudet, L., Schaller, M.D., Lazor, R., Perret, C., Feihl, F. Tissue oxygenation and hemodynamic response to NO synthase inhibition in septic shock. *Shock.* 2000 Jul;14(1): 35-40;
- [16] Møller, K., Skinhøj, P. Nitric-oxide synthase inhibitor treatment in septic shock. *Ugeskr Laeger* 2004 Mar 8;166(11): 1028-1029;
- [17] Avontuur, J.A., Tutein Nolthenius, R.P., Buijk, S.L., Kanhai, K.J., Bruining, H.A. Effect of L-NAME, an inhibitor of nitric oxide synthesis, on cardiopulmonary function in human septic shock. *Chest* 1998 Jun;113(6): 1640-1646;
- [18] Watson, D., Grover, R., Anzueto, A., Lorente, J., Smithies, M., Bellomo, R., Guntupalli, K., Grossman, S., Donaldson, J., Le Gall, J.R. Glaxo Wellcome International Septic Shock Study Group. Cardiovascular effects of the nitric oxide synthase inhibitor NG-methyl-L-arginine hydrochloride (546C88) in patients with septic shock: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study (study no. 144-002). *Crit Care Med.* 2004 Jan;32(1): 13-20;
- [19] Bouazza, Y., Sennoun, N., Strub, C., Regnault, V., Gibot, S., Meziani, F., Lacolley, P., Levy, B. Comparative effects of recombinant human activated protein C and dexamethasone in experimental septic shock. *Intensive Care Med.* 2011 Nov;37(11): 1857-1864;
- [20] Xu, C., Yi, C., Wang, H., Bruce, I.C., Xia, Q. Mitochondrial nitric oxide synthase participates in septic shock myocardial depression by nitric oxide overproduction and mitochondrial permeability transition pore opening. *Shock.* 2012 Jan;37(1): 110-115;
- [21] Marczin, N., Tekeres, M., Salzman, A.L., Szabó, C. Methylene blue infusion in septic shock. *Crit Care Med.* 1995 Nov;23(11): 1936-1938;

- [22] Kwok, E.S., Howes, D. Use of methylene blue in sepsis: a systematic review. J Intensive Care Med. 2006 Nov-Dec;21(6): 359-363;
- [23] Heemskerk, S., van Haren, F.M., Foudraine, N.A., Peters, W.H., van der Hoeven, J.G., Russel, F.G., Masereeuw, R., Pickkers, P. Short-term beneficial effects of methylene blue on kidney damage in septic shock patients. Intensive Care Med. 2008 Feb;34(2): 350-354.

Contact

Dr. Jan Antoni Rutowski, Ph.D. (in Pharmacology)
e-mail address: rutowski@mp.pl

Potřeby nemocných v konečném stadiu života

Petra Vršecká

Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tento článek se zabývá otázkou potřeb pacientů v terminálním stadiu. Je zde nastíněn problém umírání a smrti a jsou charakterizovány základní potřeby pacientů v terminálním stadiu ať již biologické, psychologické, sociální, nebo spirituální. Potřeby pacientů jsou charakterizovány s přihlédnutím na kvalitu života umírajících. Pokládá se důraz na uspokojení těchto potřeb a respektování lidské důstojnosti až do konce lidského bytí.

V závěru upozorňuje na roli sestry při zachování lidské důstojnosti u pacientů v terminálním stadiu.

Klíčová slova

Důstojnost, terminální stadium, potřeby umírajících, paliativní péče

Úvod

Hovoříme-li o umírání, máme na mysli několik závěrečných dní či hodin života. Umírání je přirozená součást lidské existence. „Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti.“ (Haškovcová, 2000, s. 23).

Každý člověk prožívá konečnou část vlastního života se všemi jeho tělesnými, duchovními, sociálními, i kulturními hledisky naprosto individuálně. Každý člověk má právo, aby závěr jeho života byl ukončen v klidu, bez bolesti, důstojně a zahrnut potřebnou péčí.

Je to období rekapitulace, hledání smyslu života, touhy po odpuštění a smíru. Smrt je často tématem, o kterém se příliš nemluví. V naší společnosti je hodně tabuizované. Lidé na ni příliš nemyslí, protože se rozvíjí uctívání mládí, zdraví a úspěchu.

„Fenomén tabuizované smrti je v našem století, zejména pak v době po druhé světové válce, obecným jevem, který má přímý vztah k samozřejmosti života.“ (Haškovcová, 2000, s. 22).

Ještě donedávna lidé většinou umírali doma. Dnes je situace diametrálně odlišná. To, že rodina utíká od umírajícího, děti nechodí na rozloučení blízkých je projevem, že toužíme smrt vytěsnit ze svého života.

Poslední dny života člověka nemusejí být naplněny nesnesitelným tělesným nebo psychickým utrpením. Paliativní péče dnes dokáže řešit mnoho obtíží spojených s umíráním.

Smyslem ošetrovatelské péče o nemocné v terminálním stadiu je především zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování klientovy důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým.

Terminální stav je v lékařské terminologii synonymem pojmu umírání. Terminální stav je definován jako „postupné a nevratné selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj.– smrt (Haškovcová, 2002, s. 204). Tento stav bývá časově ohraničený po dobu několika hodin, dní či týdnů. Jedná se o samotný proces umírání. Závěr lidského života bývá vždy zcela individuální. Jinými slovy řečeno, každý člověk umírá jinou smrtí. Terminální stadium nemoci je proces, který je odborníky rozdělován na tři časově nestejná, ale výrazná období – Pre finem, In finem, Post finem (Haškovcová, 2002, s. 205).

Kvalita života

Kvalita života je v současnosti často zmiňovaným pojmem, ať již v souvislosti s ekonomickým rozvojem, lékařstvím, sociologickými nebo psychologickými studiemi.

„Pro zajištění kvality života je nutné dobře rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným člověkem a adekvátně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že pacientovi k prožívání kvalitního života stačí, pokud je bez bolesti a dalších tělesných symptomů.“ (Marková, 2010, s. 38).

Při posuzování kvality života je důležité si uvědomit vývoj, změny, které se udály v místě a čase a společenské spojitosti. Významnou roli v chápání kvality života hraje náboženství a víra.

Role sestry při zachování lidské důstojnosti u pacientů v terminálním stadiu

Prožívání umírání a smrt je jedním z nejemotivnějších zážitků v lidském životě. Mnozí z nás si připomínají neustálý koloběh vzniku a zániku svého života. Pokrok medicíny, díky jemuž dnes můžeme vyléčit hodně dříve nevyléčitelných onemocnění, zlepšení resuscitační péče a léčebných procesů stále posouvají hranici smrti. Pro zdravotníky je zpočátku velmi obtížné vyrovnat se se smrtí člověka, o kterého se po dobu jeho hospitalizace starali.

V posledních fázích života pacienta již nejde ani tak o léčení samotné, jako o pokrytí potřeb pacienta a zachování jeho důstojnosti. Úkol zachovávat a chránit důstojnost nevyléčitelně nemocného, nebo umírajícího člověka je samozřejmostí, která člověku náleží ve všech fázích života, ale v posledním stadiu tento úkol nabývá na důležitosti.

„Pro většinu lidí neexistuje větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svoji důstojnost. Umírající člověk se nemusí umět sám obléknout a najíst či vyprázdnit. Může být naprosto závislý a odkázaný na každodenní péči svých blízkých, nebo dokonce cizích lidí. Když už člověk nedokáže plnit své role, může zcela zaniknout pocit vlastní ceny.“ (Dvořáčková, 2012, s. 36).

Dalším důležitým bodem je poskytování vhodné paliativní péče. K tomu, abychom mohli poskytovat kvalitní a správnou paliativní léčbu je třeba určitých znalostí a dovedností v této oblasti. Vzdělávání a výchova v paliativní péči se týká nejen zdravotníků na různých úrovních, ale i laické veřejnosti. Pro zlepšení stavu je třeba systematicky a koncepčně pracovat na tom, aby paliativní péče byla dostupná všem, kteří ji potřebují, zlepšovat vzdělávání lékařů, sester i pomocného personálu v paliativní medicíně, edukovat společnost o principech paliativní péče, podporovat a vytvořit podmínky pro rozvoj domácí paliativní péče.

Potřeby pacienta v terminálním stadiu života

Pacienti v terminálním stadiu života mají jistě své rozdílné potřeby, ale také potřeby, které jsou společné všem.

Marie Svatošová definuje tyto základní potřeby jako potřeby:

- Biologické
- Psychologické
- Sociální
- Spirituální

(Svatošová, 2012, s. 21).

Potřeby biologické

Jsou to fakticky jakékoli potřeby nemocného člověka, co se tělesné stránky týče. Nemocný potřebuje spánek, odpočinek, přijímání potravy, vylučování, hygienu, a pokud trpí bolestí, pak je třeba učinit vše pro to, aby jí netrpěl. Tyto potřeby jsou u každého jedince jiné. Měli bychom sami posoudit, které potřeby si je pacient schopen zabezpečit sám a při kterých mu musíme být nápomocni. Vše se odvíjí od pacientova bezprostředního zdravotního a psychického stavu. Tyto biologické potřeby jsou zdravotnickými pracovníky zpravidla zvládnuty. Patrně proto se laická veřejnost domnívá, že nejlépe bude o umírajícího postaráno ve zdravotnickém zařízení. Je to však omyl, protože pro nemocného je i zabezpečení ostatních potřeb velmi důležité.

Potřeby psychické

Tyto potřeby pomáhají umírajícímu zabezpečit klid a vyrovnání se s nastalou životní situací. V tomto, pro pacienta velmi těžkém období, jsou velmi podstatné, nebo je možná jejich potřeba ještě vyšší. Právě teď potřebuje lásku, uznání, mít pocit sounáležitosti, bezpečí, mít možnost se svěřit se svými pocity úzkosti, které mohou být různého původu. Je-li plnění potřeb dostatečně uspokojeno, přichází úleva a duševní klid. Nemocný potřebuje, abychom s ním komunikovali, a to nejen verbálně, ale i neverbálně. „Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním.“ (Svatošová, 2012, s. 22).

Potřeby sociální

Umírající lidé potřebují také sociální kontakty, protože člověk je od nepaměti bytost společenská. Od svého narození až po stáří žije v blízkosti druhých lidí, rodičů, přátel, známých. Potřebuje se s nimi dělit o svoje radosti i starosti.

Jednou z nejhorších věcí, které mohou člověka potkat je nechtěná samota, vykázaní z lidské společnosti. Proto je s umírajícím potřeba navázat kontakt, mluvit s ním, udělat si čas jím naslouchat, komunikovat s nimi. Důležitá je existence komunikace. Je velmi důležité, umírá-li nemocný ve zdravotnickém zařízení, umožnit mu sociální kontakty, a to nejen s rodinou, ale i s jeho blízkými.

Potřeby spirituální

Ještě v nedávných dobách byly tyto potřeby často ignorovány. Nyní znovu nabývají na důležitosti a vážnosti. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život tady měl nějaký smysl a nejedná se pouze o lidi věřící, ale i ty, kteří v Boha nevěří. „Spiritualita jednotlivce se vyvíjí v souvislosti s danými historickými podmínkami a na základě působení sociálně-kulturního prostředí jednotlivce.“ (Kopáčiková, Cetlová, Stančíak, 2012, s. 224).

Duchovní péče u pacientů v terminálním stadiu

Duchovní péčí rozumíme uspokojování spirituálních potřeb umírajícího. Závažný problém může nastat tehdy, když zdravotníci tyto potřeby propojují pouze s věřícími nemocnými. Často jsme svědky situace, kdy nevěřící jedinec, pod tíhou nevyléčitelné nemoci, hledal pomoc právě ve víře v Boha. V době, kdy jedinec umírá, touží po odpuštění a rekapituluje svůj život.

Vzhledem k současným potřebám umírajících je nezbytné zdůraznit potřebu duchovní péče. Morální povinností zdravotníka je vyhovět žádosti a přivolat příslušného duchovního. „Duchovní (pastýřská) péče je určitý druh přístupu člověka k člověku, který pramení z evangelia a je jím inspirován“ (Křivohlavý, 1995, s. 49).

Řada zdravotnických zařízení spolupracuje s duchovními, kteří na žádost ošetřujícího personálu navštěvují umírajícího. V některých z těchto institucí můžeme najít kaple a modlitebny. Pokud chce sestra zavolat duchovního, nalezne kontakt většinou na informačních letáčích daného oddělení nebo v telefonním seznamu příslušné nemocnice.

Naděje

Pojem naděje se nedá jednoznačně definovat. Naděje, ač si to neuvědomujeme, nás provází celý život. Provází nás v osobním životě v podobě radosti, úspěchu, lásky a porozumění s blízkými. Je potřebná při každé ztrátě něčeho, nebo někoho v našem životě.

„Kategorie naděje je odvozena z kategorie možností. Možnosti mohou být reálné, či nereálné, blízké, či vzdálené. V naději hraje ústřední roli očekávaná pravděpodobnost, s jakou jsou možnosti reálné.“ (Haškovcová, 2000, s. 72).

Povzbuzovat naději u nevyléčitelně nemocných je nesmírně důležité, protože pokud ztrácí naději, nemají vlastně nic. Je mnoho okolností, které naději ovlivňují a snad to nejdůležitější je, že člověk, který umírá, by měl dožít klidně a důstojně.

Posilovat naději v nemocném člověku neznamená, že mu musíme lhát. Lživou naději se dříve nebo později připravíme o důvěru pacienta a potom ho možná připravíme o poslední naději.

Závěr

Na sklonku života člověk bilancuje, přemýšlí o minulosti, hodnotí svůj život a srovnává jej více než kdykoliv předtím. Prožívá pocity kladné i záporné. K pozitivním citům můžeme přiřadit např. radost, vděčnost a lásku, k těm negativním třeba úzkost, strach, pocity viny nebo zlost.

Na nás zdravotníků je poskytnout umírajícímu uspokojování jeho potřeb a tím mu ulehčit „cestu na druhý břeh.“

Literatura

- [1] KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L., STANČIAK, J. 2012. Ošetrovatelský proces a potřeby pacientů/klientů. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2012. 260 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
- [2] DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
- [3] GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-802-4736-259.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. Lékařská etika. 3. rozšířené. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 191s. ISBN 80-7262-034-7.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. 1995. Poslední úsek cesty. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 p. ISBN 80-854-9543-0.
- [7] MARKOVÁ, M. 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- [8] SVATOŠOVÁ, M. 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-802-4741-079.

The Needs of Patients in the Final Stage of Life

Abstract

This article examines the needs of patients in the terminal stage. It describes the problem of dying and death and is characterized by the basic needs of patients in the terminal stage whether biological, psychological, social or spiritual. The needs of patients are characterized with regard to the quality of life of the dying. It emphasizes the needs and respecting human dignity until the end of human existence.

In conclusion it highlights the role of nurses in the preservation of human dignity for patients in the terminal stage.

Key words

Dignity, terminal stage, needs of the dying, palliative care

Kontaktní údaje

Mgr. Petra Vršecká
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16
586 01 Jihlava
tel.: 776 888 198
e-mail: petra.vrsecka@vspj.cz

Kvalita života u pacientov s chronickou bolesťou

Lenka Gajdošová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Súhrn

Východiská: Cieľom prieskumu bolo zistiť a zhodnotiť ako ovplyvňuje chronická bolesť vybrané parametre kvality života u pacientov s chronickou bolesťou.

Súbor a metódy: Do prieskumu bolo zaradených 65 respondentov s chronickou nádorovou bolesťou, liečených v algeziologických ambulanciách. Výber respondentov bol zámerný. Kritériom výberu boli pacienti s chronickou nádorovou bolesťou. Na základe obsahovej analýzy dostupnej odbornej literatúry a našich praktických skúseností sme vytvorili dotazník, ktorý sme použili ako metódu zberu informácií.

Výsledky: Výsledky prieskumu poukazujú, že kvalitu života u pacientov s chronickou bolesťou výrazne ovplyvňuje neadekvátne komunikácia, nedostatočná psychická podpora podporných osôb a sociálna izolácia respondentov.

Záver a odporúčania: Navrhujeme aktívne zapájať do procesu starostlivosti o pacienta s chronickou bolesťou rodinných príslušníkov, rešpektovať rozhodnutie pacienta, byť dôveryhodnou osobou a autoritou pre pacienta i rodinu, vytvárať podporné systémy pre rodiny a pacientov s chronickou bolesťou, viesť dôkladné záznamy o pocitoch a subjektívnych ťažkostiach pacienta, psychickom stave a pravidelne ich vyhodnocovať.

Kľúčové slová

Bolesť, ošetrovateľská starostlivosť, kvalita života.

Úvod

Bolesť je stará ako ľudstvo samo. Intervencia bolesti je životnou skúsenosťou každého z nás a sprevádza nás i v priebehu života. Je súčasťou akútnych, či chronických patologických procesov, ktoré nás väčšinou privádzajú k lekárovi. Bolesť sa narastajúcou intenzitou stáva prioritou a zasahuje do plnohodnotného života a výrazne narúša jeho kvalitu.

Chronická bolesť je komplikovaný problém. Optimálna liečba a efektívna ošetrovateľská starostlivosť si vyžaduje komplexný prístup a tímovú spoluprácu členov

ošetrojúceho tímu s cieľom zmierniť bolesť a zvýšiť kvalitu života pacientom s chronickou bolesťou (3).

Bolesť a kvalita života

Bolesť je komplikovanou skúsenosťou človeka. Bolesť cíti, alebo vníma len ten, kto ňou trpí a môže ju ovplyvňovať mnoho vonkajších i vnútorných faktorov. Je tiesňovým stavom až šokujúcim momentom a aktivátorom mediátorových kaskád s rozsiahlymi zmenami orgánov, či orgánových systémov. Chráni človeka, preto sa považuje za základný význam pre jeho prežitie.

Najčastejšie používaná definícia bolesti je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie: „*Bolesť je nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá sa vzťahuje k aktuálnej alebo potenciálnej poruche tkanív, alebo je to skutočnosť popísaná v termínoch takéhoto poškodenia. Bolesť je vždy subjektívna*“ (2).

Bolesť je predmetom intenzívnej pozornosti už od druhej polovice minulého storočia. Názor, že bolesť môže byť viac ako príznak, nie je ničím novým. Dôležitý je rozdiel medzi akútnou a chronickou bolesťou. Akútnu bolesť považujeme za symptóm podmienený základným ochorením. Chronickú bolesť, ktorá sa prejavuje zmenou odpovede organizmu na trvajúci podnet, považujeme za určitý druh adaptácie organizmu človeka, čo sa vyznačuje zmenou správania sa jednotlivca (4).

U pacientov s chronickou bolesťou dochádza k zníženiu kvality života nedostatočne zvládnutými symptómami, narušením fyzického, psycho-sociálneho a kultúrneho fungovania. Bolesť je vysoko prevalentným syndrómom so závažným dopadom na pacienta i na jeho rodinu. Početné štúdie uvádzajú, že u viac ako 90% pacientov s chronickou bolesťou je nevyhnutné dosiahnuť primeranú úľavu a zlepšiť kvalitu ich života (6).

Ošetrovateľská starostlivosť u pacientov s chronickou bolesťou je náročná a prísne individuálna. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zmierniť utrpenie, zvýšiť kvalitu života a obnoviť ich funkčnú zdatnosť. Dôležitým aspektom je multidisciplinárny prístup, súčasné používanie farmakologických i nefarmakologických postupov.

Úlohou sestry u pacienta s chronickou bolesťou je systematické, kontinuálne posudzovanie bolesti, akceptovanie skúseností pacienta a jeho reakcií na bolesť, monitorovanie potreby aplikácie analgetík, sledovanie a zaznamenávanie ich žiaducich a nežiaducich účinkov, identifikácia plánu preventívnych opatrení proti bolesti.

K základným a nevyhnutným ošetrovateľským intervenciám efektívneho zvládania chronickej bolesti patrí:

- monitorovať subjektívne pocity pacienta k prežívaniu chronickej bolesti,
- nabádať pacienta k verbalizácii svojich vnútorných pocitov,
- počúvať pacienta so záujmom, úctou a rešpektom,
- komunikovať s pacientom jasne, trpezlivo a zrozumiteľne,
- eliminovať rušivé vplyvy vonkajšieho prostredia,
- podporovať pacienta v aktivitách, ktoré odpútavajú pozornosť od bolesti,
- uistiť pacienta, že je v bezpečí,
- získať, upevňovať a rozvíjať jeho dôveru k spolupráci.

Podľa medzinárodného etického kódexu je zodpovednosť sestry sústredená do oblasti podpory zdravia, ochrany pred ochorením, prinavráteniu zdravia a uľahčovaniu utrpenia. Pacient má prioritné právo vo všetkých situáciách na poskytovanie kvalitnej starostlivosti, ktorá je základnou požiadavkou súčasného ošetrovateľstva.

Ciele prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zistiť a zhodnotiť ako ovplyvňuje chronická bolesť vybrané parametre kvality života u pacientov s chronickou bolesťou. V úvode prieskumu sme si položili nasledovné prieskumné otázky:

- Do akej miery sú pacienti informovaní o svojom zdravotnom stave?
- Do akej miery sú pacienti odkázaní na pomoc podporných osôb?
- Sú pacienti spokojní s manažmentom bolesti (so spôsobom zmierňovania bolesti a efektom starostlivosti a liečby)?
- Má chronická nádorová bolesť vplyv na kvalitu života u pacienta?

Súbor a metódy

Do prieskumu bolo zaradených 65 respondentov s chronickou nádorovou bolesťou, liečených v algéziologických ambulanciách. Výber respondentov bol zámerný, dostupný. Kritériom výberu boli pacienti s chronickou nádorovou bolesťou a ich ochota anonymne odpovedať. Prieskumnú vzorku tvorilo 37 žien a 28 mužov.

Na základe obsahovej analýzy dostupnej odbornej literatúry a našich praktických skúseností sme vytvorili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sme použili ako metódu zberu informácií. Dotazník pozostával z osemnástich otázok. V úvode dotazníka boli demografické položky, keďže bolesť je vnímaná rôznym spôsobom vzhľadom k veku a pohlaviu respondentov. Ďalšie otázky zisťovali mieru informovanosti o zdravotnom stave respondentov vzhľadom k dĺžke ochorenia, charaktere bolesti, faktorom vyvolávajúcim a potláčajúcim bolesť, záujmu a pomoci podporných osôb. Záver dotazníka bol zameraný na manažment chronickej bolesti, kde sme zisťovali, aký spôsob liečby respondenti využívajú, čo im vyhovuje a ako vplýva chronická bolesť na kvalitu ich života.

Výsledky a diskusia

Prieskumu sa zúčastnilo 65 respondentov, 43 % mužov a 57 % žien. Najpočetnejšiu skupinu 41,5 %, tvorili respondenti vo veku od 51–60 rokov s priemerným vekom 55,5 rokov. 97 % tvorili respondenti liečení ambulantnou formou, z toho 35 žien a 28 mužov. Ústavnú formu starostlivosti využívalo len 3 % respondentov.

Prvým cieľom bolo zistiť, mieru informovanosti o zdravotnom stave respondentov. Na základe odpovedí respondentov sme zistili, že 92 % respondentov malo vysokú alebo skôr vysokú mieru informácií o svojom zdravotnom stave a prognóze ochorenia od lekára. Väčšinou starší pacienti sú ochotní zveriť sa do rúk sestry a lekára, z dôvodu očakávania podpory a adekvátnej starostlivosti. Kritériom nezájmu o informácie o aktuálnom zdravotnom stave bol strach, úzkosť a beznádej z prognózy a dôsledkov

ochorenia. Riešenie tohto problému vidíme v efektívnej komunikácii a adekvátnej dostupnosti informačných materiálov a letákov v algeziologických ambulanciách, kde sa pohybuje najviac pacientov trpiacich chronickou nádorovou bolesťou. Nevyhnutnosťou je aj empatický prístup multidisciplinárneho tímu s primeranou dávkou psychologической podpory, kde pacientov edukujeme, že spolupráca a záujem sú základným kritériom efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti a liečby chronickej bolesti.

V druhej prieskumnej otázke nás zaujímalo, do akej miery sú pacienti odkázaní na pomoc podporných osôb. Na základe výsledkov sme zistili, že pomoc podporných osôb uvádza 12,3 % respondentov, pričom 69,2 % respondentov pomoc podporných osôb nepotrebuje a 18,5 % respondentov potrebuje pomoc čiastočne. Podľa nášho názoru pomoc podporných osôb je nevyhnutná v špecifických prípadoch u pacientov s chronickou nádorovou bolesťou a to najmä v podpore psychických funkcií.

Vychádzajúc z prieskumných otázok sme mapovali účinok ošetrovateľskej starostlivosti a vplyv liečby na kvalitu života u pacientov s chronickým nádorovým ochorením. Overili sme, že individuálna ošetrovateľská starostlivosť a adekvátna liečba majú efektívny vplyv na zdravotný stav pacienta. Z celkového počtu respondentov len 3 % uviedlo, že liečba má negatívny vplyv vzhľadom k ich celkovému zdravotnému stavu. Z negatívnych vplyvov dominuje únava a ťažkosť tráviaceho systému. 97 % pacientov je spokojných s liečbou chronickej nádorovej bolesti. Zistili sme, že respondenti boli adekvátne informovaní o žiaducich a nežiaducich účinkoch opiátov a každú zmenu v zdravotnom stave hlásili lekárovi, ktorý im zabezpečil inú alternatívu liečby. U troch respondentov bola farmakologická liečba podporovaná homeopatiou, z dôvodu pozitívneho vplyvu na ich zdravotný stav. Z odpovedí respondentov vyplýva, že stupeň ošetrovateľskej starostlivosti pokladajú v rozmedzí od výbornej po dobrú.

Do akej miery ovplyvňuje bolesť kvalitu života u pacientov s chronickou bolesťou? Výsledky prieskumu poukázali na negatívny postoj pacientov ku kvalite svojho života. Toto zistenie sa potvrdilo vyhodnotením otázok, kde mali oslovení respondenti uviesť, ako bolesť ovplyvňuje ich náladu a či bolesť ich ovplyvňuje v bežných činnostiach, kde mali možnosť sa vyjadriť v 2 škálach – Barthelov test aktivít denného života a tiež v teste denných inštrumentálnych činností. Výsledky sú zaujímavé, 23 % pacientov uviedlo únavu a slabosť spôsobenú bolesťou. 3 % pacientov uviedlo, že bolesť u nich čiastočne vyvoláva aj smútok a strach ba dokonca viac ako 54 % pacientov uviedlo kombináciu viacerých možností až sociálnu izoláciu. Až 74 % pacientov vníma čiastočne zmeny nálad spôsobené bolesťou a 23 % pacientov pociťuje výrazné obmedzenie pri realizácii bežných denných činností.

Prekvapil nás výsledok, kde viac ako 75 % pacientov prišlo o zamestnanie v dôsledku zmeny zdravotného stavu. Ak dosiahneme u pacientov zmenu celkového pohľadu na svoje ochorenie ovplyvnené chronickou bolesťou, ak ich získame pre spoluprácu s personálom a rodinou, sociálnu integráciu, môžeme hovoriť o úspechu.

Kvalita života je pojem subjektívny a relatívny, pre každého znamená niečo iné. V priebehu hodnotenia úrovne kvality života sa preto prirodzene a logicky mení významnosť jednotlivých súčastí hodnotenia kvality života. Pacienti trpiaci chronickou

nádorovou bolesťou majú mnoho problémov v rôznych oblastiach, a to hlavne v psychickej oblasti. Každý človek vníma bolesť rôzne. Preto je nevyhnutné, aby sme bolesť posudzovali individuálne a povzbudzovali pacienta.

Záver

Uvedomujeme si, že bolesť je najhorším údelom pre človeka. A to nielen fyzická, ale najmä psychická. W. H. Striebel povedal: „*Všetci můžeme být ospravedlnění za to, že nemůžeme pacienta vyléčit, ale nie za to, že sme sa nepokúsili zmierniť jeho utrpenie a bolesť*“, sme však naozaj bezmocní, ak riešime chronickú, a to zvlášť nádorovú bolesť.

Ak bolesť ovládne celého človeka, ovládne aj jeho myseľ a dušu. I keď liečba chronickej bolesti je zložitý fenomén, starostlivosť o pacienta zahŕňa individuálny prístup, dodržiavanie etického kódexu, rešpektovanie práv pacienta, empatický prístup, psychickú podporu, primeranú komunikáciu, prejav úzkosti a trpezlivosti (5).

Z našich skúsenosti a výsledkov prieskumu odporúčame sestрам:

- zamerať sa na individuálny prístup k pacientom, aby pacient strávil každý deň na vrchole svojich reálnych možností,
- viesť dôkladné záznamy posudzovania o pocitoch a subjektívnych ťažkostiach pacienta, psychickom stave a pravidelne ich vyhodnocovať, rešpektovať rozhodnutia pacienta,
- odporúčame podporné osoby (rodinných príslušníkov a blízkych) aktívne zapájať do procesu starostlivosti o pacienta s chronickou bolesťou,
- byť dôveryhodnou osobou a autoritou pre pacienta i rodinu,
- vytvárať podporné systémy pre rodiny pacientov s chronickou bolesťou.

Literatúra

- [1] DUŠOVÁ, B. 2008. *Chronická bolesť*. In: Zdravotníctvo a sociálna práca, 2008, roč. 3, č. 3-4. 22-25s. ISSN 1336-9326.
- [2] KULICHOVÁ, M. 2008. *Bolesť*. In: Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2008, roč. 1, č. 3, s. 109-111. Dostupné na internete: <www.solen.sk>.
- [3] MASÁR, O. 2000. *Liečba bolesti pri malígnych ochoreniach*. In.: Farmaceutický obzor, roč. 69, 2000, č.12, s. 320. ISSN 0014-8172.
- [4] MUSILOVÁ, E., PADYŠÁKOVÁ, H. 2012. Manažment bolesti a opuchu. In: II. mezinárodní konference Jihlavské dny 2012 " Ošetrovateľská péče a porodní asistence v praxi", Jihlava, ČR, 19. 4. 2012 [Sborník]. - Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. - ISBN 978-80-87035-52-8. - s. 660-666.
- [5] RAUDENSKÁ, J. 2004. *Psychosomatická medicína a chronická bolesť*. In.: BOLEST, roč.7, 2004, č.4, s. 210-213. ISSN 1212-0634.

The Quality of Life in Patients with Chronic Pain

Summary

Background article: *The aim of the survey was to identify and assess how chronic pain affects the selected parameters of quality of life in patients with chronic pain.*

Ensemble and methods: *The investigation included 65 respondents with chronic cancer pain treated in outpatient algesiological. Selection of respondents was intentional. The selection criterion, patients with chronic cancer pain. Based on content analysis of available literature and our own experience, we created a questionnaire, which was used as a method of gathering information.*

Results: *The survey results show that the quality of life in patients with chronic pain significantly affects the inadequate communication, lack of psychological support supporting individuals and social isolation respondents.*

Close and recommendations for practice: *We propose an active part in the process of care for patients with chronic pain family members respect the decision of the patient, be a trustworthy person and authority for the patient and family, develop support systems for families and patients with chronic pain, keep careful records of the feelings and subjective difficulty of the patient, mental condition and regularly evaluate.*

Key words

Pain, nursing care, quality of life

Kontaktné údaje

Mgr. Lenka Gajdošová
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita
Limbová 12
833 03 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: lenkagaj@gmail.com

Eutanázia – stále aktuálnejší problém v súčasnej spoločnosti

Michal Fritzmann

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Bratislava, Ústav sv. Cyrila a Metoda Partizánske

Abstrakt

Otázka a problém eutanázie sprevádza ľudstvo počas celej jeho histórie. Napriek tomu práve v poslednom období silnejú tendencie ľudí domáhajúcich sa práva na eutanáziu. Napomáha k tomu legalizácia eutanázie v niektorých krajinách napr. v Holandsku a hlavne liberalizácia spoločnosti s mentalitou konzumného materializmu, utilitarizmu i hedonizmu. Choroba i smrť patria čoraz menej do životného scenára našich ľudí, ktorí sa potom nevedia vyrovnat' s týmito úlohami. Únikovou cestou je potom suicídium a eutanázia. Práve utrpenie, choroba, či uvedomovanie si vlastnej smrteľnosti prinášajú človeku nové životné skúsenosti, novú hodnotovú orientáciu i perspektívu.

Kľúčové slová

Eutanázia, milosrdná injekcia, resuscitácia, Lazarov syndróm, legalizácia

Úvod

Etymologický význam slova eutanázia (*eu* – dobrá, *thanatos* – smrť, boh smrti) znamená dobrú smrť. Smrť spontánnu, prirodzenú, fyziologickú. Počas dlhého obdobia ľudských dejín sa postupne vyvinul ideál „spoluumierania“ – zavŕšenia života v rodine, v kruhu svojich najbližších milovaných i milujúcich. V období Antiky eutanázia znamenala pokojné umieranie a dobrú smrť ako zavŕšenie cnostného života. Bol to vysoko postavený ideál vtedajších mudrcov, ktorí mu podriadili celý svoj život. Najlepšia príprava na dobrú smrť je príprava cnostným životom. Preto sa Sokrates nezachvel, keď mu bola podaná čaša s jedom, lebo hlas svedomia „jeho daimonion“ mu bol posvätný a hodnotou nadovšetko.

Dilema liečby a jej riziká – maximalizácia rizika v zneužití liekov a toxínov vykonaním eutanázie

Už v staroveku bola dobre známa ambivalencia lieku, z ktorého ak sa zneužije, stáva sa jed.

Preto už Hippokrates vo svojej prísaha zakotvil zákaz podania lieku v inom úmysle, ako je liečebný. A to aj vtedy sám pacient domáhal podania smrteľného prostriedku. Duchovný aspekt eutanázie ako dobrej smrti neskôr rozvinulo kresťanstvo vo forme očistenia duše ako prípravy na pokojnú smrť.

Medicínsky pokrok vytvoril na hranici života a smrti mnohé situácie, ktoré predtým neboli mysliteľné. Dobré je známy napr. apalický syndróm, kedy medicínskou technikou sa dá udržať funkcia dýchania a krvného obehu pri ireverzibilne odumretej mozgovej kôre. Proces umierania je manipulovateľný. Dá sa v niektorých prípadoch spomaliť až zastaviť, alebo naopak urýchliť úmyselným prípadne neúmyselným navodením smrti. Vznikli tým mnohé špecifické medicínske, etické, právne a deontologické problémy na hranici života a smrti.

Život i umieranie prebieha na trojjedinej úrovni somato-psycho-sociálnej. Obvykle umieranie na rovine sociálnej a psychickej začalo oveľa skôr, než sa dostavila agónia.

Vážne chorý pacient bol chorobou vytrhnutý z pracovného kolektívu a ďalších spoločenských a rodinných kontaktov, kde mal svoje postavenie i poslanie. Často sa ocitá v izolácii anonymného nemocničného prostredia, pre ktoré je vlastná mašinéria diagnosticko-terapeutických algoritmov a pacient – človek už existuje len ako prípad, diagnóza alebo choroba. Na sociálnej smrti má svoj podiel aj ľahostajnosť príbuzných, známych a spolupracovníkov, ktorí nechcú byť konfrontovaní s utrpením a umieraním, lebo nemajú tieto otázky poriešené, a preto reagujú únikom.

Človek postihnutý závažným ochorením obvykle reaguje kaskádov psychických stavov. Tieto sú do značnej miery uniformné a pacient ich individuálne dotvára pečaťou svojej osoby. Sokratovská vyrovnanosť je aj dnes vzácnosťou. Výslednou fázou psychického boja pacienta môže byť nielen zmierenie sa so situáciou, ale aj rezignácia, prípadne nezmierenie – vzbura pacienta. Všetky tieto situácie nezvládnutej bolesti (utrpenia pacienta) vo forme strachu, úzkosti, depresie, beznádeje až zúfalstva predstavujú psychickú smrť pacienta. Psychosociálne mŕtvy pacient si často nepraje žiť ani fyzicky. Túto dešperátnu situáciu sa môže snažiť riešiť inadekvátne únikom vo forme suicídia alebo eutanázie.

Eutanázia aktívna alebo priama vo forme aktívneho usmrtenia pacienta pod zámienkou bezcennosti života umierajúceho alebo skrátenia múk umierania, je mimo diskusie lekárskej etiky, morálky i práva. V tejto podobe napĺňa skutkovú podstatu trestného činu úmyselného usmrtenia človeka – vraždy. Neobstojí ani alibi súhlasu, prípadne požiadania samotného pacienta o eutanáziu. Náš právny poriadok zaručuje občanovi rozhodovať o vlastnej integrite. Vylučuje však konanie, ktoré je nezlučiteľné so spoločensky uznávanými hodnotami, ktorými je zdravie a život občanov. Náš právny systém neuznáva právo dispozície nad vlastným životom, resp. právo na „vlastnú smrť“, ktorého sa dožadujú určití občania. V praxi sa občas stretávame so žiadosťou o „milosrdnú injekciu alebo pilulku“. Určite tieto žiadosti by boli častejšie, keby táto zvrátená možnosť bola reálna. Som však toho názoru, že väčšina týchto žiadostí o „milosrdnú injekciu“ má demonštratívny podtón. Vychádzam pritom z analógie, že pacient, ktorý chce spáchať suicídium, väčšinou o tom nehovorí otvorene. Tieto situácie by však mali byť pre nás varovaním, že pacient zlyháva v psychickej kompenzácii a vyžaduje si väčšiu starostlivosť.

Eutanázia sa dá uskutočniť aj nepriamo – pasívne úmyselným odoprením – odmietnutím prospešnej liečby. Predstavuje potom liečebný postup non lege artis a je tiež trestná.

Z morálneho aspektu je rozdiel

1. či sa eutanázia deje aktívne alebo pasívne,
2. či ukončuje život druhého alebo vlastný život (suicídium),
3. či sa deje bez súhlasu alebo so súhlasom osoby, na ktorú sa vzťahuje.

Nemožno hovoriť o eutanázii tam, kde sa nepoužijú všetky aj keď dostupné liečebné postupy, ktorými by sa nedosiahlo predĺženie života, ale len predĺženie umierania. Keď už neodvratne začal proces umierania, ďalšie liečebné výkony by prakticky len nerozumne predlžovali utrpenie. Nepoužitie liečebných opatrení vo fáze ireverzibilného umierania potom neznamená zabitie, resp. postup non lege artis, ale len odstránenie umelých prekážok procesu smrti.

Farmakologická liečba je vždy ambivalentná. V terminálnom stave to platí dvojnásobne, nakoľko u týchto ťažkých pacientov nie je možné vždy presne odhadnúť riziko liečby.

U zomierajúcich pacientov vo fáze reverzibilného umierania môže niekedy dôjsť k paradoxnému skráteniu života po liečbe. Tieto situácie nemožno pokladať za eutanáziu. Podstatný je totiž úmysel lekára sledujúci pomoc pacientovi.

Taktiež nemožno hovoriť o eutanázii pri náhlych a neočakávaných smrteľných komplikáciách po diagnostických a terapeutických výkonoch (zriedkavé úmrtia po i.v. urografii, anafylaktický šok po farmaku).

Zdravotnícky pracovník, ktorý nemá poriešenú otázku smrti, sa veľmi nerád konfrontuje umieraním. Zákonite reaguje únikom. Nemôže s pacientom nadviazať pravdivý a láskavý vzťah. Tendencia o minimálny kontakt s pacientom vedie k zdecimovaniu starostlivosti. S pacientom sa zaobchádza ako so „živou mŕtvolou“, s ktorou sa iba manipuluje podľa našich potrieb. Neosobný chladný vzťah zdravotníkov prehlbuje sociálnu izoláciu a sociálnu smrť. Nie vždy je to však len nezrelosť a neochota zdravotníkov. V behu našich pracovných povinností nám často zostáva len málo času k precítenej práci, k nadviazaniu hlbokého vzťahu medzi lekárom a sestrou na jednej strane a pacientom na strane druhej. Vytvorili sme si mnohé normy pre medicínske výkony, ale zabudli sme primerane „znormovať“ výkony ducha. Vieme, že tu je variabilita najväčšia, ale napriek tomu v dostupnej literatúre som našiel len jedno jediné odporúčanie. Podľa neho ošetrojúci lekár by mal byť denne 1 hodinu v kontakte s ťažko chorým pacientom. Nie zriedka sme svedkami tzv. medicínskej smrti, kedy lekár zaklínacou formulou „už sa nedá nič robiť“, píše bodku za akoukoľvek medicínskou starostlivosťou. Opúšťa pacienta vtedy, keď ho tento najviac potrebuje! Lekár má dve neodmysliteľné povinnosti voči pacientovi. Úloha liečiteľa vyplýva z povolania lekára. Druhou nie menej dôležitou je poslanie lekára byť pacientovi oporou a sprievodcom v období umierania.

Právo zomierajúceho na pravdu a lásku: Dôvera a pravdivosť medzi lekárom a pacientom je základom pre zdarnú liečbu i pre dôstojné sprevádzanie chorého v poslednej fáze života. Veľa prác sa zaoberalo otázkou informovanosti pacienta o jeho

smrteľnej chorobe. Hoci nie je k dispozícii jednoduchý návod na túto zložitú otázku, tiež možnosť využiť jej vhodné riešenie.

Nie každý je schopný prijať pravdu o sebe a to nielen o smrteľnom ochorení. Pravda potom pôsobí ako najväčšie „násilie“. Toho, kto však je schopný pravdu prijať, aj keď je ako ťažká, pravda oslobodzuje. Ak má byť pacientovi povedaná pravda o smrteľnej chorobe, predpokladá to hlboký vzťah dôvery a najvyššiu schopnosť vcítania. Vtedy sa dialóg stáva rituálom v tajomnej komnate pravdy a lásky. Vstup do 13. komnaty však predpokladá prejsť spolu s pacientom tých predošlých 12, počnúc somatickými ťažkosťami, cez jeho psychické problémy, determinovanie výchovou, rodinou, spoločnosťou až po danosti ducha. Teda všetkým tým, čo môžeme zhrnúť pod pojem perignóza. Život v pravde neexistuje bez lásky. Pravá láska na jednej strane vyžaduje hlbokú pravdivosť, na druhej strane vie trpezlivo čakať a vycítiť, kedy je pacient pripravený, aby vnútorne prijal ďalší dúšok pravdy. Život je postupné odkrývanie pravdy a lásky a to platí najmä pre obdobie umierania.

Zresucitovaní pacienti, ktorých stav sa odborne označuje ako Lazarov syndróm, vedeli veľmi podrobne popísať všetko to, čo sa okolo nich udialo počas klinickej smrti, aj keď by lekár predpokladal, že títo pacienti nemohli vnímať zmyslami. Preto aj počas resuscitácie by sme sa mali vyvarovať akéhokoľvek konania i slova, ktoré by mohlo urážať dôstojnosť pacienta.

Záver

Život je dar. Dar ako prejav lásky. Suicídium i eutanázia znamenajú nevďak. Naša spoločnosť sa stále viac liberalizuje. V praxi dominuje konzumný materializmus. Do popredia ako vzor sa dostávajú jedinci, ktorí sú mladí, ekonomicky produktívni, profitujúci – prinášajúci zisk predovšetkým sebe. Vážne či smrteľne chorý pacient sa nie zriedka pokladá z ekonomického hľadiska za druhotriedneho občana, či dokonca za odpad, ktorý je záťažou pre štátnu kasu. V poslednom období aj u nás silnejú tendencie i snahy o právo na vlastnú smrť. Naša spoločnosť stále viac absolutizuje a glorifikuje fenomén slobody, pričom sa zabúda, že sloboda nie je svojvôľa, ale jej druhú stranu tvorí zodpovednosť. A práve tá subjektívne vnímaná absolútna sloboda, že často tým najväčším otroctvom. Jedine ten človek je slobodný, ktorý cíti a nesie zodpovednosť za svoje zdravie, svoj život, svoju budúcnosť pozemskú i metafyzickú.

Literatúra

- [1] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2.vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
- [2] HATOKOVÁ, M. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. Bratislava: Don Bosco, 2009. ISBN 978-80-8074-095-5
- [3] TADA EARECKSON, J. *Eutanázia, dilema života a smrti*. Bratislava: Lúč, 1997. ISBN 80-7114-213-1
- [4] TAUSCH, A-M. *Geschräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1981, ISBN 3 498 06471 1

Euthanasia – A Current Issue in Today's Society

Abstract

The issue of euthanasia has accompanied the humankind throughout its history. Recently there has been a growing tendency to campaign for the right to euthanasia.

The reason for this trend is partially the legalisation of euthanasia in some countries, e.g. Netherlands, and the turn from the traditional values to the society preoccupied with materialism, utilitarianism and hedonism. Illness and death takes smaller part in the lives of today's population than before, what makes it more difficult to get accustomed to it. That is the reason why suicide and euthanasia became the means of getaway from pain. However, it is the suffering, illness and awareness of our own mortality that brings us to the new life experience and helps us to better understand the moral values and the life perspective.

Key words

Euthanasia, merciful shot, resuscitation, Lazar's syndrome, legalisation

Kontaktné údaje

MUDr. Michal Fritzmann
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava , Ústav sv. Cyrila a Metoda Partizánske
Nám. SNP č. 200/14
958 01 Partizánske
e-mail: fritzmann@stonline.sk

Rizikové faktory životného štýlu

Anna Benčeková

FOaZOŠ SZU v Bratislave, SR

Abstrakt

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa v súčasnosti životný štýl stáva dominantný pri vzniku a rozvoji ochorení. Snahou zdravotníkov je motivovať ľudí k záujmu o vlastné zdravie a k angažovanosti na odstránení rizikových faktorov zo svojho života. Stratégie eliminácie rizík narušenia zdravia tvoria prioritu zdravotníkov v rámci prevencie. Sestry prostredníctvom edukácie pacientov o zdravom životnom štýle a o rizikových faktoroch ochorení, cielene vplyvajú na postoj ľudí k vlastnému zdraviu a môžu prispieť k zlepšeniu kvality života.

Kľúčové slová

Životný štýl, rizikové faktory, prevencia, edukácia

Úvod

Na civilizačné ochorenia zomiera veľa ľudí v porovnaní s vedecko-technickým pokrokom medicíny. Chorobnosť, invalidizácia a úmrtnosť postihuje čím ďalej tým mladšie vekové skupiny ľudí. Svetová zdravotnícka organizácia vytvára ciele opatrenia na ovplyvnenie uvedeného vývoja. Je vedecky potvrdené, že príčinou uvedeného nepriaznivého stavu je nezdravý životný štýl. Na prevalenciu civilizačných chorôb vplyvajú multifaktoriálne rizikové faktory životného štýlu, preto sa v primárnej prevencii presadzujú intervencie proti viacerým rizikovým faktorom súčasne.

Životný štýl

V priebehu desaťročí sa výsledkami epidemiologických štúdií dokázalo, že z veľkého počtu rizikových faktorov chronických chorôb, sú faktory životného štýlu najdôležitejšie a to pre ich patologický účinok na človeka, ale aj pre možnosti a schopnosti ich eliminovať (5).

Zdravie človeka až v 80% podiele ovplyvňuje životný štýl. Ďalších 20 % zahŕňa vplyvy ako dedičnosť a zdravotnú starostlivosť. Životný štýl výrazne ovplyvňuje životné prostredie, vzdelanie, ľudské spoločenstvo so svojimi tradíciami, hodnotový systém (3). Zásady zdravého životného štýlu si človek osvojuje postupne. V záujme zdravého telesného a duševného vývinu jedinca majú rodičia viesť svoje deti od útleho veku k osvojovaniu si zásad zdravého životného štýlu, najmä osobným príkladom.

Dominantný vplyv má aj škola. Sestry by mali účinnejšie zdravotno-výchovne pôsobiť a angažovať sa v podpore zdravého životného štýlu prostredníctvom edukácie, aktívnou účasťou na programoch podpory zdravia v komunitách.

Rizikové faktory a preventívne opatrenia

Argumentom pre identifikovanie rizikových faktorov a znižovanie až elimináciu rizík je skutočnosť, že čím viac rizikových osôb je v populácii, tým vyšší počet chorých sa dá očakávať v spoločnosti. Čím je nižší vek jednotlivca na začiatku expozície rizikovým faktorom, tým skôr sa chronické choroby prejavia a jednotlivci sú dlhšie chorí a liečení so všetkými sprievodnými znakmi (užívanie viacero druhov liekov s vedľajšími účinkami, nízka kvalita života, finančné zaťaženie...) (5). Z komplexu ovplyvniteľných rizikových faktorov ohrozujúcich zdravie, odborníci (2, 3, 4, 7, 8) najčastejšie uvádzajú:

Fajčenie – najkritickejším obdobím pre vznik návyku fajčenia je vek medzi 11. a 15. rokom. Pasívnemu fajčeniu je vystavená značná časť populácie. Uvádza sa, že fajčiar, ktorý strávi jednu hodinu v zafajčenom prostredí, vdýchne také množstvo škodlivín, ako keby vyfajčil 15 cigariet. Najviac sú pasívnemu fajčeniu vystavené deti (10).

Nikotín dokázateľne poškodzuje cievnu stenu a podporuje tak skorší nástup aterosklerózy. Fajčenie je príčinou 30 % onkologických ochorení a 20 % srdcovo-cievnych chorôb (9).

Intervencie na riešenie fajčenia sú súčasťou protitabakovej politiky Slovenskej republiky:

- Legislatívne opatrenia: Z.z. 353/3007 o ochrane a podpore zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, Z.z. 377/2004 o ochrane nefajčiarov, Z.Z. 220/1996.
- Daňové a ekonomické obmedzenia pre pestovateľov tabaku.
- Zdravotná výchova, poradne pre odvykanie od fajčenia, výchova na pracoviskách (5).

„Úrad verejného zdravotníctva SR a regionálne úrady verejného zdravotníctva v SR svojimi edukačnými aktivitami v rámci „Svetového dňa bez tabaku“ od 27. mája do 31. mája 2013 realizovali na všetkých 36 regiónoch rozličné preventívne a edukačné aktivity zamerané na odvykanie od fajčenia, napr.:

- Dni otvorených dverí“ v poradenských centrách ochrany a podpory zdravia (v poradniach zdravia).
- „Dni zdravia“ v podnikoch, firmách, obchodných centrách (prostredníctvom mobilných poradní).
- Anonymné telefonické linky poskytujúce pomoc a poradenstvo v odvykaní od fajčenia.
- Edukačné aktivity na ZŠ, SŠ a gymnáziách (prednášky, besedy, kvízy zamerané na prevenciu nikotínovej závislosti a škodlivosti fajčenia, premietanie výchovno-vzdelávacieho dokumentárneho filmu *Kým stúpa dym*, ktorý bol vyrobený v rámci projektu Fajčenie detí a dospievajúcej mládeže).
- Individuálne poradenstvo v poradniach na odvykanie od fajčenia.

- Propagácia Svetového dňa bez tabaku na web stránkach úradov, v regionálnej tlači, resp. televízii.
- Distribúcia propagačno-edukačného materiálu.

Kampaň ku Svetovému dňu bez tabaku bola zavíšená dňa 31. mája 2013 intervenčnými aktivitami na železničných a autobusových staniciach. Železničné stanice, na ktorých prebiehali edukačné aktivity: Bratislava, Brezno, Dunajská Streda, Košice, Liptovský Mikuláš, Prešov, Trenčín, Vrútky, Považská Bystrica, Spišská Nová Ves, Topoľčany, Trnava, Zvolen, Žilina, autobusové stanice: Rožňava, Stará Turá, Žiar nad Hronom. Na spomínaných staniciach bola realizovaná nasledovná intervenčná činnosť:

- meranie CO vo vydychovanom vzduchu Smokerlyzerom,
 - preventívne vyšetrenia (TK, BMI ...),
 - odborné poradenstvo zamerané na prevenciu, zvýšenie informovanosti o negatívnom vplyve fajčenia na ľudský organizmus,
 - distribúcia propagačno-edukačných materiálov” (15).
- Spolupráca s masmédiami (5).

„Podpora odvykania adolescentov od fajčenia šírená prostredníctvom médií má za cieľ ovplyvňovať ich rozhodnutie zapojiť sa do intervencie na odvykanie. Vďaka informovaniu mladých ľudí o ponukách a možnostiach odvykania na ich sociálnych sieťach sa zvyšuje aj jej sociálna prijateľnosť (napr. články v časopisoch pre mladých, rozhovory v rádiu, programy v TV, internet atď.). Adolescenti, ktorí sa už zúčastnili alebo ukončili intervenciu na odvykanie sa môžu podeliť so svojimi pozitívnymi skúsenosťami s ďalšími mladými fajčiarmi s cieľom motivovať ich, aby urobili to isté (napr. nahráť videoklipy s vlastným komentárom, podeliť sa so svojimi názormi na sociálnych sieťach, blogoch atď.). Verejne známe osoby, ktoré sú vzormi pre adolescentov, pomáhajú pri podpore odvykania od fajčenia a využitiu pomoci pri odvykaní (napr. modelky, športovci, speváci atď.)“ (14).

- Čiastkové projekty a programy (5).

Nesprávna výživa a stravovacie zvyklosti – zdravotný stav dospeléj populácie je determinovaný už pred narodením a počas ranného detstva (4, 7). Výsledky výskumov poukazujú na súvislosť medzi stavom výživy u plodu a v rannom detstve a výskytom chronických chorôb v dospelom veku. Úloha sestry je v primárnej prevencii stravovacích návykov nezastupiteľná (4, 7, 8). Následkom nesprávnej skladby výživy je:

1. vysoký kalorický príjem nezohľadňujúci fyzickú aktivitu človeka,
2. vysoký príjem tukov predovšetkým živočíšneho pôvodu,
3. vysoký príjem kuchynskej soli a rafinovaného cukru,
4. nízky príjem vlákniny (zeleniny, ovocia),
5. nepravidelná frekvencia stravovania (5).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie v súčasnosti hrozivo narastá výskyt obezity najmä v krajinách tretieho sveta. Tento jav má vážne zdravotné a psychologické dôsledky hlavne v adolescencii a v dospelosti. Obezita je hlavným rizikovým faktorom

pre DM II. typu, srdcovocievne choroby a zlyhanie obličiek (4, 7). Ďalšie následky nesprávnej výživy: metabolický syndróm, dyslipidémia, zhubné nádory, osteoporóza (5).

Edukácia pacientov s obezitou je dôležitým faktorom ovplyvňujúcim následky nesprávnej výživy – možné komplikácie a tým i kvalitu ich života. Je tematicky zameraná na úpravu výživy a vychádza zo zásad zdravej výživy:

1. rovnováha medzi príjmom a výdajom, (príjem bielkovín 10–12 %, príjem tukov maximálne 30 % energetického príjmu, vyšší príjem komplexných sacharidov, nižší príjem jednoduchých cukrov) – optimálny príjem hlavných živín – 0,8g bielkovín, 1g tukov, 6,5g sacharidov,
2. príjem vlákniny 25–35g denne, konzumovať surovú zeleninu a ovocie,
3. príjem soli nižší ako 5g denne,
4. pitný režim 2,5–3l tekutín,
5. uprednostniť varenie a dusenie pred vyprážaním (5).

Pred plánovaním edukácie je nutné posúdiť determinujúce faktory stravovania jednotlivcov:

- osobné a kultúrne preferencie potravín, sociálna prijateľnosť potravín,
- dostupnosť (reálna a finančná) a vhodnosť potravín,
- zručnosť v plánovaní, príprave a výbere jedál,
- reklama potravín, jedál (5).

Nedostatočná telesná aktivita – je priamym rizikovým faktorom vzniku metabolického syndrómu (obezita, cukrovka, vysoký krvný tlak, zvýšená hladina tukov), kardiovaskulárnych ochorení (ateroskleróza a jej následkov: infarkt myokardu, mozgová mŕtvica, ischemická choroba srdca a dolných končatín), ochorení pohybového aparátu, osteoporózy, nádorových ochorení a psychických chorôb. Dokonca, nízka úroveň telesnej zdatnosti spojená s fyzickou inaktivitou je väčším rizikom pre vznik srdcovo-cievnych ochorení ako obezita (10, 11).

V skríningu programu CINDI sa na Slovensku zistilo, že 31 % mužov a 29 % žien vykonáva fyzickú aktivitu viac krát do týždňa, ale len 8 % mužov a 5 % žien vykonáva fyzickú aktivitu denne zo všetkých náhodne vybraných dospelých obyvateľov (5).

Abbas (2011) cituje Mansona (1999), ktorý publikuje výsledky pozitívneho vplyvu pohybovej aktivity pri kardiovaskulárnych ochoreniach u žien stredného a staršieho veku. Štúdia, osemročného sledovania pohybovej aktivity u 72 488 zdravých žien vo veku 40–65 rokov preukázala, že tri hodiny svižnej chôdze za týždeň mali rovnaký ochranný účinok ako 1,5 hodiny intenzívneho cvičenia týždenne (1). Uvedené konštatovania dovoľujú formulovať niektoré východiská ako základné preventívne prístupy zlepšenia súčasného stavu:

- popularizovať a propagovať význam primeranej pohybovej aktivity pre zdravie a kvalitu života, napr. akcia: „Vyzvi srdce k pohybu“ (5),
- zlepšiť podmienky rozvoja pohybovej aktivity, podporovať záujmovú športovú činnosť ako súčasť spôsobu života (upravením miest, sídlisk) (2),
- zvyšovať počet športových zariadení a zabezpečiť plné využívanie existujúcich (12).

Pre ovplyvnenie odporúčaných intervencií je však dôležité posúdiť:

- vzťah jedinca k telesnej aktivite, preferencia fyzickej aktivity, motivačné činitele – presvedčenie o prospechu fyzickej aktivity, disciplína osoby, podpora rodiny
- dostupnosť zariadení (5).

Nadmerné používanie alkoholických nápojov – Slovensko patrí ku krajinám s vysokou spotrebou čistého alkoholu na osobu a rok. Tradične je vysoká spotreba najmä koncentrovaných alkoholických nápojov (ilegálna výroba, domáca výroba, pašovanie) (6). Konzumácia destilátov je pre vznik srdcovocievnych, nádorových ochorení a cirhózy pečene oveľa rizikovejšia ako príjem menej koncentrovaných nápojov (pivo, víno) (5, 8). Konzumácia alkoholu je v spoločnosti spravidla vysoko tolerovaná (zakomponovaná do spoločenských rituálov) (12). Stančiak, Novotný, Albert (2012) vo svojom prieskume uvádzajú: „Adolescenti denne prichádzajú do kontaktu s alkoholom (v baroch, na školských výletoch, na rôznych oslavách v rodine...). Majú síce dostatočné množstvo informácií o škodlivých účinkoch alkoholu, avšak čoraz častejšie sa stretávame s podnapitými adolescentmi. Mladých láka vyskúšať alkohol z rôznych dôvodov, no mnohokrát sa to môže skončiť až hospitalizáciou, úrazom, dokonca aj smrťou. Mnoho mladých ľudí si nepripúšťa, ako veľmi je alkohol nebezpečný“ (10, 12).

Intervencie na riešenie alkoholizmu (už u mladých ľudí):

- štátna proti alkoholová politika štátu (poľnohospodárska výroba, ktorá uprednostňuje iné ako produkty pre výrobu alkoholu, obchod s obmedzeniami miesta a času predaja, zákaz predaja pre mladšie osoby, daňová politika znevýhodňujúca výrobu a predaj, zákaz reklamy, stanovenie kritérií pre vodičov),
- zdravotná výchova (5).

Pred plánovaním edukácie (adolescentov i dospelých) v primárnej prevencii je dôležité posúdiť známe a suspektné vplyvy, ktoré môžu ovplyvniť nadmernú konzumáciu alkoholu:

- očakávania účinku alkoholu,
- skúsenosti s alkoholom v detstve, deti alkoholikov, vplyv rodičov a osobností,
- reklama, dostupnosť, cena alkoholu, alternatívy alkoholu,
- ťažký sociálny alkoholizmus, nízke sebahodnotenie, stres (5).

Psychosociálne faktory – stres vzniká v dôsledku nesúladu medzi požiadavkami kladenými na človeka a jeho možnosťami ich splniť a náhlou zmenou životnej stability (5). Časté odporúčanie „vyháňať sa stresu“ je prakticky nevykonateľné. V prevencii je dôležité naučiť sa identifikovať najčastejšie zdroje stresu a naučiť sa ich zvládať a žiť s nimi. K efektívnejšiemu zvládaniu stresu prispieva dostatok fyzickej aktivity, aktívny oddych, „vypnutie“, správna životospráva (dostatok spánku, správna výživa, obmedzenie chronického sledovania televízie...), určenie poradia dôležitosti úloh, relaxačné techniky a pod.

Medzi základné príčiny nedodržiavania zdravého životného štýlu patrí skutočnosť, že pre jednotlivcov je náročné zmeniť zaužívaný spôsob životného štýlu. Najčastejšie príčiny:

- Nízky sociálno-ekonomický status (nízka vzdelanostná úroveň a nízky príjem).
- Sociálna izolácia (osamelosť žijúci ľudia majú väčšiu pravdepodobnosť nezdravého životného štýlu).
- Stres (v zamestnaní a doma) sťažuje ľuďom osvojiť si a udržať si zdravý životný štýl.
- Negatívne emócie (depresia, anxieta a hostilita).
- Nekomplexné alebo zmätočné poradenstvo (10).

Záver

Absencia zdravého životného štýlu skracuje život a znižuje jeho kvalitu. Dosiahnutie prosociálneho správania si vyžaduje zmenu myslenia, postojov a dávku zodpovednosti jednotlivca. Predpokladom úspešnej prevencie je správne zvolená edukácia a zvýšená angažovanosť zdravotníkov na realizovaní preventívnych programov.

Podpora zdravia v kontexte stratégií EÚ zahŕňa projekty podpory zdravia a iniciatívy zamerané na zvyšovanie povedomia, šírenie informácií a rozširovanie osvedčených postupov. Podporujú implementáciu skríningových programov, keďže mnohým ochoreniam sa dá predísť, ak sú včas diagnostikované. Na Slovensku v rámci programu Zdravie 21. sa realizujú projekty: CINDY, MONICA, MOST. V rámci programu CINDI boli v SR v roku 2008 zriadené „Poradne zdravia“ pri ÚVZ. Medzi ďalšie čiastkové programy patria programy: Ozdravenia výživy obyvateľstva, Zvýšenie pohybovej aktivity obyvateľstva, Boj proti závislosti, Zmena, resp. ozdravenie životného štýlu. Ďalšie čiastkové programy a projekty: Svetový deň bez tabaku, Súťaž na odvykanie od fajčenia Quit and Win, Svetový deň hypertenzie (17. máj), Vaše srdce, Kampane pri príležitosti Svetového dňa zdravia (7. apríl): Pre tvoje srdce a srdce tých druhých, Zdravé srdce, Dni zdravého srdca.

Odporúčania pre prax

- Podporovať starostlivosť o rodiny v zdraví a chorobe, iniciovať výchovno-vzdelávacie aktivity.
- Zlepšiť informovanosť o rizikových faktoroch životného štýlu a prevencii u zdravých jedincov pôsobením na ich osobnostné vlastnosti ako je sebavedomie, pevná vôľa či nezávislosť od názorov okolia, ktoré najmä v mladom veku zohrávajú významnú úlohu podporovaním pozitívnych postojov.
- Zefektívniť edukáciu u chorých obyvateľov zameranú na zmenu správania v životospráve prostredníctvom persúázie.

Literatúra

- [1] ABBAS, I.M. 2011. Association between body mass index and healthy life aspects among middle age women with cardiovascular diseases in Baghdad city – Iraq. In *Worldviews on European Nursing* [CD- ROM]. Rzeszów: Resprint Publisher, Institute of Nursing and Health Sciences Medical Department University of Rzeszow Poland, 2011, s. 281-296. ISBN: 978-836942-99-4.
- [2] BAŠKA, T. a kol. 2009. *Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC – Slovensko – 2005/2006*. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním 11-, 13- a 15-ročných školákov na základe prieskumu v r. 2005/2006 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School Aged Children“. Košice: Equilibria, s.r.o. 102 s. ISBN 978-80-89284-29-0.
- [3] BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta, 2009. 227 s. ISBN 978-80-8063-320-2.
- [4] BOLEDOVIČOVÁ, M., PADYŠÁKOVÁ, H.: Vplyv výživy na zdravie detí. In *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. s. 26-38. ISBN 80-8063-211-1.
- [5] EGNEROVÁ, A., ŠOVČÍKOVÁ, E., AVDIČOVÁ, M., KRAK, J. 2009. *Epidemiológia vybraných chronických chorôb*. Bratislava: SZU, 2009. 117 s. ISBN 978-80-89352-34-0.
- [6] HUTTOVÁ, M., KRČMÉRYOVÁ, T., PADYŠÁKOVÁ, H. 2005. Vplyv výživy v rannom detstve na zdravotný stav v dospelosti. In: *Ošetrovatel'ský obzor*. ISSN 1336-5606, 2005, roč. 2, č. 3, s. 90-93.
- [7] HUTTOVÁ, M.: PADYŠÁKOVÁ, H.: Materské mlieko chráni pred civilizačnými chorobami. In: *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien II*: zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie. Vörosová, G., Líšková, M., Boledovičová, M. Nitra : UKF, 2007. s. 140-143. ISBN 978-80-8094-185-7.
- [8] HUTTOVÁ, M., PADYŠÁKOVÁ, H.: Následky konzumácie alkoholu počas tehotnosti na vývin dieťaťa. In *Ošetrovatel'ský obzor*, roč. IV., 2007, č. 1-2, s. 5-10. ISSN 1336-5606.
- [9] JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť? Zdravotný stav slovenskej populácie 1999–2004 a prevencia kardiovaskulárnych a civilizačných ochorení*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. 166 s. ISBN 80-223-2132-X.
- [10] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [11] MISTRÍKOVÁ, Z. 2008. Pohybom ku zdraviu. In *Bedeker zdravia*. 2008. roč. 4, č. 4. ISSN 1337-2734.
- [12] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., ALBERT, M. 2012. Vedomosti pubescentov a adolescentov o rizikách alkoholu. In *Konferencia Jihlavské zdravotnícké dny 2012, Roč. II*. [CD- ROM]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012, s. 823–837. ISBN 978-80-87035-52-8
- [13] Súhrn európskych odporúčaní pre prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi (*European Cardiol* 2008;17(Suppl. 3):2S–36S)

- [14] ACCESS – SPRÁVA O PROJEKTE. *Prístupové stratégie na odvykanie od fajčenia adolescentov: (Access Strategies for Teen Smoking Cessation)* [cit. 2013 – 11 - 15]. Dostupné na internete: http://www.accesseurope.com/en/media/ACCESS_Report_Slovakia.pdf.
- [15] http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1927:svetovy-de-bez-tabaku-vyhodnotenie-aktivit-realizovanych-regionalnymi-uradmi-verejneho-zdravotnictva-v-slovenskej-republike&catid=61:problematika-fajenia-a-alkoholu&Itemid=68 (Citované 10 – 11 – 2013).

Risk Factors of Lifestyle

Abstract

According to the World Health Organization has a lifestyle an increasing important role in the formation and development of the diseases. Therefore the efforts of health workers encourage people to focus on their own health and to eliminate risk factors from their life. The strategy against the high risks of disease came to the forefront of health approach to prevention. Education of the patients about risk factor diseases, healthy lifestyle is important, because patients gained by knowledge can themselves affect the process of the disease and thereby improve their quality of life.

Key words

Lifestyle, risk factors, prevention, education

Kontaktné údaje

PhDr. Anna Benčeková, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

e-mail: annabencekova@gmail.com

Edukácia mládeže jako nástroj prevencie sociálno-patologických javov

Eva Dirgová

Katedra manažmentu, Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita

Abstrakt

Jednou z charakteristických črt posledných rokov je neustály nárast sociálno-patologických fenoménov, ktoré ohrozujú predovšetkým najzraniteľnejšiu skupinu populácie – deti a mládež. Mladý človek sa čoraz ťažšie orientuje vo svojom bezprostrednom sociálnom okolí, ťažšie v ňom nachádza svoje miesto a svoju rolu. Obdobie dospievania pokladáme za najrizikovejšie obdobie na celoživotnej ceste jedinca. Ide o obdobie, keď sa formujú názory, postoje, hodnoty mladého človeka a jeho celkové správanie i mravné návyky. Zdravý duševný a telesný vývoj závisí od toho, v akej rodine dieťa vyrastá, pretože rodina je jedným z najvýznamnejších činiteľov formovania človeka. V súvislosti s prejavmi násilia, netolerantného postoja je dôležité orientovať výchovu tak, aby sa mladý človek naučil dialógu, ovládaniu emócií, akceptovaniu odlišnosti a uvedomovaniu si seba samého. To znamená potlačiť negatívne prejavy v správaní a smerovať k takému konaniu, ktoré vyvoláva čo najlepší dojem o človeku.

Kľúčové slová

Edukácia, mládež, sociálno-patologické javy, rodina, škola, reedukačný domov

Úvod

Jednou z charakteristických črt posledných rokov je neustály nárast sociálno-patologických fenoménov, ktoré ohrozujú predovšetkým najzraniteľnejšiu skupinu populácie – deti a mládež. Súčasná doba výrazným spôsobom ovplyvňuje naše konanie a myslenie a tým aj konanie a myslenie mládeže.

Obdobie dospievania pokladáme za najrizikovejšie obdobie na celoživotnej ceste jedinca. Ide o obdobie, keď sa formujú názory, postoje, hodnoty mladého človeka a jeho celkové správanie i mravné návyky. Zdravý duševný a telesný vývoj závisí od toho, v akej rodine dieťa vyrastá, pretože rodina je jedným z najvýznamnejších činiteľov formovania človeka. Agresivita, alkoholizmus, nezáujem a chýbajúca starostlivosť zo strany najbližších spôsobujú u mladých ľudí pocity zbytočnosti, bezmocnosti, beznádeje, menejcennosti, čo sa môže odraziť aj v deviantnom správaní.

Hodnotová orientácia mládeže

Tak, ako každý človek má svoje hodnoty, ciele, ideály, túžby a predstavy, aj v každej spoločnosti platí určitý systém hodnôt. Mládež alebo mladú generáciu môžeme teda definovať ako termín označujúci viac menej nepresne vymedzenú vekovú skupinu, alebo sociálnu kategóriu vymedzenú špecifickými a sociálnymi znakmi (Laca, 2010). Významným činiteľom hodnotovej orientácie je spoločenský status alebo postavenie jedinca. Každý stojí tvárou v tvár svojmu vlastnému životu so všetkým, čo so sebou nesie. Sám k nemu zaujíma vlastný slobodný postoj a dáva mu zmysel v rôznych dimenziách (Hudáková, Kalanin, Zajacová, 2010).

Mladý človek sa čoraz ťažšie orientuje vo svojom bezprostrednom sociálnom okolí, ťažšie v ňom nachádza svoje miesto a svoju rolu. Jednotlivec preferuje isté hodnoty, o ktorých je presvedčený, že sú správne. Tieto hodnoty sú dominantné v jeho správaní a konaní, majú vplyv na charakter jeho činnosti a vedú k špecifickej forme jeho správania a žitia. Túto formu nazývame životný štýl, charakterizovaný ako spôsob sebarealizácie a správania jednotlivca (Jablonický, 1998). Ak ľudský jedinec nie je ochotný prebrať spoločenské pravidlá a normy, tak hovoríme o nejakom probléme, teda o disociačnom procese. Ako základ fungovania spoločnosti sa javia práve spoločenské normy, ktoré so sebou prináša aj exklúzia, ako dôsledok globálnych zmien, ktoré musia akceptovať všetci – aj súčasná mládež (Laca, 2010).

Vplyv prostredia

Základné sociologické tvrdenie znie: „Človek je tvor spoločenský.“ Teda mimo spoločnosti nemôže človek nadobudnúť špecifické ľudské vlastnosti. Rozhodujúci vplyv rozvoja charakteru človeka má jeho okolie. Okolie je všeobecný pojem, ktorý zahŕňa veľa faktorov. K prostrediu mladého človeka patria rodičia, súrodenci, priatelia, učitelia, kolektív v škole a pod. Rodina ako základná bunka spoločnosti odráža aktuálnu situáciu v danej krajine. V rodine má mať dieťa uspokojené základné potreby, rozvíja a smeruje svoju osobnosť. V rodine sa učí základným hodnotám a normám aj v prístupe k vlastnému zdraviu (Bérešová, Rimárová, 2009). Všetky osoby, veci a udalosti ovplyvňujú vývoj charakteru, pôsobia na utváranie určitého hodnotového systému a cieľov a podporujú vlastnosti, ktoré sú potrebné pre dosiahnutie týchto cieľov. Vo vývojovom procese človek nemôže hrať iba pasívnu rolu. Neformuje a nevytvára ho iba prostredie, ale človek sa s prostredím aktívne vyrovnáva. Model rodičmi skonštruovanej reality má pre dieťa tendenciu okamžitého alebo neskoršieho praktického uplatnenia s väčšou či menšou účinnosťou. Z prakticky uplatňovanej reality vykonštruovanej rodičmi plyní pre dieťa možnosť spoznať modely konania a modely ich aplikácie v špecifických situáciách, ktoré rodina vytvára a ktorých je dieťa súčasťou (Sušinková, Bérešová, Baška, 2008).

Vplyv školy

Školu z hľadiska spoločenského chápeme ako jeden zo socializačných činiteľov začleňovania človeka do spoločnosti. Za základnú funkciu školy sa považuje vzdelávacia funkcia s cieľom osvojiť si vedomosti, rozvíjať schopnosti a praktické zručnosti. Kým v rodine sa dostáva človeku rodičovskej a súrodeneckej lásky, najmä

v školskom veku zvyčajne prvý raz rozpoznáva inú formu medziľudských vzťahov – priateľstvo. Prudkou kvalitatívnou zmenou všetkých činiteľov vývinového procesu dochádza pri príchode na strednú školu, kde prechádzajú žiaci zo známeho prostredia, ktoré im poskytovalo istotu, do nového prostredia.

Úspešné zvládnutie týchto zmien je pre mládež veľmi náročné. Rodičov aj pedagógov často mýli vzhľad žiakov, preto očakávajú od nich väčšiu dôslednosť a uvážlivosť v správaní. Zároveň sa u niektorých jedincov oneskoruje telesný vývin, čo kompenzujú nežiaducimi formami správania. Snažia sa upriamiť na seba pozornosť okolia a vynikať. Sú nedisciplinovaní, odmietajú sa prispôbiť prijatým normám.

Zmeny nastávajú aj v nervovej sústave, čo zapríčiňuje zvýšenú citlivosť, únavu a pod. v dôsledku čoho pubescent nedokáže ovládať svoje správanie. Snaha odlišiť sa od dospelých sa prejavuje v správaní, v reči, v obliekaní, v hudobnom vkuse, atď.

Adolescent sa začleňuje do spoločnosti dospelých a snaží sa presadiť v spoločenských vzťahoch, dosiahnuť akceptovanie vlastnej osoby vo svojom prostredí. V tomto období rozhodujúci vplyv v jeho vývine má kolektív, skupina spolužiakov a priateľov. Pre adaptáciu v škole je dôležitý proces začlenenia sa do kolektívu triedy. Žiak, ktorému sa nepodarí nadviazať uspokojivé vzťahy v triednom kolektíve, sa oveľa ťažšie prispôbuje aj k požiadavkám školy, z čoho nasleduje sklamanie, nespokojnosť, vonkajšie a vnútorné konflikty. Zle prispôsobivý žiak sa prejavuje agresiou voči spolužiakom a pedagógom, nereálnym povyšovaním alebo utiahnutým správaním, nedostatkom pozitívneho citu k sebe a k iným, neposednosťou spojenou s roztržitosťou, rozličnými neurotickými prejavmi a výraznými formami citového napätia. Neskôr sa problémy prenášajú aj do obdobia výberu povolania, jeho odbornej prípravy a do zamestnania (Černá, 2010).

Dôležité pri zvládnutí problémov je hľadať príčiny nežiaducich prejavov žiakov. Zvýšenú pozornosť vyžadujú žiaci, ktorí s nástupom na strednú školu odchádzajú od svojej rodiny a bývajú v domovoch mládeže. U tých žiakov, kde bol vzťah medzi rodičmi a deťmi veľmi tesný, silne emocionálne podfarbený, sa môžu zvýšiť adaptačné problémy. Strata emocionálnej podpory opory, vyvoláva emocionálnu neistotu a úzkosť. Naopak u tých žiakov, kde prevládala autoritatívna, autokratická výchova, náhle osamostatnenie mladí ľudia nedokážu zvládnuť a vyznačujú sa nízkou úrovňou sebadisciplíny (Kominárec, 2000).

Vplyv rovesníckych skupín

Mladí ľudia v období adolescencie sa výzorom, teda po biologickej stránke podobajú na dospelých. Ekonomicky a sociálne sú však stále do značnej miery závislí od svojej rodiny, rodičov, resp. od spoločnosti. Veľa diskutujú, vedú spory, bránia svoje názory a presvedčenia. Adolescenti sú náchylní preceňovať sa, obdivovať, inokedy sú nespokojní sami so sebou, nedôverujú si, chceli by niečo znamenať v kruhu svojich priateľov. Hoci sa u nich prejavuje zvýšené sebadôvera, v skutočnosti je však veľmi krehké a zraniteľné, citlivé najmä na taký zásah, ako napr. ostrá kritika, posmech, nadávky a to najmä v kolektíve vrstovníkov alebo priateľov. Je pochopiteľné, že sa zdržiavajú mimo rodiny, všade tam, kde nachádzajú pre svoje správanie, myslenie, postoje a názory pochopenie a porozumenie. U adolescentov má priateľstvo veľký

význam. Je akousi ochranou pred osamelosťou. Ich utváranie a prehlbovanie v značnej miere ovplyvňujú spoločné záujmy, postoje, potreby, túžby a iné (Boroš, 1988).

Vrstovnícke skupiny majú veľký vplyv na vývin a výchovu detí a mládeže. Mládež sa postupne oslobodzuje spod priamej kontroly dospelých. Utvára si vlastnú predstavu o živote, čo sa prejavuje aj v skupinových formách správania a konania. Výchovné pôsobenie vrstovníckych skupín môže byť pozitívne, napr. v rozvíjaní sebakontroly, svedomitosti, trpezlivosti, lojálnosti či oddanosti k určitej skutočnosti a iné. Na druhej strane prináša aj nežiaduce javy, ako používanie žargónu istej skupiny, nadávanie, záškoláctvo, zlomyseľnosť, ľahostajný postoj k zásadám a autoritám, sklon narušovať rodinné zväzky a iné. Bez ohľadu na to, či ide o pozitívny alebo negatívny vplyv vrstovníckej skupiny, ide o socializáciu členov týchto skupín, ktorá sa oboznamuje so svetom spoločenského spolužitia (Taxová, 1987).

Vplyv masmédií

Utváranie osobnosti mladého človeka sa uskutočňuje cez rozličné masovokomunikačné prostriedky, ako napr. tlač, rozhlas, televízia, filmy, knihy, video a pod. Dnes sa v nemalej miere využívajú aj poznatky z internetu. Ich vplyv predpokladá značný vplyv na psychiku mladého človeka, na jeho formovanie i na odraz v správaní.

Mládež sa vyznačuje tým, že reaguje relatívne samostatne na informácie, spracúva ich vo vlastnej syntéze, čo sa odráža následne v jej tvorivom myslení, názoroch a postojoch, v konaní i v uspokojovaní potrieb a záujmov. Modely správania, ktoré masmédiá neraz ponúkajú, neschvaľuje ani spoločnosť, verejná mienka, rodičia, náboženské inštitúcie a v neposlednom rade často ani zákon. Mnohí rodičia sú nútení selektovať deťom a mládeži sledované programy. Táto aktivita býva často neúčinná, vyvoláva opak, túžbu po sledovaní zakázaných programov. Mnohí odborníci a psychológovia svorne konštatovali neblahý vplyv médií, vysielajúcich programy s obsahom agresivity, násilia a strachu.

V súčasnosti sa stávame svedkami kriminality a znižovania vekovej hranice páchatel'ov trestných činov i nárastov brutality najmä u mladistvých páchatel'ov. Veľmi často sa stretávame aj s inými prejavmi hrubosti a násilia v každodennom živote v podobe šikanovania, v správaní sa k starým a bezvládnym ľuďom a pod. Práve toto správanie je veľmi často inšpirované masmediálnou ponukou, kde hrdinovia príbehov, postavy z filmového plátna, z obrazoviek, ale i z literatúry majú pre mladú generáciu značnú príťažlivosť. Zhliadnutie brutálneho námety sa stáva nezriedka spúšťačom deviantného správania.

Nebezpečenstvo okrem priamej imitácie a stimulácie asociálneho správania spočíva v habitualizácii, v postupnom privýkaní konzumenta masmediálneho násilia na jeho trvalý konzum, v dôsledku čoho dochádza k otupeniu, zvyšovaniu tolerancie k násiliu v reálnom každodennom živote. Je potrebné venovať pozornosť i jazyku používanému v masmédiách, dbať na spisovnú formu jazyka, obmedzovať vulgarizmy, nadávky, slangové slová. Súčasne venovať pozornosť i videoklipom, nosičom hudby, počítačovým hrám, citlivo zvažovať námety, ktoré dehonestujú predstaviteľov rás, povolání, prípadne sexuálne dezorientujúce námety (Ondrejko, 1988).

Reedukačný domov

Reedukačné domovy patria do siete špeciálnych zariadení s náhradnou rodinnou starostlivosťou. Poskytujú komplexný servis od základnej školy až po stredné odborné učilište. Zariadenia náhradnej rodinnej starostlivosti poskytujú výchovu a starostlivosť nahradzujúcu prirodzené rodinné prostredie deťom do osemnástich rokov veku, prípadne do ukončenia prípravy na budúce povolanie. Do týchto zariadení sa prijímajú deti a mladiství na základe rozhodnutia súdu, ktorý nariadil ústavnú starostlivosť alebo uložil ochrannú výchovu, na základe predbežného opatrenia, ktoré vysloví príslušný okresný súd alebo na základe požiadania rodičov, resp. zákonných zástupcov. Reedukačné domovy poskytujú deťom a mládeži okrem vzdelávania aj ubytovanie, ošatenie, stravovanie, učebné pomôcky, zdravotnícku starostlivosť.

Poslaním reedukačného domova je výchova sociálne a mravne narušených detí a mládeže, u ktorých boli zistené také závažné nedostatky v sociálnej prispôsobivosti, v osobnostných vlastnostiach a charakterovom vývine, že ich výchova sa nedá zvládnuť v iných zariadeniach.

Príčiny umiestnenia v reedukačnom domove

Do reedukačného domova sa umiestňujú deti a mládež s nariadenou ústavnou starostlivosťou alebo uloženou ochrannou výchovou, čím tieto zariadenia plnia úlohy zvýšenej ochrany detí a mládeže pred sociálno-patologickými javmi, pôsobia v prevencii problémového a delikventného vývinu detí (Levická, Zeman, 1999).

Medzi hlavné príčiny poruchového správania, ktoré predchádza samotnému vyňatiu dieťaťa z rodinného prostredia patria: záškoláctvo, začínajúca trestná činnosť, predčasný pohlavný život, užívanie alkoholu, drog, úteky z domu, prostitúcia a iné deviantné poruchy.

Ľahšie poruchy správania v sociálnych vzťahoch začínajú už v detstve. Ide napr. o neposlušnosť, detskú vzdorovitosť, drobné klamstvá, krádeže, nedisciplinovanosť, prejavy hrubosti k spolužiakom, prejavy zlomyseľnosti, atď.

V staršom veku k závažnejším poruchám v sociálnych vzťahoch patrí vedomá vzdorovitosť, zámerné neplnenie školských povinností, úteky z domu, túlanie, vandalizmus, fajčenie a požívanie alkoholických nápojov, ktoré súvisia s antisociálnym vývojom a často vyúsťujú v delikventnú činnosť.

Materiál a metódy

V nasledujúcej časti uvidíme výsledky prieskumu, zrealizovaného vo vybranom reedukačnom domove na východe Slovenska. Oslovili sme vybranú vzorku chovaniiek, ktoré sa v minulosti dopustili už niektorého delikventného správania. Pri prieskume sme zvolili dotazníkovú metódu. Výberový súbor tvorí 30 chovaniiek.

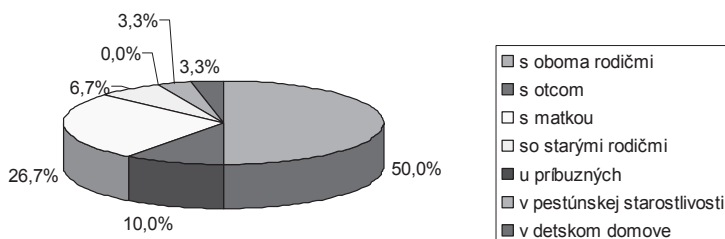
Tabuľka 1 V akej rodine z hľadiska úplnosti ste vyrastali?

odpoveď	n	%
s oboma rodičmi	15	50,0 %
s otcom	3	10,0 %
s matkou	8	26,7 %
so starými rodičmi	2	6,7 %
u príbuzných	-	-
v pestúnskej starostlivosti	1	3,3 %
v detskom domove	1	3,3 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb

**Graf 1** V akej rodine z hľadiska úplnosti ste vyrastali?

Výsledky ukázali, že táto mládež vyrastala v rovnakej miere v úplnej rodine, čo predstavuje 50 % opýtaných dievčat a rovnaké percento predstavuje počet dievčat, ktoré vyrastali v neúplnej rodine. Z uvedeného možno konštatovať, že pre vznik delikventného správania, nie je až tak podstatné, či pri výchove dieťaťa sa podieľajú spoločne obaja rodičia, ale dôležité v rodine je harmonické spolunažívanie všetkých jej členov, uspokojenie všetkých potrieb, poskytovanie dostatočnej starostlivosti a prejav záujmu o deti. Dieťa, ktoré vyrastá v harmonickej rodine, sa stáva duševne vyrovnaným človekom i vo vzťahu k iným ľuďom.

Tabuľka 2 Pociťovali ste niekedy negatívny vzťah zo strany vašich blízkych?

odpoveď	n	%
otca	11	36,7 %
matky	17	56,7 %
inej osoby	5	16,7 %
pestúnov	1	3,0 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb

Z celkového počtu opýtaných dievčat, ktoré sa nachádzajú vo vybranom zariadení, pociťuje problémovjšie materinskú lásku až 56,7 %. Myslíme si, že v prevažnej miere zlyhala emocionálna funkcia rodiny najmä zo strany matky, čo zapríčinilo u dievčat absenciu základných emocionálnych potrieb lásky, bezpečia, ochrany, spolupatričnosti, istoty, potreby zdôveriť sa s problémom, či len tak sa porozprávať. Pohladenie, povzbudenie, pochvala by pomohli pozdvihnúť stratené sebavedomie, či sebadôveru dievčat. To všetko ovplyvňuje ich neskorší život.

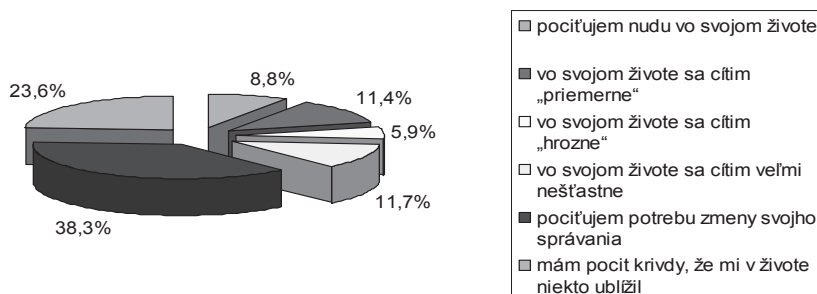
Tabuľka 3 Ako ste spokojná so svojím životom?

odpoveď	n	%
pociťujem nudu vo svojom živote	3	8,8 %
vo svojom živote sa cítim priemerne	4	11,4 %
vo svojom živote sa cítim hrozne	2	5,9 %
vo svojom živote sa cítim veľmi nešťastne	4	11,7 %
pociťujem potrebu zmeny svojho správania	13	38,3 %
mám pocit krivdy, že mi v živote niekto ublížil	8	23,6 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb



Graf 2 Ako ste spokojná so svojím životom?

Delikventná mládež má vysokú potrebu zmeny svojho správania, čo uviedlo 38,3 % opýtaných dievčat. Zároveň pociťuje aj vyšší pocit krivdy, že jej niekto v živote ublížil. Častejšie ich zranili ľudia z najbližšieho okolia (rodičia, priatelia) než cudzí ľudia. Uviedlo to 23,6 % dievčat. Potvrdila sa aj nižšia spokojnosť dievčat so svojim životom. 11,7 % opýtaných uviedlo, že sa cítia veľmi nešťastne. Prevažná väčšina opýtaných dievčat prežíva ťažké obdobie, nie sú spokojné so svojim doterajším životom a potrebujú ho zmeniť.

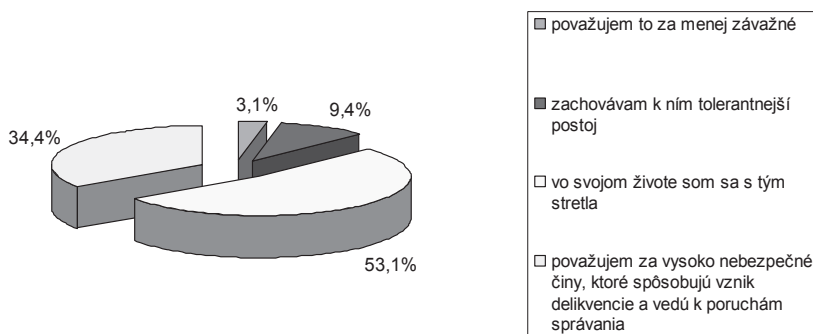
Tabuľka 4 Aký máte postoj k negatívnym javom: napr. k drogám, alkoholizmu, vandalizmu, vražde, znásilneniu, sexuálnej neviazanosti a pod.

odpoveď	n	%
považujem to za menej závažné	1	3,1 %
zachovávam k nim tolerantný postoj	2	9,4 %
vo svojom živote som sa s tým stretla	16	53,1 %
považujem za vysoko nebezpečné činy, ktoré spôsobujú vznik delikvencie a vedú k poruchám správania	11	34,4 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb



Graf 3 Aký máte postoj k negatívnym javom: napr. k drogám, alkoholizmu, vandalizmu, vražde, znásilneniu, sexuálnej neviazanosti a pod.

Predmetom nášho záujmu bol aj vplyv postojov mládeže k asociálnym činom na vznik delikvencie. Až 53,1 % dievčat uviedlo, že sa vo svojom živote stretli so závažnými negatívnymi javmi, ako sú drogy, alkoholizmus, vandalizmus, znásilnenie. Potvrdilo sa, že negatívne skúsenosti dievčat s násilím zanechalo v ich vývine určité zranenia. 34,4 % dievčat považuje drogy, alkoholizmus, vandalizmus, vraždu, znásilnenie, sexuálnu neviazanosť za vysoko nebezpečné činy, tieto činy neschvaľuje, odsudzuje ich a majú strach z ľudí, ktorí to praktizujú. 9,4 % dievčat zachováva k nim tolerantný postoj, „je jej to jedno, pokiaľ sa to netýka priamo jej“. Uvedené negatívne javy považuje za menej závažné 3,1 % dievčat.

Tabuľka 5 Dopustili ste sa už niektorého asocíálneho správania?

odpoveď	n	%
záškoláctvo	25	83,3 %
úteky z domu	22	73,3 %
bitky	12	40,0 %
krádež	14	46,7 %
trestná činnosť súvisiaca s drogami	4	13,3 %
sexuálne trestné činy	4	13,3 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb

Delikventná mládež sa najčastejšie (až 83,3 %) dopustila záškoláctva, úteky z domu tvoria 73,3 % opýtaných, krádeže 46,7 %, bitky 40 %, trestnej činnosti súvisiacej s drogami sa dopustilo 13,3 % a v rovnakej miere 13,3 % dievčat sa dopustilo sexuálnych trestných činov. Aj keď sa táto mládež dopustila protispoločenských činov, nemusí to znamenať, že má pred sebou kriminálnu kariéru. Spoločnosť im musí dať šancu začať plnohodnotný život.

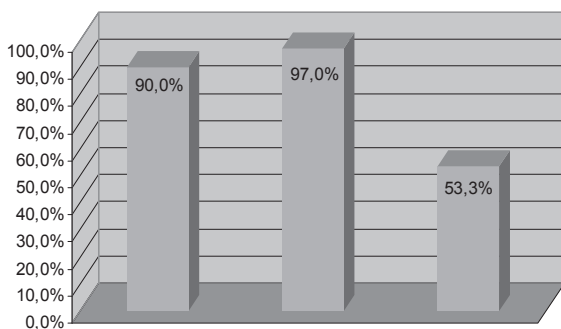
Tabuľka 6a) Mali ste vo svojom živote skúsenosť s užitím drogy, ak áno, uveďte vek, kedy ste začali experimentovať s drogou.

odpoveď	n	%
alkohol	27	90,0 %
cigarety	29	97,0 %
drogy	16	53,3 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb

**Graf 4** Mali ste vo svojom živote skúsenosť s užitím drogy, ak áno, uveďte vek, kedy ste začali experimentovať s drogou.

Tabuľka 6b) Drogy verzus vek

vek	10	11	12	13	14	15	16
n	2	1	1	4	2	2	4
%	12,5 %	6,3 %	6,3 %	25,0 %	12,5 %	12,5 %	25,0 %

Zdroj: vlastné spracovanie

n = počet respondentov

% = počet percent zo všetkých daných osôb

Zistili sme vysokú skúsenosť delikventnej mládeže s fajčením (97,0 %) a s alkoholom (90,0 %) dievčat. Skúsenosť s drogou má 53,3 %. Delikventná mládež prvý raz užila alkohol už v 9 rokoch (7,4 %). Najčastejšie experimentujú po prvýkrát s alkoholom 12ročné a 15ročné (25,9 %). S fajčením začala delikventná mládež po prvý raz už v 6 rokoch (3,4 %), v 8. a v 9. roku (13,8 %). Najčastejšie dievčatá začali fajčiť medzi 10. a 13. rokom (65,6 %). Dievčatá prvý raz užili drogu v 10 rokoch (12,5 %). Najčastejšie experimentujú s drogou v rovnakej miere 25 % dievčatá v 13. roku a v 16. roku.

Výsledky a diskusia

Prvotné príčiny majú svoj pôvod najmä v rodine, v školskom prostredí a v skupinách rovesníkov. Tieto zistenia nám potvrdzuje prieskum uskutočnený vo vybranom reedukačnom domove. Ak rodinné prostredie zlyháva, častokrát dochádza k nástupu rôznych sociálno-patologických javov. Pri odstraňovaní týchto nežiaducich javov u detí nepomáhajú výchovné opatrenia a musí nastúpiť uloženie ústavnej starostlivosti alebo nariadenie ochrannej výchovy. V našom prieskume sme sa snažili zistiť rodinné pomery chovankýň umiestnených v reedukačnom domove pre mládež. Ide o dievčatá vo veku od 15 do 18 rokov, ktoré prechádzajú vývinom v citovej, duševnej, intelektuálnej, ako aj v telesnej oblasti. V neposlednom rade bolo pre nás dôležité ich vnútorné prežívanie zmien, ktoré sa v ich živote stali ako aj ich plány do budúcnosti. Cieľom pobytu chovankýň v reedukačnom zariadení je eliminácia až úplné odstránenie sociálno-patologických javov zo života chovankýň a pomoc pri ich následnom zaradení sa do bežného života. Preto je dôležité, aby počas pobytu v zariadení chovanky zmenili svoj negatívny postoj k sebe samým a k svojmu okoliu. Jednou z dôležitých skutočností u dievčat umiestnených v zariadení sú príčiny, prečo sa tam vlastne ocitli.

Záver

Je potrebné pripomenúť, že jednou z charakteristických črt posledných rokov je neustály nárast výskytu sociálno-patologických fenoménov, ktoré ohrozujú každého z nás. Prehlbovanie sociálnych rozdielov, rozvodovosť, úpadok morálnych a etických hodnôt, využívanie voľného času, oslabovanie výchovnej funkcie rodiny a ďalšie negatívne javy vplyvajú na psychický a sociálny vývoj jednotlivcov a skupín.

Život dnešnej rodiny kladie na nás všetkých neporovnateľné vyššie nároky ako v minulosti. Oveľa náročnejšia je príprava na zabezpečenie šťastného rodinného života. Predovšetkým v rodine by každé dieťa malo nájsť dobré sociálne vzory, mravnú rovnováhu medzi rodičmi a ostatnými členmi rodiny, zdravú citovú atmosféru,

vyhovujúce podmienky, aby mu nechýbali najzákladnejšie životné potreby, otcovská autorita – vzor otca a materská láska – vzor matky.

V súvislosti s prejavmi násilia, netolerantného postoja je dôležité orientovať výchovu tak, aby sa mladý človek naučil dialógu, ovládaniu emócií, akceptovaniu odlišností a uvedomovaniu si seba samého. To znamená potlačiť negatívne prejavy v správaní a smerovať k takému konaniu, ktoré vyvoláva čo najlepší dojem o človeku.

Literatúra

- [1] BÉREŠOVÁ A., RIMÁROVÁ K. Súvislosti sociálneho prostredia a fajčenia rómskych detí vo vybraných lokalitách košického okresu. In: Globalizácia a kvalita života a zdravia, Zborník príspevkov V. vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou, Košice, 23. – 24. október 2009, s.17-23. ISBN 978-80-89284-66-5.
- [2] BOROŠ, J. Citový svet mladého človeka. Bratislava: Smena, 1988, 215 s.
- [3] ČERNÁ, Ľ., HRABLIK, M: Zamestnávanie absolventov na súčasnom trhu práce. In: Humanitné vedy a ich význam pri vzdelávaní a rozvoji kľúčových kompetencií študentov vysokých škôl technického zamerania: Zborník recenzovaných vedeckých prác s medzinárodnou účasťou k 20. výročiu založenia katedry. Košice : Technická univerzita v Košiciach, Katedra spoločenských vied, 2010. ISBN 978-80-553-0523-3. s. 105-110
- [4] HUDÁKOVÁ, P., KALANIN, P., ZAJACOVÁ, K.: Integrácia logoterapie do ošetrovateľskej praxe. In: Disputationes scientificae, roč. 10, číslo 3/2010. Ružomberok: PF KU, 2010. s.104-108. ISSN 1335-9185
- [5] JABLONICKÝ, M. Životný štýl adolescenta a preventívne aktivizujúce metódy pri formovaní životného štýlu. In. Sociálna práca – ľudské práva – vzdelávanie dospelých. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov 24. a 25. 11. 1998. Filozofická fakulta Prešov 1998, 614 s. ISBN 80-8885-49-3.
- [6] KOMINAREC, I. a kol. Vybrané kapitoly z pedagogiky. Prešov: PU v Prešove, 2000, 161 s. ISBN 80-8872-2349.
- [7] LACA, S.: Intolerancia sociálno-patologických javov v postmodernej spoločnosti, In: Inklúzie versus exklúzie – dilemma sociálnej patológie, Brno, Institut mezioborových štúdií, 2010, s. 184, ISBN 978-80-87-182-12-3.
- [8] LACA, S.: Nezamestnanosť ako aktuálny problém mladej generácie, In: Zborník z rovnomennej medzinárodnej konferencie – Generácia Y vstupuje na trh práce, Trnava : Nezávislé kresťanské odbory Slovenska, 2010, ISBN 978-80-970464-3-9.
- [9] LEVICKÁ, J., ZEMAN, K. Sociálnoprávna ochrana detí a mládeže. Trnava: Trnavská univerzita, 1999.
- [10] ONDREJKOVIČ, P. Úvod do sociológie výchovy Bratislava: Veda, 1998, 386 s. ISBN 80-2204-579-5.

- [11] SUŠINKOVÁ, J., BÉREŠOVÁ, A., BAŠKA, T. Prevencia a ochrana zdravia ako nevyhnutná súčasť socializácie dieťaťa v rodine. In: Ošetrovateľský obzor. Roč. 5, č.4, 2008, s. 127-130. ISSN 1336-5606.
- [12] TAXOVÁ, J. Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospievania. Praha: SNP, 1987, 273 s.

Education as a Prevention Tool of Socio-Pathologic Phenomena

Abstract

One of the characteristic features of the recent years is constant growth of socio-pathologic phenomena that endanger the population, first of all the most vulnerable group – children and youth. Young person finds it more and more difficult to find his way, his own place and role in his immediate social environment. We consider the period of adolescence to be the most difficult period of a life-long journey of an individual. It is the period when opinions, attitudes and values of a young person are formed and as well his general behaviour and moral habits. Healthy mental and physical growth depends on what is the family the child grows up in, because the family is one of the most important factors shaping the person. In connection with intolerant attitudes, violence demonstration and so on, it is important to orientate the education the way that a young man would learned a dialogue, emotions control, acceptance of differences and self awareness. This means to repress the negative gesture in behaviour and lead to such acts, which give the best impression of a man.

Key words

Education, youth, socio-pathologic phenomena, family, school, re-education home

Kontaktné údaje

PhDr. Mgr. Eva Dirgová, PhD.
Katedra manažmentu
Pedagogická fakulta
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nábřežie Jána Pavla II. č. 15
058 01 Poprad

LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických. Jednotlivá čísla jsou úžeji vymezená.

Časopis vychází 4x ročně v nákladu 150 výtisků

Šéfredaktor: doc. PhDr. Martin Hemelík, Ph.D.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc.,

Ing. Jiří Dušek, Ph.D., prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D.,

prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc.,

doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc.,

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc.

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na <https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském nebo světovém jazyce elektronicky na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách školy. V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2014

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**



Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

e-mail: vspj@vspj.cz | tel.: 567 141 111

www.vspj.cz

