

**Univerzita Komenského v Bratislave**  
**Jesseniova lekárska fakulta v Martine**  
**Ústav ošetrovateľstva**

**TEÓRIA, VÝSKUM A VZDELÁVANIE V**  
**OŠETROVATEĽSTVE**



**MARTIN**

**2014**

## **Editori**

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Ivan Farský, PhD.

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD., mim. prof.

## **Recenzenti**

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.

Rukopisy neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú kultúru zodpovedajú autori.

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav  
ošetrovateľstva

Martin, 2014

ISBN 978-80-89544-68-4

EAN 9788089544684

## VYDANIE PUBLIKÁCIE A KONFERENCIU PODPORILI

SYSTAGENIX



HARTMANN – RICO spol. s.r.o.



BIOSTER, a. s.



### JEDINEČNÝ KOMFORT V LÉČBĚ RAN S VARIANTOU DISINFECT NYNÍ BEZ RIZIKA INFEKCE



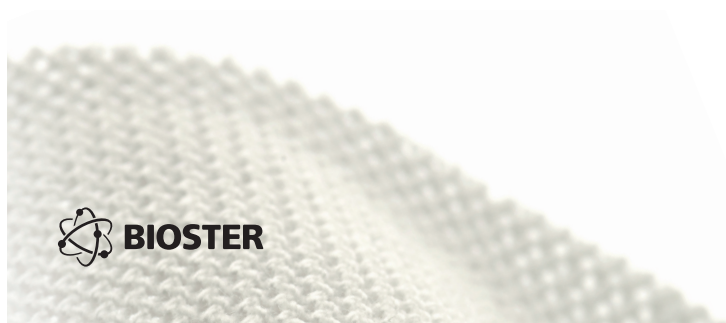
#### Traumacel Biodress Disinfect

- bioaktivní krytí se zvýšeným antimikrobiálním účinkem
- neadherentní, vysoce savé
- dezodorační účinek
- analgetický účinek
- hemostatický účinek



#### Traumacel Biodress Comfort

- bioaktivní krytí s vysoce savou neadherentní vrstvou
- inovovaný Traumacel Biodress
- analgetický účinek
- hemostatický účinek
- urychluje proces hojení



Jedinečný komfort v léčbě ran

[www.traumacel.cz](http://www.traumacel.cz)



Konferencia podporená projektom „Virtuálna a simulačná výučba ako nová forma vzdelávania na JLF UK v Martine“, ITMS kód projektu: 26110230071. Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť / Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

## OBSAH

<b>PREDHOVOR</b> .....	8
Sylva Bártlová, Hana Hajduchová, David Kimmer .....	9 – 18
<b>PRÁVA PACIENTŮ JAKO JEDEN Z ASPEKTŮ BEZPEČNOSTI POSKYTOVANÉ PÉČE Z POHLEDU PACIENTŮ THE PATIENTS' RIGHTS AS ONE OF THE SAFETY ASPECTS OF THE CARE PROVIDED FROM THE POINT OF PATIENT'S VIEW</b>	
Iva Brabcová, Sylva Bártlová, Radka Prokešová .....	19 – 28
<b>NEJČASTĚJŠÍ POCHYBENÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI A ZPŮSOBY JEJICH PREVENCE MOST FREQUENT ERRORS IN NURSING CARE PRACTICE AND THE WAYS OF THEIR PREVENTION</b>	
António Casa Nova, Raul Cordeiro .....	29 – 40
<b>EMBRYOS IN EXCESS, ETHICAL DILEMMA</b>	
Raul Cordeiro, António Calha, Miguel Arriaga, António Casa Nova .....	41 – 45
<b>PREVALENCE OF LONELINESS AND DEPRESSION IN THE ELDERLY POPULATION LIVING IN PORTALEGRE (PORTUGAL) HISTORICAL AREA</b>	
Jana Cuperová, Edita Hlinková, Jana Nemcová, Jozefína Mesárošová .....	46 – 54
<b>ANALÝZA NÁZOROV A POSTOJOV ŠTUDENTOV OŠETROVATELSTVA K VYUŽÍVANIU MULTIMEDIÁLNYCH TECHNOLOGIÍ VO VÝUČBE ANALYSIS OF OPINIONS AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TO THE USE OF MULTIMEDIA TECHNOLOGY IN TEACHING</b>	
Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Ľubica Derňárová, Jana Cuperová .....	55 – 64
<b>FORMY A METÓDY PROFESIJNÉHO VZDELÁVANIA SESTIER FORMS AND METHODS IN EDUCATION OF NURSES</b>	
Alena Hamanová, Ivana Lamková .....	65 – 73
<b>INFORMOVANOSŤ ŽEN A MUŽŮ V OBDOBÍ MLADŠÍ DOSPĚLOSTI O INFEKCI HPV AWARENESS OF WOMEN AND MEN IN THE PERIOD UNDER MATURITY ABOUT HPV INFECTION</b>	
Edita Hlinková, Jana Nemcová, Jana Michalková .....	74 – 85
<b>VÝSKYT OŠETROVATELSKÝCH PROBLÉMOV U PACIENTA S KOLOSTÓMIU V POOPERAČNOM OBDOBÍ THE INCIDENCE OF NURSING PROBLEMS IN A PATIENT WITH A COLOSTOMY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD</b>	

Jiří Kaas, Valérie Tóthová .....	86 – 94
<b>BĚŽNÉ DENNÍ ČINNOSTI Z POHLEDU PACIENTA S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU</b>	
<b>DAILY ACTIVITIES FROM THE PERSPECTIVE OF A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</b>	
David Kimmer, Lenka Šedová .....	95 – 102
<b>UKAZATELE NADVÁHY A OBEZITY U SENIORSKÉ POPULACE</b>	
<b>INDICATORS OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN SENIORS POPULATION</b>	
Barbara Kubik, Kazimiera Moździerz, Stanisława Morawska, .....	103 – 112
Małgorzata Kołpa, Aneta Grochowska	
<b>PREPARING PATIENTS SUFFERING FORM DIABETES TYPE 2 TO PREVENTION OF COMPLICATIONS</b>	
Ivana Lamková, Alena Hamanová .....	113 – 121
<b>POUŽITÍ MĚŘÍČÍHO NÁSTROJE FSFI U ŽEN V KLIMAKTERIU</b>	
<b>THE USE OF FSFI MEASURING INSTRUMENTS IN WOMEN DURING MENOPAUSE</b>	
Ludmila Lamplotová, Jana Chrásková .....	122 – 131
<b>ZMĚNA STRAVOVACÍCH ZVYKLOSTÍ ŽEN V SOUVISLOSTI S TĚHOTENSTVÍM</b>	
<b>A CHANGE IN THE EATING HABITS OF WOMEN IN CONNECTION WITH PREGNANCY</b>	
Lukáš Martinek, Valérie Tóthová .....	132 – 139
<b>KVALITA A KVANTITA VOLNOČASOVÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT U ČESKÉ POPULACE</b>	
<b>QUALITY AND QUANTITY OF LEISURE TIME EXERCISE ACTIVITIES IN CZECH POPULATION</b>	
Jana Maňhalová, Valérie Tóthová .....	140 – 150
<b>PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ</b>	
<b>PALLIATIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF TRANSCULTURAL NURSING</b>	
Ivanka Matoušková, Lenka Radová, Alena Kubíčková .....	151 – 155
<b>RIZIKO VZNIKU NEMOCNÍČNÍ INFEKCE NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE (JIP) – META-ANALÝZA</b>	
<b>RISK FACTORS FOR HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS AT INTENSIVE CARE UNIT (ICU) – META-ANALYSIS</b>	
Anna Mazurkiewicz, Monika Kołek .....	156 – 163
<b>SEXUALITY IN HIGH SCHOOL STUDENTS' OPINION</b>	
Joanna Miarka, Wojciech Klapa, Ewa Michalska .....	164 – 172
<b>OBESITY IN THE CONTEXT OF A CULTURAL BEAUTY CANON AND ITS BIOPSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS</b>	

Anna Michalik .....	173 – 186
<b>THE INCIDENCE OF VASCULAR ACCESS COMPLICATIONS AMONG PATIENTS TREATED IN INTENSIVE CARE</b>	
Kazimiera Moździerz, Barbara Kubik, Stanisława Morawska, ..... Małgorzata Kołpa, Aneta Grochowska	187 – 196
<b>THE ROLE OF A NURSE IN TERAPEUTIC TEAM ON THE PSYCHIATRIC SECTIONS</b>	
Lenka Némětová, Jana Raková .....	197 – 208
<b>VYUŽITIE OŠETROVATEĽSTVA ZALOŽENÉHO NA DÔKAZOCH V STAROSTLIVOSTI O PERIFÉRNE INTRAVENÓZNE KATÉTRE THE USING EVIDENCE BASED NURSING IN CARE ABOUT PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS</b>	
Pavel Novák .....	209 – 218
<b>UZAVŘENÝ TRH PRÁCE – O NĚKTERÝCH PŘEKÁŽKÁCH V ZAMĚSTNÁVÁNÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH CLOSED LABOR MARKET - ABOUT SOME BARRIERS OF THE EMPLOYMENT OF DISABLED PEOPLE</b>	
Mária Novysedláková, Ľubomíra Zgrajová .....	219 – 227
<b>FAKTORY KVALITY ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV QUALITY OF LIFE FACTORS OF DIALYSIS PATIENTS</b>	
Andrea Pokorná .....	228 – 238
<b>OBJEKTIVIZUJÍCÍ HODNOCENÍ STAVU NEHOJÍCÍ SE RÁNY JAKO VÝCHODISKO KVALITNÍ A BEZPEČNÉ PÉČE THE OBJECTIFYING ASSESSMENT OF THE STATE OF NON-HEALING WOUNDS AS THE BASIS OF QUALITY AND SAFE CARE</b>	
Zuzana Šenkárová, Helena Kadučáková .....	239 – 247
<b>USPOKOJOVANIE SPIRITUÁLNYCH POTRIEB U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV MEETING OF SPIRITUAL NEEDS OF HOSPITALIZED PATIENTS</b>	
Andrea Schönbauerová, Mária Boledovičová .....	248 – 254
<b>PROBLÉMY MATEK V PRVNÍCH MĚSÍCÍCH PO PORODU PROBLEMS OF MOTHERS IN FIRST MONTHS AFTER BIRTH</b>	
Lucie Sikorová .....	255 – 268
<b>PŮSOBENÍ DĚTSKÉHO CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA DÍTĚ A JEHO RODINU – PILOTNÍ STUDIE EFFECTS OF CHILDREN'S CHRONIC ILLNESS ON THE CHILD AND THEIR FAMILY – PILOT STUDY</b>	
Andrew Sirkka, Juraj Čáp .....	269 – 278
<b>DEVELOPING SCIENTIFIC COMPENTENCES IN HEALTHCARE HIGHER EDUCATION</b>	

Jarmila Siverová, Radka Bužgová .....	279 – 286
<b>VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE V PÉČI O SENIORY V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH TO USE REMINISCENCE THERAPY IN CARE OF SENIORS IN THE LONG-TERM HOSPITAL</b>	
Danuta Smolağ, Anna Ufir .....	287 – 293
<b>THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF NURSES AND HEALTH CONDITIONS THE BIOMECHANICAL SPIN</b>	
Mária Sováriová Soósová, Viola Mechírová, Mária Zamboriová .....	294 – 303
<b>VYUŽITIE INFORMAČNÝCH TECHNOLOGIÍ A SIMULAČNÝCH METÓD VO VÝUČBE V ŠTUDIJNOM PROGRAME OŠETROVATELSTVO INFORMATION TECHNOLOGIES AND SIMULATION METHODS IN TEACHING OF NURSING STUDY PROGRAMME</b>	
Mária Sováriová Soósová, Zuzana Majirská .....	304 – 313
<b>PRACOVNÁ SCHOPNOSŤ SESTIER WORK ABILITY IN NURSES</b>	
Urszula Wójtowicz, Marta Majorczyk, Beata Gibas .....	314 – 322
<b>THE ROLE OF NURSE CONTINENCE ADVISOR (NCA) IN IMPROVING EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN DIFFERENT COUNTRIES</b>	
Jana Zálešáková, Radka Bužgová .....	323 – 332
<b>KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASE</b>	
Mária Zamboriová, Viera Simočková .....	333 – 342
<b>SOCIÁLNA SPÔSOBILOSŤ U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV PRI EFEKTÍVNOM ZVLÁDANÍ ZÁŤAŽOVÝCH SITUÁCIÍ SOCIAL COMPETENCES OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN EFFECTIVE COPING WITH STRESSFUL SITUATIONS</b>	
Mária Zanovitová, Martina Lepiešová, Radka Kurucová, Katarína Žiaková, ..... Ivan Farský	343 – 353
<b>HODNOTENIE VÝUČBY A SUPERVÍZIE V KLINICKEJ OŠETROVATELSKEJ PRAXI EVALUATION OF TEACHING AND SUPERVISION IN CLINICAL NURSING PRACTICE</b>	
Katarína Zrubáková, Vladimír Littva .....	354 – 364
<b>DIGITÁLNA GRAMOTNOSŤ A JEJ VÝZNAM V EDUKÁCII SENIOROV DIGITAL LITERACY AND ITS SOUND IN SENIOR'S EDUCATION</b>	

## PREDHOVOR

Prepojenie, nadväznosť a kontinuita teoretickej bázy, výskumu a klinickej praxe v ošetrovatel'stve predstavuje dlhoročnú tradíciu a cieľový odkaz medzinárodných ošetrovatel'ských konferencií, organizovaných na pôde Ústavu ošetrovatel'stva JLF UK v Martine od roku 1995.

Problematika terminológie v ošetrovatel'stve, ošetrovatel'skej diagnostiky, ošetrovatel'stva založeného na dôkazoch, výskumnej metodológii sú v posledných rokoch v popredí záujmu ošetrovatel'ského výskumu. Vedecké práce prezentujú nové relevantné výsledky teoretických a empirických štúdií, konfrontovaných so zahraničnými poznatkami a vedeckými dôkazmi, a sú tak reprezentačným východiskom pre implementáciu do praxe. V tomto roku sme okrem tradičných nosných tém zaradili do programu aj problematiku implementácie nových, moderných foriem výučby vo vzdelávaní sestier. Tohtoročná, jubilejná desiatu, medzinárodná vedecká konferencia *TEÓRIA, VÝSKUM A VZDELÁVANIE V OŠETROVATELSTVE*, ktorá sa konala 22. mája 2014 na pôde Ústavu ošetrovatel'stva JLF UK v Martine, reflektovala uvedené témy a oblasti spája dlhoročná snaha o ich implementáciu a prepojenie s klinickou praxou.

Recenzovaná publikácia *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve* má za cieľ priniesť odbornej verejnosti výber vedeckých prác, ktoré prispievajú k rozvoju vedecko-výskumnej bázy v oblasti ošetrovatel'stva a aj ďalších odborov. Do publikácie prispeli autori z Českej republiky, Maďarska, Poľskej republiky, Rakúskej republiky a Slovenskej republiky.



**PRÁVA PACIENTŮ JAKO JEDEN Z ASPEKTŮ BEZPEČNOSTI POSKYTOVANÉ  
PÉČE Z POHLEDU PACIENTŮ**  
**THE PATIENTS` RIGHTS AS ONE OF THE SAFETY ASPECTS OF THE CARE  
PROVIDED FROM THE POINT OF PATIENT`S VIEW**

**Sylva Bártlová, Hana Hajduchová, David Kimmer**

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

**Abstrakt**

**Cíl:** Dodržování práv pacientů patří k důležitým aspektům bezpečnosti poskytované péče. Cílem výzkumu bylo zmapování zapojení pacienta do poskytování bezpečné ošetrovatelské péče.

**Metodika:** Realizace zjišťování názorů pacientů probíhala technikou řízených rozhovorů. Výběrový soubor pacientů hospitalizovaných v nemocnicích byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení všech pacientů České republiky z hlediska regionů (krajů), pohlaví a věku. Celkem tvořilo výběrový soubor 514 pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních nemocnic po dobu minimálně 3 dnů. Statistické zpracování dat bylo provedeno programem statistické analýzy sociálních dat SASD, verze 1. 4. 10.

**Výsledky:** Výzkum potvrdil, že pacienti, kteří byli přijati akutně, významně méně ( $P < 0,05$ ) uvádějí, že byli seznámeni se svými právy. Dále jsme zjistili, že na to, zda byl pacient při svém příjmu seznámen se svými právy má vliv způsob přijetí a počet hospitalizací, které dosud absolvoval ( $P < 0,05$ ). 68,5 % pacientů uvedlo, že všem informacím, souvisejícím s jejich právy porozumělo. Velká většina pacientů (79,4 %) uvedla, že zná jméno svého ošetřujícího lékaře. Jméno své ošetřující sestry zná necelá polovina (45,1 %) pacientů.

**Závěr:** Vybraná skupina práv pacientů je ve většině případů v nemocnicích ČR naplňována. Dodržování práv pacientů je profesní povinností každého zdravotnického pracovníka, proto doporučujeme, zohlednit tuto problematiku v procesu vzdělávání zdravotnických pracovníků a podobné výzkumy opakovat.

**Klíčová slova:** respektování práv pacientů, bezpečnost poskytované péče, sestra, lékař

## **Abstract**

**Aim:** The observation of patients` rights is one of the important aspects of the safety of the care provided. The goal of the research was to map out how the patients were involved in the safe nursing care.

**Methods:** The patients` opinions were identified by means of controlled dialogues. The sample of inpatients was chosen to have a structure corresponding with the structure of all patients in the Czech Republic from the point of view of regions, sexes and age. The total number of patients consisted of 514 patients hospitalized minimally for 3 days. The statistic data processing was performed by SASD – the statistic analysis of social data – version 1.4.10.

**Results:** The research has confirmed that the acute patients give significantly fewer statements ( $P < 0.05$ ) that they have been made acquainted with their rights. Furthermore, it has been found out that the fact whether the patients have been made acquainted with their rights has been influenced the way of admission and the number of hospitalizations which the individual patients had undertaken ( $P < 0.05$ ). 68.5 % patients stated that they had understood all the information concerning their rights. The great majority of patients (79.4 %) stated that they had known the name of their attending doctor. 45.1 % patients did not know the name of their attending nurse.

**Conclusion:** In the chosen group of patients, the patients` rights are observed in the most Czech hospitals. Observing the patients` rights is the duty of all health care professionals and, therefore, these problems should be included in the education of health care staff and similar research should be performed.

**Keywords:** observation of patients` rights, safety of the care provided, nurse, physician

## **ÚVOD**

I když by se zdálo, že je v zájmu pacienta být ve zdravotnickém zařízení v bezpečí, lze argumentovat tím, že pacient k tomu nemá moc co říci. Ve zdravotnictví je pacient středem péče a na rozdíl od zdravotníků, kteří přicházejí a odcházejí, pozoruje téměř celý proces ošetrovatelské péče. Při poskytování zdravotní péče se mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem uplatňuje celá řada faktorů (etické, psychologické), důležitá je však také rovina právní, která tvoří základ pro vztah mezi zdravotníky a pacienty (Kořenek, 2004, s. 77).

Dodržování práv pacientů patří k důležitým aspektům bezpečnosti poskytované péče. Mezi klíčové otázky v této souvislosti patří, zda byl pacient se svými právy seznámen, zda jim porozuměl, zda byl při příjmu seznámen s chodem oddělení, zda znal jméno svého ošetřujícího lékaře a své ošetřující sestry.

Problematika zvyšování bezpečí pacientů je stále aktuálně řešenou otázkou a patří mezi hlavní priority Ministerstva zdravotnictví ČR. Zajištění bezpečnosti péče v českých nemocnicích se dostává jak do popředí zájmu laické, tak odborné veřejnosti (Škrla, Škrlová, 2008, s. 168).

V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států Evropské Unie tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety), jejíž součástí jsou doporučení pro členské státy EU. Jedním z nich je umožnit pacientům úplný a volný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, přitom zajistit správnost těchto informací i jejich srozumitelnost pro pacienty. Platí princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví (Luxembourg Declaration on Patient Safety, 2005, s. 2). Znalost práv ze strany pacientů je také jedním z faktorů, který vede k vybudování rovnocennějšího vztahu mezi lékařem a pacientem (Kořenek, 2002, s. 76). Jen pacient, který má informace o svém zdravotním stavu a zná svá práva, může být zdravotníkům partnerem. Základní práva pacientů v ČR jsou shrnuta v Etickém kodexu práv pacientů (MZ ČR, 1992). Dle něj má pacient právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Vztah pacientů a zdravotnických zařízení upravuje zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon posiluje postavení pacienta v systému poskytování zdravotní péče. Stanovuje práva a povinnosti pacienta i zdravotnického pracovníka v souladu s evropskou legislativou. Zákon ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost seznámit pacienty s jejich právy. Je tak činěno mnoha způsoby, práva jsou zveřejněna na nemocničních webových stránkách, jsou vyvěšena na zdech v jednotlivých odděleních nemocnic apod. Povinností sestry při příjmu pacienta je seznámit ho s nemocničním řádem a Kodexem práv pacientů, který by měl být k dispozici na každém oddělení každé nemocnice. Pacientům by měla být podána informace o tom, jak se svými právy mohou seznámit. Pacient by měl být také seznámen s chodem a uspořádáním oddělení, na kterém bude hospitalizován. Pro efektivitu léčebného a ošetrovatelského procesu je důležitý vztah mezi pacientem a zdravotníkem založený na vzájemné důvěře a respektu k právům.

## CÍL PRÁCE

Cílem výzkumu bylo zmapování zapojení pacienta do poskytování bezpečné ošetrovatelské péče z hlediska dodržování práv pacientů.

## SOUBOR, METODIKA

Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Sběr dat byl realizován prostřednictvím tazatelské sítě Agentury INRES. Do výzkumu bylo zapojeno 216 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni.

Výběrový soubor pacientů hospitalizovaných v nemocnicích byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení všech pacientů ČR z hlediska regionů (krajů), pohlaví a věku. Tyto znaky byly určeny jako reprezentativní. Celkem tvořilo výběrový soubor 514 pacientů, hospitalizovaných na lůžkových odděleních nemocnic po dobu minimálně 3 dnů. Respondenti byli předem informováni o cílech výzkumu a seznámeni s tazatelským archem. Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky.

Z hlediska pohlaví tvořilo soubor 242 (47,1 %) pacientů - mužů a 272 (52,9 %) pacientek - žen, což odpovídá analogické skladbě pacientů hospitalizovaných v nemocnicích v ČR. Z hlediska relativních četností nebyla zaznamenána odchylka výběrového souboru od základního souboru, výzkum je reprezentativní pro pacienty České republiky z hlediska pohlaví (tab. 1).

Tab. 1 Složení výběrového souboru pacientů dle pohlaví a věku

	<i>MUŽI</i>			<i>ŽENY</i>		
	<i>A</i>	<i>%</i>	<i>ODCHYLKA</i>	<i>A</i>	<i>%</i>	<i>ODCHYLKA</i>
<b>18 - 29 let</b>	23	4,5	0,0	30	5,8	0,0
<b>30 - 39 let</b>	31	6,0	+0,2	34	7,0	-0,4
<b>40 - 49 let</b>	29	5,6	-0,4	38	6,8	+0,6
<b>50 - 59 let</b>	34	6,6	-0,8	38	6,6	+0,8
<b>60 a více let</b>	125	24,3	+0,9	132	26,7	-1,0

Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 1,0 %. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny hospitalizovaných pacientů ČR (tab 1).

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001 (tab 2).

Tab. 2 Složení výběrového souboru pacientů dle krajů

KRAJ	A	%	ODCHYLKA
PRAHA	47	9,1	-0,4
STŘEDOČESKÝ	65	12,6	+0,4
JIHOČESKÝ	33	6,4	+0,2
PLZEŇSKÝ	27	5,3	+0,1
KARLOVARSKÝ	15	2,9	-0,2
ÚSTECKÝ	48	9,3	+0,2
LIBERECKÝ	24	4,7	-0,2
KRÁLOVÉHRADECKÝ	24	4,7	-0,2
PARDUBICKÝ	24	4,7	-0,1
VYSOČINA	28	5,4	+0,3
JIHOMORAVSKÝ	58	11,3	+0,2
OLOMOUCKÝ	31	6,0	-0,1
ZLÍNSKÝ	29	5,6	-0,3
MORAVSKOSLEZSKÝ	61	11,9	-0,2

Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,4 %. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro pacienty hospitalizované v nemocnicích ČR z hlediska regionu (tab. 2).

Ostatní charakteristiky výběrového souboru hospitalizovaných pacientů nesplňovaly požadavky na reprezentativnost, nicméně umožňují jeho popis prostřednictvím dalších znaků. Patří mezi ně vzdělání, rodinný stav, zaměstnání, typ nemocnice a znaky, charakterizující hospitalizaci.

Z hlediska vzdělání jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni vyučení pacienti (37,7 %) a pacienti se středoškolským vzděláním (37,3 %). Z hlediska rodinného stavu jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni ženatí (vdané) pacienti (51,6 %). Z hlediska povolání jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni pacienti ve starobním důchodu (36,8 %) a v zaměstnaneckém poměru (35,4 %).

Další sledované znaky charakterizují výběrový soubor pacientů z hlediska hospitalizace. První z nich je typ nemocnice, ve které byli pacienti hospitalizováni. Ve výběrovém souboru jsou nejvíce zastoupeni pacienti hospitalizovaní v krajských (25,3 %), fakultních (22,0 %) a oblastních (21,8 %) nemocnicích.

Jiným znakem, charakterizující výběrový soubor pacientů z hlediska charakteristik jejich hospitalizace je způsob, jakým byl pacient do nemocnice přijat. Z hlediska způsobu přijetí do

nemocnice jsou pacienti rozděleni na dva přibližně stejně velké soubory a to akutně (48,8 %) a plánovaně (51,2 %) přijatých.

Jinou charakteristikou, sledovanou v rámci výzkumu hospitalizovaných pacientů je počet hospitalizací, které pacient dosud absolvoval. Ten ovlivňuje jeho znalost nemocničního prostředí i míru zkušeností s ním. Největší část pacientů (48,2 %) uvedla, že dosud absolvovala tři a více hospitalizací, nejméně (21,4 %) bylo těch, kteří uvedli, že současný pobyt v nemocnici je jejich první hospitalizací.

V rámci výzkumu bylo rovněž zjišťováno, jaká je délka hospitalizace pacientů v den jejich rozhovoru. Do výzkumu byli zařazeni pouze pacienti, jejichž délka hospitalizace činila minimálně tři dny. Znak byl definován jako spojitý, respondenti uváděli skutečný počet dnů hospitalizace v den rozhovoru. Průměrná délka hospitalizace činila 7,8 dne. Následně byla provedena ordinalizace do tří základních skupin. Nejpočetnější skupinou pacientů z hlediska délky hospitalizace (52,1%) byli pacienti, kteří v den rozhovoru byli hospitalizovaní 3 až 5 dnů.

Realizace zjišťování názorů pacientů probíhala technikou řízených rozhovorů.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem statistické analýzy sociálních dat SASD, verze 1. 4. 10. Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě  $\chi^2$  a testu nezávislosti.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

Dodržování práv pacientů patří mezi základní aspekty bezpečnosti poskytované péče. Mezi klíčové otázky v této souvislosti patří, zda byl pacient se svými právy seznámen, zda jim porozuměl, zda byl při příjmu seznámen s chodem oddělení, zda znal jméno svého ošetřujícího lékaře a své ošetřující sestry. Z důvodu rozsahu tohoto příspěvku se zabýváme pouze výše uvedenými otázkami.

75,9 % pacientů potvrdilo, že byli při příjmu do nemocnice seznámeni se svými právy. Necelá 1/10 (9,1 %) uvedla, že se tak nestalo a zbylých 15,0 % si nevzpomíná. Lze tedy konstatovat, že většina pacientů je při příjmu do nemocnice seznamována se svými právy. Toto zjištění potvrzují ve svých výzkumech např. i Tóthová (2002) a Polívková a kol., (2009). Výzkum Polívkové a kol. (2009) probíhal v Nemocnici České Budějovice, a. s., kde většina oslovených pacientů udávala, že byla během hospitalizace seznámena se svými právy. Tuto skutečnost potvrdilo 80 % dotazovaných pacientů. Z tohoto počtu bylo 64,4 % pacientů seznámeno se svými právy hned při příjmu a 15,6 % v průběhu hospitalizace.

Na skutečnost, zda pacient byl při příjmu seznámen se svými právy, má významný vliv skutečnost, zda byl přijat akutně či plánovaně. Platí, že pacienti, kteří byli přijati akutně, významně méně uvádějí, že byli seznámeni se svými právy. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě rozdělení dle způsobu příjmu hodnotu 7,816 při 2 stupních volnosti,  $P < 0,05$ .

Platí též, že pacienti, kteří byli hospitalizováni vícekrát, významně více uvádí, že si nevzpomínají, zda byli u příjmu seznámeni s právy pacientů. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě rozdělení dle počtu hospitalizací hodnotu 13,032 při 4 stupních volnosti,  $P < 0,05$ . Platí tedy, že na to, zda byl pacient při svém příjmu seznámen se svými právy má vliv způsob přijetí (akutní, plánované) a počet hospitalizací, které dosud absolvoval. Jiná otázka byla zaměřena na to, zda pacient všem informacím, souvisejícím se svými právy porozuměl. Více než 2/3 (68,5 %) pacientů uvedlo, že všem informacím, souvisejícím s jejich právy porozumělo. Jen 7,4 % všem informacím neporozumělo, téměř 1/4 (24,1 %) však uvedla, že si již nevzpomíná. Statistická významnost byla v případě tohoto znaku identifikována pouze v souvislosti s typem příjmu do nemocnice. Pacienti, kteří byli přijati akutně, významně častěji uváděli, že všem informacím nerozuměli nebo volili odpověď „nedokážu posoudit“. Pacienti přijati plánovaně častěji informacím, souvisejícím s jejich právy rozuměli. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě rozdělení dle způsobu příjmu hodnotu 12,998 při 2 stupních volnosti,  $P < 0,01$ . Jiné statisticky významné souvislosti identifikovány nebyly.

Jiným předpokladem uplatňování práv pacientů je jeho seznámení s chodem oddělení při přijetí do nemocnice.

Většina pacientů (70,0 %) uvádí, že při přijetí do nemocnice byla seznámena s chodem oddělení, na kterém byla posléze hospitalizovaná. Dalších 15,0 % tuto skutečnost popřelo a zbývajících 15,0 % pacientů uvedlo, že si již nevzpomíná. Lze tedy uzavřít, že většina pacientů byla při přijetí do nemocnice seznámena s chodem oddělení, na kterém byla posléze hospitalizovaná.

Statisticky významné difference byly v případě tohoto znaku zjištěny u nejstarší věkové skupiny (60 a více let), která významně častěji uvádí, že při příjmu do nemocnice nebyla seznámena s chodem oddělení. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě rozdělení dle věku hodnotu 23,699 při 8 stupních volnosti,  $P < 0,01$ . Jako logická se jeví souvislost mezi způsobem příjmu do nemocnice a seznámení s chodem oddělení. Pacienti, kteří byli přijati akutně na rozdíl od plánovaných příjmů, častěji uvádějí, že nebyli

seznámení s chodem oddělení. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti ( $\chi^2$ ) má v případě rozdělení dle způsobu příjmu hodnotu 9,238 při 2 stupních volnosti,  $P < 0,01$ . Platí tedy, že seznámení pacientů s chodem oddělení při jejich přijetí do nemocnice významně souvisí s jejich věkem a s tím, zda šlo o akutní či plánovaný příjem.

Mezi základní práva pacientů patří též znalost jména ošetřujícího lékaře a ošetřující sestry. I na tuto skutečnost byli pacienti dotázáni.

Velká většina pacientů (79,4 %) uvedla, že zná jméno svého ošetřujícího lékaře. Jen 9,5 % respondentů jeho jméno neznalo a zbývajících 11,1 % zvolilo odpověď „nevzpomínám si“, vyjadřující skutečnost, že se jim lékař představil, ale jeho jméno již zapoměli.

Poslední otázka byla v souvislosti s právy pacienta zaměřena na skutečnost, zda pacienti znají jméno své ošetřující sestry. Jméno své ošetřující sestry zná necelá 1/2 45,1 %) pacientů. Další cca 1/3 (32,9 %) uvedla, že její jméno nezná, zbývajících 22,0 % zvolilo odpověď „nevzpomínám si“. Na rozdíl od jména lékaře tedy pacienti jméno své ošetřovatelské sestry znají podstatně méně. Rozdíly v odpovědích pacientů členěných dle jednotlivých sociodemografických skupin nebyly testovány jako statisticky významné.

Z porovnání jednotlivých indikátorů práv pacientů prostřednictvím středních hodnot vyplývá, že nejlépe znají pacienti jméno svého ošetřujícího lékaře. Jejich odpovědi na tuto otázku rovněž mají největší míru konzistence a jsou nejvíce jednoznačné (tab. 3). Lze konstatovat, že celkově jsou výše zmiňovaná práva pacientů ve své většině v nemocnicích ČR naplňována.

Tab. 3 Práva pacientů

POLOŽKA	N	Mo	Me	$\bar{x}$	$s^2$	s
Znalost jména ošetřujícího lékaře	514	1	0	<b>1,317</b>	<b>0,438</b>	<b>0,662</b>
Seznámení s právy pacientů	514	1	0	1,391	0,538	0,733
Seznámení s chodem oddělení	513	1	0	1,450	0,548	0,740
Porozumění právům pacientů	514	1	0	1,556	0,729	0,854
Znalost jména ošetřující sestry	514	1	2	1,768	0,618	0,786

**Legenda:** N = počet pozorování; Mo = modus; Me = medián;  $\bar{x}$  = aritmetický průměr;  $s^2$  = rozptyl; s = směrodatná odchylka

## ZÁVĚR

Proces prosazování práv pacientů ve zdravotnickém zařízení začíná definováním těchto práv a pokračuje procesem edukace pacientů i zaměstnanců o těchto právech (Joint Commission International, 2008, s. 77).



Spojená Akreditační komise, o.p.s předložila odborné i laické veřejnosti v minulém roce již třetí vydání Akreditačních standardů pro nemocnice, které jsou platné od 1. ledna 2014. V tomto třetím vydání došlo ke změnám i v oblasti práv pacientů, tak aby byly v souladu s platnou legislativou. Jako samostatná kapitola jsou v tomto vydání zařazeny Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR jako vyjádření důležitosti, kterou tato komise přikládá oblasti bezpečí pacientů (Marx, Vlček, 2013).

„Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností nemocnice je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy (přijímající lékař či přijímající sestra). Při formulaci této povinnosti je nutno počítat se situací, kdy bezprostředně při přijetí zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy seznámen; pak je toto seznámení nutno provést bez zbytečného odkladu, jakmile to umožňuje pacientův stav. Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy, o tom učiní záznam do dokumentace“ (Marx, Vlček, 2013, s. 27; Joint Commission International, 2008). Dodržování práv pacientů je profesní povinností každého zdravotnického pracovníka, proto i přes pozitivní výsledky výzkumu, doporučujeme, zohlednit tuto problematiku i v procesu vzdělávání zdravotnických pracovníků a podobné výzkumy v časových odstupech opakovat.

*Výzkum byl realizován za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu reg. č. NT 14133 s názvem „Zvyšování bezpečnosti ošetrovatelské péče“.*

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

Joint Commission International. 2009. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*

Přeložili Marx, D.; Staněk, I. Překlad 3. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 309 s.

KOŘENEK, J. 2004. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. 234 s.

*Luxembourg declaration on patient safety*. [online]. Luxembourg, 5 April 2005. [cit. 2014-02-03]. Dostupné na

internetu :[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Etický kodex práv pacientu*. Centrální etická komise MZČR. Praha : MZČR, 1992.

MARX, D. – VLČEK, F. (Eds). 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha : SAK ČR společně s nakladatelstvím Tigis, 2013. 168 s.

POLÍVKOVÁ, E. – BRABCOVÁ, I. – OTÁSKOVÁ, J. 2009. Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů v nemocnici České Budějovice a. s. In *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2, s. 292-300.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 200 s.

TÓTHOVÁ, V. 2002. Míra informovanosti pacientů o svých právech – problematika dodržování etického kodexu práva pacientů ve zdravotnických zařízeních. In *Sociální práce a zdravotnictví*. 2002, roč. 3, č. 3-4, s. 7-30.

## **KONTAKT**

**doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

U Výstaviště 24, České Budějovice 370 05

e-mail: [bartlova@zsf.jcu.cz](mailto:bartlova@zsf.jcu.cz)

# NEJČASTĚJŠÍ POCHYBENÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI A ZPŮSOBY JEJICH PREVENCE

## MOST FREQUENT ERRORS IN NURSING CARE PRACTICE AND THE WAYS OF THEIR PREVENTION

**Iva Brabcová, Sylva Bártlová, Radka Prokešová**

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

### **Abstrakt**

**Úvod:** Prevence pochybení v ošetrovatelské praxi patří k významným aspektům bezpečnosti poskytované péče.

**Cíl:** Cílem výzkumu bylo identifikovat nejčastější pochybení v ošetrovatelské praxi a popsat preventivní opatření, která minimalizují pravděpodobnost jejich vzniku.

**Metodika:** Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativní studie. Technika sběru dat probíhala pomocí nestandardizovaných skupinových rozhovorů.

**Výzkumný soubor:** byl tvořen sestrami manažerkami Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Písek a Nemocnice České Budějovice.

**Výsledky:** Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastější pochybení v ošetrovatelské praxi patří medikační omyly a přenos nozokomiálních nákaz. Dle sester lze riziko medikačního pochybení snížit zřetelným označením rizikových léčiv, podáváním léků prostřednictvím mobilních lékáren z originálního balení u lůžka pacienta a pečlivou identifikací pacienta. Mezi preventivní mechanismy přenosu nozokomiálních nákaz patří důkladná hygiena rukou před a po kontaktu s pacientem, při manipulaci s biologickým materiálem, používání ochranných pomůcek a pravidelné školení personálu v problematice hygieny rukou, bariérového režimu a manipulaci s biologickým materiálem.

**Závěr:** Respondentky upozorňovaly na významný potenciál latentních (skrytých) systémových chyb, které zvyšují pravděpodobnost aktivního pochybení zdravotnických pracovníků!

**Klíčová slova:** pochybení; ošetrovatelská péče; medikační pochybení; nozokomiální nákazy

## **Abstract**

**Introduction:** Error prevention in nursing practice belongs to major safety aspects of given care.

**Aim:** The aim of this research was to identify the most frequent mistakes in nursing practice and describe possible preventions that would minimize their occurrence.

**Methods:** Qualitative method was chosen for this study and data collection was conducted through non-standardised group dialogs. Research group consisted for management nurses of General faculty hospital in Prague, Hospital Písek and Hospital České Budějovice.

**Results:** Research showed that the most frequent errors made in nursing practice are medication mistakes and transfer of nosocomial illnesses. According to the nurses medication errors can be decreased by clear marking of risk medications, using automatic dispensary for medication distribution directly from original packaging at patient bed as well as proper patient identification. Among preventive mechanisms against nosocomial infections belong proper hand hygiene before and after patient contact, during manipulation with biological material, using safety aids and regular education of the staff regarding hand hygiene, barrier regime and manipulation with biological material.

**Conclusion:** Respondents cautioned about large potential of latent (hidden) systematic errors that increase the probability of active errors conducted by nursing staff.

**Key words:** errors, nursing practice, medication errors, nosocomial illnesses

## **ÚVOD**

Pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči je významným problémem celosvětového zdravotnictví. V posledních desetiletých zmiňované téma ztrácí punc utajenosti a chyby a omyly zdravotnických pracovníků jsou diskutovány v řadě vědeckých studií (Institute of Medicine, 2001; Kohn et al., 2000). Nejenom odborná, ale i laická veřejnost, hledá odpověď na otázky, jaké jsou příčiny pochybení lékařů a sester a jakými mechanismy lze pochybením předcházet!

Nežádoucí událost, omyl nebo pochybení lze definovat jako incident, kdy léčebná nebo ošetrovatelská péče neproběhla dle doporučených standardů, protokolů, postupů. Jde o takové události, které mohly nebo vyústily v tělesné, psychické, sociální nebo ekonomické poškození pacienta. Následkem je poškození zdraví nebo majetku pacienta, zaměstnance nebo jiné osoby

(MZČR, 2012). Nežádoucí události jsou ukazatelem kvality poskytované péče. Dle Collinse (2008) patří mezi nejčastější pochybení zdravotnických pracovníků chyby, ke kterým došlo během medikačního procesu. Za medikačními omyly se umístily nozokomiální nákazy a incidenty v perioperační péči.

## **CÍL VÝZKUMU**

*Hlavním cílem výzkumného šetření bylo identifikovat nejčastější pochybení v praxi českých sester a popsat preventivní mechanismy snižující riziko těchto pochybení. V souladu s předmětem výzkumu byly stanoveny dva dílčí cíle.*

1. Zjistit, k jakým pochybením nejčastěji dochází během ošetrovatelské praxe
2. Popsat způsoby prevence vybraných pochybení v sesterské praxi

## **METODIKA**

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu – kombinace terénního výzkumu a analýzy dokumentů (rozhovorů). Technika sběru dat probíhala pomocí nestandardizovaných skupinových rozhovorů. S cílem získat co nejširší náhled o problematice pochybení v sesterské praxi byly osloveny sestry na fakultní, regionální a oblastní úrovni lůžkové péče. K diskuzi bylo pozváno 30 sester manažerek tří zdravotnických zařízení: Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Písek a Nemocnice České Budějovice. Šlo o staniční, vrchní a hlavní sestry. K rozhovorům byly přizvány i epidemiologické sestry daných nemocnic. Výběr respondentů probíhal formou záměrného výběru, při němž rozhodnutí o zahrnutí respondentů do výzkumu nebylo provedeno pomocí pravděpodobnostního mechanismu, ale bylo vedeno záměrem výzkumného šetření.

*Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria:*

- Respondentky byly sestrami pracující v nemocnici fakultního, regionálního nebo oblastního typu
- Respondentky zastávaly funkci staniční, vrchní nebo hlavní sestry, popřípadě byly epidemiologickými sestrami

*Pro výběr respondentů nebyla zvolena kritéria, jako je věk, pohlaví nebo délka praxe.*

Na základě diskuze s respondentkami byly identifikovány dvě nejčastější pochybení v ošetrovatelské praxi. Šlo o medikační pochybení a přenos nozokomiálních nákaz. Následovala část s otázkami, které se vztahovaly k implementaci preventivních mechanismů do rizikových procesů ošetrovatelské praxe. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a

následně doslovně přepsány pomocí programu Transcriber. Při analýze transkripce rozhovorů byla použita metoda *otevřeného kódování*. Přepsané rozhovory byly rozděleny pomocí programu ATLAS.ti 7 na jednotky (slova, věty, slovní spojení). Veškeré kódy, které vznikly z otevřeného kódování, byly seskupeny podle podobnosti nebo vnitřní souvislosti do tříd, kategorií a podkategorií. Následně byly jednotlivé kategorie odpovědí uspořádány do přehledných schémat (sítí). Pro interpretaci jednotlivých síťových náhledů byla použita technika „*vyložení karet*“. Na kódování a identifikaci dat se podílel tříčlenný výzkumný tým.

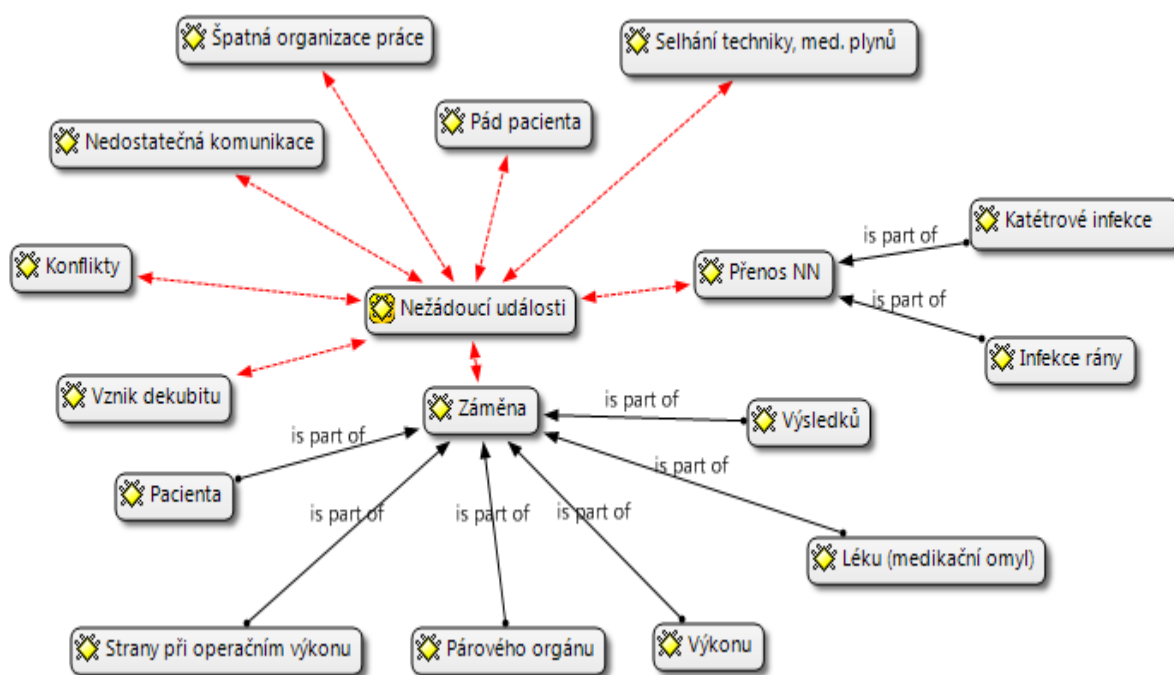
## VÝSLEDKY A INTERPRETACE

*Z důvodu citlivosti tématu a přání respondentek zachovat anonymitu výpovědí neuvádíme jména, název nemocnice ani funkční zařazení oslovených sester.*

### *Nejčastější pochybení a omyly v ošetrovatelské praxi*

Oslovené respondentky (všeobecné sestry) byly dotazovány na nejčastější nežádoucí události v ošetrovatelské praxi. Sestry vyjadřovaly největší obavy z omylů a pochybení, jejichž důsledkem je závažné poškození zdraví pacienta nebo dokonce jeho smrt! „*Pochybení se dá rozdělit na psychické a somatické poškození, následkem je ztráta důvěry, žaloba nemocnice. Když to vezmu jednoduše, pochybení je zdravotní poškození pacienta s následkem trvalého poškození zdraví nebo smrti (Respondetka 1)*“ Nejzávažnější nežádoucí událost, která může nastat během výkonu sesterské praxe, je (dle názoru respondentek) **záměna pacienta, léku, výsledku nebo strany či párového orgánu při chirurgickém výkonu**. „*Já za nejvážnější pochybení беру záměnu léčiv. Vím, že pořád mi tam ten strašák visí v hlavě (Respondetka 8)*“. Mezi další nežádoucí incidenty mající souvislost se sesterskou praxí patří **katéetrové infekce, pády pacientů nebo výskyt dekubitů**. Respondentky poukazyvaly na riziko špatně nastavené organizace práce na oddělení. „*Na intenzivní péči došlo k tomu, že sestra aplikovala lék místo do epidurálního katétru do centrálního žilního katétru. My jsme tu událost velmi intenzivně analyzovali a došli jsme k závěru, že to vůbec nebylo pochybení sestry. Tam prostě byla tak špatně nastavená celá organizace práce, že pochybení sestry bylo jenom vyústění toho, co se muselo dříve či později stát. Takže náprava nespočívala v nápravě toho člověka, ale v nápravě systému (Respondetka 21)*“. Viz síťový náhled 1.

## Sítový náhled 1 Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi



Sestry určily široké spektrum možných ošetrovatelských pochybení. Jsou si vědomy individuální odpovědnosti za své omyly. Přesto zcela správně poukazyvaly na velký potenciál skrytých systémových chyb. Dle Škrly (2005) a Bognera (2008) tyto latentní chyby mají kořeny ve špatné organizaci práce, neefektivní týmové komunikaci nebo zastaralé zdravotnické technice či špatných provozních podmínkách. Za chyby systému nese odpovědnost vedení nemocnice.

Během rozhovorů respondentky uváděly především dvě kategorie pochybení. Šlo o chybu při *podávání léčiv* a riziko přenosu *nozokomiálních nákaz*. Proto jsme se v další části výzkumu zaměřili na prevenci těchto dvou nejčastějších incidentů v ošetrovatelské praxi.

### **Medikační pochybení**

Medikační proces označily sestry za rizikový ve všech jeho bodech. Jak v manipulaci, přípravě, aplikaci, skladování, tak při likvidaci léčiv. Během podávání léčiv může nastat situace, kdy je **lék nepodán**, popřípadě **podán jinému pacientovi**. Může dojít k **chybě v gramáži, formě nebo způsobu podání**. Co však trápí sestry nejvíce, je problém **generické výměny léku sestrou!** „Problémem je napsané generikum, které není na oddělení. Důvod, že dochází ke generickým záměnám, může spočívat i v neustálé aktualizaci pozitivního listu léčiv,

*který se mění ze dne na den. Já nechci lékaře bránit, ale chápu, že když každých 14 dnů přijde nový lék, tak lékaři opravdu nemohou vědět, co předepsat (Respondentka 11)“*

Dle názoru sester je třeba tento nešvar ze zdravotnické praxe vymýtit a to například efektivním spravováním nemocničního pozitivního listu léčiv.

### ***Preventivní mechanismy medikačních pochybení***

Při podávání léků působí řada vedlejších faktorů, které zvyšují riziko pochybení. Studie Andersona a Townsenda (2010) identifikovala řadu preventivních kroků, které snižují riziko medikačních pochybení. Je nutné zaměřit se na získání úplných a validních informací o pacientovi. Velké riziko spočívá v nedostatečně sebrané anamnéze. Nezískání nebo přehlédnutí informací o možných alergiích významně zvyšuje riziko poškození pacienta. Pozitivní identifikace pacienta před podáním léků je samozřejmostí. Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR (20011, s. 1) vyžadují minimálně dva způsoby k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození). K těmto nástrojům však nepatří použití označení pokoje pacienta či popis jeho umístění ve zdravotnickém zařízení! Lékaři a sestry by měli mít možnost získat z nemocniční elektronické databáze komplexní informace o lécích. Až 60 % medikačních pochybení nastává z důvodu špatné komunikace mezi lékařem a sestrou. Komunikační bariéry by mohly být odstraněny verifikačním procesem o ordinaci daného léku. Pravděpodobnost duplikační chyby při podávání léků lze minimalizovat sledováním množství podávaných léčiv a evidencí zbylého léčiva. Uskladnění a distribuce léků by se měla řídit standardizovaným protokolem. Selhání techniky, jako jsou infuzní pumpy nebo dávkovače, lze předcházet servisními prohlídkami a řádnou kalibrací přístrojů. Při pracovním zatížení roste riziko pochybení. Únava, vyrušování, špatné osvětlení, kumulace pacientů a administrativy mohou vést k chybě. Je důležité tyto podpůrné faktory pochybení systémově minimalizovat. V neposlední míře je žádoucí celoživotní vzdělávání sester. Sestry by měly být seznámeny s novým lékem, procedurou či technikou. V návaznosti na zjištěnou nežádoucí událost je důležitá změna procedur, doporučených postupů a standardů (Andersona a Townsenda, 2010; Marx a Vlček, 2013; MZČR, 2011).

Souhrn preventivních mechanismů, které snižují rizika medikačních pochybení (dle názoru respondentek), jsou uvedeny v tabulce 1.



Tab. 1 Prevence medikačních omylů

<b>Předmět</b>	<b>Prevence rizika medikačních omylů</b>
<b>Cíl</b>	Zvýšit bezpečnost při přípravě, podávání, skladování a likvidaci léčiv
<b>Vazba na resortní bezpečnostní cíle</b>	<i>Bezpečnost při uložení rizikových léčiv</i> <i>Bezpečná identifikace pacientů</i> <i>Bezpečná komunikace</i>
<b>Příčiny, podpůrné faktory pochybení</b>	Podávání, uchovávání, ordinace léku v rozporu s vnitřním předpisem Špatný systém práce Nedostatek personálu Nečitelná, neúplná ordinace medikace lékařem Nedostatečná komunikace v týmu Nedostatečný systém nežádoucích událostí a analýzy příčin pochybení Nedostatečná identifikace pacienta Nedostatečná komunikace s pacientem Generická výměna léku sestrou
<b>Preventivní mechanizmy</b>	Aktualizace vnitřního předpisu dle změn české legislativy Efektivní spravování nemocničního pozitivního listu léčiv Uchovávání léčivých přípravků v originálních obalech a v uzamčených příručních lékárnách Ukládání rizikových léčivých přípravků odděleně od ostatních léčiv Zřetelné označení rizikových léčiv Uchovávání návykových látek v zabudovaných trezorech Pečlivé evidování příjmu a výdeje návykových látek Podávání léků prostřednictvím mobilních lékáren Provádění ústní ordinace lékařem pouze ve výjimečných a odůvodnitelných případech Identifikace pacienta vždy před podáním léčiv Identifikace pacienta prostřednictvím identifikačního náramku a dotazem na některý z údajů zdravotnické dokumentace

### **Nozokomiální nákazy**

Nozokomiální (nemocniční) infekce jsou dle Collinse (2008) spjaté s poskytovanou péčí. Vznikají během pobytu pacienta v nemocnici nebo mají souvislost s tímto pobytem. Nozokomiální infekce zvyšují nemocnost pacienta, prodlužují délku pobytu pacienta v nemocnici a zvyšují náklady na poskytnutou péči. Nemocniční nákazy jsou významným indikátorem kvality péče. Na vzniku těchto infekcí se podílí velká přítomnost mikrobů v nemocničním prostředí (epidemiologické ohnisko), kumulace pacientů a diagnostické a léčebné zásahy do organismu. Navíc (dle Muta et al., 2003) je řada nozokomiálních nákaz

obtížně léčitelná pro rezistenci bakterií. Riziko přenosu infekce z jednoho pacienta na druhého se zvyšuje **nedodržováním pravidel bariérové péče**. Dle výpovědi respondentek „*Riziko infekce hrozí především u invazivních výkonů, centrálních a periferních žilních vstupů. Pokud na oddělení bude nedostatek personálu, zároveň bude oddělení plné nebo se sejde hodně akutních příjmů najednou, může dojít k nevědomému porušení bariérového ošetrovatelského režimu (Respondentka 25)*“

Odpovědnost za monitoring nozokomiálních infekcí a kontrolu dodržování bariérových režimových opatření nese ústavní epidemiolog a epidemiologická sestra.

### **Způsoby prevence přenosu nozokomiálních nákaz**

Mezi pravidla prevence šíření nemocnicíčních nákaz (dle oslovených sester) patří: *dodržování aseptických postupů, znalost dekontaminačních procesů a především dodržování přísné čistoty rukou*. K nedostatečné hygieně rukou dochází v okamžiku časové tísně, nedostatku personálu nebo při neznalosti procesu hygieny rukou.

Tabulka 2 shrnuje nejčastější příčiny přenosu NN a základní pravidla hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Tab. 2 Prevence přenosu nozokomiálních nákaz prostřednictvím rukou zdravotníků

<b>Předmět</b>	<b>Prevence rizika přenosu nozokomiálních nákaz (NN)</b>
<b>Cíl</b>	Snížit riziku přenosu NN
<b>Vazba na resortní bezpečnostní cíl</b>	<i>Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče</i>
<b>Příčiny, podpůrné faktory pochybení</b>	Neznalost, nedodržování nebo nedostatečné dodržování vnitřního předpisu Špatný systém práce Nedostatek personálu Nedostatečná školení, kontrola Nedostatečný monitoring NN a analýza příčin přenosu infekcí Nedodržování bariérového režimu
<b>Preventivní mechanismy</b>	Zdravotnický pracovník provádí hygienickou dezinfekci rukou vždy před a po kontaktu s pacientem, po zdravotnických výkonech a manipulaci s biologickým materiálem Zdravotnický pracovník používá ochranné pomůcky Zdravotnický pracovník absolvuje pravidelné školení v problematice hygieny, desinfekce rukou, epidemiologického režimu, bariérového režimu a nakládání s biologickým materiálem

## ZÁVĚR

Cílem skupinových rozhovorů s odborníky bylo identifikovat nejčastějších pochybení v ošetrovatelské praxi a popsat preventivní opatření, které minimalizují pravděpodobnost jejich vzniku. Stěžejní výsledky kvalitativní studie lze shrnout do následujících závěrů. Oslovené sestry se nejvíce obávají pochybení, které vedou k závažnému poškození zdraví pacientů. Mezi tato pochybení patří záměna léku a přenos nozokomiálních nákaz. Sestry upozorňovaly na podpůrné faktory jako je špatně nastavený systém, neefektivní týmová komunikace a selhání techniky, které zvyšují pravděpodobnost lidského pochybení. *Řešením je zavedení efektivního systému řízení kvality a bezpečí zdravotní péče do praxe nemocnic.* Každá chyba by měla vyvolat diskuzi nad otázkou, proč se daný incident stal a co lze udělat pro to, aby se minimalizovalo riziko daného omylu v budoucnosti. Kultura zdravotnického zařízení by měla být taková, aby všechny chyby vedly ke změně systému a ke zvýšení bezpečnosti poskytované péče (Škrlla a Škrlová, 2008).

*Výzkum byl realizován za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu reg. č. NT 14133 s názvem „Zvyšování bezpečnosti ošetrovatelské péče“.*

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ANDERSON, P., TOWNSEND, T. Medication errors: Don't let them happen to you.

*American Nurse Today*. 2010; 5 (3), 23-28.

BOGNER M. S. (ed.). *Misadventures in Health Care. Inside Stories*. New York: psychology Press. 2008. 237 p.

COLLINS A. S. Preventing Health Care – Associated Infections. In: Hughes R. G. (ed.) *Patient safety and quality: an evidence – based handbook for nurses*. 2008. United States: AHRQ. 547-575 pp.

Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, DC, USA: National Academies Press, 2001, pp. 1–360.

KOHN L. T., CORRIGAN J. M., DONALDSON M. S. (eds). Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, USA: National Academies Press, 2000; pp. 1–287.

MARX D., VLČEK F. (eds.). *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. SAK: Praha. 2013: 164.

MUTO C. A., JERNIGAN J. A., OSTROWSKY B. E., RICHET H. M., JARVIS W. R., BOYCE J. M., FARR B. M. SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug Resistant Strains of Staphylococcus aureus and Enterococcus. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003; 24: 362 - 386.

MZČR. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In: Věstník *Ministerstva zdravotnictví České republiky*, [online]. Částka 8, pp. 20 – 27, 2012. [cit. 2013-05-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012\\_6865\\_2510\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html)

MZČR. *Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb na období červen 2011 až duben 2012.* [on-line]. MZČR. 2011. [cit. 2013-05-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-\\_1837\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html)

ŠKRLA P. *Především neublížit.* Brno: NCO NZO, 2005: 162.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada, 2008. 200 p.

## **KONTAKT**

**Ing. Iva Brabcová, Ph.D.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

U Výstaviště 24, České Budějovice 370 05

mail: [brabcova@zsf.jcu.cz](mailto:brabcova@zsf.jcu.cz)

## **EMBRYOS IN EXCESS, ETHICAL DILEMMA**

**António Casa Nova, Raul Cordeiro**

Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal

### **Abstract**

With the advancement of new technologies, the failure to develop a normal pregnancy is no longer a problem, as there are many possibilities of conceiving a child through Assisted Reproductive Technology (ART). In Portugal there are 28 ART centers, between public and private, which allow the possibility of infertile couples being parents.

The ethical problem arises with the final destination of the surplus embryos. By Portuguese law, the maximum time of use of embryos by the couple, is 3 years, after which it can be donated to another couple, or the period of cryopreservation be renewed, or use in research or ... destruction. Who controls the fate of these embryos in excess? When is the beginning of life?

**Keywords:** embryo, life, nurse, ethics

### **EMBRYOS IN EXCESS, AN ETHICAL DILEMMA:**

Most people around the world have a life expectancy that includes the exercise of parenting. However, not all couples who desire a pregnancy will spontaneously achieve this objective and a proportion of these individuals require medical intervention to do so.

Infertility has been considered by the World Health Organization (WHO, 2009) as a public health problem, being the result of organ failure due to dysfunction of the reproductive organs, the gametes or the conceptus and according to the Portuguese Society of Reproductive Medicine (SPMR, 2014), is defined as the inability of a couple to conceive or carry a pregnancy to fruition, after at least one year of regular sexual intercourse without any protection . It is a much more common situation than we usually think. In developed countries this problem has been increasing and the prevalence of infertility builds up, It is estimated that marital infertility strikes, the world's population, approximately 10-15 % of couples of childbearing age , with an increasing incidence in relation to age couples ( DGS , 2008, p 5 ) . This percentage has been increasing in recent years due to causes as diverse as the postponement of motherhood, the increased prevalence of sexually transmitted infections,

physical inactivity, obesity, tobacco use and alcohol and pollution (Kääriäinen, 2005, p 207). Several studies report that in Western countries infertility affects one in seven couples in the reproductive age, which corresponds to about 14% of the population, which in Portugal affect 1 in 7 couples. (DGS, 2008, p. 6).

Infertile couples divide those who cannot get pregnant without treatment, case of azoospermia (absence of sperm), bilateral tubal obstruction and anovulation (lack of ovulation), and those who are subfertile or hipofertile that, over time, are likely to conceive without treatment (Pinto, 1996, p. 96).

The assessment and treatment of clinical cases of conjugal infertility are part of the medical concerns for over a century. Alternative therapies have evolved in parallel with developments in other areas of medicine. In the 60s and 70s of last century, were made, especially by English authors, profound research on the phenomena related to reproduction, which culminated in the introduction of a new therapeutic technique with complex laboratory component - in vitro fertilization (IVF). The birth of the first child resulting from this technique took place on July 25, 1978 , in the UK , with the birth of Louise Brown , the result of fertilization of oocytes removed by surgical technique , the ovary of woman with man's sperm for penile stimulation followed by the creation of embryos in the laboratory ( in vitro ) and their introduction into the uterus (Serrão , 2003 p5) , thus , changing the fate of thousands of couples around the world , but from that moment began a debate that shook the scientific , religious , philosophical and political community.

The clinical use of these methodologies has greatly expanded worldwide, and is estimated to have been born more than 3 million children as a result of its use. There are even European countries where 5% or more of children born result of ART (CNPMA, 2014). This value becomes evident that there's merit in solving the problems of couples as individuals, this set of techniques has a huge social relevance.

The World Health Organization defines Assisted Reproductive Technology (ART) as follows: "All treatments or procedures include in vitro manipulation of gametes (sperm or oocyte) or human embryos for the purpose of achieving a pregnancy" (WHO, 2009).

The Portugal law in Law 32/2006 of 26 July regulating the use of the following techniques Assisted reproductive technology:

- a) Artificial insemination;
- b ) In vitro fertilization ( IVF ) ;
- c ) Intracytoplasmic Sperm Injection ( ICSI ) ;
- d ) Transfer of embryos , gametes and zygotes ( GIFT and TEC ) ;

e) Pre-implantation Genetic Diagnosis;

f) Other laboratory techniques gametic or embryonic manipulation equivalent or subsidiaries. Artificial insemination, considered a " mild " treatment of ART, gives the mechanical transfer of sperm previously collected, processed and selected into the uterine cavity at the time of fertilization (Guise, 2011, p . 2). Since the other hand, in IVF fertilization occurs outside the body. Zygotes continue to be incubated in vitro in the same environment in which fertilization occurred, until to target for subsequent embryo transfer (FIVTE). This leads to the production of "overplus" embryos , which initially are not transferred . The ICSI is appropriate in cases where there are serious changes in semen or history of fertilization failure in conventional IVF. The spermatids or sperm injection in oocytes leads to the formation of embryos that are cultured endometrial cells taken from a female reproductive tract layer.

Here, too, the embryos that are not used in artificial fertilization are frozen through a process of cryopreservation. In turn, the gamete intra-fallopian transfer (GIFT), fertilization of the egg of the woman with the sperm of man occurs inside the fallopian tube. On the other hand, in the intrafallopian transfer of zygotes is the tubes are introduced into zygotes. These two techniques are becoming less a resource for resolving cases of infertility.

In the following table we can see the main indicators of ART in Europe in reference to the year 2009:

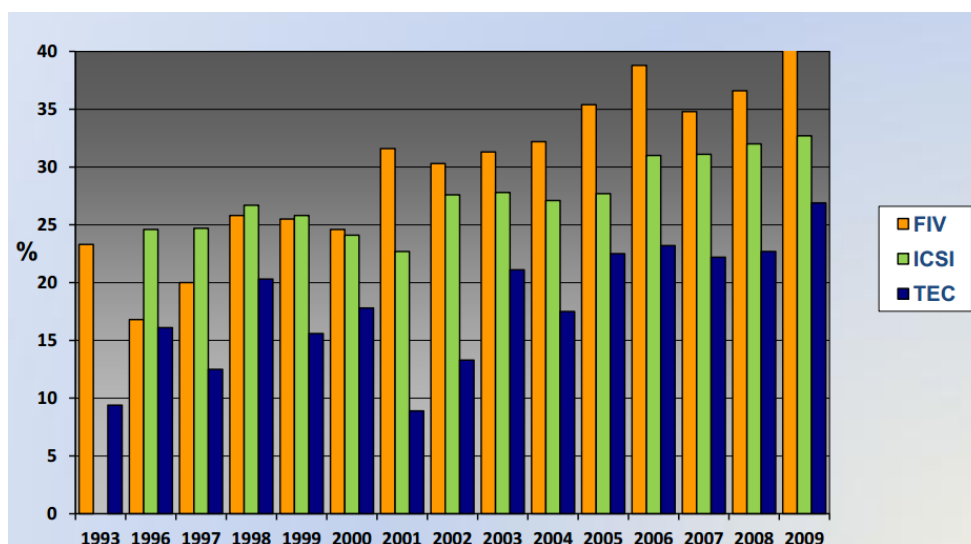
Tab. 1 ART in European countries in 2009

country										All	Women 15-45	Population
	Total	Reporting	IVF	ICSI	FER	ED	IVM	PGD	FOR			
Austria	26	26	1128	4638	511					6277	3750	765
Belgium	18	18	4377	13 425	8409	1463				27 674	13 173	2574
Bulgaria	17	8	431	1190	124	52	0		0	1797		
Croatia	12	12	1495	2367	218		0		216	4296	4819	957
Cyprus	8	8	303	976	142					1421	5738	1310
Czech Republic	30	30	2990	9640	4443	1883		475	0	19 431	9019	1903
Denmark	19	19	6371	5167	3116	230	0	108	0	14 992	14 160	2726
Finland	19	19	2621	1970	3245	404	2	19	376	8637	8967	1645
France	106	106	21 123	35 111	17 153	641	54	393		74 475	6022	1153
Germany	121	121	11 664	37 772	17 913					67 349	4378	823
Greece	50	4	335	1658	210	103	0	4	0	2310		
Hungary	12	12	1230	5088	664	61		25		7068	3437	706
Iceland	1	1	275	188	217	126	0		0	806	12 388	2628
Ireland	7	6	1987	1328	744	6	0	0	0	4065		
Italy	200	200	8407	39 504	1019				3102	52 032	4338	861
Kazakhstan	10	2	691	250	295	214		20	4	1474		
Latvia	4	3	208	287	199	68				762		
Lithuania	4	1	61	54	16					131		
Macedonia	4	4	647	1325	66	27				2065	4531	999
Moldova	1	1	255	370	0	0	0	0	0	625	728	166
Montenegro	3	3	51	397	34					482	3334	717
Norway	11	11	3139	3314	2076		15			8544	9300	1833
Poland	31	25	285	7566	3534	272	96	280	35	12 068		
Portugal	24	24	1475	3405	804	274	11	107	1	6077	2796	568
Romania	12	8	606	323	110	13				1052		
Russia	102	73	19 005	13 755	5456	2190	1088	555	61	42 110		
Serbia	12	9	291	941						1232		
Slovenia	3	3	937	2001	719	14	2	6	1	3680	9002	1835
Spain	166	109	4494	28 734	7901	10 982	10	1706	439	54 266		
Sweden	16	16	5797	5767	4893	140	0	117		16 714	9591	1845
Switzerland	26	25	996	4201	3902					9099		
The Netherlands	13	13	8621	8148	5292					22 061	6849	1338
Ukraine	21	15	2858	3057	1323	704		135		8077		

Font: Ferraretti, A. et al (2013)

According to the data in the following table we can see the evolution of techniques in Portugal and the gradual increase in pregnancy rates.

Tab. 2 Portugal Clinical pregnancy rate / embryo transfer over the years



Font: ART Portuguese Data, 2012



In the following table we can observe the registration of cryopreserved at the Portugal centers of ART embryos:

Tab. 3 Registration of embryos cryopreserved in 2011

	n	%
Embryos cryo ART intraconjugal FIV	5613	33,4%
Embryos cryo ART intraconjugal ICSI	8806	52,5%
Embryos cryo ART Ov. donor FIV	134	0,8%
Embryos cryo ART Ov. donor ICSI	1704	10,2%
Embryos cryo ART Ez. donor FIV	356	2,1%
Embryos cryo ART Ez. donor ICSI	168	1,0%
<b>Total cryopreserved embryos (2011)</b>	<b>16781</b>	<b>100,0%</b>
Donated embryos to other couples	19	-
Embryos donated for research purposes	0	-
Embryos removed	189	-

Font: Portugal Annual Report, CNPMA, 2013

From what we can be seen, 189 embryos were removed and death, which allows light the controversy surrounding the ethical, religious and philosophical values.

In recent years in Portugal, the treatment using the donated equipment is growing about 30 % , mainly due to women wanting to become pregnant between 40 and 44 years ( Maia , A, 2014, p. 24) . There are private clinics already have waiting lists of three months. The National Council of Medically Assisted Procreation (CNPMA) will review the amounts of compensation given to donors of eggs and sperm in order to increase, although it is not known for how much. Until now 2014, women received the donation of ova €628.83, while men received €41.90 by sperm.

The National Council of Ethics for the Life Sciences under the auspices of the Presidency of the Council of Ministers issued in 2004, among others the following opinions:

a-) The implementation of ART techniques should prevent the production of a higher number of embryos for transfer to - surplus embryos - in view of the principle of respect for human life as well as reduce the incidence of pregnancies multiple , the assumption of the principle of responsibility as obligation to prevent the negative consequences of the acts .

b-) Every human embryo has a right to life and development, corroborating the universal principle that requires all existing exists, originated by the embryo in vitro should always be part of a parental project.

c - ) Where the embryo adoption does not occur within a timely manner , thereby undermining the possibility of life and development of the embryo , it must be considering possible alternative to the fate of surplus embryos , namely , its availability for scientific research or destroyed.

Discuss what matters now is the human embryo. It is a human being? Is it a person? It is endowed with dignity? It is a subject of law? For the same Portuguese National Council of Ethics for the Life Sciences, the human embryo is a human life involving all biological, physiological, philosophical, cultural, religious and legal dimensions.

The Universal Declaration of Human Rights proclaimed by the UN General Assembly on December 10, 1948, can be read in its article 3 . °: "Everyone has the right to life, liberty and security of person" and the Convention European Convention on Human rights, the Article 2 refers to the right to life as: "the right of every person to life is protected by law. No one shall be deprived of his life intentionally save in execution of a sentence by a court, if the crime be punished with the penalty by law. In Portugal, the Portuguese Republic Constitution says in Chapter I respect the rights , freedoms and guarantees , which in Article 24.° says: Right to life is proclaimed : . 1. The human life is inviolable.2. In no case shall the death penalty (Rocha, 2009, p.20).

The dilemma it´s in the concept of early life. The aforementioned rights are related to the life or the individual after birth? After all life begins where?

The embryo can be considered as an individual? If the embryo is considered a person in the legal sense there may be legal disputes , but the reality is that despite diverse published legislation, are still faced many technical points of view ethical , religious and: ( ... ) is not a person ( ... ) but should have ensured the protection of their dignity and identity ... ( ... ) a human being ( ... ) calls for protection to prevent just frivolous or irrelevant use for purposes ... the impossibility of sustaining life excludes ( ... ) the protection of life, what is ethically acceptable conduct destructive research . ( ... ) Is a mere cluster of human cells ( ... ) so you should not enjoy any moral status ... (Serrão, 2003 pp. 5-13).

### **ART AND NURSING:**

For many years before it was necessary to regulate the profession of nursing to know who does what and how knowledge should hold to do. It is through the creation of the Ordem dos Enfermeiros (OE) (Portuguese Nurse Council) in 1998, the nurses are responsible for self - regulation and control of the exercise of their profession ( Amendoeira , 2006 , p.249).

In practice we can say that the concern of OE is to the rules and discipline of the nursing profession, while other organizations such as trade unions , concerned with labor , issues arising from the employment contract.

The existing link to each nurse with OE follows from the profession, the fact that being a nurse and having the duty to respect and enforce the laws.

So, as we can be deduced, in Portugal, the OE is the association representing all professionals nursing working in Portugal , and it is essential that all nurses practice their profession must be registered with the OE, pay a monthly fee ( € 10/month ) , meet and collaborate in achieving its objectives and in its development. That nursing council is responsible for the nurses enrolled with academic and professional qualifications legally required for the exercise of their profession.

The OE also has the fundamental aim to promote the defense of the quality of nursing care provided to the population, and the development, regulation and control of the profession of nurse, ensuring compliance with the rules of professional ethics.

The OE being the representative of the nurses 'along the organs of sovereignty and cooperate with the State and other public entities when they are concerned matters relating to the performance of the tasks of OE, as one can read in art. ° 4 the above mentioned OE by-law, its main responsibilities of OE are, briefly:

- Ensure the social function , dignity and prestige of the profession , promoting the scientific and professional development of its members;
- Ensure compliance with professional ethics;
- Contributing to the development of health policy;
- Set the level of qualification of nurses and regulate the profession;
- Regulate the conditions of enrollment and re-enrollment in OE;
- Assign the professional title of nurse and nurse specialist with the issuance of professional identification;
- Make and update the register of all nurses;
- Protect the title and nursing profession by promoting legal action against those who illegally use or exercise the profession;
- To exercise disciplinary jurisdiction over nurses;
- Promoting solidarity among its members;
- Encourage the development of training and research, to rule on the training models and structure of courses;
- Be heard in legislative processes relating to its duties;

- When requested and when there is public interest, scientific and technical collaboration with national or foreign , public or private entities;
- Promote the exchange of ideas, experiences and scientific knowledge between members and counterpart agencies , foreign and domestic;
- Collaborate with organizations of the profession in matters of common interest.

As can be seen from the analysis of European ART results published annually in Portugal is similar to that of more developed countries technical and scientific level. This was due not only to the quality and commitment of the pioneers of ART but also for the proper performance of groups of professionals from different clinical areas, which includes the area of nursing , and the Assisted Reproduction opens an area of action for the nurse.

But the rules are firm on the requirements and operating parameters of the ART centers (CNPMA, 2013 p 32 ) , where one can read these clinics where do ART , must have the personnel number sufficient and appropriate competence for the tasks for which they are intended. ( ib, p7 , 8)

These professionals directly involved in the activities of production, processing, preservation, storage and distribution of gametes, germinal tissue and embryos must have specific qualifications for such functions, such as:

Medical Team:

The Director of the clinic is a medical specialist in Gynecology / Obstetrics in Medical Genetics in Endocrinology and Urology, recognized by the Medical Council with minimum three years' experience in the field of ART.

Team of clinical embryology:

In practice devoted to the techniques of in vitro fertilization clinics / intracytoplasmic sperm microinjection, the clinical embryology team should consist of at least two technicians with higher degree in medicine, biology, biochemistry or pharmacy with specific training and enough practical experience in the techniques of ART

Team nursing:

The nursing staff must be adequate in number and qualifications to the type and amount of activities undertaken within the ART clinic.

These qualifications are related to maternal nursing , obstetrical and gynecological health , but as these are defined qualifications ?

Since long ago, in Portugal , was felt the need to define responsibilities within the different areas of intervention of nurses ( Amendoeira, 2006, p. 313 )

The specific skills of specialist nurses in nursing maternal , obstetric and gynecological health, are defined (Portugal Law n.º 127/2011, p. 8662): the Specialist Nurse in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing assumes responsibility for the exercise of the following activity areas of intervention: 1 . Family planning and preconception - assisting women to experience the health / illness in the context of sexuality, family planning and preconception period 2. Pregnancy - assisting women to experience the health / illness during the prenatal period 3. Childbirth - assisting women to experience the health / disease during labor and delivery; 4 . Puerperium - assisting women to experience the health / illness during the postnatal period; 5 . Climacteric - assisting women to experience the health / illness during the peri- menopausal period 6. Gynecology - assisting women to experience the health / gynecological disease 7. Community - assistance to women of childbearing age , acting on the environment in which they live and develop, to promote sexual and reproductive health and prevent disease processes .

These nursing professionals have the responsibility of working in these ART clinics because they are the nurse specialist in maternal health nursing, obstetrical and gynecological, who takes in their professional practice independent intervention in all situations of low risk, defined as those in which physiological processes and are involved in processes of normal life in the female reproductive cycle and autonomous and interdependent interventions in all situations of medium and high risk, understood as those that are involved in pathological processes and procedures dysfunctional life in woman's reproductive cycle.

As is mentioned in Law nr. 127/2011 - Competencies of the Specialist Nurse in Maternal Health, Obstetrics and Gynecology Nursing, defines the profile of specific competencies of the specialist nurse in maternal health, obstetrics and gynecology nursing, among others, can be highlighted:

- a-)Take care of the woman entered the family and community in the context of family planning and during the preconception period;
- b-)Look after the woman entered the family and community during the prenatal period
- c-)Designs, plans, coordinates, supervises , evaluates and implements programs , projects and interventions of sex education and preconception health.
- d-)Designs, plans, coordinates, supervises , evaluates and implements programs , projects and interventions to promote regulation of fertility and fertility .
- e.)Informs and advises on available resources in the community under the family planning and preconception.
- f-)Informs and guides on family planning and preconception.

g-)Promotes informed decision within the family planning and preconception health.

h-)Provides contraception and supervises the use.

i-)Provides care to women with sexual dysfunction, fertility problems

j-)Designs, plans, implements and evaluates interventions to women with fertility problems.

All these activities are carried out under strict Code of Ethics that identifies the guiding principles of the work of nurses (Portugal law, 2009, p 6547.)

The nurse, respecting the person's right to life throughout the life cycle, assumes a duty to assign to any person's life equal to the amount by which protects and defends human life in all circumstances (Portugal law, 2009, p 6548).

As has been written of this matter " Excess embryos " may incur an ethical problem for nurses, but if they will not participate in the process which conflict with their ethical , religious and philosophical principles , the nurses here they can apply to the Regulation of Exercise the right to conscientious objection , also indicated in the Statutes of the Order of Nurses (Portugal law, 2009 , p . 6549). This Regulation states that freedom of thought, conscience and religion underlies the right to conscientious objection. Cannot be subject to other restrictions than those which are prescribed by law and which are necessary for the safety, protection order, public health or morals or the protection of the rights and freedoms of others.

So, the nurse has the right to refuse the practice of his profession act when such practice conflicts with their moral, religious and humanitarian awareness , contradict the Code of Ethics. Being necessary to recognize and provide for the right of self and positive attitude of conscientious objection, it is assumed that the professional has actual knowledge of the situation and capacity for personal decision, without physical, psychological or social coercion.

## **CONCLUSION**

Depending on the area involved, several positions are taken on this issue . Future parents, doctors, politicians , scientists and priests clash daily to make known your opinion : Scientists argue that , since the surplus embryos that are destroyed or frozen indefinitely , may be used in scientific research projects that will bring benefits for the whole society. And it is preferable to research using tissue from dead fetus, since embryonic development will not yet have passed the eight-cell stage (Bankowski , 2005, p 823). The religious community is intended to avoid the disposal of overplus embryos, to the Vatican , the dignity of a person

must be recognized in every human being from conception to natural death and Cryopreservation is incompatible with the respect owed to human embryos (Levada, 2008).

In conclusion, it is an ethical, moral and emotional issue. The opinion / attitude towards the problem of surplus embryos differs depending on the moral status of the embryo. There is great disparity in the laws of many western countries. Where research on surplus embryos is allowed, it must be legislated and whenever obtained benefit to mankind.

Conscientious objector considers the nurse who, for reasons of philosophical, ethical , moral or religious , is convinced that it is not legitimate to obey a particular order , considering that attacks life , the dignity of the human person or against the code of conduct , in conclusion the nurse can refuse to participate in multidisciplinary teams to eliminate the excess embryos. For those nurses, they must announce in writing, your refusal, and explain the reasons why such practice conflicts with their moral, religious and humanitarian awareness.

## REFERENCES

- AMENDOEIRA, J. 2006. *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006. 485p
- BANKOWSKI, B. et al. 2005. The social implications of embryo cryopreservation”; *Fertility and Sterility*, Vol. 84, No. 4.p 823-832.
- CNPMA, 2014. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, A PMA em Portugal, [online]. 2014. [cit. 2014-03-17]. Available on: [http://www.cnpma.org.pt/cidadaos\\_pma.aspx](http://www.cnpma.org.pt/cidadaos_pma.aspx)
- CNPMA, 2013. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Requisitos e Parâmetros de Funcionamento dos Centros de PMA, Lisboa: CNPMA, 2013. 34 p.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 2004. *Parecer nº 44 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa. Julho de 2004.
- ROCHA, I 2014. *Constituição da República Portuguesa - Edição Académica*, 3.ª ed., 2009, Lisboa: Porto Editora. 2009. 112 p.
- FERRARETTI, A. Et al. 2013. Assisted reproductive technology in Europe, 2009: Results generated from European registers by *ESHRE in Human Reproduction*, Vol.28, No.9, pp. 2318 –2331.
- GUISE, A. 2011. Embriões Excedentários O Destino do “Excesso” in *Jornal de Ciências Cognitivas*. 2011, n.º 13, Fevereiro. 9 p.

KÄÄRIÄINEN, H. et al. 2005. “Medically assisted reproduction and ethical challenges”; *Elsevier, Toxicology and Applied Pharmacology*; [online]. 2014. [cit. 2014-03-17]. Available on <http://www.sciencedirect.com>.

LEVADA WC. 2008. Instruction DIGNITAS PERSONAE on certain bioethical questions, Congregation for the doctrine of the faith; [online]. 2014. [cit. 2014-03-17]. Available on [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_2008\\_1208\\_dignitas-personae\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_2008_1208_dignitas-personae_en.html).

MAIA, A. 2014. Pagamentos para doação de óvulos e esperma vão aumentar, in *Diário de Notícias*. 2014, Ano 150, n.º 52931. 50 p.

ONU 1948, *Declaração Universal dos Direitos do Homem* - Proclamada pela Assembleia Geral da ONU a 10 de Dezembro de 1948.

PINTO, J. 1996. *Questões actuais de ética médica*, 4ª edição; Braga: Editorial A.O. 175 p.

PORTUGAL, 2008. Direcção-Geral da Saúde (DGS),. *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde reprodutiva/Infertilidade/Direcção-Geral da Saúde*, Lisboa: DGS. 16 p.

PORTUGAL, 2009. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. pp 6528-6550.

PORTUGAL, 2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 Regulamento n.º 127/2011 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. pp 8622-8666.

SERRÃO, D. 2003 *Uso de embriões humanos em investigação científica*, Lisboa: Ministério da Ciência e do Ensino Superior. pp. 5-18

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DE REPRODUÇÃO (SPMR), A infertilidade conjugal, [online]. 2014. [cit. 2014-03-17]. Available on:

<http://www.spmr.pt/perguntas.php>

WHO, 2009. Journal article - *Fertility and Sterility*, Vol. 92, No. 5, November

## CONTACT

**Casa Nova António, RN, MSc., Assoc. Prof.**

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre – Portugal

e-mail: [casanova@essp.pt](mailto:casanova@essp.pt)



# PREVALENCE OF LONELINESS AND DEPRESSION IN THE ELDERLY POPULATION LIVING IN PORTALEGRE (PORTUGAL) HISTORICAL AREA

**Raul Cordeiro, António Calha, Miguel Arriaga, António Casa Nova**

Interdisciplinary Coordination for Research and Innovation, Polytechnic Institute of Portalegre, Portugal

## **Abstract**

**Aim:** This article presents the results of a research carried out under the project: "Loneliness, depression and quality of life of vulnerable groups of the City of Portalegre (Portugal)". The data presented refers to the discussion of the biopsychosocial factors associated with health status, the phenomenon of depression and feelings of loneliness among older people over the age of 65 and living at home.

**Methodology:** The methodology was based on the collection of information through a questionnaire, including some personal data, Geriatric Depression Scale and UCLA Loneliness Scale, to 123 elderly residents in Portalegre historical area. All respondents were informed of the content of the study and gave their consent.

**Results:** The results indicate that the elderly perceive their health according to gender. Regarding the performance of activities of daily living we identified a high degree of autonomy in the elderly included in the sample.

**Conclusion:** There is evidence that increasing age is associated with a progressive loss of autonomy. Regarding the existence of symptoms of depression were identified, especially among elderly women and a tendency to increase in symptoms associated with age.

**Keywords:** aging; depression; loneliness

## **INTRODUCTION**

The aging population is a worldwide phenomenon. The World Health Organization (WHO) predict that in 2025 there are 1.2 billion people over 60 years (WHO, 2011). Portugal is no exception to this scenario. According to recent data from the National Statistics Institute (2009), regarding projections for the next 50 years, in Portugal the rate of aging of the population will increase, will be reduced, the proportion of young people (15.3 % 2008 to 11.9 % in 2060), and occur a considerable increase in the percentage of population aged 65 or

more years of age (from 17.4 % in 2008 to 32.3 % in 2060). This trend emerging scientific and social interest to inventory the conditions involved in welfare during aging and agents linked to the quality of life at this stage. The characterization of quality of life and emotional and social functioning of the elderly, from the standpoint of the elderly themselves, can be the starting point to activate social adjustment ways more adequate, means which enable to achieve a successful aging successful and a higher quality of life.

Understanding social and neighborhood networks as well as mood states, depressive symptoms and loneliness can help make correct decisions on socio-cultural activities appropriate to these populations.

### **AIMS AND METHODOLOGY**

In this article we present the results of a research carried out under the project "Loneliness, depression and quality of life of vulnerable groups of the City of Portalegre". This project aimed initially, assessment of mental status, loneliness and quality of life for the elderly, subsequently, in a second phase, contribute an interventional arm, to (re) build social support networks. The data presented in this paper refer to the discussion of the biopsychosocial factors associated with health status, the phenomenon of depression and feelings of loneliness. The methodology used was based on the collection of information through a questionnaire with 123 elderly residents in the historic town of Portalegre.

### **RESULTS**

Of the 123 elderly respondents, (70 %) were female, and 30% male. 42 % (n=15) of male have between 75 and 84 years old as the same 47 % (n=40) of female. The average age was 77 years. Table 1 allows the description of the sample through age group, 73 % (n=27) of the male are married and 60 % (n=51) of female are widow. 70 % (n=2) of male and 50 % (n=43) of female have first cycle school level.

Elderly residents in the historic town of Portalegre and sampled have similar characteristics to those typically associated with the Portuguese elderly. Most elderly men are married and the status of widowhood affects mainly women. In terms of qualifications may be noted that this is a population with low levels of educational attainment (Cabral & Ferreira, 2014, p. 27).

#### *Health*

The concept of health status self-perception, although admittedly involves illogical and irrational procedure introspective in gauging the assessment of health processes, today is a

consistent predictor of mortality used by several international institutions such as the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).

This indicator is a holistic measure of perceived health that encompasses a synthesis of physical, mental and emotional perceptions of health and captures the intuition of the respondent about how well is (Jylhä, 2009, p. 310). The author concludes that the use of health status self-perception to compare the health status of different groups benefit from its comprehensive and inclusive nature. In the present study we considered three indicators of health status: self-assessment of health status, self-assessment of the existence of changes in health status and autonomy in carrying out daily tasks (Jylhä, 2009, p. 312).

The results are in agreement with those found in other studies that identify statistically significant differences in how men and women perceive health status. In fact women tend to have a worse account of his state of health when compared with men. However, there are no differences in terms of functional limitations on autonomy in the performance of activities of daily living. And decreased autonomy of elderly ( $X^2_{(3)} = 10,644$ ; regarding age evidence that its increase has impact on the deterioration of the perception of health status ( $p = 0.080$   $X^2_{(3)} = 6.775$ ) were you identify;  $p = 0.014$ ).

Tab. 1 Health status self-perception by gender

	<b>Positive self-perception of health</b>	<b>Negative self-perception of health</b>
n.	63	59
Male	67%	33%
Female	45%	55%
	$p = 0.032$	

Tab. 2 Self-perception of changes in health status by gender

	<b>Considering there are changes in their health status</b>	<b>Considering that there are no changes in their health status</b>
n.	79	43
Male	51%	49%
Female	71%	29%
	$p = 0.041$	

Tab. 3 Autonomy in daily living activities by gender

	Considered independent in daily living activities	Not considered independent in daily living activities
n.	115	8
Male	95%	5%
Female	93%	7%
$p = 0.746$		

### Depression and loneliness

Depression is considered today a major health problem that affects people of all ages, leading to feelings of sadness and social isolation (Martins, 2008, p. 119). Depression is much more than a feeling. It can be a serious and disabling mental illness, interfering in all aspects of day-to-day lives of individuals. In this investigation loneliness were assessed through the UCLA loneliness scale (Neto, 1992, p. 16) and depression by Geriatric Depression Scale (GEECD, 2003).

Tab. 4 Loneliness level by gender

	M *(dp.)
Male	29.0 (8.4)
Female	31.2; (9.1)
$p = 0.225$	

\* Average value measured on a scale ranging between 18 and 72 values, where 18 corresponds to the lowest level of loneliness and 72 the highest level of loneliness

Tab. 5 Symptoms of depression by gender

	With symptoms of depression	Without symptoms of depression
n.	78	40
Men	83%	17%
Women	58%	42%
$p = 0.009$		

## CONCLUSION

The results are consistent with other studies using the UCLA loneliness scale of not finding differences by sex (Neto, 1992, p. 17). Note that this scale does not directly questioned the

subjects about whether they feel lonely, but seeks to assess loneliness indirectly. Regarding the existence of symptoms of depression were identified, especially among elderly women and a tendency to increase in symptoms associated with age.

## REFERENCES

CABRAL, M. V. & FERREIRA, P. M. (2013). *O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: FFMS. ISBN: 978-989-8662-48-4. Available on: [http://www.ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo\\_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf](http://www.ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf).

GRUPO DE ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DEMÊNCIA - GEECD (2003). Escalas e testes na demência. Lisboa Instituto Nacional de Estatística. *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. [cit. 2014-03-07]. Available on:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2).

JYLHÄ, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69 (3), 307-316.

MARTINS, R. (2008). Depressão no idoso. *Millennium Revista do ISPV*, 34. [cit. 2014-03-07]. Available on: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/9.pdf>.

NETO, F. (1992). Loneliness among portuguese adolescents. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 20(1), 15-22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Elder maltreatment. Fact Sheet N.357. August 2011* [online]. 2011. [cit. 2014-03-07]. Available on:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>.

## CONTACT

**Raul Alberto Cordeiro, RN, PhD**

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre - Portugal

P -110 -7300, Portalegre

Portugal

e-mail: [raulcordeiro@essp.pt](mailto:raulcordeiro@essp.pt)

**ANALÝZA NÁZOROV A POSTOJOV ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA  
K VYUŽÍVANIU MULTIMEDIÁLNYCH TECHNOLOGÍI VO VÝUČBE  
ANALYSIS OF OPINIONS AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TO THE  
USE OF MULTIMEDIA TECHNOLOGY IN TEACHING**

**Jana Cuperová<sup>1</sup>, Edita Hlinková<sup>2</sup>, Jana Nemcová<sup>2</sup>, Jozefína Mesárošová<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

<sup>2</sup> Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského  
v Bratislave

<sup>3</sup> Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína  
Filozofa v Nitre

**Abstrakt**

**Úvod:** V príspevku sa zaoberáme problematikou využitia multimédií vo vyučovacom procese. Autori venujú pozornosť atribútom multimédií a použitiu multimediálnych didaktických prostriedkov vo vzdelávaní študentov na vysokých školách. Cieľom prieskumu bolo zistiť, či študenti majú predpoklady k používaniu informačných technológií a ako často, a ktoré multimédiá sú využívané vo výučbe.

**Metodika:** Prieskum bol realizovaný u 110 študentov ošetrovateľstva druhého a tretieho ročníka dennej formy štúdia na FZO PU v Prešove. Dotazník vlastnej konštrukcie bol distribuovaný osobne.

**Výsledky:** Zistili sme, že študenti častejšie využívajú internet za účelom zábavy, ako na vzdelávacie aktivity. Študenti ošetrovateľstva majú záujem o e-learning, o testovanie vedomostí v prostredí e-learningu, o častejšie využívanie multimédií vo vyučovaní odborných predmetov. Pri analýze výsledkov sme zistili, že najčastejšie sa vo vyučovaní využíva počítačový projektor a interaktívna tabuľa.

**Diskusia:** Výsledky nášho prieskumu sa približujú podobným zisťovaniam. Potvrdzujú potrebu digitalizácie vyučovacieho procesu na vysokých školách, štúdium ošetrovateľstva nevynímajúc.

**Záver:** Využívanie moderných didaktických prostriedkov je neodmysliteľnou súčasťou každého pedagogického procesu. Vzhľadom k tomu, že študenti VŠ dnes disponujú dobrými zručnosťami v oblasti výpočtovej techniky, rastie aj záujem o iné formy vzdelávania, ako napr. dištančné vzdelávanie, e-learning vzdelávanie.

**Kľúčové slová:** multimediálne technológie, E-learning, prieskum, postoje študentov, ošetrovateľstvo

## **Abstract**

**Introduction:** In the contribution we dedicate ourselves to the problems of the use of multimedia in a teaching process. The authors attribute attention to the media and the use of multimedia teaching resources in the education of students at universities. The aim of the survey was to determine whether students are placed on the use of information technology and how often, and multimedia that are used in teaching.

**Methods:** The survey was conducted among 110 nursing students of second and third year of full time study at FZO PU in Prešov. Questionnaire was distributed personally.

**Results:** We found that students frequently use the Internet for entertainment purposes, as educational activities. Nursing students are interested in e-learning, the knowledge testing in e-learning environments, more frequent use of multimedia in teaching vocational subjects. When analyzing the results, we found that the most frequently used in teaching computer projector and interactive whiteboard.

**Discusion:** Our results are broadly similar surveys. Confirm the need for digitization of the educational process at universities, studying nursing exception.

**Conclusion:** Using of modern didactic instruments is inherently part of all pedagogic process. Today students of university dispose a good skilfulness in computing techniques and it growths interest of different education forms e.g. distance education, e-learning education or external education.

**Keywords:** multimedia technology, E-learning, survey, students' attitudes, nursing.

## **ÚVOD**

Rozhodnutím Európskeho parlamentu a Rady č. 2318/2003/ES sa v uplynulom období rokov 2004 – 2006 uviedol do života nový komunitárny program e-learning. Cieľom tohto programu bolo zapojenie informačno-komunikačných technológií do vzdelávania a do odbornej prípravy v Európe ako do východiska celoživotného vzdelávania. Na Slovensku podľa štatistiky napríklad až 60 % populácie inklinuje k tradičnému vzdelávaniu. V tomto postoji vo vysokej miere absentuje „európsky rozmer vzdelávania“ (Výskum potrieb..., 2014, s.16). Program EÚ e-learning v rámci svojich aktivít zahŕňa napríklad vývoj nových vzdelávacích modelov, výmenu programov a virtuálnu mobilitu. V rámci jednej z aktivít tohto projektu

eTwinning sa snaží poskytovať rovnakú možnosť pre mladých ľudí (ide v tomto prípade o žiakov základných a stredných škôl) žijúcich v Európe v priebehu štúdia zúčastniť sa na projektoch s partnermi ostatných európskych krajín prostredníctvom internetu. V týchto cieľoch projektu sa zreteľne prejavuje zavádzanie európskej dimenzie do vzdelávania na všetkých stupňoch a úrovniach. To si ale v základe vyžaduje „nastaviť“ myslenie jednotlivca na vyšší stupeň vnímania, resp. reflektovania novej kvality vzdelávania, čiže prehodnotenie doterajších postojov k vzdelávaniu ako takému. Tento posun v myslení jednotlivca sa však javí byť – jedná sa predovšetkým, vo väčšej či menšej miere, o štáty bývalého východného bloku, nielen Slovenska - prekážkou úspešného zavádzania e-learningu do praxe (Výskum potrieb..., 2014, s.16).

V súčasnej postmodernej spoločnosti sa často stretávame s konštruktom multimédia. Pri výmene informácií, myšlienok, predstáv, názorov využívame kombináciu rôznych médií, a preto konštrukt multimédia môžeme preložiť do slovenčiny ako integráciu „viacerých médií“ textu, obrázkov, grafiky, zvuku, animácie a videa za účelom komunikovania. Multimédia s rozvojom digitalizácie sú charakteristické využívaním počítača a internetu s integráciou jednotlivých médií. V dnešnej dobe sú označované aj ako elektronické média na zálohovanie a predstavovanie multimedialného obsahu (Dostál, 2009, s. 18). V predchádzajúcich rokoch sa v školstve čoraz viac využívali multimédia. Možnosti zjednotenia viacerých súčasti multimédií pomáhajú subjektom v procese výučby pri nadobúdaní poznatkov a kompetencií. Efektivita učenia a učenia sa pomocou týchto pomôcok, prostriedkov, učebných materiálov a nových metód vo výučbe je podstatne účinnejšia a zaujímavejšia pre učiteľských profesionálov a učiace sa subjekty v súčasnej multikultúrnej spoločnosti. V širšom ponímaní sú to technológie potrebné na zabezpečovanie informačných a komunikačných procesov. Súčasne IKT zahŕňujú PC a počítačové systémy, počítačové softvéry a siete potrebné na získavanie, sústreďovanie, ukladanie, triedenie, spracovanie, vyhodnocovanie, ochranu, obnovovanie, odosielanie, prijímanie a pod. informácií. IKT rovnako umožňujú virtuálne simulácie zložitých procesov, prenos informácií odkiaľkoľvek, kamkoľvek, kedykoľvek a pod. Táto široko uplatňovaná skratka zahŕňa všetky technológie využívané pre komunikáciu a využitie informácií. Pôvodný koncept informačných technológií (IT) bol doplnený o prvok komunikácie, keď jednotlivé počítače a siete začali medzi sebou komunikovať (Kostrub, 2012, s.7). Elektronická podpora vo vzdelávaní označuje rôzne druhy učenia sa a vzdelávania, ktoré využívajú novodobé informačné, komunikačné a technologické prostriedky. Často sa používa aj anglický ekvivalent e-learning (elektronické vzdelávanie), ktorý sa objavil v roku 1999. Kolesár a Ligas (2005, s. 7) uvádzajú nasledujúcu definíciu e-



learningu: „*E-learning je moderný spôsob edukácie s podporou informačno-komunikačných technológií. Nové znalosti a vedomosti sú spracované formou multimedialných výučbových programov (kurzov), ktoré v sebe spájajú text, obrazovú informáciu – statickú a dynamickú a zvuk.*“

Pojem e-learning sa spája s modernými informačnými a komunikačnými technológiami a slúži ako multimedialna podpora pre skvalitnenie vzdelávacieho procesu. E-learning predstavuje začiatok novej éry v dosahovaní vzdelania, pričom zohľadňuje rôznorodosť študentov. Prostredníctvom používania moderných technológií, e-learning umožňuje, aby vzdelávanie bolo ľahšie dostupné. Je potrebné poznamenať, že pri tvorbe základných učebných materiálov sa nezaobídeme iba s priamou digitalizáciou zväčša používaných učebníc a skrípt. Takéto spracovanie by nebolo pre užívateľa kurzu prínosom a študenti by pravdepodobne preferovali klasickú formu štúdia, ktorá by ich nezaťažovala technickým riešením distribúcie učebných materiálov, pričom by ponúkala rovnaké výhody. Textové materiály je vhodné spracovať vo formáte webovej stránky, prezentácií, pdf dokumentoch alebo v podobe bežných textových editorov. Materiály slúžiace na prezentáciu učiva však nemusia byť spracované len v textovej forme. Aby sa učebný materiál stal zaujímavejším a pútavejším, je možné použiť obrázky, schémy, pojmové mapy, grafy či animácie, ktoré dopĺňajú učebný text alebo sú uvedené samostatne (Teplická, 2009, s.228). Využitie multimedialných prostriedkov vo výučbe na vysokých školách je pre študentov motivujúci z viacerých hľadísk. Študenti majú možnosť využiť svoje poznatky a zručnosti v oblasti používania informačno – komunikačných technológií.

## **CIELE PRÁCE**

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, či študenti majú predpoklady k používaniu informačných technológií v domácom, ako často využívajú internet na vzdelávacie aktivity. Z hľadiska vyučovacieho procesu zistiť ako často a ktoré multimédiá sú využívané, ďalej aké sú ich postoje k e-learningu a monitorovať návrhy študentov na zlepšenie názornosti vyučovania.

## **SÚBOR A METODIKA PRIESKUMU**

Prieskum bol realizovaný u študentov ošetrovateľstva druhého a tretieho ročníka dennej formy štúdia na FZO PU v Prešove. Dotazník vlastnej konštrukcie bol distribuovaný osobne. Prieskumu sa zúčastnilo 110 študentov. Prieskum bol realizovaný anonymne v súlade s etickými princípmi výskumnej práce.

## VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

V našom prieskume sme hodnotili koľko študentov má v domácom prostredí k dispozícii počítač a pripojenie k internetu. V skúmanom súbore až 97 % študentov nemá v tejto oblasti žiadne obmedzenia (tab.1).

Tab. 1 Zisťovanie predpokladov pre e- learningové vzdelávanie

Hodnotenie predpokladov	áno		nie		spolu	
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)
Prístup k počítaču a internetu v domácnosti	107	97	3	3	110	100
Vyučovanie IKT na strednej škole	109	99	1	1	110	100

Takmer všetci (99 %) mali na strednej škole a zároveň aj na vysokej škole vyučovanie zamerané na informačno-komunikačné technológie (tab. 1). Pri hodnotení zručností používania počítača sme použili škálu od jeden po päť (1 vynikajúce, 5 minimálne), celkový priemer bol 2,25, čo svedčí o lepších ako priemerných schopnostiach. Ďalšie položky v dotazníku boli zamerané na využívanie internetu pre zábavu a pre vzdelávacie aktivity (tab. 2). Denne internet pre zábavu využíva 69 % študentov, 23 % týždenne a iba 8 % menej ako jeden krát týždenne.

Tab. 2 Zisťovanie využívania informačno - komunikačných prostriedkov študentmi

Využívanie študentmi	IKT	denne		1 – 2 krát týždenne		menej ako 1 krát týždenne		spolu	
		n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)
Využívanie internetu pre zábavu		76	69	25	23	9	8	110	100
Využívanie internetu pre vzdelávacie účely		39	35,50	61	55,50	10	9	110	100
Využívanie e – mailu na školské účely		23	21	60	54,50	27	24,50	110	100

Pre potreby štúdia je využívanie internetu menej frekventované, iba 35,50 % študentov denne a viac ako polovica 1- 2 krát týždenne. Podobné výsledky sme zistili aj pri využití e-mailovej korešpondencie (tab. 2).

Skúsenosti s e-learningom počas štúdia na vysokej škole a strednej škole udáva 41% opýtaných (tab.3). 59 % študentov neudáva, že absolvovalo túto formu štúdia.

Tab. 3 Skúsenosti študentov s e-learningom

Skúsenosti študentov	áno		nie		spolu	
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)
vo výučbe s e-learningom	45	41	55	59	110	100
vo výučbe s interaktívnym testovaním vedomostí	18	16,40	92	83,60	110	100

Interaktívne testovanie vedomostí je jednou z foriem hodnotenia študentov. Je síce náročné na prípravu z pohľadu učiteľa, ale má nesporne výhody v rýchlej sebareflexii pokroku v učení. V našom prieskume iba 16,40 % študentov bolo takýmto spôsobom testovaných (tab.3). V porovnaní so skúsenosťou interaktívneho testovania väčšina študentov (64,50 %) by takýto spôsob hodnotenia privítala (tab.4). Tretina opýtaných neprejavila v tejto oblasti záujem. Teplická (2011, s. 148) uvádza, že testovanie prostredníctvom e-learningu umožňuje zjednodušenie práce pedagóga a zároveň prináša množstvo výhod pre študenta. Tento systém skúšania považujú študenti za objektívny a prijateľný. Podstatou testovania je aj možnosť uskutočniť testovanie študentov, ktorí nie sú fyzicky na skúške napr. zo zdravotných dôvodov, odcestovania a pod. Význam tohto prístupu hodnotenia študentov neustále narastá a začínajú sa využívať rôzne prístupy k testovaniu napr. systém Moodle. Hodnotenie študentov je veľmi dôležitou súčasťou vyučovacieho procesu, pretože práve hodnotením pedagóg zisťuje vedomosti, zručnosti študentov, ktoré si osvojili počas procesu výučby.

Tab. 4 Záujem študentov o e-learning

Záujem študentov	áno		nie		spolu	
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)
Záujem o on-line testovanie	71	64,50	39	35,50	110	100
Záujem o e-learning	55	59	45	41	110	100

Digitalizácia školstva je v poslednom období výraznou požiadavkou doby. Z hľadiska ekonomickej efektivity je to jedna z možností ako po počiatkovej investícii do podpory elektronického vzdelávania môže výrazne zlepšiť kvalitu výučby. Preto sme sa pýtali študentov, či majú záujem o e-learning. Zistili sme, že 59 % má záujem o také štúdium ale až 41 % nemá (tab. 4). Zároveň sme zisťovali, v ktorých predmetoch by odporúčali e-learning. Najčastejšou odpoveďou bolo aby boli nahradené prednášky a predmety, ktoré nemajú seminárne cvičenia. Posledné položky dotazníka boli orientované na využívanie multimédií vo výučbe ošetrovateľského bakalárskeho programu. Ako uvádzame v tabuľke 5 najčastejšie sa využíva počítač s projektorom (100 %), interaktívnu tabuľu 24,50 % často, 84 % málokedy; v 7 % e-knihu, DVD a video vyučujúci využívajú často, málokedy DVD a video je používané v 84 %. V otvorenej otázke, týkajúcej sa práve využitia multimédií väčšina študentov žiada väčšiu názornosť a interaktivitu vo vyučovaní ošetrovateľstva.

Tab.5 Využívanie multimédií vo výučbe

Multimediálne prostriedky	často		málokedy		nikdy	
	n	%	n	%	n	%
<b>PC a projektor</b>	110	100	0	0	0	0
<b>DVD, video</b>	8	7,00	92	84,00	10	9,00
<b>kamera</b>	0	0	4	3,60	106	90,40
<b>mobil</b>	5	4,50	8	7,00	97	88,50
<b>čítačka kníh</b>	0	0	4	3,60	106	90,40
<b>interaktívna</b>						
<b>tabuľa</b>	27	24,50	15	13,60	68	61,90
<b>E - kniha</b>	8	7,00	13	12,00	89	81,00

V prípade slovenských vysokých škôl hrá snaha o znižovanie nákladov na každú ďalšiu službu kľúčovú úlohu. Napriek možnosti bezplatného šírenia riešenia Moodle sa však tento nástroj využíva v roku 2010 len v prípade dvanástich z 33 vysokých škôl, ktoré na Slovensku pôsobia. Rozšírenie e-learningu sa však vo väčšine prípadov týka len minimálneho počtu fakúlt vysokej školy a stupeň jeho využitia vo vyučovacom procese je veľmi kolísavý. V rámci slovenského prostredia sú najčastejšie využívané e-learningové nástroje pre zdieľanie učebných materiálov a sylabov jednotlivých predmetov. Stupeň využitia nástrojov pre komunikáciu, odovzdávanie seminárnych prác, testovanie, kolektívne vytváranie prác sa líši medzi jednotlivými školami (Výskum potrieb, 2014, s. 37). Na stránkach FZO PU v Prešove nachádzame digitalizované učebné texty. To sa odrazilo aj na výsledkoch nášho prieskumu,

kde študenti ošetrovateľstva majú skúsenosti s e-learningom z predchádzajúceho stupňa vzdelávania.

Babinská (2010, s. 362) vo svojej práci zisťovala výskyt e-learningu na www stránkach stredných škôl, gymnázií a vysokých škôl. Zhodnotila, že situácia na stredných odborných školách a na gymnáziách je približne rovnaká. Priemerný percentuálny podiel gymnázií (11,01 %), ktoré majú na svojej www stránke aktívny e-learning, je iba o 2,28 % vyšší, ako priemerný percentuálny podiel stredných odborných škôl (8,73 %). Porovnanie so situáciou na vysokých školách však už nie je takéto jednoznačné. Podiel vysokých škôl, ktoré umožňujú svojim študentom využívať elektronickú formu vzdelávania dosahuje 45,94 %, čo je o 34,93 % viac ako na gymnáziách a o 37,21 % viac ako na stredných odborných školách na Slovensku.

Holkovičová (2008, s. 6) realizovala prieskum s cieľom porovnať výhody a nevýhody klasickej formy a e-learningovej na vysokých školách. Z výsledkov jej prieskumu vyplýva, že výučba formou e-learningu vyhovovala 68 % študentom, ktorí s touto formou vyjadrili spokojnosť, zvyšných 32 % prejavilo neutrálny postoj, negatívny postoj neprejavil nikto. Ako pozitíva elektronickej metódy uvádzali študenti najčastejšie šetrenie času a peňazí, jednoduchosť, rýchlosť, pohodlnosť a modernosť výučby. Medzi hlavné negatíva patrili technické problémy niektorých študentov spojené s e-mailovou komunikáciou, iným chýba osobný kontakt a vysvetlenie zadaní a úloh „zoči-voči“.

## **ZÁVER**

Výsledky nášho prieskumu svedčia o záujme študentov o elektronické formy vzdelávania, o obohatenie výučby o názorné ukážky, videá a o interaktívne testovanie vedomostí. Erudovanosť a kompetentnosť učiteľa sú faktory, ktoré ovplyvňujú proces výučby v celom jeho rozsahu. Uvažujúci učiteľ distribuuje svoju pozornosť ako na vlastnú vyučovaciu aktivitu, tak i na učebné aktivity učiacich sa subjektov, v ktorých sa preukazuje správanie, odkrývajú sa záujmy a podnecuje sa mentálna, konštruktívna aktivita, očakávania i presvedčenia. Digitálne technológie sú kultúrnymi neodmysliteľnými nástrojmi učiacich sa subjektov, učiteľov nevynímajúc.

*Podporené grantom KEGA č. 050UK-4/2013 „Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii“.*

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BABINSKÁ, M. 2010. Súčasný stav a možnosti e-learningovej podpory vzdelávania na všetkých škôl na Slovensku. In *Študentská vedecká konferencia*. Bratislava: FMI UK, 2010, s. 358-369.

DOSTAL, J. 2009. Multimedialní, hypertextové a hypermediální učebni pomůcky – trend soudobého vzdelávání. In *Časopis pro technickou a informační výchovu*, 2009, roč. 1, č. 3, s. 18 – 23.

HOLKOVIČOVÁ K. 2008. *Porovnanie e-learningovej a kontaktnej formy vzdelávania na vysokej škole*. [online].[cit.2014-03-10] Dostupné z:  
[www.mtf.stuba.sk/docs//internetovy\\_casopis/2008/holkovicova.pdf](http://www.mtf.stuba.sk/docs//internetovy_casopis/2008/holkovicova.pdf)

KALAŠ, I. 2011. *Spoznávame potenciál digitálnych technológií v predprimárnom vzdelávaní*. Analytická štúdia. Bratislava : Ústav informácií a prognóz školstva, 2011. 169 s. ISBN 978-80-7098-495-6.

KOSTRUB, D., SEVERINI, E., REHÚŠ, M. 2012. *Proces výučby a digitálne technológie*. 1. vyd. Bratislava/Martin : Alfa print, s. r. o., 2012. 110 s.

KOLESÁR, J., LIGAS, Š. 2005. *E-learning a NetOpSchool I*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 2005. 60 s.

TEPLICKÁ, K. 2009. Využitie e-learningu v pedagogickom procese (Using of e-learning in pedagogic process). In *UNINFOS 2009 (Univerzitné informačné systémy) medzinárodná konferencia*, 2009. [online]. [cit.2013-09-20]. Dostupné z:  
<http://www.fem.uniag.sk/uninfos2009/sites/sk.uninfos2009/files/teplicka.pdf>

TEPLICKÁ, K. 2011. *Systém záverečného hodnotenia v prostredí e-learningu*. [online].[cit.2014-03-10]. Dostupné z:  
[www.pulib.sk/elpub2/PU/Uninfos2011/data/P28\\_Teplicka.pdf](http://www.pulib.sk/elpub2/PU/Uninfos2011/data/P28_Teplicka.pdf)

*Výskum potrieb a možnosti online vzdelávania v stredoeurópskom kontexte a riešení vývoja softvérového prototypu*. [online]. [cit.2014-03-10]. Dostupné z:  
[https://www.fses.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/editors/uvp/Analyza\\_e-learningu\\_na\\_Slovensku\\_final\\_final\\_01.pdf](https://www.fses.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/uvp/Analyza_e-learningu_na_Slovensku_final_final_01.pdf)

## KONTAKT

**PhDr. Jana Cuperová, PhD.**

FZO PU v Prešove

Ul. Partizánska 1, 080 01 Prešov

e-mail: [jana.cuperova@unipo.sk](mailto:jana.cuperova@unipo.sk)

## FORMY A METÓDY PROFESIJNÉHO VZDELÁVANIA SESTIER FORMS AND METHODS IN EDUCATION OF NURSES

Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Ľubica Derňárová, Jana Cuperová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

### Abstrakt

**Úvod:** Vzdelávanie ako celoživotný proces predstavuje jeden z najefektívnejších nástrojov na budovanie vedomostnej spoločnosti, resp. trvalo udržateľného rozvoja a na efektívnejšie riešenie vzniknutých a/alebo potenciálnych problémov. Vzdelávanie sestier musí nadobudnúť charakter záväzného programu spoločnosti, pričom jej realizácia sa má uskutočňovať pod taktovkou kvalifikovaných pedagógov. Len tak možno naplniť individuálne a spoločenské ciele vzdelávania vo svojej podstate. Príspevok sa zaoberá formami a metódami ďalšieho profesijného vzdelávania sestier.

**Metodika:** S cieľom zvyšovania efektivity vysokoškolského vzdelávania sme monitorovali vstupné vedomosti študentov odboru ošetrovateľstvo na FZO PU v Prešove formou dotazníka, ktorý obsahoval položky súvisiace s fyziológiou ľudského organizmu.

**Výsledky:** Zistili sme, že pri hodnotení vedomostí o ľudskom organizme respondenti získali hodnotenie na stupnici A - FX stupeň D, pričom absolventi gymnázií získali lepšie hodnotenie ako absolventi stredných zdravotníckych škôl. Najlepšie vedomosti majú študenti o kostrovom – svalovom systéme a najhoršie o vylučovacom systéme.

**Diskusia:** Počas hodnotenia vedomostí na začiatku štúdia v odbore sestra v priebehu dvoch akademických rokov nedošlo k pozitívnemu či negatívnemu posunu vedomostí absolventov stredných škôl. Úroveň je v oboch rokoch sledovania približne rovnaká. V hodnotení vedomostí na začiatku štúdia chceme pokračovať a sledovať tak ich úroveň ale aj vývoj. Takéto hodnotenie nám retrospektívne umožňuje celkovo hodnotiť kvalitu vyučovacieho procesu a prirodzene reagovať na vyvíjajúce sa prostredie vysokoškolského vzdelávania. **Záver:** Monitorovanie aktuálneho stavu vstupných vedomostí študentov v odbore ošetrovateľstvo je prirodzenou súčasťou vývoja vysokoškolského vzdelávania, pretože ukazuje testu pre formy a metódy ďalšieho vzdelávania v sesterskom povolání.

**Kľúčové slová:** profesijné vzdelávanie, formy vzdelávania, sestra, vedomosti

## **Abstract**

**Introduction:** Education as a lifelong process represents one of the most effective tools for building knowledge-based society, respectively sustainable development and effective solution a rising and/or potential problems. Nurses education must take the nature of mandatory programme of society, and its implementation should take place under the direction of qualified teachers. This is the only way to meet individual and social goals of nurses education in nature. The contribution deals with forms and methods of further professional education of nurses.

**Methodics:** In order to increase the efficiency of higher education, we monitored entry nursing students' knowledge on Faculty of health in Presov University a questionnaire containing items related to the functioning of the human body.

**Results:** We found that the assessment of knowledge about the human body respondents obtained the rating scale of A - FX grade D, while graduates of grammar schools get better than graduates of high schools. Students have the best knowledge of skeletal - muscular system and the worst of the excretory system.

**Discussion:** During the evaluation of knowledge at the beginning of training nurse within two academic years there has been no positive or negative shift of knowledge of high school graduates. Level in two years of follow roughly the same. The assessment of knowledge at the beginning of the study, and we want to continue to watch as well as their level of development. Such an assessment allows us to retrospectively evaluate the overall quality of the educational process and naturally respond to the evolving environment of higher education.

**Conclusion:** Monitor the current status of the entry of students' knowledge in nursing is a natural part of the development of higher education, it shows the test forms and methods of further education in the sister professions.

**Keywords:** professional education, forms of education, nurses, knowledge

## **ÚVOD**

Profesia sestry sa spoločensky hodnotí veľmi kladne ako dôležitá súčasť zdravotnej starostlivosti. Povolanie sestry zahŕňa hodnoty, ako sú úcta k ľuďom, obhajovanie práv človeka, ktorý sa nachádza na vrchole úspešnej kariéry, alebo v situácii životného neúspechu. Ľudstvo očakáva, že povolanie sestry bude vykonávať iba vzdelaná osoba, ktorá citlivo vníma chorobu a zmenu zdravotného stavu. Ošetrovatelstvo je nielen mimoriadne náročne



povolanie, ale je to potrebné a radostné poslanie, v ktorom sa spája majstrovstvo odborných úkonov s ochotou pomáhať ľuďom a pracovať v ich prospech. Ošetrovateľská prax je dynamický proces, ktorý sa neustále vyvíja a zdokonaľuje. Popri technických vymoženostiach, ktoré prácu sestram uľahčujú, a nových vedeckých poznatkoch, ktoré ju zdokonaľujú, citlivý a ľudský prístup k trpiacemu zostane vždy prvoradou zložkou ošetrovateľskej starostlivosti (Farkašová, 2005; Kutnohorská, 2007). Súčasná etapa ľudských dejín je poznamenaná dynamickým spoločenským vývojom. Informačná spoločnosť sa mení na spoločnosť vedomostnú, v ktorej sa hlavným zdrojom ekonomického, sociálneho a kultúrneho rozvoja stávajú vedomosti, myšlienky, inovačné schopnosti. Stavebnými prvkami tejto spoločnosti sú vzdelaní ľudia, ktorí okrem zvládnutia svojej profesie majú schopnosť sledovať i dosahy svojej pracovnej činnosti (Palgutová, 2012).

Rok 1989 predstavoval historický rámec spoločnosti. Po tomto roku bolo slovenské zdravotníctvo vystavené dôležitej úlohe, a to vypracovať podklady pre zdravotnú politiku na novej politickej scéne. Nastala transformácia ošetrovateľstva ako vedného odboru. Nízku efektivitu v zdravotníctve spôsobovali vonkajšie faktory, ako zničené životné prostredie, nezdravý spôsob života u ľudí či nezdravé pracovné a životné podmienky. „*Zdravotná politika je vyjadrenie záujmov štátu o zdravie jeho obyvateľov, jeho vývoj, ochranu a podporu*“ (Farkašová, 2010, s. 49). Nepretržité zrýchľovanie tempa akéhokoľvek vývoja vo všetkých oblastiach života si vynucuje rýchlu inováciu vzdelávacích systémov, programov a vzdelávacích stratégií. Jednou z profesií, ktorá si vyžaduje nielen kvalitné vzdelanie, ale predovšetkým odborníkov, ktorí sú schopní sledovať širšie a hlbšie dosahy svojej činnosti, sú zdravotnícki pracovníci. Požiadavky na ich kvalitný výkon vedú k reštrukturalizácii zdravotníckeho systému, v rámci ktorého zohráva kľúčovú úlohu vzdelávanie (Palgutová, 2012). Formy ďalšieho profesijného vzdelávania sestier sa môžu deliť na: formálne vzdelávanie - špecializačné štúdium, certifikačná príprava, neformálne vzdelávanie, sústavné vzdelávanie, vzdelávanie v organizácii, sebazvdelávanie a výkon povolania. K sústavnému vzdelávaniu patrí kurz, stáž, konferencia, sympóziu, výcvik a odborný seminár. K vzdelávaniu v organizácii patrí školenie, rotácia práce, pracovná porada a odborný seminár. Bernadič (2007) in Palgutová 2012 klasifikuje formy vzdelávania sestier na: osobné vzdelávanie, vzdelávanie na pracovisku a vzdelávanie na iných pracoviskách v rámci konferencií a kongresov. Metódy ďalšieho profesijného vzdelávania zdravotných sestier sa delia na teoretické, teoreticko – praktické a praktické. Teoretické sa delia na slovné a písomné, teoreticko – praktické sa delia na dialogické a problémové. Praktické sa delia na inštruktáž, simuláciu, demonštrovanie, asistovanie, koučovanie, mentorovanie a vizitu

(Dvořáková, 2007 in Palgutová, 2012). Dobře organizované vzdělávání, s použitím adekvátných vzdělávajících foriem a metód, môže výrazne zvýšiť účinnosť ďalšieho profesijného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov s konečným efektom na zvýšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (Palgutová, 2012). Pri projektovaní ďalšieho profesijného vzdelávania v zdravotníctve, vzniká potreba premyslene pristupovať k výberu vzdelávacích foriem.

Sústavné vzdelávanie môže mať podobu výkonu zdravotníckej praxe, aktívnej alebo aj pasívnej účasti na konferenciách, seminároch, workshopoch, odborných stážach, kurzoch ale aj formu prednáškovej, pedagogickej, či publikačnej činnosti (Mareková, 2011). Keďže tieto formy vzdelávania sa považujú za zložité hlavne z časového hľadiska, zaviedol sa do praxe takzvaný nový moderný typ vzdelávania sa e-learning. Na zavedenie e-learningu do praxe malo veľký vplyv aj to, že sestry nadobúdajú stále väčšiu zručnosť v počítačovej gramotnosti a technológie neustále napredujú. E-learning je forma ďalšieho internetového vzdelávania, ktoré je omnoho jednoduchšie ako vzdelávanie z kníh a pod. (Kober, Solovič, Siska, 2011). Model e-learning znamená model celoživotného vzdelávania prostredníctvom internetu. Tento projekt je bežne používaným v anglicky hovoriacich krajinách. V Českej republike sa zaviedol od roku 2003 a v roku 2006 sa zaviedol do praxe. Bol vytvorený na podklade LMS (Learning Management system). Profesionalizácia ošetrovateľstva zaznamenáva dynamický vývoj, preto sestry sú povinné neustále sa zdokonaľovať v profesii a prispôbovať sa meniacim podmienkam. Pre efektívnejšie, lepšie a rýchlejšie vzdelávanie sestier je zavádzanie e-learningu na univerzitách významným krokom k profesionalizácii sesterského povolania (Kober, Solovič, Siska, 2011). Zdravotnícky pracovník je povinný zo zákona sa vzdelávať po celú dobu výkonu povolania sestry. „*Sústavné vzdelávanie je prehľbovanie, zdokonaľovanie, obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania*“ (Mareková, 2011, s. 14). Celoživotné vzdelávanie je považované za akýsi nástroj, ktorý sestram umožňuje získavať aktuálne informácie, najnovšie vedomosti, zručnosti čím reaguje na rôzne zmeny v poskytovaní zdravotníckych služieb. V snahe dosahovania vyššej kvality vzdelávania je nevyhnutnosťou inovovať akreditované študijné programy. Pri ich tvorbe môžeme vychádzať z doterajších skúseností, nadobudnutých vedomostí počas odborných sympózií a vedeckých kongresov v odbore ošetrovateľstvo. Podstatným stimulom v kreatívnom procese inovácie sú skúsenosti z mnohých zahraničných stáží a učiteľských mobilít vysokoškolských pedagógov. Vnútorne a vonkajšie audity hodnotenia kvality vzdelávania zo strany študentov a vysokoškolských pedagógov, SWOT analýzy sú v procese inovácie východiskom pre ďalšie smerovanie. Systém vzdelávania musí pružne reagovať na

tempo rozvoja, pričom prioritou je zvyšovanie adaptability pracovnej sily a uplatniteľnosť absolventov na trhu práce. Moderné vyučovacie metódy predstavujú hlavný komponent modernizácie procesualnej stránky edukačného procesu. Úroveň odbornej prípravy študentov nezabezpečuje len ľudský potenciál odborných asistentov, ale aj materiálne - technické zabezpečenie vyučovacieho procesu. Odborná príprava sestier v laboratórnych podmienkach, by mala byť na takej úrovni, aby vyhovovala súčasnému stavu a úrovni vysokoškolského vzdelávania v odbore sestra. S týmto zámerom sme zriadili simulačné laboratórium na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove v snahe zvýšiť atraktivitu štúdia v programe, o ktorý študenti stabilne vykazujú záujem. Praktická výučba v simulačnom laboratóriu môže byť využiteľná pre prezenčnú, kombinovanú a celoživotnú formu štúdia v národných a medzinárodných študijných programoch. Jednou z trvalých úloh odborných asistentov je naučiť študentov bakalárskeho študijného programu ošetrovatelstvo praktickým zručnosťami na modeloch ľudského tela skôr, ako začnú pracovať s pacientom priamo v nemocnici alebo v komunite. Vychádzame zo základného predpokladu, že na rozvoj zručností a schopností vykonávať sesterské činnosti nestačia len vedomosti a informácie o ošetrovateľských postupoch. Praktické nadobúdanie zručností študentov je založené na viacnásobnom opakovaní, precíznom vykonaní a koordinácii. Zámerom je dbať na harmóniu kognitívneho, afektívneho a psychomotorického učenia. Materiálne technické zabezpečenie vyučovacieho procesu je finančne nákladné a bez podpory projektov ťažko realizovateľné. Vybavenie simulačného laboratória pre nácvik ošetrovateľských postupov na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove bolo finančne podporené projektom Kultúrnej a edukačnej grantovej agentúry (KEGA č. 017PU-4/2012) pod názvom: „Simulačné laboratórium pre nácvik ošetrovateľských postupov“, so schválením v roku 01/2012 a ukončením v roku 12/2014. Vychádzajúc z analýzy súčasného stavu vysokoškolského vzdelávania v odbore sestra na Slovensku a v štátoch Európskej únie na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove bol schválený projekt Operačného programu Vzdelávanie Agentúry Ministerstva školstva, vedy výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ pod názvom: „Tvorba a inovácia nelekárskych študijných programov v kontexte prepojenia teórie praxe. Hlavným zámerom a prioritou projektu je inovovať študijný program v bakalárskom a magisterskom stupni v odbore Ošetrovatelstvo, vzhľadom na tempo rozvoja a zvyšovanie adaptability pracovnej sily a uplatniteľnosť absolventov na pracovnom trhu. Rovnako dôležité je modifikovať a prispôbovať formy a metódy vzdelávania sestier tak, aby FZO PU v Prešove bola konkurencie schopnou inštitúciou, s pozitívnym progresom kvality vysokoškolského vzdelávania. Teoretický základ,

nadobudnuté vedomosti v súlade s praktickými skúsenosťami vysokoškolských pedagógov sú zárukou inovatívnych prístupov vo vzdelávaní budúcich sestier.

## **CIEĽ PRÁCE**

Kvalitu vzdelávania ovplyvňuje viacero faktorov. Podstatným elementom je vedomostná úroveň prijatých absolventov na vysokoškolské štúdium v odbore sestra. Kvalitné materiálne - technické zabezpečenie vyučovacieho procesu, prípravení a erudovaní odborní asistenti nezaručujú želateľný výsledok. Ten môžeme dosiahnuť len so záujmom študenta o samotné štúdium, nové vedomosti a praktické zručnosti. S cieľom sledovania vedomostnej úrovne uchádzačov o vysokoškolské štúdium, sme monitorovali úroveň vstupných vedomostí o fyziológii ľudského organizmu u študentov odboru ošetrovateľstvo.

## **SÚBOR, METODIKA**

Monitorovanie úrovne vstupných vedomostí študentov odboru ošetrovateľstvo sme robili dotazníkovou metódou, ktorá je pre takýto druh prieskumu najvhodnejšia. Prieskum bol anonymný. Dotazníkové položky, ktorých celkovo bolo 61 boli rozdelené do niekoľkých okruhov podľa systémov ľudského organizmu. Z triediacich údajov bol najpodstatnejší údaj ukončená stredná škola. Dotazník spolu s triediacimi údajmi obsahoval celkovo 65 položiek, študenti - respondenti na jeho vypracovanie mali 60 minút. V akademickom roku 2012/2013 sa prieskumu zúčastnilo 90 študentov prvého ročníka odboru ošetrovateľstvo. Keďže povolanie sestry je vysoko feminizovaným povoláním, aj v našom súbore respondentov prevládali ženy, konkrétne v počte 86, čo je 96% a 4% mužov. Priemerný vek respondentov bol 20 rokov. V našom súbore je 65% respondentov, absolventov Stredných zdravotníckych škôl, 22% absolventov Gymnázií a 13% absolventov iných stredných škôl. V akademickom roku 2013/2014 sa prieskumu zúčastnilo 139 respondentov, 3% mužov a 97% žien s priemerným vekom 19 rokov. 60% respondentov sú absolventi stredných zdravotníckych škôl, 28% absolventi gymnázií a 12% absolventi iných stredných škôl. Pre prehľadnosť uvedené údaje uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Triediace údaje

Triediace údaje	Akademický rok	
	2012/2013	2013/2014
Priemerný vek	20	19
Muži	4%	3%
Ženy	96%	97%
Stredná zdravotnícka škola	65%	60%
Gymnázium	22%	28%
Iná stredná škola	13%	12%

## VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

Jednotlivé dotazníkové položky sme vyhodnocovali metódou opisnej štatistiky. Pre monitoring úrovne vedomostí pre nás boli podstatné informácie o percentách jednotlivých správnych odpovedí, preto sme sa pri vyhodnocovaní zamerali aj na sledovanie celkových vedomostí respondentov. Ak by sme celkove hodnotili vedomosti na stupnici A až FX, v akademickom roku 2012/2013 respondenti dosiahli stupeň D, čo zodpovedá 70%. V akademickom roku 2013/2014, úspešnosť dotazníka bola 69%, celkovým hodnotením dosiahli stupeň D. V nasledujúcej tabuľke 2 sú prehľadne uvedené výsledky hodnotenia vedomostí respondentov v akademickom roku 2012/2013 a v akademickom roku 2013/2014. Zaujímavé je porovnanie podľa ukončenej strednej školy. Absolventi stredných zdravotníckych škôl dosahujú horšie výsledky ako absolventi gymnázií.

Tab. 2 Hodnotenie vedomostí

Hodnotenie	Ak. rok 2012/2013			Ak. rok 2013/2014		
	SZŠ	Gymnázium	Iná SŠ	SZŠ	Gymnázium	Iná SŠ
<b>A</b> 100-91%	0	1%	0	0	2%	0
<b>B</b> 90-81%	1%	13%	0	3%	10%	1%
<b>C</b> 80-71%	13%	6%	3%	13%	6%	2%
<b>D</b> 70-66%	38%	2%	4%	33%	6%	4%
<b>E</b> 65-60%	7%	1%	3%	7%	3%	2%
<b>FX</b> 59 % a menej	5%	0	3%	5%	0	3%

Pri porovnaní hodnotenia podľa ukončenej strednej školy, najlepšie hodnotenie dosiahli absolventi gymnázií. Prekvapujúce bolo zistenie, že absolventi stredných zdravotníckych škôl dosiahli horšie hodnotenie ako absolventi Gymnázií. Najhoršie hodnotenie dosiahli absolventi ostatných stredných

škôl. V ďalšom porovnávaní sme sa zamerali na jednotlivé systémy ľudského organizmu. Zistili sme, že najlepšie vedomosti majú študenti o svaloch a kostre, pretože dosiahli až 80% úspešnosť správnych odpovedí, pričom náš predpoklad bol, že najlepšie vedomosti budú mať o krvnom systéme. Celkové porovnanie podľa systémov uvádzame v tabuľke 3.

Tab. 3 Hodnotenie správnych odpovedí podľa systému ľudského tela

<b>Systémy</b>	<b>2012/2013</b>	<b>2013/2014</b>
Krvný systém	74%	75%
Kostra a svaly	80%	80%
Tráviaca sústava	61%	59%
Vylučovacia sústava	58%	59%
Koža a prvá pomoc	76%	74%

Pri hodnotení teoretickej úrovne vedomostí najlepšie výsledky dosahujú absolventi gymnázií, ale pri hodnotení praktických zručností prirodzene lepšie výsledky dosahujú absolventi stredných zdravotníckych škôl. V hodnotení vedomostí na začiatku štúdia chceme pokračovať a sledovať tak ich úroveň ale aj vývoj. Takéto hodnotenie nám retrospektívne umožňuje celkovo hodnotiť kvalitu vyučovacieho procesu a prirodzene reagovať na vyvíjajúce sa prostredie vysokoškolského vzdelávania. Podľa Keštincovej (2011) podporou širokej dostupnosti vysokoškolského vzdelania v 90-tych rokoch došlo k fatálnemu opomenutiu povinnosti zaistiť minimálny kvalitatívny štandard vzdelávania. Hlavnou výzvou do budúcnosti je prelomiť začarovaný kruh masovo žiadaného, široko dostupného a slabo uznávaného štúdia otáznej kvality. V záujme lepšej porovnateľnosti náročnosti a pridanej hodnoty konkrétneho študijného programu pre budúcnosť absolventa je nevyhnutné diverzifikovať a doplniť existujúce hodnotenia o dimenziu použiteľnosti absolventmi získaných zručností v praxi (Kleštincová, 2011). Hodnotenie je veľmi dôležitým prvkom výchovno-vzdelávacieho procesu. Patrí k aktivitám učiteľa, ktoré si vyžadujú patričný a zodpovedný prístup. Iba v tom prípade, totiž, môže efektívne plniť súbor kladených očakávaní. Námaha pri hľadaní možných spôsobov efektívneho a viacfunkčného hodnotenia, ako aj vynaloženie väčších síl pri samotnej realizácii hodnotenia, prináša svoje pozitívne efekty (Beták, Ožvoldová, 2011). V snahe uľahčiť budúcim vysokoškolákovi ich nástup do nového kolektívu spolužiakov, vysokoškolských učiteľov, nového spôsobu vyučovania, skúšania i celkového spôsobu života na VŠ boli vykonané mnohé kroky. Napríklad sa organizujú stretnutia stredoškolských učiteľov a študentov so zástupcami VŠ, na stredných

školách (SŠ) zavádzajú nové predmety, na VŠ organizujú rôzne doučovacie kurzy, priestor ponúkajú aj dni otvorených dverí. Na základe poznania znalostí existujúceho stavu vedomostí a schopností študentov, je potom možné vhodne prispôbiť obsah niektorých predmetov na VŠ a vytvárať nové technológie vzdelávania (Krajčovič, Riedlmajer, 2004). Jednou z možností ako hodnotiť všeobecné študijné predpoklady pre úspešné vysokoškolské štúdium je absolvovať SCIO testy, ktoré pozostávajú z verbálnej časti, logickej časti, argumentačnej a kvantitatívnej. Úspešné zvládnutie testov je predpokladom pre zvládnutie vysokoškolského vzdelávania a zároveň kritériom pre prijatie na štúdium.

## ZÁVER

Absolventi stredných škôl stabilne vykazujú záujem o štúdium v odbore ošetrovateľstvo. Reagujúc na potreby vedomostnej spoločnosti vysokoškolské vzdelávanie neustále prebieha vývojom smerom k zvyšovaniu úrovne teoretických vedomostí a praktických zručností absolventov. S finančnou podporou projektov je možné zvyšovať úroveň materiálne - technického zabezpečenia vyučovacieho procesu. Nemenej dôležitá je inovácia a zdokonaľovanie študijných programov v súlade s meniacimi sa podmienkami zo strany spoločnosti, študentov a zo strany profesionálnej praxe v zdravotníckom systéme. Monitorovanie súčasného stavu je prirodzenou súčasťou tohto vývoja, pretože ukazuje cestu pre formy a metódy ďalšieho vzdelávania v sesterskom povolání.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BETÁK, N., OŽVOLDOVÁ, M. 2011. *Hlasovacie zariadenie – didaktická pomôcka pri hodnotení vedomostí*. [online]. [cit. 2014-21-03]. Dostupné z:  
[http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fvcv.truni.sk%2Fkonferencia%2Ffiles%2FZborn%25C3%25ADk\\_z\\_konferencie.pdf&ei=-fArU-LbFKTOygOrs4GICw&usg=AFQjCNGwD-4fD5D62fY4DxYMWQWnaQkPjw&bvm=bv.62922401,d.bGQ](http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fvcv.truni.sk%2Fkonferencia%2Ffiles%2FZborn%25C3%25ADk_z_konferencie.pdf&ei=-fArU-LbFKTOygOrs4GICw&usg=AFQjCNGwD-4fD5D62fY4DxYMWQWnaQkPjw&bvm=bv.62922401,d.bGQ)
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2010. *História ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2010. 169s. ISBN 978-80-8063-332-5.
- KLEŠTINCOVÁ, L. 2011. *Spájame vysoké školy s trhom práce*. [online]. [cit. 2014-21-03]. Dostupné z:  
<http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&>

url=http%3A%2F%2Fwww.ihp.sk%2Fanalyzy%2FIHP-Analyza%2520-%2520Spajame%2520VS%2520s%2520TP.pdf&ei=jO8rU-usCKbpywP\_voKQCw&usg=AFQjCNGF\_IL6hleJZC-8ytGmZpsgLBLxcg&bvm=bv.62922401,d.bGQ

KOBER, L., SOLOVIČ, I., SISKÁ, V. 2011. *E-Learning – novinka vo vzdelávaní sestier*. [online]. [cit. 2014-06-03]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/zbornik-osetrovatelstvo-medzi-teoriou-a-praxou-2011-pdf>

KRAJČOVIČ, J., RIEDLMAJER, R. 2004. *Analýza vedomostnej úrovne študentov zo stredoškolskej Fyziky so zreteľom na požiadavky mTF – STU*. [online]. [cit. 2014-21-03].

Dostupné z:

[http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEYQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.mtf.stuba.sk%2Fdocs%2Finternetovy\\_casopis%2F2004%2F3%2Fkrajcovic.pdf&ei=8fkrU6VupufLA7O9goAL&usg=AFQjCNGkkDInpOjQ9DJ6FOmAvUTspAAxUA&bvm=bv.62922401,d.bGQ](http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEYQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.mtf.stuba.sk%2Fdocs%2Finternetovy_casopis%2F2004%2F3%2Fkrajcovic.pdf&ei=8fkrU6VupufLA7O9goAL&usg=AFQjCNGkkDInpOjQ9DJ6FOmAvUTspAAxUA&bvm=bv.62922401,d.bGQ)

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREKOVÁ, B. 2011. Sestra a celoživotné vzdelávanie. In *Sestra* č. 1-2, roč. 10., s. 14-15. ISSN 1335-9444.

PALGUTOVÁ, M. 2012. *Systematizácia a kategorizácia foriem a metód ďalšieho profesijného vzdelávania zdravotných sestier*. [online]. [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: [www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Lukac1/.../Palgutová](http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Lukac1/.../Palgutová)

## KONTAKT

**PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.**

Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Katedra ošetrovatel'stva

Partizánska 1, 080 01 Prešov

email: [tfert@unipo.sk](mailto:tfert@unipo.sk)



# INFORMOVANOST ŽEN A MUŽŮ V OBDOBÍ MLADŠÍ DOSPĚLOSTI O INFEKCI HPV

## AWARENESS OF WOMEN AND MEN IN THE PERIOD UNDER MATURITY ABOUT HPV INFECTION

**Alena Hamanová, Ivana Lamková**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

### Abstrakt

**Cíl:** Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit celkovou míru informovanosti o infekci HPV (Human papillomavirus) se zaměřením na rozdíly v míře informovanosti mezi muži a ženami a dále pak mezi ženami studujícími a pracujícími.

**Metodika:** Byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření. V rámci Ústeckého kraje bylo rozdáno 600 strukturovaných validovaných dotazníků vlastní konstrukce. Dotazník byl zaměřen na tři důležité oblasti: 1. znalosti, 2. prevence, 3. sexuální zodpovědnost. Soubor respondentů tvořili muži a ženy ve věku 20 – 35 let. Počet mužů a žen byl poměrově vyrovnán (249 žen a 201 mužů). K vyhodnocení získaných dat a ověření stanovených hypotéz byla použita statistická metoda relativní četnosti a chí-kvadrát.

**Výsledky:** Na základě vyhodnocených dat se u žen zjistila signifikantně vyšší úroveň vědomostí oproti mužům, a to jak v oblasti znalostí o přenosu infekce HPV (p-hodnota  $\chi^2 = 0,000$ ), tak v oblasti znalostí, co infekce HPV způsobuje (p-hodnota  $\chi^2 = 0,000$ ). Naopak v oblasti znalostí rizikových faktorů se mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl neprokázal (p-hodnota  $\chi^2 = 0,861$ ). Při zkoumání účasti na pravidelných gynekologických prohlídkách, se mezi studentkami a pracujícími ženami statisticky významný rozdíl neprokázal (p-hodnota  $\chi^2 = 0,929$ ).

**Závěr:** V některých oblastech byly prokázány statisticky významné rozdíly znalostí mezi muži a ženami. Celkové znalosti všech skupin respondentů, i přes závažnost zkoumané problematiky, lze vyhodnotit jako bolestně nedostatečné.

**Klíčová slova:** infekce HPV, karcinom děložního čípku, rizikové faktory, prevence, sexuální zodpovědnost

## Abstract

**Objective:** The main objective of the research was to determine the overall level of awareness of HPV infection, focusing on differences in the awareness among men and women, as well as among studying and working women.

**Methods:** The method of quantitative research in the form of a questionnaire was used. There were 600 structured questionnaires given out in the region of Ústí nad Labem. The questionnaire was own design. The questionnaire focused on three important areas: 1<sup>st</sup> knowledge , 2<sup>nd</sup> Prevention, 3<sup>rd</sup> sexual responsibility. We asked randomly selected men and women aged 20-35 years. The number of men and women was proportionally offset (249 women and 201 men). The statistical method of relative frequency and chi-quadrade was used to evaluate the collected data and to verify the hypotheses.

**Results:** Based on data evaluation in women found a significantly higher level of knowledge compared to men, both in knowledge about HPV transmission (p-value  $\chi^2 = 0,000$ ), so in the knowledge of what HPV infection causes (p-value  $\chi^2 = 0,000$ ). On the contrary, the evaluated data did not demonstrate a statistically significant difference in knowledge of risk factors between men and women (p-value  $\chi^2 = 0,861$ ). When examining participation in regular gynecological examinations the data failed to show a statistically significant difference between students and workers (p-value  $\chi^2 = 0,929$ ).

**Conclusion:** In some areas, the data demonstrated statistically significant differences in knowledge between men and women. Overall knowledge of all groups of respondents, despite the seriousness of the issues, can be evaluated as painfully inadequate.

**Key words:** HPV infection, cervical cancer, risk factors, prevention, sexual responsibility

## ÚVOD

Karcinom děložního čípku patří společně s rakovinou prsu mezi nejčastější zhoubné nádory u žen. Za rok 2012 byla incidence onemocnění 16/100 000 obyvatel. Mladší ženy postihuje častěji než ostatní gynekologické nádory. Je jedním z mála onkologických onemocnění, u kterých je znám vyvolávající činitel. Je jím tzv. virus HPV, který se přenáší pohlavním

stykem a u vnímavých osob dokáže vyvolat rakovinné bujení (<http://www.mou.cz/karcinom-delozniho-cipku/t4008>).

Již v roce 2006 se touto problematikou zabývala ve své práci Pidrmanová Pohanková (2006, s. 628), která uvádí: „*Souhrnně z provedeného průzkumu povědomí o karcinomu děložního čípku bohužel vyplývá, že znalosti žen o smyslu preventivních gynekologických prohlídek (včetně povědomí o vztahu HPV infekce) jsou velmi malé, nedostatečné a často zkreslené. Informovanost o HPV a jeho vztahu k nádorům je velmi nízká, neboť 74-80 % respondentek nedokázalo vůbec uvést, jakou nemoc HPV způsobuje.*“. O pár let později Menčíková (2011, s. 35) uvádí, že pouze 10 % respondentek odpovědělo, že HPV infekce se podílí na vzniku karcinomu děložního čípku. Na porovnání znalostí mezi dívkami/ženami a chlapci/muži se ve své práci zaměřila i Černáková (2012, s. 33 – 35). Ta tvrdí, že 32 % dívek/žen a 53 % chlapců/mužů neví, co způsobuje rakovinu děložního čípku a 40 % dívek/žen a 47 % chlapců/mužů netuší, jak se HPV infekce přenáší (Černáková, 2012 s. 33 – 35).

Právě míra informovanosti mužů byla také jedním z hlavních důvodů k vybrání tohoto tématu. Muži, ač to sami často netuší, jsou zásadním článkem problematiky HPV.

## **CÍL PRÁCE**

Hlavním cílem bylo zjistit a komparovat informovanost žen a mužů v období mladší dospělosti o infekci HPV.

V oblasti preventivního chování byl stanoven cíl zjistit, kolik z dotazovaných žen podstupuje každoročně preventivní gynekologickou prohlídku. Se zaměřením na rozdílný přístup k prevenci u žen, které studují a u žen, které již pracují.

Dalším cílem výzkumu byla detekce chování v oblasti sexuální zodpovědnosti. Konkrétně bylo zjišťováno, kolik z dotazovaných respondentů má znalost o ochranné funkci kondomu před nákazou HPV a reálně jej používá a kolik respondentů, kteří používají kondom, má stálého sexuálního partnera.

## **SOUBOR, METODIKA**

Sledovaný vzorek respondentů zastupují v tomto výzkumném šetření ženy a muži z Ústeckého kraje. Výběr respondentů byl stratifikován věkem (20 – 35 let) a trvalým pobytem v Ústeckém kraji. Soubor respondentů mužů a žen byl poměrově vyrovnán (249 žen a 201 mužů).

Základním metodickým aparátem tohoto výzkumu bylo dotazníkové šetření pomocí validovaného strukturovaného dotazníku s reliabilitou  $k > 0,8$ . Reliabilita byla určena

metodou stanovení reliability jednotlivých položek pomocí Cohenova koeficientu kappa a následně dotazníku jako celku. Dotazník byl vlastní konstrukce. Byl tvořen 16 různými otázkami. Převážná část (13) byla ve formě uzavřených otázek. Zbylé tři otázky byly zaměřeny na demografické údaje (věk, pohlaví, zaměstnání). Dotazník byl zaměřen na tři důležité oblasti: 1. znalosti, 2. prevence, 3. sexuální zodpovědnost.

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno od září do prosince roku 2013. V tomto období bylo distribuováno celkem 600 dotazníků. Návratnost dotazníku byla 75 %.

Při vyhodnocování dotazníků byly použity statistické metody absolutní a relativní četnosti a pro ověření hypotéz byl použit korelační test nezávislosti chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05. Výsledky byly zpracovány v programu MS Excel.

Byly stanoveny čtyři hypotézy:

H1<sub>(A)</sub> Ženy, oproti mužům jsou lépe informovány o tom, co způsobuje infekce HPV.

H1<sub>(0)</sub> Ženy i muži jsou stejně informováni o tom, co způsobuje infekce HPV.

H2<sub>(A)</sub> O přenosu HPV infekce jsou informovanější více ženy než muži.

H2<sub>(0)</sub> O přenosu HPV infekce jsou stejně informováni ženy i muži.

H3<sub>(A)</sub> Rizikové faktory vzniku HPV infekce znají lépe ženy než muži.

H3<sub>(0)</sub> Rizikové faktory vzniku HPV infekce znají ženy i muži stejně.

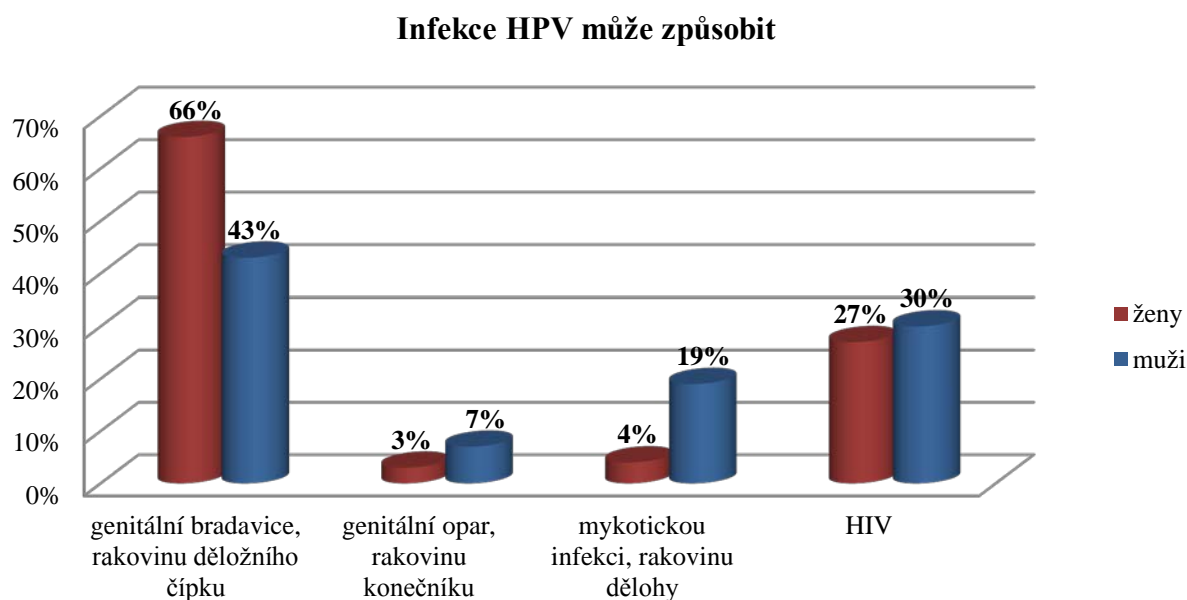
H4<sub>(A)</sub> Studentky chodí na pravidelné gynekologické prohlídky častěji než ženy pracující.

H4<sub>(0)</sub> Studentky a pracující ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky stejně často.

## VÝSLEDKY A INTERPRETACE

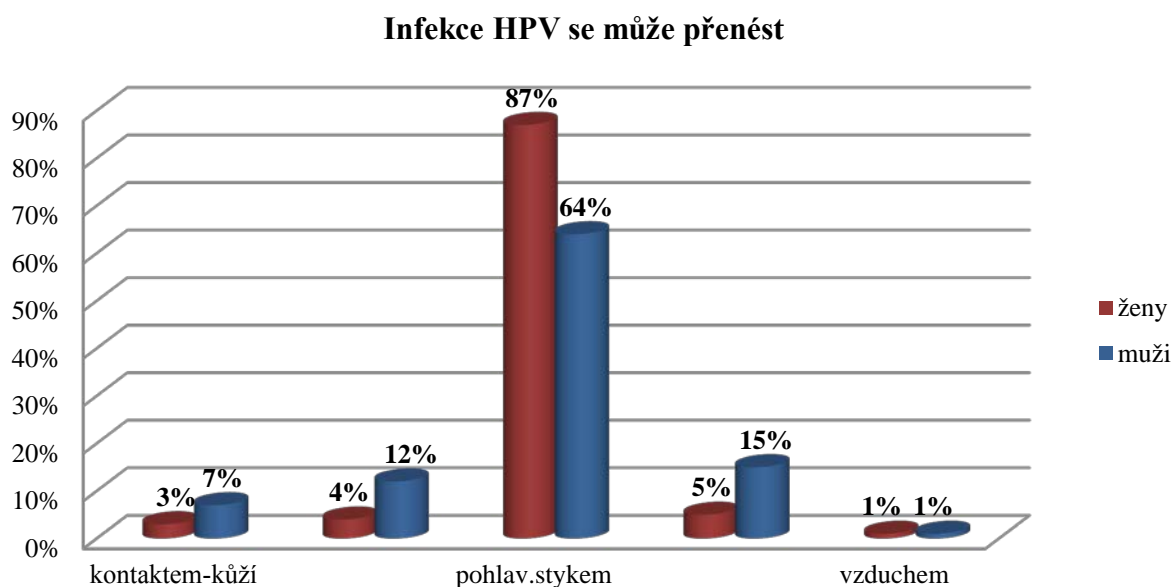
Z vyhodnocených dat plyne, že 56 % respondentů vědělo, že infekce HPV může způsobit genitální bradavice a rakovinu děložního čípku. Konkrétně to bylo 66 % žen a 43 % mužů (viz graf 1). Pomocí korelační analýzy (chí-kvadrát test) lze zamítnout H1<sub>(0)</sub>, byla tedy potvrzena H1<sub>(A)</sub>, že ženy jsou oproti mužům lépe informovány o tom, co způsobuje HPV infekce (p-hodnota  $\chi^2 = 0,00000163$ ). Tuto oblast lze porovnat s výsledky výzkumného šetření Černákové (2012, s. 64), která zaznamenala správnou odpověď u 68 % dívek/žen a 47 % chlapců/mužů a s prací Konečné (2011, s. 45), která uvádí správnou odpověď pouze u 48 % dívek/žen a 15 % chlapců/mužů. Dle výsledků zahraniční studie Ramavath a Olyai jsou se znalostmi z této oblasti dívky z Indie podstatně hůře. Ramavath a Olyai (2010) poukazují na vysoký počet dívek, které nikdy neslyšely o karcinomu děložního čípku a HPV – 72 % a které nevěděly, čím může být způsoben karcinom děložního čípku – 77 %.

Graf 1 Infekce HPV může způsobit



Přenos infekce HPV pohlavním stykem nebo nekoitálními praktikami správně označilo 77 % respondentů, z toho 87 % žen a 64 % mužů (viz graf 2). Prokázal se statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota  $\chi^2 = 0,0000000183$ ) a můžeme tedy přijmout  $H_{2(A)}$  – ženy jsou více informované o přenosu HPV infekce než muži. I zde můžeme porovnat naše výsledky s ostatními výzkumy. Ve studii Černákové (2012, s. 64) měli respondenti o přenosu infekce HPV o něco horší znalosti. Tvrdí, že správně odpovědělo 60 % dívek/žen a 53 % chlapců/mužů. Výsledky Konečné (2011, s. 51) jsou ještě o poznání horší – správnou odpověď určilo 44 % dívek/žen a 0 % chlapců/mužů. Pokud se zaměříme na skupinu mužů, máme k porovnání zahraniční studii od Colón López et al (2012). Ti ve své studii uvádějí, že z celkového počtu 206 dotazovaných mužů s vysokým rizikem (navštěvujících kliniku sexuálně přenosných chorob v San Juan v Puerto Ricu) slyšelo o HPV infekci pouze 52 %. Z této skupiny mužů mělo dostatečné znalosti o způsobu přenosu HPV pouze 29 % mužů.

Graf 2 Infekce HPV se může přenést



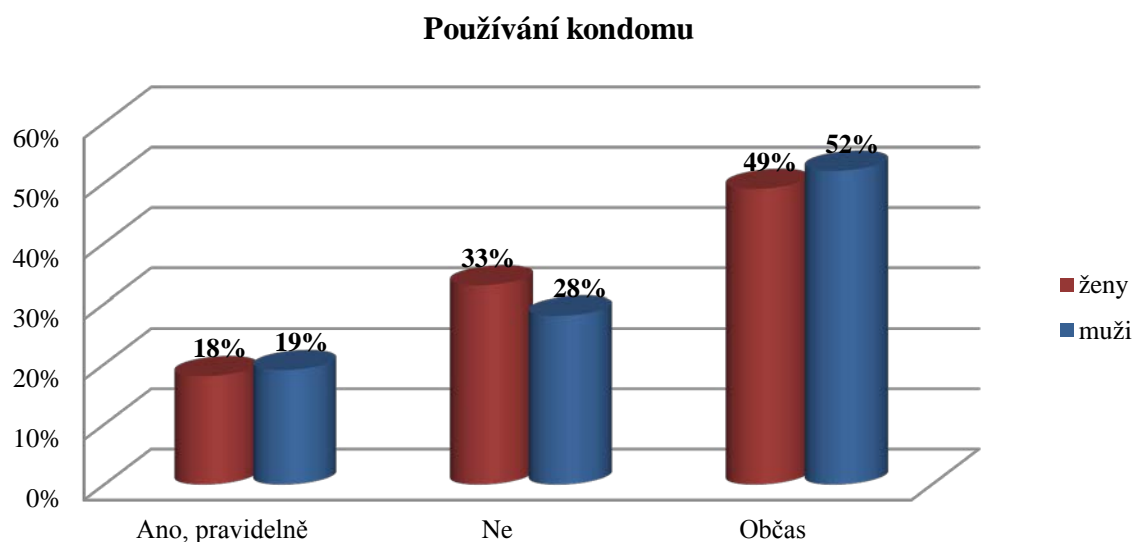
Možné rizikové faktory vzniku HPV infekce znalo 95 % respondentů. Mužů bylo 96 % a žen 95 %. Korelační analýzou se statisticky významný rozdíl neprokázal ( $p$ -hodnota  $\chi^2 = 0,86110185$ ), tudíž přijímáme  $H_{3(0)}$ : rizikové faktory vzniku HPV infekce znají ženy i muži stejně.

Většina respondentů správně určila, že kondom může zabránit přenosu HPV infekce (73 % mužů a 91 % žen). Přesto ve skupině respondentů, kteří znají význam kondomu při přenosu HPV, kondom pravidelně používá pouze 20 % mužů a 19 % žen.

Z celkového počtu dotazovaných respondentů kondom pravidelně používá pouhých 19 % mužů a 18 % žen (viz graf 3).

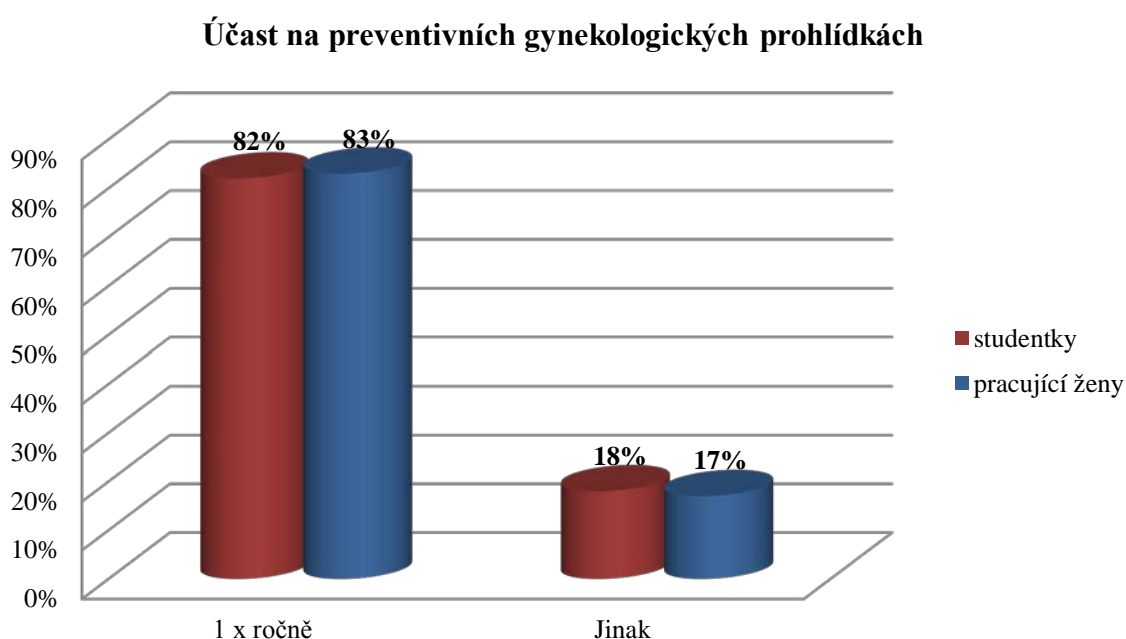
Stálého sexuálního partnera má 52 % mužů a 67 % žen z celkového počtu respondentů. Ve skupině respondentů se stálými sexuálními partnery kondom používá jen 17 % mužů a 14 % žen.

Graf 3 Používání kondomu



Ze všech dotazovaných žen se 82 % podrobuje pravidelné gynekologické prohlídce (1 x ročně). Při zkoumání účasti na pravidelných gynekologických prohlídkách se mezi studentkami a pracujícími ženami statisticky významný rozdíl neprokázal ( $p$ -hodnota  $\chi^2 = 0,9294972$ ). Studentky chodí na pravidelné gynekologické prohlídky v 82 % a zaměstnané ženy v 83 % (viz graf 4). Přijímáme tedy  $H_{4(0)}$ , studentky a pracující ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky stejně často.

Graf 4 Účast žen na preventivních gynekologických prohlídkách



## ZÁVĚR

Pouhých 56 % respondentů vědělo, že infekce HPV může způsobit genitální bradavice a rakovinu děložního čípku, přitom ale 77 % respondentů ví, že se infekce HPV může přenášet pohlavním stykem nebo nekoitálními praktikami a celých 95 % zná rizikové faktory vzniku HPV infekce. Je tedy zřejmé, že o infekci HPV jsou respondenti celkem informováni, ale již nevědí to nejdůležitější – že může způsobit rakovinu děložního čípku, což je velmi závažné. Alarmující zjištění je to, že i přes svou informovanost pravidelně používá kondom pouze 19 % mužů a 18 % žen z celkového počtu respondentů. Pro toto zjištění máme pouze jediné logické vysvětlení, a to, že si dotazovaní respondenti nepřipouští hrozící riziko.

Při komparaci výsledků výzkumu s ostatními domácími i zahraničními studii na podobné téma lze dojít k závěru, že úroveň znalostí jak onemocnění HPV, tak prevence je v této studii na vyšší úrovni než ve srovnatelných pracích. Ovšem přes teoretické znalosti reálné chování respondentů nelze definovat jako zodpovědné. Behaviorální změna vyžaduje motivaci jedince k zodpovědnému sexuálnímu chování, což je dlouhodobý a obtížný proces nejen pro zdravotníky, ale pro celou společnost.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- COLÓN LÓPEZ et al. [online]. 2012. *Awareness and knowledge of Human Papillomavirus (HPV) infection among high-risk men of Hispanic origin attending a Sexually Transmitted Infection (STI) clinic*. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=1c0db1de-2a85-4223-8b79-ecd682474713%40sessionmgr114&vid=1&hid=108&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=84913813>.
- ČERNÁKOVÁ, J. 2012. *Informovanost mládeže o nebezpečí HPV infekce a její prevenci*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2012. 100s.
- KONEČNÁ, P. 2011. *Onemocnění děložního čípku jako součást výchovy k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. 2011. 109 s.
- MENČÍKOVÁ, L. 2011. *Informovanost žen o prevenci karcinomu děložního čípku*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. 2011. 63 s.
- MOU (Masarykův onkologický ústav) [online]. 2014. *Karcinom děložního čípku*. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na: <http://www.mou.cz/karcinom-delozniho-cipku/t4008>.
- PIDRMANOVÁ POHANKOVÁ, R. 2006. Znalosti žen o karcinomu děložního čípku a roli HPV. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, roč. 15, č. 4, s. 617-630.



RAMAVATH, K. K., OLYAI, R. [online]. 2010. *Knowledge and Awareness of HPV Infection and Vaccination Among Urban Adolescents in India: A Cross-Sectional Study*. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13224-013-0413-3>.

## **KONTAKT**

**Mgr. Alena Hamanová**

KOPA FZS UJEP

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

e-mail: [Alena.Hamanova@ujep.cz](mailto:Alena.Hamanova@ujep.cz)

# VÝSKYT OŠETROVATEĽSKÝCH PROBLÉMOV U PACIENTA S KOLOSTÓMIU V POOPERAČNOM OBDOBÍ

## THE INCIDENCE OF NURSING PROBLEMS IN A PATIENT WITH A COLOSTOMY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

**Edita Hlinková<sup>1</sup>, Jana Nemcová<sup>1</sup>, Jana Michalková<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>2</sup> Chirurgická klinika a transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

### **Abstrakt**

**Úvod:** Pacienti indikovaní k vytvoreniu stómie sú väčšinou imunodeficientní, malnutriční, čo súvisí s primárnym chirurgickým ochorením. Pre lekárov a sestry predstavujú rizikovú skupinu výskytu pooperačných komplikácií a včasných komplikácií stómie. Jedným z prostriedkov minimalizácie ich rizika je používanie máp ošetrovateľskej starostlivosti.

**Metodika:** Cieľom práce bolo identifikovať výskyt ošetrovateľských problémov v pooperačnom období u pacienta so stómiou, ktoré súviseli s výskytom pooperačných komplikácií a včasných komplikácií stómie. Ďalším cieľom bolo overiť vplyv mapy ošetrovateľskej starostlivosti na minimalizáciu výskytu komplikácií a ošetrovateľských problémov. Výskumnú vzorku tvorilo 30 zámerny vybraných respondentov s nádorom hrubého čreva, u ktorých bola vyvedená trvalá stómia. Na vyhodnotenie výsledkov sme použili protokol vlastnej konštrukcie s využitím NOC, ktorý obsahoval indikátory hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 1 do 5.

**Výsledky:** Štatistickým vyhodnotením sme nepotvrdil vplyv mapy ošetrovateľskej starostlivosti na minimalizáciu výskytu pooperačných komplikácií a ošetrovateľských problémov. Zaznamenali sme štatisticky významný vzťah výskytu ranových komplikácií stómie z hľadiska pohlavia ( $p=0,0236$ ).

**Diskusie:** Predpokladáme štatisticky významnejšie výsledky pri monitorovaní psychosociálnych problémov, ktoré v našom výskume absentovali, keďže sme sa zamerali výhradne na oblasť fyziologických potrieb.

**Záver:** Mapy ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú nástroj riadenia kvality. Používaním mapy starostlivosti sa dá zabezpečiť plynulosť poskytovanej starostlivosti a minimalizácia výskytu komplikácií a ošetrovateľských pooperačných problémov.

**Kľúčové slová:** kolostómia, ošetrovateľské problémy, mapa ošetrovateľskej starostlivosti, nádor hrubého čreva, pooperačné komplikácie, včasné komplikácie stómie

## **Abstract**

**Introduction:** Patients indicated for the creation of abdominal stomas in most cases are immunodeficient, malnutritional, which are associated with primary surgical disease. They are a risk group for physicians and nurses for the occurrence of postoperative complications and early stoma complications. One means of minimizing their risks of the use of nursing care maps.

**Methodology:** The aim was to identify the occurrence of nursing problems in the postoperative period in a patient with a stoma, which were associated with the occurrence of postoperative complications and early stoma complications. Another objective was to verify the effects of nursing care maps to minimize the occurrence of complications and nursing problems. The research sample consisted of 30 selected respondents with large bowel cancers who were created the permanent stoma. Our own protocol using NOC was used for evaluated our results. Protocol included an indicator evaluated using Likert scale from 1 to 5.

**Results:** Statistical evaluations didn't show the impact of using the nursing care maps to minimize the occurrence of postoperative complications and nursing problems. We have seen a significant relationship incidence of wound complications stoma in terms of gender ( $p = 0,0236$ ).

**Discussion:** We expect statistically significant results in the monitoring of psychosocial problems in our research. They were absent here, whereas we have focused exclusively on the area of physiological needs in our research.

**Conclusion:** Maps of nursing care present the tool of quality management nursing care. The using them we can ensure continuity of health care and minimize the incidence of postoperative complications and nursing problems.

**Keywords:** colostomy, nursing problems, nursing care maps, large bowel cancer, postoperative complications, early postoperative stoma complications

## ÚVOD

Incidencia nádorového ochorenia hrubého čreva, konečníka a kolorektálneho karcinómu neustále narastá. Na Slovensku sa ročne diagnostikuje 3000 nových prípadov. Novovytvorených stómii je približne 1350. Absolútna incidencia stómii je 1500, po pripočítaní gynekologických a traumatologických indikácií (Lučan, 2011, s. 34). V roku 2010 bolo zaznamenaných 150 stómii na 100 tisíc obyvateľov. Z toho 81% s kolostómiou, 10% s ileostómiou a 9% s urostómiou. Detskí pacienti predstavovali 4%. Odhadovaná prevalencia jedincov so stómiou na Slovensku je 9 tisíc a v Českej republike do 8 tisíc (Mesárošová, 2012; Skříčka, 2008). Vo vyspelých krajinách pripadajú 1-2 jedinci so stómiou na 1000 obyvateľov, v rozvojovo slabších krajinách len 0,1–0,4 na 1000 obyvateľov. Celkovo na svete žije asi 2 milióny jedincov so stómiou (Lučan, 2011, s. 35). Najčastejšou indikáciou k vytvoreniu kolostómie je malígne ochorenie (82%). Na Slovensku sme zaznamenali stabilizáciu počtu pacientov s nádormi lokalizovanými v rekte a vzostup incidencie nádorov lokalizovaných v distálnej a proximálnej časti kolonu (Hlava et al., 2010, s. 3). Zhubné nádory hrubého čreva sú v SR druhou najčastejšou príčinou úmrtí. U mužov predstavujú 8,4% z 7000 úmrtí a u žien 8,3% z 5261 úmrtí v roku 2012 (Zdravotnícka ročenka SR, 2012, s. 13). Miera úmrtnosti na 100 tisíc mužov je 22,10 a u žien 15,76 na 100 tisíc žien (Zdravotnícka ročenka 2012, s. 24- 25). Najväčší výskyt je vo vekovej kategórii nad 65 rokov, a to zvlášť u mužov (Hegyí, 2010). Neustálym nárastom ochorenia sa zvyšuje aj počet pacientov, ktorým bola indikovaná radikálna chirurgická liečba a vyvedenie trvalej stómie. Vytvorenie kolostómie je spojené s rizikom vzniku včasných (počas hospitalizácie) a neskorých (po mesiacoch až rokoch) komplikácií. Ileostómie vedú najčastejšie k metabolickým komplikáciám a ohrozujú pacientov predovšetkým vznikom závažnej dehydratácie a iónovej dysbalancie. Okrem komplikácií stómii môžeme zaznamenať vznik systémových pooperačných komplikácií, ktoré spomaľujú pooperačné zotavenie a sú sprevádzané až 50% pooperačnou morbiditou. Ich výskyt ovplyvňuje štádium ochorenia, celkový zdravotný stav pacienta a pridružené ochorenia. V manažmente ošetrovania pacienta so stómiou je nevyhnutné postupovať podľa štandardných postupov, plánov, či máp starostlivosti, ktoré sa stávajú prostriedkom minimalizácie vzniku uvádzaných komplikácií a ošetrovateľských problémov. Mapa starostlivosti predstavuje interdisciplinárny plán, ktorý podrobne opisuje jednotlivé kroky v starostlivosti o pacienta so špecifickými klinickými problémami. Zostavuje ju interdisciplinárny tím pracujúci v procese starostlivosti. Mapa je určená pre presne vymedzenú skupinu pacientov (s konkrétnou diagnózou) a je rozvrhnutá na každý deň plánovanej starostlivosti počas hospitalizácie alebo domácej liečby (Žiaková, 2009, s. 62).

## CIEĽ PRÁCE

Cieľom práce bolo identifikovať výskyt ošetrovateľských problémov v pooperačnom období u pacienta so stómiou, ktoré súviseli s výskytom systémových pooperačných komplikácií a včasných komplikácií stómie. Ďalším cieľom bolo overiť vplyv mapy ošetrovateľskej starostlivosti na minimalizáciu výskytu komplikácií a ošetrovateľských problémov.

## SÚBOR, METODIKA

Výskumnú vzorku tvorili pacienti s karcinómom hrubého čreva (C 18), kolorektálnym karcinómom (C 19) a karcinómom konečníka (C 20), ktorí boli operovaní na Chirurgickej klinike Univerzitnej nemocnice v Martine (ďalej len UNM). Na chirurgickej klinike UNM sú hospitalizovaní pacienti z regiónu stredného Slovenska. Výskum prebiehal 12 mesiacov (január až december 2010). Pacienti boli prijatí na plánovaný operačný zákrok, bola u nich indikovaná radikálna chirurgická liečba a vyvedenie trvalej kolostómie. Zo súboru boli vylúčení pacienti prijatí akútne a pacienti pooperačne preložený z iného zdravotníckeho zariadenia z dôvodu komplikácií. Z celkového počtu respondentov (n=30) sa vo výskumnej vzorke nachádzalo 14 respondentov ošetrovaných štandardným postupom podľa osobných skúseností, zvyklostí pracoviska a ordinácií lekára (január až jún 2010) a 16 respondentov (experimentálna vzorka) ošetrovaných pooperačne s využitím mapy ošetrovateľskej starostlivosti (júl až december 2010). Z hľadiska pohlavia výskumu sa zúčastnilo 18 mužov a 12 žien. Podrobnejšiu charakteristiku aj z hľadiska hospitalizácie uvádzame v tab. 1.

Tab. 1 Charakteristika výskumnej vzorky

	Manažment ošetrovateľskej starostlivosti				spolu
	s mapou oše. starostlivosti		bez mapy oše. starostlivosti		
	n	vek (x, s)	n	vek (x, s)	
muži	10	63 (± 12,884)	8	56 (± 14,028)	18
ženy	6	64 (± 9,662)	6	58 (± 11,028)	12
	<b>x</b>	<b>s</b>	<b>x</b>	<b>s</b>	
hospitalizácia na JIS	2,5	± 1,364	3	± 1,961	
celková hospitalizácia*	13,75	± 8,652	13,64	± 7,142	

Legenda: n - počet (absolútne číslo); x – aritmetický priemer; s – smerodajná odchýlka; oše. – ošetrovateľskej;

\*dĺžka hospitalizácie zahŕňa hospitalizáciu pacienta od operačného dňa až po prepustenie

Uskutočnili sme prospektívnu štúdiu. Pre zber empirických dát sme ako hlavný výskumný nástroj zvolili *pozorovanie, rozhovor a obsahovú analýzu nálezov v zdravotnej dokumentácii*.

Bol vypracovaný *pozorovací protokol*, ktorý obsahoval zoznam potenciálnych ošetrovateľských problémov zoradených do jednotlivých kategórii podľa výskytu systémových pooperačných komplikácií (respiračné, kardiovaskulárne, gastrointestinálne, urogenitálne, ranové, komplikácie centrálného nervového systému) a včasných komplikácií stómie (krvácanie, peristomálne kožné komplikácie, peristomálny absces, retrakcia, prolaps, stenóza, parastomálna hernia, prolongovaný pooperačný ileus, mechanická obštrukcia stómie). Pri zostavovaní *formátu mapy ošetrovateľskej starostlivosti* sme vychádzali z jednoduchého formuláru pre štruktúrovanie mapy starostlivosti, ktoré modifikovala Gurková (2010, s. 55) podľa Škrľu a Škrľovej (2002, s. 206). Ošetrovateľské intervencie a ich príslušné aktivity sme vybrali z klasifikačného systému NIC (uvádzame s názvom a príslušným kódom). Pri ich výbere sme vychádzali zo štandardného postupu pooperačnej starostlivosti o pacienta so stómiou. Intervencie a aktivity sme zoradili do jednotlivých oblastí podľa dimenzií ľudských potrieb (bio-psycho-sociálnych): stav vedomia (poanesteziologická starostlivosť 2870), dýchanie (respiračný monitoring 3350), cirkulácia (kardiogénny šok manažment 4254, kardiálna starostlivosť 4040), výživa a tekutiny (monitoring tekutín 4130), vylučovanie (manažment vyprázdňovania stolice 0430, manažment vyprázdňovania moču 0590, starostlivosť o stómiu 0480), bolesť (podávanie analgézy 2210, manažment bolesti 1400), integrita kože (ošetrovanie rany 3660), riziko infekcie (starostlivosť o stómiu 0480, kontrola infekcie 6540, prevencia infekcie v intraoperačnom období 6545, prevencia infekcie 6550), psychosociálne potreby (poučenie, liečebné postupy 5618). Na vyhodnotenie výsledkov sme použili protokol vlastnej konštrukcie s využitím NOC, ktorý obsahoval indikátory hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 1 do 5. Získané údaje v protokole a v mape starostlivosti boli okódované a prepísané do programu Microsoft Excel 2007 pre potreby štatistického spracovania. Použili sme frekvenčnú analýzu, kde sme určili absolútnu (n) a relatívnu (%) početnosť, priemer ( $\bar{x}$ ), štandardnú odchýlku (s). Pre induktívnu analýzu bol použitý *Pearsonov Chi-kvadrát test nezávislosti, Fisherov presný test, t-test*.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA**

Predpokladali sme *rozdiely vo výskyte ošetrovateľských problémov u pacienta s kolostómiou v pooperačnom období vo vzťahu k manažmentu ošetrovania pacienta* (s použitím mapy ošetrovateľskej starostlivosti verzus bez mapy). V experimentálnej skupine sa gastrointestinálne problémy (nauzea, deficit telesných tekutín a akútna bolesť súvisiace s atóniou žalúdka a/alebo mechanickou obštrukciou čriev) a respiračné problémy (neefektívne dýchanie, neefektívne čistenie dýchacích ciest, neefektívna tkanivová perfúzia) vyskytli

u troch pacientov, urologické a kardiovaskulárne (znížený srdcový výdaj) u jedného pacienta. V kontrolnej skupine sa vyskytli gastrointestinálne (nauzea, deficit telesných tekutín a akútna bolesť súvisiace s atóniou žalúdka a/alebo mechanickou obštrukciou čriev) a respiračné (neefektívne dýchanie, neefektívne čistenie dýchacích ciest) pooperačné komplikácie u dvoch pacientov, urologické a kardiovaskulárne sa nevyskytli vôbec. Získali sme štatisticky nevýznamné výsledky ( $p=0,6667$ ). Rovnako i pri *hodnotení výskytu včasných komplikácií stómie vo vzťahu k manažmentu ošetrovania* (s použitím mapy ošetrovateľskej starostlivosti verzus bez mapy) ( $p=0,7321$ ). V experimentálnej skupine sa i včasné pooperačné komplikácie stómie vyskytli u siedmich pacientov (porušená kožná integrita v okolí stómie, porušená tkanivová integrita v okolí stómie, hypertermia, neefektívna tkanivová perfúzia (gastrointestinálna), porušený obraz tela), u deviatich pacientov sa nevyskytli vôbec. U pacientov v kontrolnej skupine sa vyskytli u siedmich a nevyskytli sa tiež u siedmich pacientov. Akútna bolesť bola diagnostikovaná u všetkých pacientov ( $n=30$ ). Použitie mapy ošetrovateľskej starostlivosti nemalo vplyv na minimalizáciu výskytu *ranových pooperačných komplikácií* ( $p=0,2821$ ). Analýza výsledkov preukázala výskyt ranových komplikácií v experimentálnej skupine u siedmich a v kontrolnej skupine u piatich pacientov. Zamerali sme sa i na sledovanie *výskytu ošetrovateľských problémov vo vzťahu k veku pacienta* ( $\leq 65$  rokov a nad  $>65$  rokov). Zaznamenali sme sedem komplikácií stómii vo veku  $\leq 65$  rokov a rovnako sedem vo veku nad 65 rokov. V experimentálnej skupine sa komplikácie stómie do 65 rokov (vrátane) vyskytli u troch respondentov a u štyroch nad 65 rokov. V kontrolnej skupine sa komplikácie stómie vyskytli u štyroch pacientov do 65 rokov a u troch nad 65 rokov ( $p=0,3854$ ). Gastrointerstinálne a respiračné problémy mali traja do 65 rokov a dvaja nad 65 rokov ( $p=0,4500$ ). Urologické sa vyskytli u jedného pacienta nad 65 rokov ( $p=0,5625$ ). Kardiovaskulárne sa vyskytli len u jedného pacienta nad 65 rokov ( $p=0,5625$ ). Tromboembolické a CNS komplikácie sa nevyskytli vôbec ( $p=1,00$ ). *Infekcia operačnej rany* sa vyskytla u siedmich pacientov do 65 rokov, u piatich nad 65 rokov ( $p=0,0699$ ). Nepotvrdil sa nám vzťah veku k výskytu pooperačných komplikácií (tab. 2).

Tab. 2 Vplyv veku na výskyt pooperačných problémov/komplikácií

Komplikácie	do 65 rokov ( $\leq$ 65 rokov)		nad 65 rokov ( $>$ 65 rokov)		p
	s mapou	bez mapy	s mapou	bez mapy	
gastrointestinálne	1	1	2	1	0,4500
respiračné	1	1	2	1	0,4500
kardiovaskulárne	0	0	1	0	0,5625
tromboembolické	0	0	0	0	1,0
urologické	0	0	1	0	0,5625
infekcia rany	3	2	4	3	0,0699
CNS	0	0	0	0	1,0
stómie	3	4	4	3	0,3854

Legenda: CNS – centrálny nervový systém; p – pravdepodobnosť

Hodnotili sme vplyv pohlavia na výskyt pooperačných komplikácií. Štatistická analýza potvrdila výskyt včasných komplikácií stómie vo vzťahu k pohlaviu. Komplikácie stómie sa vyskytli u štyroch mužov a desiatich žien ( $p=0,0236$ ) (tab. 3).

Tab. 3 Vplyv pohlavia na výskyt pooperačných problémov/komplikácií

Komplikácie	muži		ženy		p
	s mapou	bez mapy	s mapou	bez mapy	
gastrointestinálne	1	1	2	1	0,2678
respiračné	1	1	2	1	0,2678
kardiovaskulárne	0	0	1	0	0,3750
tromboembolické	0	0	0	0	1,0
urologické	0	0	1	0	0,3750
infekcia rany	3	3	4	2	0,1598
CNS	0	0	0	0	1,0
stómie	2	2	5	5	<b>0,0236</b>

Legenda: CNS – centrálny nervový systém; p -pravdepodobnosť

Nepreukázal sa nám vplyv použitia mapy ošetrovateľskej starostlivosti na dĺžku hospitalizácie respondentov ( $p = 0,7670$ ). Pacienti v experimentálnej skupine boli hospitalizovaní na JIS 2,5 dňa ( $\bar{x}$ )  $\pm$  1,364 a pacienti v kontrolnej skupine 3 dni ( $\bar{x}$ ) SD)  $\pm$  1,961.

## Diskusia

Výskyt ošetrovateľských problémov v pooperačnom období u pacienta s kolostómiou môže súvisieť so vznikom pooperačných systémových komplikácií a so vznikom včasných



komplikácií samotnej stómie. Pooperačné komplikácie sú definované ako príhody, ktoré narúšajú normálny pooperačný priebeh a vznikajú v súvislosti s anestéziou alebo operačným výkonom (Pešková, 2003, s. 305). Ku respiračným komplikáciám patria laryngotracheitída (Akútna bolesť-larynx 00132), atelektáza (Neefektívne čistenie dýchacích ciest 00031, Neefektívne dýchanie 00032), aspirácia (Riziko udusenía 00036), pľúcny edém (Zvýšený objem telesných tekutín 00026), apnoe (Porušená spontánna ventilácia 00033, Riziko aspirácie 00039), šokové pľúca (Porušená spontánna ventilácia 00033, Neefektívna tkanivová perfúzia kardiopulmonálna 00024), zápal pľúc (Neefektívne čistenie dýchacích ciest 00031, Neefektívne dýchanie 00032, Hypertermia 00007). Kardiovaskulárne komplikácie predstavuje infarkt myokardu (Znížený srdcový výdaj 00029), tromboflebitída (Neefektívna tkanivová perfúzia 00024), flebotrombóza (Neefektívna tkanivová perfúzia 00024, Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie 00086), pľúcna embólia (Porušená spontánna ventilácia 00033, Znížený srdcový výdaj 00029). Ku gastrointestinálnym patrí atónia žalúdka (Nauzea 00134), mechanická obštrukcia čriev (Deficit telesných tekutín 00027, Akútna bolesť 00132). Urogenitálne - infekcia močových ciest (Porušené vyprázdňovanie moču 00016), retencia moču (Retencia moču 00023). Ku ranovým zaraďujeme infekciu v operačnej rane (Akútna bolesť 00132, Hypertermia 00007), dehiscencia rany (Porušená kožná integrita 00046, Porušená tkanivová integrita 00044, Akútna bolesť - operačná rana 00132). CNS komplikácie (Porušená interpretácia okolia 00123, Porušená pamäť 00131, Porušené myslenie 00130, Porušená verbálna komunikácia 00051, Riziko úrazu 00038). Ku najčastejšie sa vyskytujúcim systémovým komplikáciám patria respiračné (10% operovaných pacientov), predlžujú dobu hospitalizácie, zvyšujú náklady na liečbu a prispievajú k perioperačnej mortalite, sú najčastejšou príčinou morbidít po veľkých operáciách, druhá najčastejšia príčina pooperačného úmrtia u pacientov nad 60 rokov, zvlášť rizikový sú pacienti po operáciách hrudníka a hornej časti brucha. Medzi najčastejšie včasné komplikácie stómie patria: krvácanie zo sliznice (Porušená kožná integrita 00046), krvácanie zo stómie (Deficit objemu telesných tekutín z aktívnych strát 00027), peristomálne kožné komplikácie (Porušená kožná integrita 00046, Porušená tkanivová integrita 00044, Akútna bolesť 00132), peristomálny (parastomálny) absces (Akútna bolesť 00132, Hypertermia 00007), retrakcia, prolaps, stenóza, ischémia (Neefektívna tkanivová perfúzia gastrointestinálna 00024), parastomálna hernia (Porušený obraz tela 00118) a mechanická obštrukcia stómie, prolongovaný pooperačný ileus (Akútna bolesť 00132, Neefektívna tkanivová perfúzia gastrointestinálna 00024, Nauzea 00134, Deficit objemu telesných tekutín 00027). Výskyt včasných komplikácií stómí sa v literatúre značne líši, od 5,7% do 41% (Kann, 2008, s. 24). Výsledky sú dané

percentuálnym zastúpením jednotlivých typov stómie, predovšetkým zaradením pacientov s ileostómiou medzi respondentov (Duchesne, 2002, s. 961; Robertson, 2005, s. 279). Park et al. (1999) uskutočnili rozsiahlu štúdiu, kde sledovali 1616 pacientov s ileo a kolostómiou po dobu 20 rokov. Najviac komplikácií (28%) nastalo do 1 mesiaca po operácií. Medzi faktory ovplyvňujúce vznik komplikácií stómie na základe štatistickej analýzy uvádzajú vek, spoluprácu so stomickou sestrou a lekárom špecialistom, typ stómie, predoperačné zakreslenie miesta stómie. Medzi najčastejšie komplikácie popisujú podráždenie kože (Park et al., 1999, s. 1575). Duchesne et al. (2002) opísali 25% výskyt komplikácií u vzorky 164 pacientov s črevnými vývodmi v priebehu 3 rokov, 39% z daných komplikácií vzniklo vo včasnom pooperačnom období. Okrem časového faktora operácie a typu stómie žiadne iné štatisticky významné vplyvy na vznik pooperačných komplikácií neidentifikovali. Najčastejšie pozorované komplikácie boli nekróza stómie (17,1%), peristomálny podráždenie kože (7,3%) a retrakcia stómie (4,6%). Podobne i Saghir et al. (2001) v retrospektívnej štúdii (n=121) uvádzajú vyšší výskyt komplikácií vo včasnom pooperačnom období (69% zo všetkých komplikácií). Uvedení autori popísali ďalšie špecifické faktory ovplyvňujúce vznik komplikácií, napr. ASA III. a viac, špecializácia operátora ( $p < 0,05$ ) (Saghir et al., 2001, s. 531). Niektorí autori uvádzajú ako ďalší rizikový faktor vysoký index telesnej hmotnosti, ktorý sa spája so vznikom retrakcie stómie a peristomálneho podráždenia kože. U akútnych operácií komplikácie súvisia s nesprávnym umiestnením stómie (Arumagam et al., 2003, s. 49). Incidencia peristomálneho podráždenia kože sa vyskytuje v rozmedzí od 3 do 42% (Kann, 2008, s. 27). Smith et al. (2002) uvádzajú, že takmer tri štvrtiny (73%) pacientov so stómiou majú skúseností s výskytom kožných problémov, ale viac ako dve tretiny riešia problémy bez vyhľadania zdravotníckej pomoci (Smith et al., 2002; In Burch, 2011, s. 18). Stupeň podráždenia sa môže pohybovať od miernej peristomálnej dermatitídy, macerácie pri nedostatočnej hygiene až po hlbokú nekrózu. Porušená kožná integrita v okolí stómie môže súvisieť s podtekaním stomického vrečka a následným dráždením črevným obsahom, predovšetkým z ileostómie. Príčinou môže byť nesprávne umiestnenie stómie bez predoperačného zakreslenia miesta stómie. Podľa slovenskej legislatívy zakresľovanie miesta stómie nie je v kompetencii sestry na rozdiel od Českej republiky, kde podľa Vyhlášky č. 55/2011 Z. z., je stomasestra kompetentná k tomu, aby pacientom po dohode s lekárom samostatne vyhľadala a označila optimálne umiestnenie budúcej stómie. Colwell a Gray (2007) na základe metaanalýzy výskumných štúdií nepotvrdili existenciu dostatočných dôkazov o minimalizácii rizika komplikácií stómie predoperačným zakreslením miesta stómie. I napriek nedostatočným dôkazom The Wound Ostomy Continence Nurses Society

zakresľovanie stómie odporúča. Pri zakresľovaní sa zohľadňuje aj komfort pacienta, účasť pacienta na zakresľovaní zlepšuje perioperačné psychické prežívanie (Butler, 2009, s. 514). Porušená integrita kože v okolí stómie je sprevádzaná bolesťou silnej intenzity. Akútna bolesť definovaná v okolí peristomálnej kože je jedným z najčastejších problémov, ktoré verbalizujú jedinci so stómiou (Burch, 2011, s. 18). Cottam et al. (2006) hodnotili výskyt komplikácií stómii vo Veľkej Británii, zmapovali 256 zdravotníckych zariadení, sledovali viacero rizikových faktorov (typ stómie, výška stómie do 48 hod. po operácii, časový faktor operácie, BMI, pohlavie, základná chirurgická diagnóza). Bolo posúdených 3970 pacientov s črevnou stómiou, z nich 1329 (34%) bolo hodnotených ako problematické. Ako štatisticky významný rizikový faktor ovplyvňujúci výskyt komplikácií autori uvádzajú výšku stómie < 10mm, typ stómie (najviac komplikácií bolo identifikovaných u pacientov s ileostómiou), ženské pohlavie (i keď vyšší výskyt stómii je u mužského pohlavia) a chirurgická technika prevedenia operácie. BMI sa ukázalo ako nevýznamný faktor. Z hľadiska veku, najviac komplikácií identifikovali u vekovej skupiny 26 – 40 rokov (38,5%). S narastajúcim vekom respondenti popisovali menej problémov ( $p=0,009$ ). Časový faktor výskytu komplikácií z hľadiska pooperačného obdobia sledovali Robertson et al. (2005). Uskutočnili prospektívnu štúdiu 408 respondentov po dobu 2 rokov. Výskyt stenózy (1-2%), retrakcie (8-22%), prolapsu (1-3%) alebo zápachu (6-9%) sa signifikantne významne časom nezmenil. Presakovanie, podtekanie, podráždenie kože, nočné vyprázdňovanie boli najproblematickejšie u pacientov so stómiou a nijako sa časom nezmenili (Robertson, 2005, s. 281).

## **ZÁVER**

Získali sme čiastkové výsledky, ktorými sme zmapovali výskyt pooperačných problémov u pacientov s kolostómiou. Jedným z limitov práce je veľkosť vzorky respondentov, ktorá nie je reprezentatívna pre celé územie SR. Navrhujeme pokračovať v danom výskume, rozšírením vzorky respondentov, zaradiť vo výskume viaceré spolupracujúce pracoviská. Na základe analýzy štúdií doplniť výskumný protokol o ďalšie rizikové faktory a rozšíriť o sledovanie psychosociálnych pooperačných problémov.

*Podporené grantom KEGA č. 050UK-4/2013 „Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii“.*

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ARUMUGAM, P. J.- BEVAN, L.- MACDONALD, L. et al. 2003. A prospective audit of stomas – analysis of risk factors and complications and their management. In *Colorectal Dis*, 2003, no. 5, pp. 49–52.
- BURCH, J. 2011. Management of stoma complications. In *Nursing Times*, 2011, vol. 107, no. 45, pp. 17-20.
- BUTLER, D. L. 2009. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery. In *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2009, 13-519.
- COLWELL, J. C. - GRAY, M. 2007. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? In *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2007, vol. 35, no. 5, pp. 492-496.
- COTTAM, J. ET AL. 2007. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. In *Colorectal Disease*, 2007, no. 9, pp. 834-838.
- DUCHESNE, J. C. et al. 2002. Stoma complications: a multivariate analysis. In *Am Surg*, 2002, no. 68, pp. 961–966.
- GUO, S. - DIPIETRO, L.A. 2010. Factors affecting wound healing. In *Journal of Dental Research* [online], 2010, vol. 89, issue 3, pp. 219-229. [cit. 2013-12-12]. Dostupné na internete: <http://jdr.sagepub.com/content/89/3/219.full.pdf+html>.
- GURKOVÁ, E. 2010. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej teórie I*. Vysokoškolské skriptá. Martin: Jesseniova lekárska fakulta, 2010. 91 s.
- HEGYI, Peter. 2010. *Rakovina hrubého čreva*. [citované 2011-01-26]. Dostupné na internete: <<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=301>>.
- HLAVA, P. et al. 2010. *Zhubné nádory v SR - vybrané epidemiologické ukazovatele*. Odbor národných zdravotných registrov, Národné centrum zdravotníckych informácií 2010 [online]. 2010. [cit. 2014-03-20].
- KANN, B. R. 2008. Early Stomal Complications. In *Clinical Colon Rectal Surgery*, 2008, no. 23-30.
- LUČAN, J. 2011. *Stómie a stomici*. 1. vyd. Martin: P + M, Turany, 2011. 208 s.
- MAHJOUBI, B. et al. 2005. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. In *Colorectal Dis*, 2005, no. 7, pp. 582–587.
- MESÁROŠOVÁ, A. 2012. *Incidencia stomikov na Slovensku za rok 2010*. [online], 2010. [cit. 2013-12-12]. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2010/zs1100.pdf>.

- PARK, J. J. -DEL PINO, A. - ORSAY, C. P. et al. 1999. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. In *Dis Colon Rectum*, 1999, no. 42, pp. 1575–1580.
- PEŠKOVÁ, M. 2003. Pooperační komplikace. In ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2003. s. 305 – 328.
- ROBERTSON, I. - LEUNG, E. - HUGHES, D. et al. 2005. Prospective analysis of stoma-related complications. In *Colorectal Dis*, 2005, no. 7, pp. 279–285.
- SAGHIR, J. H. - MCKENZIE, F. D.- LECKIE, D. M. et al. 2001. Factors that predict complications after construction of a stoma: a retrospective study. In *Eur J Surg*, 2001, no. 167, pp. 531–534.
- ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion s.r.o., 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.
- SKŘIČKA, T. 2008. Střevní vývody. In *Amireport*, 2008, roč. 4, č. 2, s. 23-26.
- SMITH, A. J. et al. 2002. Multidisciplinary care of skin problems in stoma patients. In *British Journal of Nursing*, vol. 11, no. 5, pp. 324-330.
- STRYJA, J. et al. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. GEUM: Semily, 2011, 371 s.
- Vyhláška č. 306/2005 Z. Z. MZ SR z 30. júna 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterných diagnóz.
- Vyhláška č. 55/ 2011 Z.Z MZ ČR o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Zákon č. 576 / 2004 Zb. Zákon Národnej rady Slovenskej republiky o zdravotnej starostlivosti.
- Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012. Health statistics yearbook of the Slovak Republic 2012*. Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2014. 256 s.
- ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

## KONTAKT

**Mgr. Edita Hlinková, PhD.**

Ústav ošetrovateľstva

Jesseniova lekárska fakulta

Malá Hora 5

036 01 Martin

e-mail: [hlinkova@jfmed.uniba.sk](mailto:hlinkova@jfmed.uniba.sk)

**BĚŽNÉ DENNÍ ČINNOSTI Z POHLEDU PACIENTA S REVMATOIDNÍ  
ARTRITIDOU**  
**DAILY ACTIVITIES FROM THE PERSPECTIVE OF A PATIENT WITH  
RHEUMATOID ARTHRITIS**

**Jiří Kaas, Valérie Tóthová**

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

**Abstrakt**

**Úvod:** Revmatoidní artritida je chronické, zánětlivé onemocnění, které může výrazně omezit pohybové schopnosti nemocného a tím jeho soběstačnost.

**Cíl práce:** Cílem práce bylo zjistit subjektivně vnímanou obtížnost konkrétních denních činností pro nemocné s revmatoidní artritidou a odhalit míru používání kompenzačních pomůcek a pomoci druhé osoby při těchto činnostech.

**Soubor, metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 200 nemocných s revmatoidní artritidou z celé České Republiky. Respondentům byl předložen standardizovaný dotazník HAQ, který je zaměřen na zjištění subjektivní obtížnosti dvaceti každodenních činností, používání kompenzačních pomůcek a potřebu pomoci při běžných denních činnostech.

**Výsledky a interpretace:** Z běžných denních činností pociťují nemocní největší potíže při sundání předmětu z výšky nad hlavou, průměr odpovědí u této otázky byl 2,21 a dále při koupání ve vaně s průměrem odpovědí 2,14. Z konkrétních kompenzačních pomůcek respondenti nejčastěji uváděli madlo u vany a pomůcky pro oblékání. Obě z pomůcek uvedlo 43,5 % respondentů. Potřeba pomoci druhé osoby byla nejčastěji uváděna při dosahování věcí (44 %) a dále při stisknutí a otevírání věcí (41,5 %).

**Závěr:** Na základě našeho šetření bylo zjištěno, že pacienti s revmatoidní artritidou pociťují obtíže při vykonávání běžných denních činností, a že potřebují pomoc druhé osoby v určitých oblastech.

**Klíčová slova:** běžné denní činnosti, pacient, revmatoidní artritida, ošetrovatelství v revmatologii

## Abstract

**Introduction:** Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory disease that may limit distinctively the motor abilities, and thus the self-reliance of the patient.

**Aim:** The goal of the article was to determine subjectively perceived difficulty of the concrete daily activities of patients with rheumatoid arthritis and explore the extent of the use of assistive devices and assistance of other persons in these activities.

**Research set, methodology:** The research set consisted of 200 patients with rheumatoid arthritis from the Czech Republic. Respondents were submitted to a standardized questionnaire HAQ, which focuses on the subjective difficulty twenty daily activities, use of assistive devices and need help with daily living activities.

**Results and interpretation:** The daily activities are feeling sick greatest difficulty in removing the object from height overhead, average responses for this question was 2.21 and while taking a bath with a diameter of 2.14 responses. The specific assistive devices, respondents most often mentioned by the handle bath and dressing aids. Both of the devices reported 43.5 % of respondents. Need help another person was most often mentioned in the achievement of cases (44 %) and in the press and opening cases (41.5 %).

**Conclusion:** Based on our investigation, it was found that patients with rheumatoid arthritis experiencing difficulties in performing daily activities, and they need help of another person in certain areas.

**Key words:** daily activities, patient, rheumatoid arthritis, rheumatology nursing

## ÚVOD

Revmatoidní artritida je chronické, autoimunitní, zánětlivé onemocnění, primárně postihující pohybový aparát (Cush et al., 2010, s. 15). Jedná se o relativně časté onemocnění, jehož výskyt se odhaduje na 0,5 – 1 % populace s asi 3 x častějším výskytem u ženského pohlaví (Luqmani et al., 2010, s. 1). Při rozvoji onemocnění se uplatňují různé autoimunitní procesy v těle nemocného, ovšem konkrétní spouštěč těchto procesů není zcela odhalen (Cush et al., 2010, s. 15). Choroba má zpravidla plíživý začátek, nemocný může pociťovat různé nespecifické bolesti pohybového aparátu, únavu či snížení výkonnosti, přítomna může být těž zvýšená tělesná teplota (Adebajo, 2010, s. 71-72). Později se obvykle rozvíjí typické postižení pohybového aparátu v podobě symetrické polyartritidy. Postižené klouby bývají oteklé, bolestivé a na pohmat teplé (Benenson, 2011, s. 5-7). Jelikož se však jedná o onemocnění

systemové, může dojít v průběhu jeho progresu k postižení i dalších mimokloubních struktur, typicky šlach, tíhových váčků, kůže, ale též životně důležitých orgánů jako srdce, plic nebo ledvin (Da Silva et al., 2010). Revmatoidní artritida je progresivní onemocnění, které nelze vyléčit, proto je cílem terapie především zpomalit, ideálně zastavit jeho průběh a zabránit rozvoji komplikací (Luqmani et al., 2010, s. 45-46). Častými komplikacemi jsou např. různé kloubní ankylózy, zkracování až ruptury šlach či patologické zlomeniny (Da Silva et al., 2010). V léčbě se pak uplatňují protizánětlivé a imunosupresivní přípravky, nejnověji také léčba biologická. Důležitou součástí komplexní terapie jsou též režimová opatření, rehabilitace a léčba bolesti (Adebajo, 2010, s. 76-78). Postupem času vede onemocnění k rozvoji různě intenzivních pohybových omezení, doprovázených bolestmi pohybového aparátu, které jsou pro nemocného překážkou v každodenním životě (Hill, 2006, s. 217). Z počátku má nemocný zpravidla problémy s větší fyzickou aktivitou, mnohdy se musí vzdát svého zaměstnání a ve vážnějších případech se pro něj mohou stát problematickými i ty nejběžnější sebeobslužné činnosti (Olejárová, 2012, s. 22-23). V nejvážnějších případech může nemoc člověka až trvale invalidizovat. Vzhledem k tomu, že je míra omezení pohybových schopností u každého nemocného s tímto onemocněním jiná, je nutné v rámci ošetrovatelské péče dbát na výrazný individuální přístup (Olejárová et al., 2011, s. 129-130), a tam, kde došlo k omezení soběstačnosti při běžných denních činnostech zapojit veškeré zbylé síly nemocného a rozvíjet či alespoň udržet co nejvyšší možnou míru soběstačnosti (Soběstačnost, 2012).

## **CÍL PRÁCE**

Cílem práce bylo zjistit subjektivně vnímanou obtížnost konkrétních denních činností pro nemocné s revmatoidní artritidou a odhalit míru používání kompenzačních pomůcek a pomoci druhé osoby při těchto činnostech.

## **SOUBOR, METODIKA**

Tento příspěvek byl vytvořen na základě dat získaných v rámci řešení týmového grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Jsou zde uvedeny výsledky získané prostřednictvím české verze Standfordského dotazníku HAQ (Health Assessment Questionnaire) validované Revmatologickým ústavem v Praze a Centrem biostatistiky a analýz v Brně, který je zaměřen na odhalení obtížnosti konkrétních denních činností pro nemocné s revmatoidní artritidou a na zjištění míry potřeby kompenzačních pomůcek či pomoci druhé osoby při výše zmíněných aktivitách. Dotazník obsahuje 24 otázek,



kteře jsou rozděleny do určitých podoblastí. 20 otázek je zaměřeno na obtíže při vykonávání běžných denních činností. Pacient zde může označit jednu ze čtyř odpovědí („zcela bez potíží“, „s určitými obtížemi“, „se značnými obtížemi“ a „nejsem schopen“). Těchto 20 otázek je pak dále rozděleno do 8 podoblastí podle toho, na jaký druh každodenních činností se konkrétní otázky zaměřují. Jedná se o oblasti oblékání a úprava, vstávání, stravování, chůze, hygiena, dosažitelnost, stisk a činnosti. Další dvě otázky se zabývají potřebou pacientů využívat různé kompenzační pomůcky k vykonávání výše uvedených činností a poslední dvě zjišťují potřebu pomoci druhé osoby při vykonávání výše uvedených činností. Výzkumný soubor byl statistikem stanoven na 200 pacientů trpících revmatoidní artritidou, aby byla zajištěna reprezentativnost vzhledem k celkové populaci osob s tímto onemocněním v České republice. Výběr respondentů byl realizován na základě kvótního výběru, kdy jako jediné kvóty byly stanoveny „přítomnost diagnózy revmatoidní artritida“ a „pohlaví“. Poměr pohlaví byl určen na 75 % žen, tedy 150 a 25 % mužů, tedy 50, což opět odpovídá přibližnému poměru pohlaví v celkové české populaci osob s tímto onemocněním. Věk a region respondentů byl ponechán náhodě. Při vlastním výběru respondentů byly předně osloveny organizace, které zajišťují vysoký výskyt pacientů s revmatoidní artritidou, konkrétně Revmatologický ústav v Praze a sdružení Revma-liga ČR. Sběr dat probíhal od března do května roku 2013. Veškerá zjištěná data byla následně statistikem zpracována v programu SASD (Statistická analýza sociálních dat).

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

Výsledky nám poskytly pohled na subjektivně vnímanou míru obtížnosti jednotlivých denních činností pro nemocné trpící revmatoidní artritidou a dále na míru potřebnosti kompenzačních pomůcek či pomoci druhé osoby. Tabulka č. 1 souhrnně obsahuje všechny každodenní činnosti, na které jsme se respondentů dotazovali. Na základě aritmetického průměru odpovědí u každé z činností byl získán výsledný index, na základě kterého byly následně jednotlivé činnosti seřazeny od subjektivně nejobtížnější, po subjektivně nejméně obtížnou.

Tab. 1 Přehled činností dle obtížnosti

Činnost	index
1. Sundat předmět vážící 2,5 kg z výšky těsně nad hlavou	2,21
2. Vykoupat se ve vaně	2,14
3. Vykonávat běžné domácí práce (luxování, práce na zahrádce)	2,07
4. Otevřít nový pytlík bonbonů	2,02
5. Nastoupit a vystoupit z auta	1,76
6. Otevřít zavařovací sklenice, které již byly předtím otevřené	1,71
7. Vstát ze židle bez opěrek	1,70
8. Vyřídít pochůzku a nakupovat	1,69
9. Ulehnout a vstát z postele	1,68
10. Vyjít pět schodů	1,65
11. Sám/a se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků	1,65
12. Otevřít a zavřít kohoutek	1,64
13. Usednout na toaletu a vstát z ní	1,62
14. Chodit venku po rovném terénu	1,59
15. Ohnout se a zvednout oblečení z podlahy	1,58
16. Umýt a osušit si tělo	1,55
17. Umýt si vlasy šampónem	1,51
18. otevřít dveře auta	1,50
19. Zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům	1,44
20. Nakrájet si maso na talíři	1,38

Z výsledků bylo zjištěno, že jako nejobtížnější činnosti vnímají nemocní s revmatoidní artritidou sundání předmětu vážícího 2,5 kg z výšky těsně nad hlavou a koupání ve vaně. Obě činnosti jsou bez pochyby náročné na pohybové schopnosti člověka. Sundat předmět z výšky je jistě náročným úkonem především pro nemocné s postižením ramenních kloubů neboť je při této činnosti nutné zdvihnout ruce do výšky, ale také pro nemocné s postižením kloubů zápěstí a prstů, jelikož je nutné předmět pevně stisknout. Celý úkon je též náročný na stoj nemocného a rovnováhu a proto je jeho vykonání problematické též pro nemocné s postižením velkých, nosných kloubů. Koupání ve vaně je opět úkonem náročným na stoj nemocného, přenášení váhy při vstupu a výstupu z vany a celkově na jeho stabilitu. Proto umístění této činnosti na druhém místě v obtížnosti pro nás není nijak překvapující. Na třetím místě se umístilo vykonávání běžných domácích prací. Jelikož jde o skupinu činností, pod kterými si každý respondent může představit něco jiného, domníváme se, že by bylo vhodné konkrétní domácí práce více rozpracovat. Je ale pochopitelné, že revmatictí nemocní obecně pociťují při těchto úkonech různě intenzivní potíže, neboť jak bylo zjištěno, značné potíže se

u respondentů vyskytovaly i v činnostech sebeobslužných. Je tedy jasné, že pokud má nemocný problém s vykonáváním základních úkonů sebepečce, bude mít nejspíše potíže i s domácími pracemi. Na předních příčkách v obtížnosti se dále umístilo otevření nového sáčku bonbonů a nastupování a vystupování z auta. S umístěním těchto činností na předních příčkách jsme opět počítali, neboť otevření nového sáček bonbonů je opět úkon náročný na motoriku prstů, jejichž klouby bývají ve většině případů revmatoidní artritidou zasaženy. Navíc se jistě i mnoho z nás setkalo s tím, že mělo někdy problém nový sáček bonbonů otevřít i při plném zdraví. Další z výše zmíněných aktivit, tedy nastoupit a vystoupit z auta, lze opět označit za úkon náročný na rovnováhu člověka a svalovou sílu, především v oblasti dolních končetin. Překvapující pro nás byly některé výsledky z oblasti „stisk“ a „stravování“, kde jsme předpokládali větší obtíže nemocných při těchto činnostech. Očekávali jsme například, že budou mít nemocní větší potíže s otevřením a zavřením kohoutku u umyvadla, otevřením dveří auta, zvednutím plného šálku nebo sklenice k ústům či nakrájením masa na talíři, což jsou opět úkony náročné na motoriku prstů a zápěstí. U všech těchto činností nepociťuje žádné potíže nadpoloviční většina dotazovaných, u zvednutí šálku k ústům či krájení masa na talíři dokonce více než 60 % respondentů. Lze tedy říci, že poslední tři úkony můžeme považovat za takové, při kterých nemocní s revmatoidní artritidou pociťují jen malé potíže. Obecně lze tedy říci, že nemocní vnímají jako obtížnější takové činnosti, jejichž provedení vyžaduje pohyb ve velkých kloubech či pohyby velkých svalových skupin.

Tab. 2 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcka	četnost, N = 200
madlo u vany	43,5 %
pomůcky pro oblékání	43,5 %
otvírač na zavařovací sklenice	29,0 %
hygienické pomůcky s dlouhým držadlem	24,0 %
sedátko do vany	17,0 %
toaletní nástavec	15,5 %
berle	14,5 %
dlouhé podavače	11,0 %
hůl	9,5 %
chodítko	1,5 %

Druhá tabulka znázorňuje jednotlivé kompenzační pomůcky, které respondenti využívají. Každý z dotázaných zde měl možnost označit více pomůcek současně. S největším

zastoupením respondenti uváděli madlo u vany a pomůcky pro oblékání, obě se stejnou frekvencí 43,5 %. Vysoký výskyt madla u vany odpovídá našemu zjištění o subjektivní obtížnosti sebeobslužných činností v oblasti hygieny pro nemocné s revmatoidní artritidou. Vysoké zastoupení pomůcek pro oblékání však pro nás bylo překvapující, neboť v oblasti oblékání a úpravy zevnějšku neudávali nemocní příliš velké obtíže. Pod pomůckami pro oblékání se skrýval háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip a lžice na boty s dlouhým držadlem. Domníváme se, že právě lžice na boty zde způsobila tak vysokou frekvenci odpovědí. Na třetím místě se umístil otvírač na zavařovací sklenice, jehož vysoké procentuální zastoupení jsme opět předpokládali, neboť otevřít zavařovací sklenici je opět úkonem velmi náročným na stisk a celkově na motoriku ruky, která je u revmatických nemocných typicky poškozena. Na dalších místech se pak umístily hygienické pomůcky opatřené dlouhým držadlem, sedátko do vany a toaletní nástavec, což jsou opět pomůcky sloužící pro zkvalitnění sebeobslužných činností v oblasti hygieny, u kterých nemocní s revmatoidní artritidou udávali relativně velké obtíže. Na posledních čtyřech místech se umístily pomůcky pro podporu chůze, jako berle, hůl či chodítka a dlouhé podavače. Třetí oblast otázek byla zaměřena na využívání pomoci druhé osoby při běžných denních činnostech. Jednotlivé činnosti při kterých nemocní využívají pomoc druhé osoby jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tab. 3 Pomoc druhé osoby

Oblast	četnost, N = 200
dosažení věcí	44,0 %
stisknutí a otevírání věcí	41,5 %
pochůzky a běžné domácí práce	27,5 %
hygiena	11,0 %
oblékání a úprava	9,5 %
vstávání	8,5 %
chůze	6,5 %
stravování	4,0 %

Z výsledků jsme zjistili, že nejčastěji respondenti využívají pomoc druhé osoby při dosahování věcí. Tuto možnost označilo 44,0 % výzkumného souboru. Toto zjištění se opět shoduje s tím, že jako subjektivně nejobtížnější činnost respondenti uváděli sundání předmětu z výšky těsně nad hlavou. Na druhém místě se zastoupením 41,5 % se umístilo stisknutí a otevírání věcí. Toto zjištění je jistě opět odrazem toho, že revmatoidní artritida výrazně

zasahuje do pohybových schopností rukou u těchto nemocných. Na třetím místě se pak umístily pochůzky a běžné domácí práce s 27,5% zastoupením. Velmi nás překvapil výsledek v oblasti hygieny, kde pomoc druhé osoby udává pouze 11 % dotázaných i přesto, že značná část respondentů pociťuje velmi výrazné obtíže v této oblasti. Toto zjištění lze možná přisuzovat tomu, že hygiena je velmi intimní oblastí sebeobslužných činností, u které si respondenti snaží uchovat soběstačnost do poslední chvíle. Další čtyři oblasti jako oblékání, vstávání, stravování a chůze lze souhrnně označit za aktivity, u kterých respondenti potřebují pomoc druhé osoby pouze ojediněle. Obecně lze na základě našich zjištění říci, že je revmatoidní artritida onemocněním, které je pro nemocné překážkou ve vykonávání běžných denních činností. Domníváme se však, že vnímání obtížnosti jednotlivých úkonů je velmi subjektivní záležitostí, a že každý z nemocných vnímá míru obtížnosti poněkud jinak. Domníváme se také, že postupem času se nemocný na vzniklé obtíže, které mu jeho nemoc přinesla adaptuje. Nemocný si může nalézt jiný způsob provádění určité činnosti či využít různé kompenzační pomůcky a tím snížit obtížnost určitého úkonu. Myslíme si tedy, že postupem času, kdy se nemocný s obtížemi potýká může začít paradoxně vnímat tuto obtíž jako méně závažnou. Domníváme se též, že kdyby náhle určitá obtíž postihla jedince v plném zdraví, vnímal by ji jako mnohem horší a intenzivnější než nemocný, který se stejnou obtížemi žije měsíce i roky. Vše pochopitelně závisí i na psychické výbavě konkrétního jedince a jeho rozhodnutí s nemocí bojovat a vzniklé obtíže překonávat. Proto se domníváme, že by součástí ošetrovatelské péče měla být celková podpora nemocného a především rozvíjení či alespoň udržení jeho stávající soběstačnosti. Při všech úkonech sebestarání by měl být pacient aktivně zapojován a motivován. Nezbytný je zde výrazný individuální přístup k nemocnému.

## **ZÁVĚR**

Výsledky naší práce poskytují informace o subjektivně vnímané obtížnosti konkrétních specifických činností pro nemocné s revmatoidní artritidou, o míře využívání kompenzačních pomůcek a pomoci druhé osoby při těchto úkonech. Naše šetření přináší důkazy o tom, že revmatoidní artritida velkou měrou negativně ovlivňuje každodenní fyzické fungování nemocného. Obecně lze říci, že největší omezení pociťují pacienti v oblasti osobní hygieny a dále při dosahování různých věcí. Důležité je však podotknout, že se subjektivně vnímaná obtížnost různých činností u jednotlivých pacientů liší a je tedy nezbytné ke každému nemocnému přistupovat zcela individuálně.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ADEBAJO, A. 2010. ABC of Rheumatology. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010. 175 s.

BENENSON, E. 2011. Rheumatology: Symptoms and Syndromes. London, UK: Springer, 2011. 221 s.

CUSH, J. – WEINBLATT, M – KAVANAUGH, A. 2010. Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment. New York, USA: Professional Communications, Inc., 2010. 368 s.

DA SILVA, J. – WOOLF, A. 2010. Rheumatology in Practice. London, UK: Springer, 2010.

HILL, J. 2006. Rheumatology nursing: a creative approach. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 2006. 543 s.

LUQMANI, R. – PINCUS, T. – BOERS, M. 2010. Rheumatoid Arthritis. New York, USA: Oxford University Press, 2010. 150 s.

Soběstačnost. [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné na internetu:

<http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=114>

OLEJÁROVÁ, M. 2012. Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší. Praha: Mladá fronta, 2012. 35 s.

OLEJÁROVÁ, M. – KORANDOVÁ, J. 2011. Lexikon revmatologie pro sestry. Praha: Mladá fronta, 2011. 184 s.

*Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.*

## KONTAKT

### **Mgr. Jiří Kaas**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR

e-mail: [kaasji00@zsf.jcu.cz](mailto:kaasji00@zsf.jcu.cz)

### **prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Jírovцова 1347/24, 370 05 České Budějovice, ČR

e-mail: [tothova@zsf.jcu.cz](mailto:tothova@zsf.jcu.cz)

# UKAZATELE NADVÁHY A OBEZITY U SENIORSKÉ POPULACE

## INDICATORS OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN SENIORS POPULATION

**David Kimmer, Lenka Šedová**

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

### **Abstrakt**

**Úvod:** U seniorské populace je proces stárnutí nezvratným biologickým procesem, během kterého dochází k postupné degeneraci organismu.

**Cíl práce:** Cílem příspěvku je zmapovat základní ukazatele nadváhy a obezity u seniorské populace a prezentovat jejich vývoj v letech 2012 a 2013.

**Soubor, metodika:** Příspěvek byl vytvořen na základě dat získaných z aktivit Centra prevence civilizačních chorob při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v letech 2012 a 2013. Celkem bylo změřeno 177 klientů ve věku nad 61 let. Pomocí přístroje Omron body fat monitor BF306 byl hodnocen obsah celkového tuku a Body Mass Index. Naměřená data byla zhodnocena statistickým testem ANOVA.

**Výsledky a interpretace:** Při hodnocení BMI byl v roce 2013 pozorován nárůst počtu osob v oblasti „nadváhy“ a to o 16 %. Naopak k příznivému trendu došlo v oblasti „obezity I. stupně“, kde byl zaznamenán pokles počtu osob o 12 %. Při hodnocení celkového obsahu tuku v těle se více jak 60 % mužů a 80 % žen pohybuje nad hranicí „normy“. Tyto hodnoty korespondují s životním stylem dnešní seniorské populace.

**Závěr:** Zdravotní stav seniorské populace úzce koresponduje s jejich životním stylem. V současné době dochází k celosvětovému nárůstu obezity podílející se na nemocnosti a úmrtnosti na civilizační choroby.

**Klíčová slova:** senior, obezita, nadváha, BMI

### **Abstract**

**Introduction:** Aging in seniors population is a irrefragable biological process where it gradually comes to degeneration of organism.

**Aim:** Our goal is to chart main indicators of overweight and obesity in seniors population and present their progression in years 2012-2013.

**File and methodology:** Our report was made from facts collected at Center of prevention of civilisation diseases of Faculty of Health and Social Studies of University of South Bohemia in České Budějovice in years 2012 and 2013. All together we measured 177 clients over 61 years of age. With the help of Omron body fat monitor BF 306 we evaluated total volume of body fat and Body Mass Index. Collected data were valorized by statistical test ANOVA.

**Results and interpretation:** There was a significant increase in number of people with overweight in year 2013 of more than 16%. On the contrary there was a significant drop of number of people with 1.st degree obesity of over 12 %. In rating of the overall fat volume there is more than 60 % of men and 80% of women above the normal limit. These values correspond with the life style of todays seniors population.

**Conclusion:** The health state of seniors population closely corresponds with their life style. Nowadays there is a worldwide increase of obesity that has got an impact on illnesses and mortality.

**Key words:** senior, obesity, overweight, BMI

## ÚVOD

Stárnutí představuje biologicky nezvratný proces, ke kterému dochází přirozenou degenerací organismu po dovršení určité vývojové fáze. Dle údajů Českého statistického úřadu žije v České republice 15,5 % obyvatel ve věku nad 65 let, což odpovídá přibližně 1,7 milionu občanů České republiky. Tyto údaje jsou příznivé v porovnání se státy, jako jsou Německo a Itálie, kde seniorská populace tvoří přibližně 20 % obyvatel. Naopak nejnižší zastoupení seniorské populace lze pozorovat v Makedonie nebo Irsku, kde populace na 65 let představuje 11,5 % obyvatel (Český statistický úřad, 2012). V souvislosti s neustále rostoucím počtem seniorské populace je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost jednotlivým ukazatelům zdravotního stavu, mezi které lze zařadit například Body Mass Index (BMI) a celkový obsah tuku v těle. Hodnoty těchto ukazatelů hrají významnou roli při posuzování nadváhy a obezity, jakožto dvou základních indikátorů, které se podílejí na zvyšující se mortalitě a morbiditě (Inelmen, 2003, s 147-155). V procesu stárnutí dochází k četným fyziologickým změnám, mezi které lze zařadit postupné snižování tělesného svalstva těla, obsahu vody v organismu a současně také zvyšování celkového podílu tukové tkáně, především v centrální oblasti těla



(Kalvach et al, 2004). Tyto procesy přispívají především ke vzniku obezity, která se v posledních letech stává globální epidemií. Zejména špatné stravovací návyky a fyzická inaktivita jsou příčinou vzniku obezity, jenž je spojována s nárůstem mnoha onemocnění, jako je například diabetes mellitus, dyslipidémie a hypertenze. Vzhledem k tomu, že pokles aktivní tělesné hmoty v seniorském věku znemožňuje objektivní hodnocení mortality ve vztahu k BMI, jako prediktor mortality se častěji užívá průměrný BMI dané osoby v dospělém věku, jelikož hodnoty BMI v rozmezí 25 – 27 se nejeví jako rizikový faktor mortality seniorů. Na základě těchto poznatků by měla být ve vyšším věku navýšena doporučená hodnota BMI na 27 (Kalvach et al, 2004). V rámci léčby obezity u seniorů je zásadním krokem snaha o neustálou fyzickou aktivizaci, která by s ohledem na věk a individuální možnosti jedince měla být zastoupena například chůzí a obecně pohybovými aktivitami aerobního charakteru. Další nedílnou součástí prevence a léčby obezity je dodržování zásad zdravého stravování, které spolu se socioekonomickým statutem mají nezastupitelné místo v řešení celého problému (Kubešová, Weber, 2008).

## **CÍL PRÁCE**

Cílem příspěvku je zmapovat základní ukazatele nadváhy a obezity u seniorské populace na základě dat získaných z aktivit Centra prevence civilizačních chorob při ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a prezentovat jejich vývoj v letech 2012 a 2013.

## **SOUBOR, METODIKA**

Sběr dat byl realizován na základě aktivit Centra prevence civilizačních chorob, jehož činnost je vázána na Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Data byla získávána u seniorské populace nad 61 let a to v letech 2012 a 2013. Vyšetřovaní klienti dali souhlas se zpracováním údajů a většina z vyšetřených pocházela z Českobudějovicka. Jde tedy o orientační vzorek seniorů. V roce 2012 bylo vyšetřeno celkem 79 klientů, z toho 26 žen a 53 mužů. Podobný počet klientů byl vyšetřen i v roce 2013, kdy soubor tvořilo 85 žen a 13 mužů. U klientů byly sledovány dva ukazatele, Body Mass Index a celkový obsah tuku v těle. K měření těchto ukazatelů byl využit přístroj Omron body fat monitor BF306, který pracuje na principu bioimpedance a poskytuje orientační hodnoty výše zmíněných ukazatelů. Měření bylo možné provést po zjištění výšky a váhy klienta. Výška a váha byla v poradně zjišťována kalibrovanou váhou s výškoměrem SECA 769. Samotné měření probíhá především v horní části těla pomocí dvou senzorových destiček, které vyšetřovaná osoba uchopí do dlaní. Klienti byli vyšetřováni v rámci poradenských dnů Centra prevence civilizačních chorob a dále

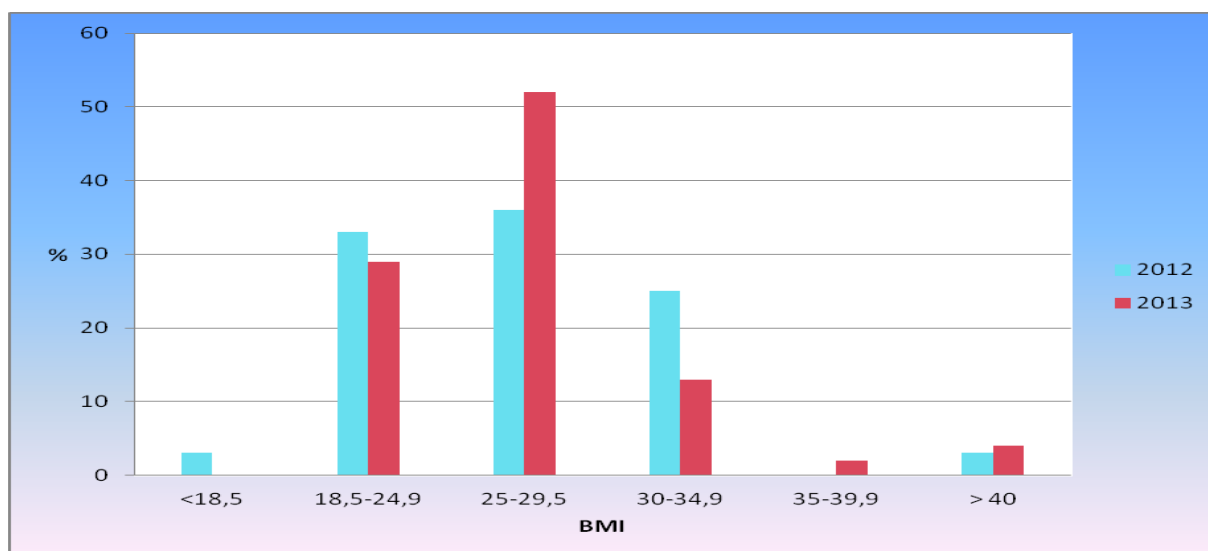
v rámci jednorázových aktivit v centrech pro seniory. Statistické zpracování dat bylo provedeno popisnou a deskriptivní statistikou. Výsledky BMI a celkového obsahu tuku v průběhu dvou let byly podrobeny analýze pomocí ANOVA testu (Analysis of variance), který je založen na hodnocení vztahů mezi rozptýlenými porovnávanými výběrovými soubory.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

V příspěvku jsou prezentovány výsledky měření v rámci aktivit Centra prevence civilizačních chorob. V letech 2012 a 2013 bylo změřeno celkem 177 klientů ve věkové skupině nad 61 let. Sledovány byly hodnoty Body Mass Indexu a celkového obsahu tuku v těle. Získaná data jsou prezentována v následujících grafech.

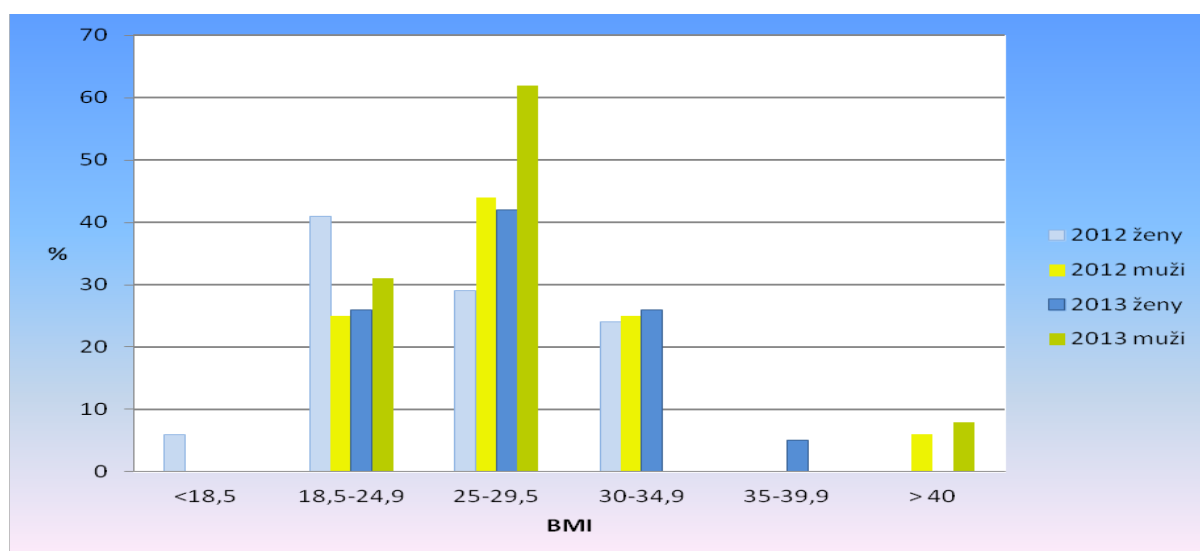
První sledovaným ukazatelem byl Body Mass Index, který nám slouží k zhodnocení složení těla. Jde pouze o orientační hodnotu, jelikož rovnice pro výpočet nepracuje s hodnotou svalové hmoty a tím pádem může dojít ke špatné interpretaci v podobě falešně negativní nebo falešně pozitivní diagnózy obezity. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí 18,5 až 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Hodnoty pod tímto rozmezím považujeme za podváhu a naopak hodnoty 25 - 30 kg/m<sup>2</sup> interpretujeme jako nadváhu. Hodnoty nad 30 kg/m<sup>2</sup> představují jednotlivé stupně obezity. Z výsledků měření vyplynulo (graf č. 1), že v roce 2012 se v oblasti „normy“ pohybovalo 33 % klientů (n = 26) a v roce 2013 29 % klientů (n = 28). V oblasti „nadváhy“ můžeme zaznamenat opačný trend, kdy v roce 2012 se v této oblasti nacházelo 36 % klientů (n = 28) a v roce 2013 52 % klientů (n = 51). Zvýšená hodnota BMI není spojena pouze s negativními projevy, ale přináší i určitá pozitiva, například v podobě silnějšího úchopu a obecně vyššího silového výkonu. Na druhou stranu je příčinou zhoršení balančních schopností a některých běžných činností, jako je například přechod ze sedu do stoje (Hardy et al, 2013, s. 1-13). Příznivý trend lze pozorovat v oblasti „obezity I. stupně“, kde došlo v roce 2013 oproti roku minulému k poklesu o 12 %. Jde o příznivý fakt, jelikož obezita ovlivňuje přibližně ze 60 % vznik diabetu 2. typu, z 20 % se podílí na patogenezi hypertenze a ischemické choroby srdeční a v neposlední řadě z 10 – 30 % na patogenezi některých nádorových onemocnění (Hainer a kol, 2011, s. 24). Naopak negativní vývoj lze zaznamenat v oblasti „obezity I. a II“ stupně, kdy v tomto rozmezí dochází v porovnání s rokem 2012 k mírnému nárůstu počtu klientů. Statistickým testováním se nepodařilo prokázat významnost (závislost) mezi naměřenými hodnotami BMI a celkového tuku v letech 2012 a 2013. V obou případech byla hodnota p value vyšší než 0,05.

Graf 1 Rozložení BMI u sledované populace v letech 2012 a 2013



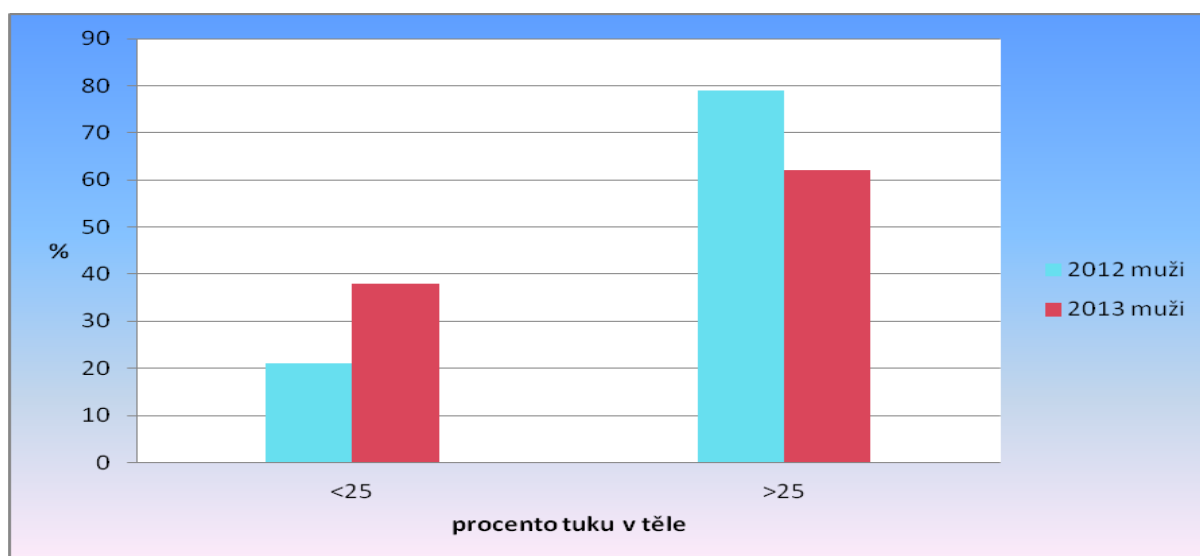
V následujícím grafu (graf č. 2) je Body Mass Index za sledované období rozdělen podle pohlaví. V oblasti „normy“ došlo k genderově rozdílnému trendu, kdy u ženské populace byl v porovnání s mužskou zaznamenán výraznější pokles v počtu osob. V oblasti „nadváhy a obezity I. stupně“ jsou výsledky za sledované roky poměrně konstantní, s výjimkou mužského pohlaví v roce 2012, kdy došlo výraznějšímu poklesu. Tento fakt lze přikládat menšímu výzkumnému souboru u mužů v roce 2012. Hodnoty BMI nad  $30 \text{ kg/m}^2$  sebou nenesou pouze negativní zdravotní důsledky, ale lze pozorovat také socioekonomický dopad v podobě zvýšení nepřímých nákladů zdravotního systému, například ve formě ztráty produktivity a časté absence na pracovišti. Dále u osob s vyšším BMI dochází k prodloužení doby trvání nemoci a s tím spojené doby hospitalizace, což má za následek vyšší výdaje na zdravotní péči (Hainer a kol, 2011, s. 24).

Graf 2 Rozložení BMI u mužů a žen v letech 2012 a 2013



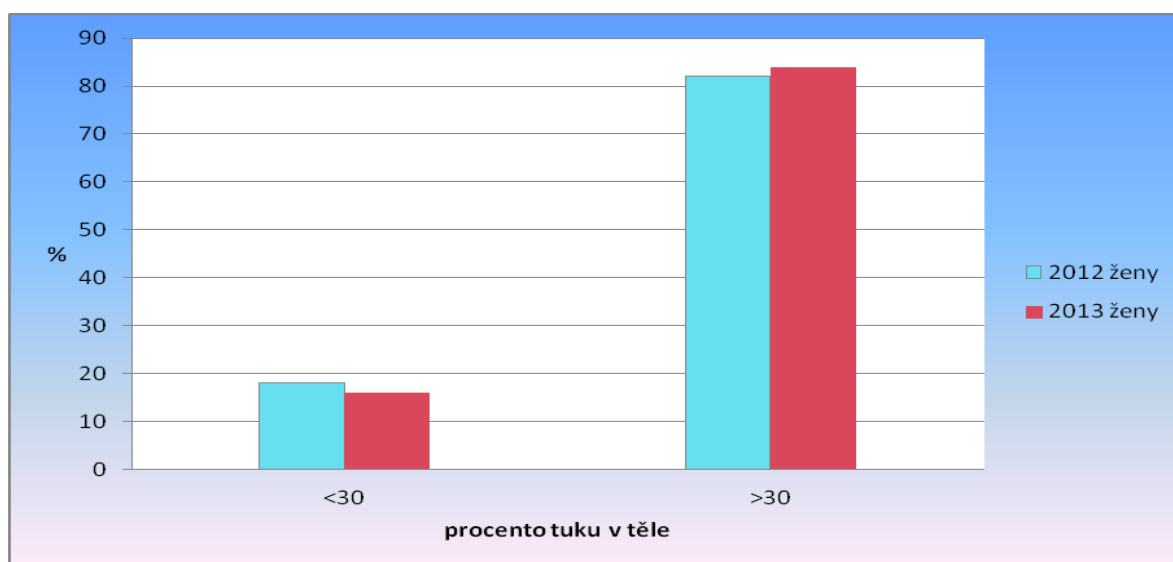
Při hodnocení nadváhy a obezity je důležité se kromě zhodnocení BMI zaměřit také na údaje o celkovém obsahu tuku v těle. V následujících grafech č. 3 a 4 jsou prezentovány výsledky měření tukové tkáně u obou pohlaví. U ženské populace je hladina „normy“ stanovena na 30 % a u mužů na 25 %. Graf č. 3 poukazuje na příznivý trend v hodnocení celkového obsahu tuku v těle u mužské populace, kdy v roce 2013 byl zaznamenán nárůst počtu osob v oblasti „normy“ o 17 %. V tomtéž roce také došlo ke snížení počtu osob s hodnotou celkového tuku nad 25 %, což se může projevit v podobě zlepšené kvality života a snížení zdravotních komplikací spojených s obezitou.

Graf 3 Rozložení mužské populace v rámci hodnocení celkového obsahu tuku v těle v letech 2012 a 2013



Při hodnocení celkového obsahu tuku v těle u žen jsou ve sledovaném období patrné konstantní výsledky (graf č. 4). Negativně ovšem působí fakt, že více jak 80 % žen se nachází nad stanovenou normou 30 %. Jde o vysoké číslo, které ovšem koreluje s životním stylem dnešní seniorské populace, se špatnými stravovacími návyky, s pohybovou inaktivitou a především s nárůstem tukové tkáně a úbytkem aktivní tělesné hmoty.

Graf 4 Rozložení ženské populace v rámci hodnocení celkového obsahu tuku v těle v letech 2012 a 2013



## ZÁVĚR

Zdravotní stav seniorské populace úzce koresponduje s jejich životním stylem. V současné době dochází k celosvětovému nárůstu obezity podílející se na nemocnosti a úmrtnosti na civilizační choroby. Obezita všech typů hraje zásadní roli ve výskytu kardiovaskulárních, metabolických, respiračních a gastrointestinálních onemocnění. Je tedy otázkou k zamyšlení, zda by nebylo potřeba věnovat více pozornosti prevenci již v předseniorském věku, která by zajisté dokázala přispět k řešení zdravotních a socioekonomických důsledků. Na obezitu u seniorů lze také nahlížet jako na globální problém a to především z toho důvodu, že právě lidé vyššího věku představují velkou část populace ve vyspělých zemích. Tento fakt také prezentoval Zamboni a kolektiv ve svém výzkumu uveřejněném v International Journal of Obesity. Pokud budeme konkrétní, tak v zemích západní Evropy je tím myšleno přibližně 15 % obyvatel a podle odhadů by měl být tento počet v roce 2025 navýšen až na 25 % (Zamboni et al, 2005, s. 1012)

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

Český statistický úřad. Statistiky – Senioři. [online]. 2012. [cit. 2014-03-03]. Dostupné na internetu: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>

HAINER, V. et al. Základy klinické obezitologie. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HARDY, R. et al. Body Mass Index, Muscle Strength and Physical Performance in Older Adults from Eight Cohort Studies: The HALCYon Programme. In *PLoS ONE*. 2013, roč. 8, č. 2, s. 1-13. DOI: 10.1371.

INELMEN, E. M. Can obesity be a risk factor in elderly people? In *Obesity Reviews*. 2003, roč. 4, č. 3, s. 147-155. DOI: 10.1046/j.1467-789X.2003.00107.x.

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 825 s. ISBN 80-247-0548-6.

KUBEŠOVÁ, H. – WEBER, P. Poruchy příjmu potravy ve stáří. In *Interní medicína pro praxi*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 64-68. ISSN 1803-5256.

ZAMBONI, M. et al. Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. In *International Journal of Obesity*, 2005, roč. 9, č. 29, s. 1012. ISSN 1476-5497

## KONTAKT

### **Mgr. David Kimmer**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR  
e-mail: [kimmed00@zsf.jcu.cz](mailto:kimmed00@zsf.jcu.cz)

### **Mgr. Lenka Šedová, Ph.D**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR  
e-mail: [lshedova@zsf.jcu.cz](mailto:lshedova@zsf.jcu.cz)

## PREPARING PATIENTS SUFFERING FORM DIABETES TYPE 2 TO PREVENTION OF COMPLICATIONS

Barbara Kubik<sup>1</sup>, Kazimiera Moździerz<sup>1</sup>, Stanisława Morawska<sup>2</sup>, Małgorzata Kołpa<sup>1</sup>,  
Aneta Grochowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Nursing Department, Higher Vocational School in Tarnow

<sup>2</sup>Laboratory of Basics Maternity Care, Jagiellonian University Collegium Medicum

### Abstract

**Introduction:** According to epidemiologic diabetes, health consequences of this disease, and especially its complications, the significant issue is to undertake actions in terms of education people with this disease to improve the quality of life among people suffering from diabetes and decrease the level of disability.

**Aim of the work:** The evaluation of patients with diabetes type 2 preparation to self-care in terms of complication prevention.

Material and the method: The research material reflects the answers to questions in authors questionnaire concerning tough and chronic complications of diabetes, that was gathered from 120 patients under hospital treatment with diagnosed diabetes. Research material was done with the statistics methods used.

**Results and conclusion:** The knowledge of the big group of people was not sufficient to successful prevention of diabetes complications and to early recognition of its disorders during this disease. Patients are best prepared to perform prevention in terms of feet diabetes (91, 6%). Only 35% of the examined people follow the recommendations of retinopathy prevention. A control examination in terms of diabetes nephropathy is done by the small percentage of people suffering from diabetes. The continuous educational activities must be undertaken among patients.

**Key words:** diabetes, diabetes complications, prevention

### INTRODUCTION

Diabetes as the only non-septic disease was recognized by United Nations Organization as epidemic of XXI century. It can be characterized by increased concentration of glucose in blood and disorders of secretion and/or activity of insulin, which leads to incorrect

metabolism of carbohydrates, proteins and fats, and consequently causes inefficiency of different organs.

In Poland as well as in other countries frequent occurrence of protractedly diseases non-septic including diabetes type 2. It is a serious problem, also due to the fact that even United Nations Organizations points the strong need for undertaking prevention activities on a worldwide scale. This problem was touched on 66th Session of General Gathering of ONZ in 2011 year – the resolution referred to the necessity of prevention and control of protractedly non-septic diseases in all countries based on the World Health Organization recommendations. [*Resolution adapted by the General Assembly of United Nations.2011. Sixty-sixth session. Agenda item 117/66/2. Political Declaration of the High Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 3rd Plenary Meeting 19. Sept. 2011*].

The ONZ resolution underlines the great role and responsibility of governments in defending the risk factors in terms of heart-vascular diseases, diabetes type 2 and malignant tumours. According to the International Diabetes Federation (IDF) report form 2011 year, 366 mln of people in the world was suffering form diabetes [*International Diabetes Federation. 2011. IDF Diabetes Atlas, 5th edn. Brussels, Belgium*], while in 1980 year – 153 mln. [*Danaei G. i wsp.: 2011. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2,7 million participants, The Lancet, published online, 25 June 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60679-X*].

So in the 31 years the number of patients suffering from diabetes increased of 213 mln – it is a number 5 times bigger than the present number of people in Poland.

In 2011 year, in Europe, 8,1% of adolescent people suffered form diabetes type 2 (to most often occurring form diabetes) in the age of 20-79 years old, what is 52,8 mln of people, and the number of people with incorrect glucose tolerance (pre-diabetes state) was at the level of 63 mln (9,6%). This means that in Europe in 2011 year, the disorders of carbohydrate environment (diabetes plus pre-diabetes state) occurred in almost 116 mln of people. It is estimated that in the year of 2030 this number will increased up to 136 mln, which is the number that reflects present number of people in Poland. [*International Diabetes Federation. 2011. IDF Diabetes Atlas, 5th edn. Brussels, Belgium*].

According to IDF report, in Poland in 2011 year, there was 3, 1 mln of people suffering from diabetes( 10 ,6% of adults), and 1 mln form that number (30%) was not aware of suffering



from it. Untreated diabetes is a cause of its different complications [International Diabetes Federation. 2011. IDF Diabetes Atlas, 5th edn. Brussels, Belgium].

Due to the epidemic situation of diabetes, the very significant issue is to undertake educational activities of people with diabetes, people with the diabetes risky factors and the whole society. This education should mention the healthy life style, including proper diet, healthy chose of food products and increase in physical activity. Early recognition of a disease and how it will be treated – influences the quality of life and the level on patients' disability.

### **AIM OF THE WORK**

The escalation of preparing patients with diabetes type 2 to self-care including complications.

#### **Research problems**

1. Do patients have knowledge about diabetes and its complications?
2. Do patients know and use treatment rules and prevention of this disease?
3. What is the level of awareness of diabetes diet treatment among sick people?
4. Do patients stick to the recommendations on daily physical activity?
5. What are the sources of knowledge and skills among patients of diabetes and its complications?

### **MATERIAL AND THE METHOD**

The research was conducted in December 2011 and January 2013 in Tarnow and Tuchow hospital among patients form the Interior Section. The group of examined people included 120 patients (60 woman and man form a country and 60 woman and men form the town). The age of the examined people was between 31-65 years old. Most of the examined 78, 3% (94) are people suffering from diabetes type II. The average time of disease lenght equals 11 years. According to the research the biggest group consists of respondents at the age between 35-65 years old. In this paper diagnostic poll was used as a research tool. Research material was analyzed and elaborated using descriptive statistics methods.

### **RESULTS OF THE RESEARCH**

The age of examined people was following: 30% of the respondents (36) was at the age of 31 – 40 years old, 70% (84) are people at the age between 41-65 years old. Considering the place of living, the number was similar – the percentage of people form town equal 50,8% (61), and the percentage of people living on the country equal 49,2% (59). Among the group of respondents, majority of people have vocational education – 45% (54), basic education have

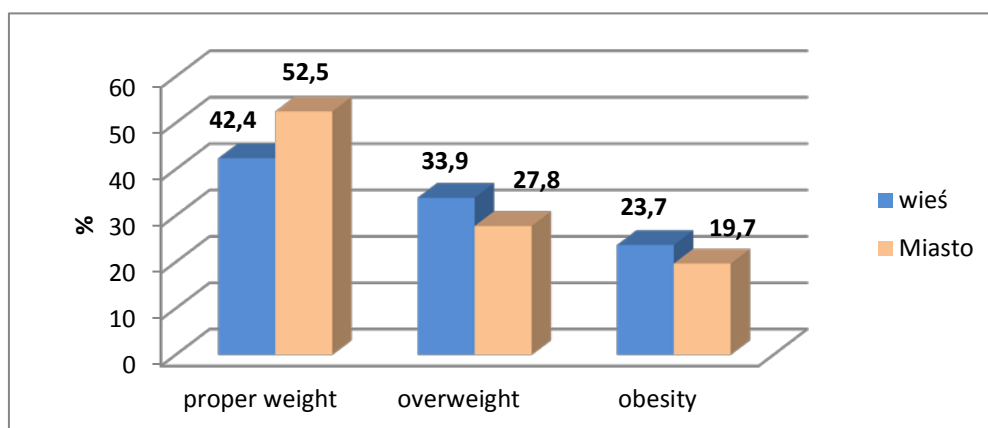
38,3% (46) of the respondents and the average education - 16,7% (20) people. There was no one among the group of respondents with master education. (Tab. 1).

Tab. 1 Characteristics of the respondents- sex, age and education

Variable	Category	N		Total	
		In general	%	N	%
Sex	F	60	50	120	100
	M	60	50		
Place of living	Town	33	27	60	100
	country				
Sex	F	28	32	60	
	M				
Age in years		n	%	N	%
	31 - 40	16	20	36	30
	41- 65	47	39	84	70
Education		N		F	M
		In general			
	Average	20	16,7	15	5
	Vocational	54	45,0	38	16
Basic		46	38,3	7	39

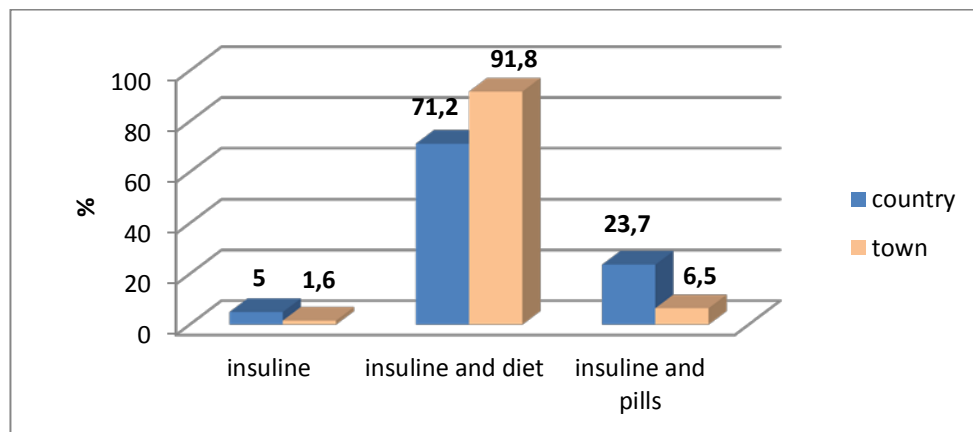
Among of the patients living both on the country and town the greatest percentage consists of people with proper body weight. Disorders in nutrition; overweight and obesity were observed in higher percentage of country inhabitants (Fig.1).

Fig. 1 Nutrition level of examined group based on BMI indicator (Body Mass Indeks)



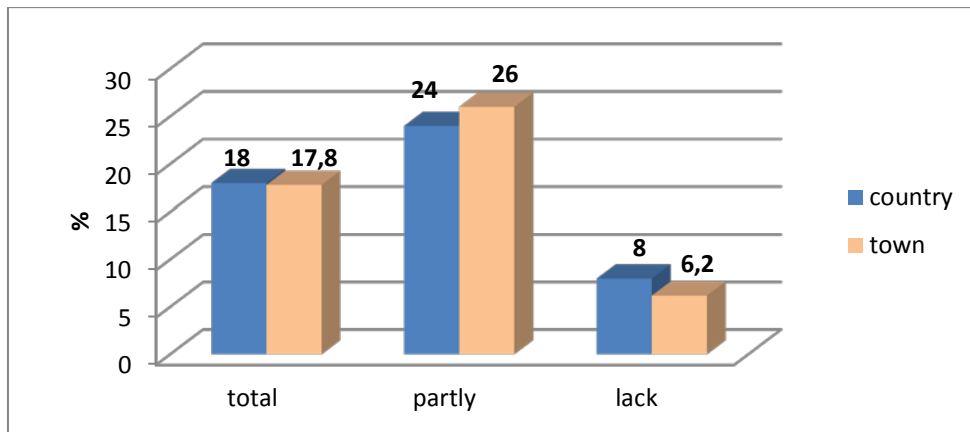
Each of the respondents was people suffering from diabetes type 2. Genetic fundaments of this disease were confirmed by 32, 5% (39) people form the country and 40% (48) form town. Majority of the respondents, living both in country and town is treated with insulin and diet (country – 71, 2% (42) and town – 91,8% (56)). None of the respondents is using pills and diet only. There is also no one, who would not be under the medical treatment because of this disease (Fig.2).

Fig. 2 Methods id diabetes treatment



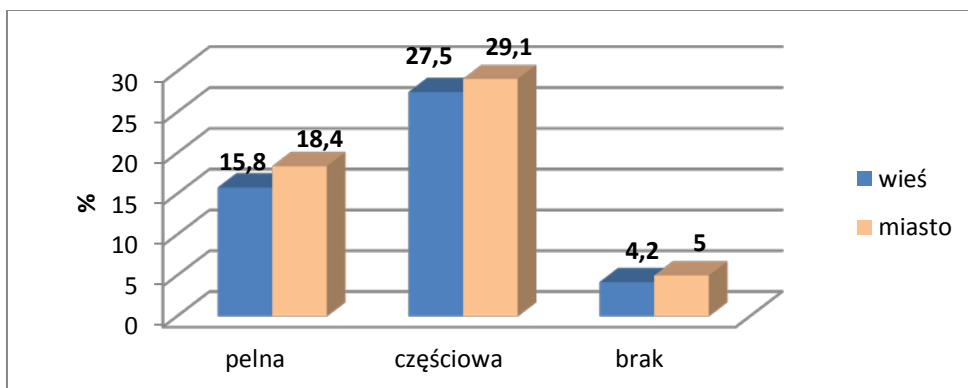
All of the respondents declare preparation to self; however the level of this differs. One of the most important ability used in diabetes treatment with insulin is its independent and proper application. High percentage of the respondents (town 50, 8% - 61 people) and country 43,3% - 52 people) takes insulin by themselves. Small percentage of the respondents living in the country (5, 8%, 7 people) need help form other people eg. family or nurses with applying the insulin. In prevention of diabetes complications, very significant is the awareness of states of hypoglycemia and hyperglycemia. According to the research results, patients with diabetes have insufficient knowledge in this area. Most of the respondents describes properly the term hypoglycemia (62,5% -75 people) characterized by the decreased level of sugar in blood. Describing the several causes of hypoglycemia (too big insulin application, too small dish, too much of physical activity, hard infections) was done by 43 of examined (35, 8%), form which the country inhabitants 17,5% (21) and people living in town 18,3% (22). Half of the respondents 50% (60) partly known the hypoglycemic causes, while 14,2% (17) did not mention even one of the reasons for decreased level of sugar in blood. (Fig. 3).

Fig. 3 Awareness of hypoglycemia causes



High percentage of examined people in general 98, 3% (118) has a ability to handle the hypoglycemia syndromes. The hypoglycemia measure, additional carbohydrates in diet, stop in physical activity was pointed by 48, 3% (58) of people from country and 50, 00% (60) people living in town. Knowledge about sate of hypoglycemia was familiar. The correct term of this disorder was pointed by 60, 8% (73 people). Awareness of the causes for such state (to little insulin or their avoidance, low physical activity, to many carbons in a diet, infections with fever) was shown by 34, 2% (41): 16,7% (20) are the country inhabitants, 17,%% (21) are people living in town. Incomplete answer was given by 56, 6% (68) people. Lack of the knowledge of hyperglycemia reasons is considered as alarming 9, 2% (11) (Fig. 4).

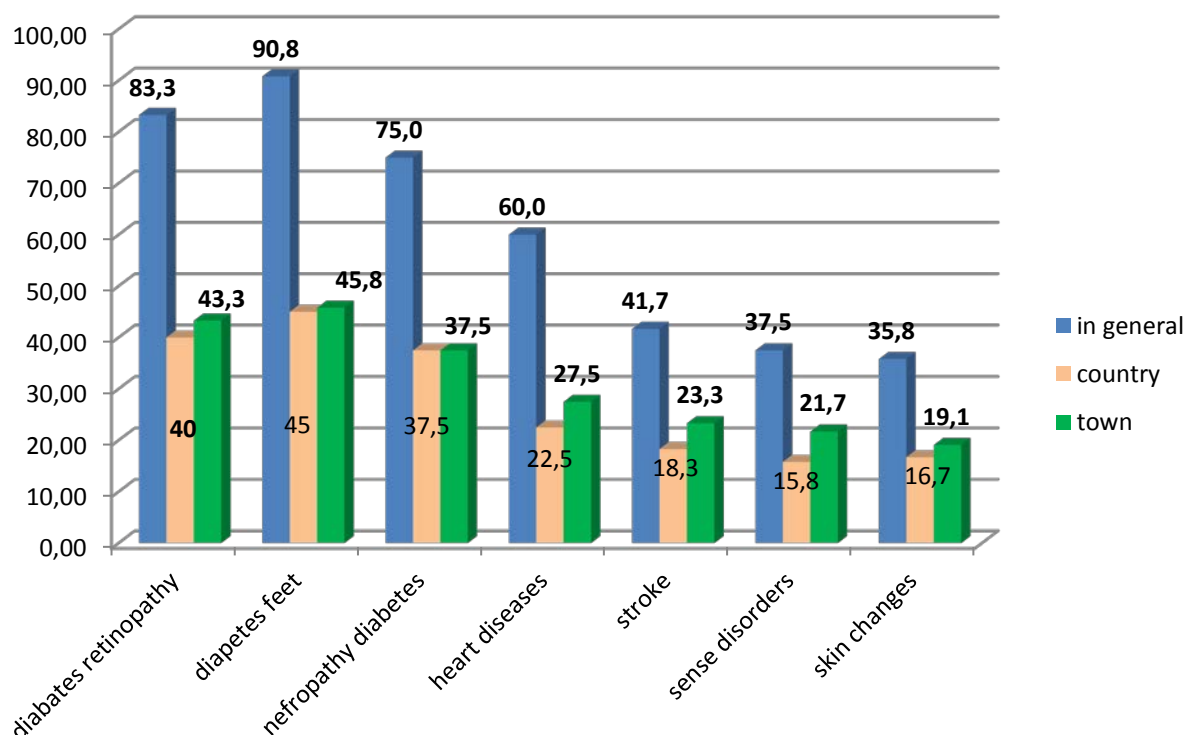
Fig. 4 Awareness of hypoglycemia causes



The knowledge of complications can also be find as different and insufficient. Respondents most often mentioned eyesight disorders - 83,3% (100), diabetes feet – 90,8% (109), changes in kidneys 75% (90), heart diseases – 60% (72), skin changes – 35,8% (43) and disorders in feeling pain 37,5% (45). Small percentage of respondents (5, 8% - 7 people) did not give any

response for questions concerning late diabetes complications, which can be because of the lack of proper knowledge. The ability to decrease the level of glycemia by applying additional insulin portion was declared by 91,6% (110). In this group, more respondents were living in town – 46,6% (56) to people from country 045% (54).

Fig. 5 Knowledge of late diabetes complications



To escalate the knowledge of prevention rules in terms of late diabetes complications, respondents were asked many questions according to specialist visits, control examinations, especially ophthalmologic, cardiologic.

In general, 35% (42) of examined patients ophthalmologic examinations should be done twice a year, 60% (72) give the answer „once a year”. 5% (6) of the respondents think that the ophthalmologic examinations should be done when needed. Much better presents the knowledge of the respondents on prevention rules in terms of diabetes feet. High percentage of patients (91,6% - 110 people) consider feet hygiene and daily feet observations as the most important activities, that prevents the harm. Every day feet exercises is done by 69,7% (83) of the respondents. On the other hand, 15% (18) patients consider that bare foot walking has no positive impact on people suffering from diabetes. The less satisfactory presents the knowledge among respondents on another diabetes complication, which is diabetes

nephropathy. Despite the fact that, 75% (90) of the examined people is aware of reins disorders that appear during diabetes disease; only 58,3% (70) of people match these disorders with nephropathy diabetes. Among all of the respondents, only 10% (12) temporarily controls creatinine concentration in blood and examination of urine in terms of protein occurrence is done by 21,7% (26) of the respondents. Only 55% (66) visit cardiologists. Rests of the respondents give the answer „, seldom”.

## **DISCUSSION**

Diabetes is considered as a civilization disease, and due to its mass appearance – as society disease. Diabetes is a main and constantly growing health problem, which affects all, regardless the age and origin country. It is a cause for chronic bad health condition and early death. The early mortality from diabetes, concerning the production age of populations and increasing number of disability to work due to diabetes complications; points out a great need for improving the quality of care of sick people trough the educational activities. According to one of the greatest pioneers in diabeteology, prof. J. P. Joslina „patients, who know the most, leave the longest”. He also said that the education itself is the form of diabetes treatment, and as well the cheapest form of therapy [Kahn C.R., Weir G.C., King G.L. and others: 200].

The significant is measuring the level of knowledge and those activities among people suffering from diabetes and continuous improving this knowledge, what allows to keep the good health condition for a long time. The actual raport of Fight with Diabetes Coalition points that, 1/3 of Pollen cannot mention even one diabetes complication. The knowledge, although insufficient, is higher among people suffering from diabetes, then, in a health human’s population. Every fourth person, was not able to mention even one diabetes symptom, and every third person was not aware of danger that comes along with that disease [Sobierajski T. i wsp. 2010].

In this paper the results analysis of knowledge of ill people about hypoglycemia, shown that more than a half of respondents (64,2%) have no sufficient knowledge in this field. Only 35, 8% give full answers on questions concerning situation of lower level of glycemia in blood. These results are familiar with the results achieved by authors of other papers concerning this diabetes problematic [Kalinowski and others. 2012; Krysoń-Serafin M. And others 2005]. The states of hypoglycemia most often appearing in diabetes influence the late complications of this disease. In this paper, the knowledge of that among 34, 2% of the respondents can be described as sufficient, 56,6% has part knowledge and close to 10% has no knowledge at all.

Close results can be observed in other researches [Karłowicz A. and others. 2010], in which high level of knowledge was observed among 37% of the respondents. These results are lower than in Kalinowski paper and others 2012, where the percentage of people suffering from diabetes with sufficient knowledge on hypoglycemia equals around 50%. The general knowledge of diabetes complications among sick people, according to own researches is at a good level in terms of retinopathy (83, 3%), nephropathy (75%) and diabetes feet (90,8%). These results are partly closed to other results presented by other authors, who examined the knowledge of diabetes complications [Kalinowski and others. 2012; Araszkiwicz A. and others. 2012].

The analysis of the results presented in this paper, has shown that high percentage of patients in general (91,6% - 110 people) finds feet hygiene, comfortable leather shoes and daily feet observations as the most important activities, that prevent form feet harm. In Krysoń-Serafin and others 2005 and Jankowiak B. and others 2005, the percentage of people observing their feet was much lower: 48%, while in other authors papers [Kalinowski and others 2012] were at the level of 85%. The goal of early diagnostics of diabetes retinopathy is to examine the eye twice a year. Only of the respondents is aware of that (own examinations). Presented results are close to results presented in a paper of Kalinowski and other 2012. Those authors point the small level of knowledge about diabetes nephropathy prevention among patients (42%). Similar results was achieved in this paper from own research, that only 10% of patients control the level of creatinine in blood, while only 21,7% of patients control the protein in urine.

## CONCLUSION

1. Preparation of patients with diabetes to self – care in terms of prevention diabetes complication is not sufficient.
2. The knowledge of patients from town is a bit higher than panties living in the country, however these difference are not so prominent.
3. The results of the research pints out the necessity of continuous reeducation of people with a long time disease in terms of complications prevention.

## REFERENCES

ARASZKIEWICZ A., PIASECKA D., WIERUSZ-WYSOCKA B.: Ocena wiedzy pacjentów z typem 2 cukrzycy na temat przewlekłych powikłań choroby, *Nowiny Lekarskie* 2012, 81, 2, 158–163).

DANAIEI G. I WSP.: 2011. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2,7 million participants, *The Lancet*, published online, 25 June 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60679-X.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. 2011. *IDF Diabetes Atlas*, 5th edn. Brussels, Belgium.

Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Popławska E. Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetologia Praktyczna*. 2005; 6: 7-14. )

KAHN C.R., WEIR G.C., KING G.L. I WSP.: *Joslin's Diabetes Mellitus*. Wyd. 14. Lippincott Williams & Wilkins, 2004, 597–610.

KALINOWSKI P., BOJAKOWSKA U., KOWALSKA E. 2012. Ocena wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 4, 302-307.  
Karłowicz A., Korzon-Burakowska A., Skuratowicz-Kubica A., Kunicka K., Świerblewska E., Burakowska I. 2010. Poziom wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna*. 2010; 11: 109-117

KRYSOŃ-SERAFIN M., JANKOWIAK B., KRAJEWSKA-KUŁAK E., SIERAKOWSKA M., POPLAWSKA E. 2005. Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetologia Praktyczna*, 2005; 6: 7-14.

Resolution adapted by the General Assembly of United Nations. 2011. Sixty-sixth session. Agenda item 117/66/2. Political Declaration of the High Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 3rd Plenary Meeting 19. Sept. 2011.

SOBIERAJSKI T., CZUPRYNIAK L.: Raport z badania „Społeczny Obraz Cukrzycy”, <http://www.medonet.pl/zdrowie-naco-dzień>, 14.11.2010.

## CONTACT

**Dr. Barbara Kubik**

PWSZ w Tarnowie Zakład Pielęgniarstwa, ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów

e-mail: [barqbik@op.pl](mailto:barqbik@op.pl)



## POUŽITÍ MĚŘÍCIHO NÁSTROJE FSFI U ŽEN V KLIMAKTERIU

### THE USE OF FSFI MEASURING INSTRUMENTS IN WOMEN DURING MENOPAUSE

**Ivana Lamková, Alena Hamanová**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evengelisty Purkyně v Ústí nad Labem

#### **Abstrakt**

**Cíl:** Ověřit použitelnost českého překladu dotazníku FSFI v podmínkách ČR, pilotní studií identifikovat a objektivizovat nejvýznamnější problémy žen v období klimakteria v oblasti sexuálních funkcí.

**Metodika:** Použitím české verze dotazníku (ověřena validita a reliabilita) Female Sexual Function Index (FSFI) byly osloveny respondentky ve věku 50 – 65 let metodou snow bowling. Pro ověření výsledků byl zvolen stejný vzorek žen ve fertilním věku 25 – 40 let. Byla ověřována významnost jednotlivých sexuálních dysfunkcí u žen v klimakteriu pomocí objektivizovaného score FSFI v šesti doménách (touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest).

**Výsledky:** Prevalence FSD (female sexual dysfunction) u žen v klimakteriu je 44,8 % oproti ženám ve fertilním věku 12,4 % (norma score FSFI  $\leq 25,5$ ). Významný statistický rozdíl mezi ženami v menopauze a ženami ve fertilním věku byl zjištěn u lubrikace pochvy a schopnosti dosáhnout orgasmu (v neprospěch žen v klimakteriu). Ženy v menopauze přesto, že mají potíže s lubrikací, užívají mnohem méně lubrikačních prostředků.

**Závěr:** Pilotní studií byla ověřena platnost české verze dotazníku FSFI v našich podmínkách. České ženy v období klimakteria se svými problémy v oblasti sexuálních aktivit významně neliší od žen oslovených výzkumy v zahraničí. Přes problémy s lubrikací a dosažením orgasmu jsou se svou sexuální aktivitou spokojeny.

**Klíčová slova:** klimakterium, sexualita, Index ženské sexuální funkce, ženská sexuální dysfunkce, reliabilita a validita dotazníku

## Abstract

**Objective:** To verify the applicability of the Czech translation of the FSFI questionnaire in ČR conditions, with the help of pilot study to identify and objectify the most important problems of women in menopause focusing on sexual function.

**Methods:** We approached respondents aged 50 - 65 years by snow bowling method using a Czech version of the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire (validity and reliability verified). The sample of fertile women aged 25 - 40 years was approached to verify the results. The significance of individual sexual dysfunction in postmenopausal women was checked using objectified FSFI score in six areas (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain).

**Results:** The prevalence of FSD (female sexual dysfunction) in women in menopause is 44.8 %, compared to women of fertile age, 12.4 % (score standard FSFI  $\leq$  25.5). Statistically significant difference between women in menopause and women in fertile age was found in the lubrication of the vagina and the ability to achieve orgasm (the disadvantage of women in menopause). Women in menopause use less lubricants even if they have a difficulty with lubrication.

**Conclusion:** The pilot study confirmed the validity of the Czech version of the FSFI questionnaire in Czech conditions. Czech women in menopause and their problems with sexual activity do not differ significantly to women abroad. Despite the problems with lubrication and orgasm they are satisfied with their sexual activity.

**Keywords:** menopause, sexuality, Index of female sexual function, female sexual dysfunction, reliability and validity of the questionnaire

## ÚVOD

Studie sexuálních dysfunkcí v období klimakteria jsou v posledních letech stále aktuálnější, přesto českých výzkumů na toto téma je oproti zahraničním studiím stále poskrovnu. Věk dožití se zvyšuje a počet žen s těmito obtížemi bude v gynekologických ambulancích narůstat. Změny v období klimakteria ovlivňují mj. i sexuální identitu, sexuální funkce a sexuální vztahy. Hlavními modulačními faktory sexuality ženy jsou zdravotní stav, fáze životního cyklu, osobnostní faktory ženy a rodinné i společenské vlivy.

Měření sexuality ženy resp. ztráty sexuality v klimakterickém období je velmi obtížně hodnotitelné. Významný pokrok je spojen se vznikem dotazníku „Index ženské sexuální

funkce“ (FSFI), který byl vytvořen na základě norem Mezinárodní konference o konsensu pro rozvoj ženských sexuálních dysfunkcí (Blümel, 2008).

## **CÍL PRÁCE**

Použitím české verze FSFI dotazníku v pilotní studii potvrdit jeho obecnou použitelnost v naší populaci a umožnit širší využití ve výzkumu v ČR. Pomocí získaných dat identifikovat a objektivizovat nejvýznamnější problémy žen v období klimakteria v oblasti sexuální aktivity, resp. v doméně sexuální vzrušení, lubrikace pochvy, schopnosti orgasmu a bolesti při pohlavním styku. Dalším cílem práce bylo provést komparaci se srovnatelným vzorkem žen ve fertilním věku a potvrdit platnost hodnocených domén FSFI.

## **SOUBOR, METODIKA**

Konečný celkový soubor respondentů tvořilo 100 žen v klimakteriu a 100 žen ve fertilním věku, které souhlasily s účastí na výzkumu formou podepsaného informovaného souhlasu. 20 žen v období klimakteria (5 x 2 ženy) bylo osloveno v pěti náhodně vybraných gynekologických ambulancích v pěti městech Ústeckého kraje (Ústí nad Labem, Litoměřice, Lovosice, Roudnice nad Labem, Teplice), poté byla použita metoda snow bowling k získání dalších respondentů. Metoda byla ukončena při dosaženém počtu 100 použitelných dotazníků. Druhá skupina respondentů (ženy ve fertilním věku) byly osloveny informovanými sestrami ve 28 gynekologických ambulancích v pěti městech Ústeckého kraje. Distribuováno bylo 300 dotazníků s návratností 63 % (189 použitelných dotazníků), z nichž byl náhodně vybrán vzorek 100 dotazníků ke komparaci se ženami v období klimakteria (výběr proveden za použití volně dostupného generátoru náhodných čísel - Excel VBA).

Tab. 1 Skóre SFISI domén a celkové skóre

Doména	Otázka	Rozsah skóre	Faktor	Minimální skóre	Maximální skóre	Skóre
<b>Touha</b>	1,2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
<b>Vzrušení</b>	3,4,5,6	0 – 5	0.3	0	6.0	
<b>Lubrikace</b>	7,8,9,10	0 – 5	0.3	0	6.0	
<b>Orgasmus</b>	11,12,13	0 – 5	0.4	0	6.0	
<b>Spokojenost</b>	14,15,16	0 (1) – 5	0.4	0	6.0	
<b>Bolest</b>	17,18,19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Celkový rozsah skóre				1.2	36.0	

Celkové skóre (skóre  $\leq 25,55$  je klasifikováno jako FSD)

Ke sběru dat byl použit dotazník FSFI v překladu do českého jazyka (dva překlady, kontrola a harmonizace překladu, 100% zpětný překlad, komparativní kontrola překladu, aktualizace překladu, pilotní testování). Dotazník obsahuje 19 tvrzení, kde lze zvolit vždy jednu z nabízených odpovědí. Každá odpověď je dotována definovaným score, které se následně násobí koeficientem dané domény. Respondent hodnotí průběh posledních 4 týdnů. Dotazník v české verzi byl standardizován a validován, s reliabilitou  $k > 0,80$  (stanovení reliability jednotlivých položek a následně dotazníku jako celku bylo provedeno použitím Cohenova koeficientu kappa vyjadřující míru shody, která musí být vyšší než 0,80). Dotazník byl doplněn sběrem demografických údajů (věk, rodinný stav, ...) a informací o užívání hormonální substituční terapie (HST). K hodnocení dat byl použit definovaný index FSFI (viz tabulka 1).

## VÝSLEDKY A INTERPRETACE

K publikaci v tomto příspěvku byl proveden výběr výsledků ze získaných dat. Skupina žen v období klimakteria je označena jako skupina k, komparační skupina žen ve fertilním věku je značena f. Průměrný věk respondentek ve skupině k byl 56,6 let ( $\pm 6,6$ ), u žen ve skupině f 31,2 roku ( $\pm 7,4$ ).

Tab. 2 Rozdíly hodnot domén SFPI mezi ženami v období klimakteria (k) a ženami ve fertilním věku (f), porovnání domén

Doména	Počet bodů	Skóre domény	p <	Rozptyl	P*
<b>Touha</b>					
k	317; 342	3.6	0,1	3.0 ± 2.4	0,05
f	344; 369	4.2		3.0 ± 1.8	
<b>Vzrušení</b>					
k	412; 346; 399; 386	4.5	0,16	1.8 ± 1.5	0,05
f	429; 389; 429; 417	4.8		1.2 ± 1.2	
<b>Lubrikace</b>					
k	392; 295; 302; 327	3.9	<b>0,002</b>	3.9 ± 2.1	0,05
f	488; 398; 413; 400	5.1		3.3 ± 0.9	
<b>Orgasmus</b>					
k	436; 379; 347	4.4	<b>0,0008</b>	4.4 ± 1.6	0,05
f	466; 444; 433	5.2		2.4 ± 0.8	
<b>Spokojenost</b>					
k	377; 390; 384	4.4	0,77	3.6 ± 1.2	0,05
f	431; 402; 400	4.8		4.0 ± 1.2	
<b>Bolest</b>					
k	308; 315; 311	4.4	<b>0,000064</b>	3.2 ± 1.2	0,05
f	407; 412; 408	5.2		2.8 ± 0.8	
<b>Celkové skóre</b>					
k		24.4	<b>0,002</b>	19.9 ± 10.0	0,05
f		28.9		16.7 ± 6.7	

\* korelační hodnota, na které byla počítána hladina statistické významnosti mezi skupinami

Celkové score FSFI českých žen (viz tabulka 2) ve fertilním věku je 28.9 (± 6.6), u žen v klimakteriu 24.4 (± 4.8). Uvedené hodnoty jsou srovnatelné s výzkumem Esposito et al (2007) u italských žen v období klimakteria, která uvádí FSFI 23.85 (± 2,9).

Prevalence FSD (female sexual dysfunction) dle výsledků score FSFI u českých žen v klimakteriu je 44,8 % oproti ženám ve fertilním věku 12,4 % (FSFI ≤ 23).

Prokázal se efekt užívání HST, která score FSFI v našem výzkumu zvyšuje průměrně o 2.6 (± 3,1). Při srovnání s výzkumem Blümel et al (2008) je skóre FSFI 28,1 (± 5,5) u uživatelék HST a 24,6 (± 6,8) u žen, které neužívaly HST (p < 0,01).

Porovnání rozdílnosti v hodnotách jednotlivých domén FSFI mezi skupinami k a f:

23 % žen ve skupině k udává velmi vysokou úroveň v doméně sexuální touhy nebo zájmu během posledních 4 týdnů, 28 % vysokou, 25 % střední, 16 % nízkou, 8 % velmi nízkou nebo žádnou. 30 % žen ve skupině f mělo velmi vysokou úroveň sexuální touhy nebo zájmu, 29 % vysokou, 26 % střední, 10 % nízkou, 5 % velmi nízkou nebo žádnou.

Průměrné score domény u skupiny k bylo 3.6 ( $3.0 \pm 2.4$ ), u skupiny f 4.2 ( $3.0 \pm 1.8$ ). Rozdíl mezi skupinami nebyl prokázán ( $p > 0.05$ ).

V doméně lubrikace těž nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami ( $p > 0.05$ ), kdy skupina k dosáhla hodnoty 4.5 ( $1.8 \pm 1.5$ ) a skupina f 4.8 ( $1.2 \pm 1.2$ ).

Doména lubrikace: 5 % žen ze skupiny k v posledních 4 týdnech neměla pohlavní styk ani intimní kontakt, 9 % udává, že zvlhčení genitálu bylo velmi obtížné nebo nemožné, pro 36 % to bylo obtížné, pro 32 % méně těžké, pro 18 % to bylo bez problémů.

4 % žen ze skupiny f v posledních 4 týdnech neměla pohlavní styk ani intimní kontakt, 2 % udává, že zvlhčení genitálu bylo velmi obtížné nebo nemožné, pro 15 % to bylo obtížné, pro 25 % méně těžké, pro 54 % to bylo bez problémů.

Hodnota domény lubrikace u skupiny k byla 3.9 ( $3.9 \pm 2.1$ ), u skupiny f 5.1 ( $3.3 \pm 0.9$ ). Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi nimi ( $p < 0.05$ ). Ženy v období klimakteria mají více obtíží s lubrikací pochvy oproti ženám ve fertilním věku.

Přes to, že ženy v období klimakteria mají prokazatelně větší problémy s lubrikací pochvy, používají méně často lubrikační přípravky: pouze 20 % žen ( $p < 0,05$ ).

Naše výsledky odpovídají výzkumu Blümel et al u čínských žen (2003), který uvádí frekvenci užívání HST u žen v klimakteriu 27%.

Doména orgasmus: ze 100 žen 5 % ze skupiny k v posledních 4 týdnech neměla pohlavní styk ani intimní kontakt, 70 % dosáhlo orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě téměř vždy nebo vždy, 10 % většinou (více než polovinu období), 8 % občas (asi v polovině období), 5 % málokdy (méně než polovinu období), 2 % téměř nikdy nebo nikdy.

4 % ženy ze skupiny f v posledních 4 týdnech nemělo pohlavní styk ani intimní kontakt, 85 % dosáhlo orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě téměř vždy nebo vždy, 9 % většinou (více než polovinu období), 1 % občas (asi v polovině období), 1 % málokdy (méně než polovinu období), žádná z respondentek téměř nikdy nebo nikdy.

Korelací byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinami v oblasti dosažení orgasmu ( $p < 0.05$ ), kdy hodnota domény u skupiny k je 4.4 ( $4.4 \pm 1.6$ ), u skupiny f 5.2 ( $2.4 \pm 0.8$ ). Respondentky ve skupině f dosahují častěji orgasmu než ženy ve skupině k.

Přesto, že ženy v období klimakteria prokazatelně méně často dosahují orgasmu, jsou se svou sexuální aktivitou spokojeny srovnatelně, jako skupina fertilních žen.

Doména spokojenosti se svým sexuálním životem: 5 % žen ze skupiny k v posledních 14 dnech nemělo pohlavní styk ani intimní kontakt, 26 % byla velmi spokojená se schopností dosáhnout orgasmu, 38 % spokojená, 24 % stejnou mírou spokojená a nespokojená, 5 % nespokojená, 2 % velmi nespokojená.

4 % žen ze skupiny f v posledních 14 dnech nemělo pohlavní styk ani intimní kontakt, 45% byla velmi spokojená se schopností dosáhnout orgasmu, 41 % spokojená, 8 % stejnou mírou spokojená a nespokojená, 2 % nespokojená, 0 % velmi nespokojená.

Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinami, hodnota domény u skupiny k je 4.4 ( $3.6 \pm 1.2$ ), u skupiny f 4.8 ( $4.0 \pm 1.2$ ).

Doména bolest: 5 % respondentek skupiny k v posledních 4 týdnech nemělo pohlavní styk ani intimní kontakt, 7 % cítilo nepříjemné pocity nebo bolest při proniknutí penisu do pochvy téměř vždy nebo vždy, 16 % většinou (více než polovinu období), 36 % občas (asi v polovině období), 19 % málokdy (méně než polovinu období), 17 % téměř nikdy nebo nikdy.

4 % ženy ze skupiny f v posledních 4 týdnech nemělo pohlavní styk ani intimní kontakt, 1 % cítilo nepříjemné pocity nebo bolest při proniknutí penisu do pochvy téměř vždy nebo vždy, 3 % většinou (více než polovinu období), 12 % občas (asi v polovině období), 27 % málokdy (méně než polovinu období), 53 % téměř nikdy nebo nikdy.

Při vyhodnocení byla pomocí korelace prokázána statistická významnost ( $p < 0,05$ ).

Výsledek v doméně bolestivost koreluje s výsledkem v doméně lubrikace. Je prokázána souvislost mezi potížemi s lubrikací pochvy a bolestí při pohlavním styku při penetraci.

Při porovnání celkového FSFI score mezi skupinou k 24.4 ( $19.9 \pm 10.0$ ), a skupinou f 28.9 ( $16.7 \pm 6.7$ ) dosahují ženy v období klimakteria prokazatelně nižších hodnot ( $p < 0.05$ ). Téměř polovina žen této skupiny trpí určitým stupněm sexuální dysfunkce. Je však třeba upozornit na limity naší pilotní studie, neboť nebyly sledovány další faktory, které mohou mít vliv na hodnoty domén SFFI, jako např. obezita, metabolický syndrom, diabetes, hysterektomie atd. Tyto studie by měly být předmětem dalších výzkumů.

Z výzkumu Sexuální funkce u postmenopauzálních žen, které užívají hormonální terapii (Blümel et al, 2003) lze ze score FSFI dotazníku zjistit, že výskyt sexuální dysfunkce u žen po menopauze byl poměrně častý. Nicméně ženy byly stále spokojeny se svými sexuálními vztahy, a měly kladný vztah k sexualitě.

Ve výzkumu Cabral et al (2012) je prokazatelný vliv symptomů menopauzy na sexuální funkce u žen středního věku na hodnoty FSFI domén (touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest). Hodnoty byly nižší u žen s rizikem vzniku sexuální dysfunkce ( $p < 0,001$ ). Vzrušení, orgasmus a bolest s největší pravděpodobností přispěly ke snížení FSFI

skóre. Dle našeho výzkumu u žen v klimakteriu byly zhoršené výsledky u domén: lubrikace, orgasmus a bolest. Sexuální touha a vzrušení, spokojenost se sexuálním životem zhoršené nebyly. Pravděpodobnost výskytu rizika sexuální dysfunkce zvyšovaly dle Cabral návaly horka, deprese, sexuální problémy a vaginální suchost. Menopauzální příznaky mají vliv na sexuální funkce u žen středního věku.

## **ZÁVĚR**

Všechny hodnoty FSFI v doménách (touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest) byly ve skupině k nižší, než ve skupině f. Domény vzrušení, orgasmus a bolest s největší pravděpodobností přispěly ke snížení FSFI skóre. Menopauzální příznaky mají vliv na snížení score FSFI u žen v období klimakteria.

Výzkumy poukazují na to, že jen málo žen trpících klimakterickými potížemi užívá HST.

Období klimakteria je spojeno se změnami sexuálních funkcí, které mohou být ve spojení se sexuální dysfunkcí.

Sexuální dysfunkce u žen po menopauze se jeví jako poměrně častá. Nicméně ženy byly stále spokojeny se svými sexuálními vztahy, a měly kladný vztah k sexualitě. Z výzkumu jsme zjistili rozdíly mezi ženami v klimakteriu a ženami ve fertilním věku, kdy ženy v klimakteriu měly celkové zhoršení domén, avšak rozdíl mezi spokojeností se sexuálním životem nebyl prokázán.

České ženy v období klimakteria se svými problémy v oblasti sexuálních aktivit neliší od žen oslovených výzkumy v zahraničí, přes problémy s dosažením orgasmu jsou se svou sexuální aktivitou spokojeny.

Touto pilotní studií byla testována použitelnost české verze dotazníku FSFI s vědomím jejich limitů a nutností zkoumat vliv dalších faktorů na výskyt FSD u českých žen.

Česká verze dotazníku FSFI je plně použitelná v českém prostředí.

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

BLÜMEL, J. E.; DEL PINO, M.; APRIKIAN, D. et al. 2008. [online] Effect of androgens combined with hormone therapy on quality of life in post-menopausal women with sexual dysfunction. *In Gynecological endocrinology*. December 2008, 24(12), 691-695 [cit. 2014-01-04]. Dostupné na <http://eds.a.ebscohost.com/eds/resultsadvanced?sid=3520d5dc-3598-479f986b1d348d437a4e%40sessionmgr4004&vid=17&hid=4113&bquery=%28AU+%28blumel%29%29+AND+%28TX+%28fsfi%29%29&bdata=Jmxhbm9Y3MmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d>



BLÜMEL, J. E.; BRAVO, F; RECAVARREN, M; SARRÁ, S. 2003. [online] Sexual function in postmenopausal women using hormone replacement therapy. *In Review Medicine Chil.*, November 2003, 131(11), 1251-5. [cit. 2014-02-03]. Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14743685>

CABRAL, P. U.; CANÁRIO, A. C.; SPYRIDES, M. H. et al. 2012. [online] Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women. *In Review Brasil Ginecol Obstet.*, July 2012, 34(7), 329-34. [cit. 2014-03-02]. Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22948506>

ESPOSITO, K.; CIOTOLA, M.; GIUGLIANO, F. et al. 2007. [online] Association of body weight with sexual function in women. *In International Journal of Impotence Research*, February 2007, 19, 353–357 [2014-02-05]. Dostupné na <http://www.nature.com/ijir/journal/v19/n4/full/3901548a.html>

WIEGEL, M. et al. 2005. [online] The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *In Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005, Jan-Feb., 31(1), 1-20. Dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841702>

## **KONTAKT**

**Mgr. Ivana Lamková, PhD.**

KOPA FZS UJEP

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

e-mail: [ivana.lamkova@ujep.cz](mailto:ivana.lamkova@ujep.cz)

**ZMĚNA STRAVOVACÍCH ZVYKLOSTÍ ŽEN V SOUVISLOSTI  
S TĚHOTENSTVÍM  
A CHANGE IN THE EATING HABITS OF WOMEN IN CONNECTION WITH  
PREGNANCY**

**Ludmila Lamplotová, Jana Chrásková**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem

**Abstrakt**

**Cíl práce:** Analýza výživových a stravovacích zvyklostí v souboru těhotných žen a posouzení, zda je těhotenství dostatečnou motivací k pozitivní změně.

**Soubor a metodika:** Soubor respondentek tvořilo 365 poprvé těhotných žen, nacházejících se v době výzkumu ve druhé polovině svého těhotenství. Použitým nástrojem sběru dat byl standardizovaný frekvenční výživový dotazník a dodatkové položky zkoumající postoje žen ke stravovacím zvyklostem a výběru potravin. Data byla vyhodnocena popisnou statistikou s využitím absolutních a relativních četností, hypotézy testovány na hladině významnosti 0,05 pomocí testu nezávislosti chí kvadrátu.

**Výsledky:** V těhotenství se zvyšuje konzumace celozrnných výrobků, i když pouze minimálně, z mléčných výrobků se výrazně navýšila konzumace jogurtů a kysaných výrobků oproti konzumaci samotného mléka. Ovoce a ovocné džusy převyšují konzumaci zeleniny a to jak čerstvé, tak tepelně upravené. Z kategorie bílkovin nejhůře dopadly ryby, mořské plody a luštěniny. Ve stravě těhotných žen se velmi často vyskytuje konzumace sladkostí. Přesto že 69 % žen zná potravinovou pyramidu, 41 % žen ji nerespektuje. Nebyla prokázána závislost mezi vzděláním těhotné ženy a změnou ve výživových zvyklostech.

**Závěr:** Těhotenství je pro ženu motivací ke změně dosavadní životosprávy a tím i výživy. Přesto byly shledány nedostatky v konzumovaných potravinách, především co se týče jejich doporučeného množství ale i vhodnosti.

**Klíčová slova:** těhotenství, výživa, nutriční požadavky, změna

## **Abstract**

**Objective:** An analysis of nutritional and eating habits of a sample of pregnant women; and a review whether pregnancy is a satisfactory motivation for a positive change.

**Design and methods:** The sample included 365 pregnant women who were in their second half of pregnancy at the time of the survey. A frequency nutrition questionnaire and supplementary items surveying the women's attitude towards eating habits and food choice were the tools used to collect data. This data was assessed by descriptive statistics using absolute and relative frequencies; hypothesis were tested on the 0.05 significance level using the chi quadrat independence test.

**Results:** Consumption of wholemeal products increases during pregnancy, although just minimally; dairy products' consumption increases significantly in case of yoghurts and sour dairy products in contrast to milk consumption. Fruits and fruit juices exceed the consumption of vegetables, either fresh or heat processed. Fish, seafood and pulses came out the worst in the protein category. Consumption of sweets often appear in the diet of pregnant women. In spite of the fact that 69% of women do know the food pyramid, 41% of women do not respect it. A link between education of a pregnant women and a change in nutritional habits was not proved.

**Conclusion:** Pregnancy is a motivation for a woman to change existing lifestyle and thus eating habits. However, imperfection in the food consumed was found, especially regarding its recommended amount but also regarding suitability.

**Key words:** pregnancy, diet, nutritional requirements, change

## **ÚVOD**

Správné a adekvátní stravovací návyky jsou zásadním faktorem ovlivňujícím zdravotní stav jedince a následně délku jeho života. Fall (2005, s. 177), Brown, Reeves, Bertone-Johnson (2014, s. 55) shodně uvádějí, že výživové zvyklosti populace prokazatelně působí na výskyt takových onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, poruchy imunity či plodnosti. Pro každou životní etapu existují nutriční požadavky a doporučení, která zajišťují optimální výživu člověka a tím přispívají celkovému zdravotnímu stavu populace. Zcela zásadní význam pro zdraví budoucí populace má výživa ženy v průběhu těhotenství. Je jedním z důležitých faktorů, který může ovlivnit průběh těhotenství a vývoj plodu. Zdravá a pestrá výživa ženy v průběhu těhotenství významně ovlivňuje její zdravotní stav a zdravotní

stav plodu. Williamson (2006, s. 28) uvádí, že disbalance potřebných živin a nedostatek některých důležitých látek, se může projevit četnými poruchami, jako jsou anémie, riziko předčasného porodu, vyšší riziko vzniku vrozených vývojových poruch plodu, nízká porodní hmotnost plodu. Dostálová, Dlouhý, Tláskal (2012, s. 39) představili inovovaná výživová doporučení pro populaci České republiky, která naznačují, jakým směrem by se měla ubírat výživa těhotných a kojících žen. Jedním ze základních požadavků je respektování doporučených potravinových skupin, včetně konzumovaného množství a frekvence. Obecně platí, že přívod téměř všech nutrientů by se měl během těhotenství zvýšit úměrně potřebám ženy i plodu. Hodnocení výživového stavu, výživové poradenství a průběžné sledování plnění výživových doporučení by měly být samozřejmou součástí preventivní a prenatální péče o matku a dítě. Těhotenství je obdobím, kdy je žena silně motivována akceptovat doporučení svého ošetřujícího lékaře ve vztahu k úpravě životosprávy. O to více překvapují zjištění Hrubé, Malíkové (2002, s. 29), kdy se ženy přiznávají ke konzumaci alkoholu v graviditě, kouření či užívání léků. Kukla, Hrubá, Tyrlík (1999, s. 112) provedli výzkum ve výživě těhotných žen a srovnávali rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. Z celkového hodnocení vyplynuly zásadní nedostatky ve výživě celého souboru, kdy jen velmi málo žen splňuje požadavky na zdravou, pestrou a vyváženou stravu, obsahující dostatečné množství nutričních látek důležitých pro vývoj plodu. Těhotenská strava by měla energeticky zajistit optimální hmotnostní přírůstek ženy a plodu. Doporučuje se dostatečný příjem plnohodnotných bílkovin, vitamínů, minerálů – především potravin, které jsou o tyto obohaceny. Dle Dostálové, Dlouhého, Tláskala (2012, s. 39) by těhotné ženy měli preferovat především přirozené zdroje všech základních výživových látek. Doporučuje se navýšení mléčných výrobků, převážně nízkotučných, dostatečné množství libového masa jako zdroje plnohodnotných bílkovin a železa, mořských ryb, preference pečiva z celozrnné mouky, ovesných vloček, zrní, rýže natural, ořechů a mandlí jako velmi cenného zdroje vlákniny, důležitých vitamínů, minerálů a mnoha dalších nezbytných látek. O významu folátů pro prevenci vrozených vývojových vad plodu bylo publikováno mnoho, je třeba si však uvědomit, že doporučovanou dávku pro těhotné (400mg) většina žen není schopna v běžné stravě přijmout a je jí potřeba navýšit pomocí výživových doplňků.

## **SOUBOR A METODIKA**

Sběr kvantitativních dat byl realizován pomocí standardizovaného frekvenčního potravinového dotazníku, ve kterém respondentky uváděly kolikrát denně, týdně či měsíčně konzumují uvedenou potravinu nyní, v určitém stupni gravidity, a jak konzumovaly totéž před

otěhotněním. Dotazník jsme doplnili deseti položkami zjišťujícími vzdělání, postoje žen ke stravovacím zvyklostem a výběru potravin. Dalším cenným zdrojem informací byl vzpomínaný 24 hodinový test, kdy respondentky uváděly vše, co v průběhu uplynulých 24 hodin zkonzumovaly, včetně odhadovaného množství.

Dotazníky vyplnilo celkem 377 respondentek, 12 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné údaje. Do výzkumného souboru bylo celkem zařazeno 365 těhotných žen, ochotných spolupracovat na výzkumném šetření. Výběrovými kritérii pro zařazení žen do výzkumného souboru byla parita a týden těhotenství. Celková charakteristika souboru respondentek se opírala o tyto určující znaky: primigravida - více jak 20. týdnů těhotná s různým stupněm dosaženého vzdělání. Samotné zpracování dat probíhalo ve dvou krocích, primární kontrola využitelnosti dat a sekundární vlastní analýza dat. Získaná data byla vyhodnocena popisnou deskriptivní statistikou, hypotézy testovány na hladině významnosti  $p=0,05$ , pro zpracování kontingenčních tabulek byl zvolen chí-kvadrát.

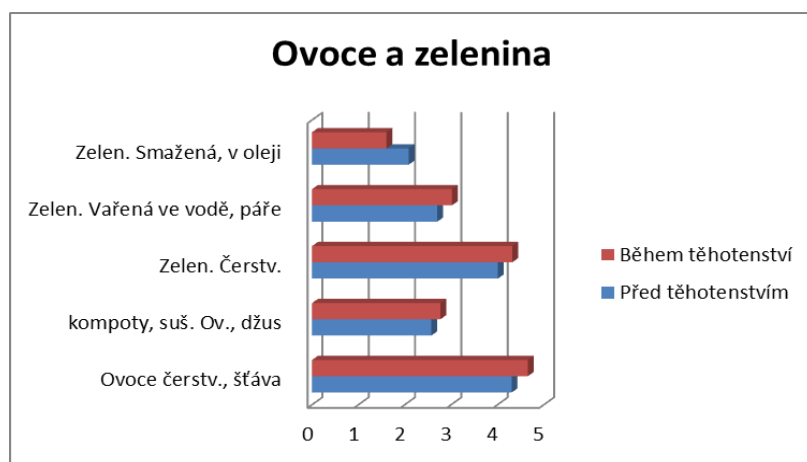
## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

U většiny konzumovaných potravin jsme nezaznamenali výrazný rozdíl mezi obdobím prekoncepčním a těhotenstvím.

Těhotné ženy upřednostňují potraviny z celozrnné mouky (tmavé, grahamové či žitné pečivo, cereálie, rýže natural, celozrnné těstoviny, ovesné vločky) před výrobky z bílé mouky (rohlíky, loupáky, bílá rýže, knedlíky, těstoviny), oproti stavu před graviditou, kdy mírně převládaly výrobky z bílé mouky. Denně je konzumuje cca 40 % žen, 32 % žen 2x týdně a jejich podíl se v graviditě mírně zvýšil (o 10 %). Potraviny z bílé mouky denně konzumuje 38 % těhotných a jejich podíl se snížil oproti prekoncepčnímu období o 9 %.

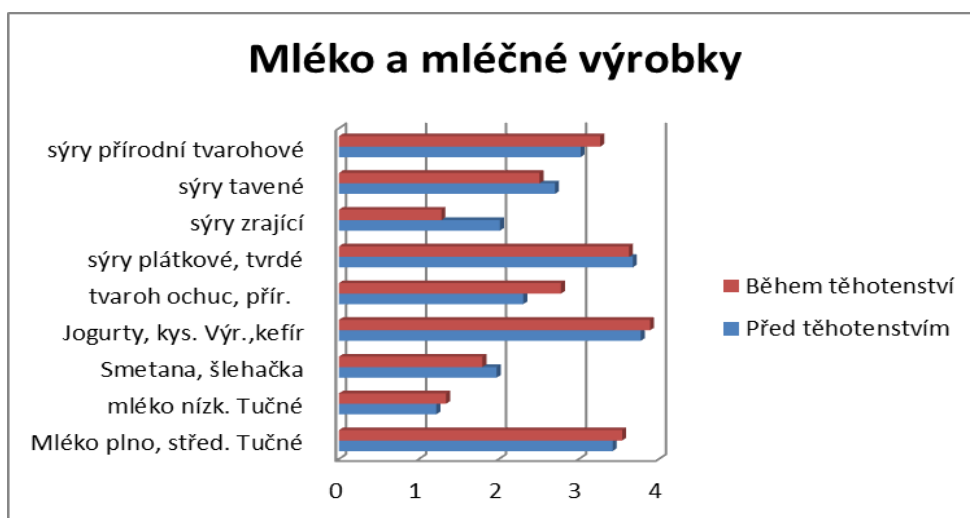
Zelenina a ovoce jsou velmi důležitou součástí výživy. Dle doporučení by ve stravě měla být zastoupena hlavně zelenina a to jak čerstvá, tak i tepelně upravená, a to denně v několika porcích. Denně zeleninu v čerstvém stavu, povařenou či dušenou, konzumuje 267 (73 %) žen, a to ve 3 – 4 porcích (graf 1). Ovoce čerstvé, kompotované či sušené, denně konzumuje téměř 81 % žen. Navýšení v těhotenství je cca o 11 % u zeleniny, o 13 % u ovoce.

Graf 1



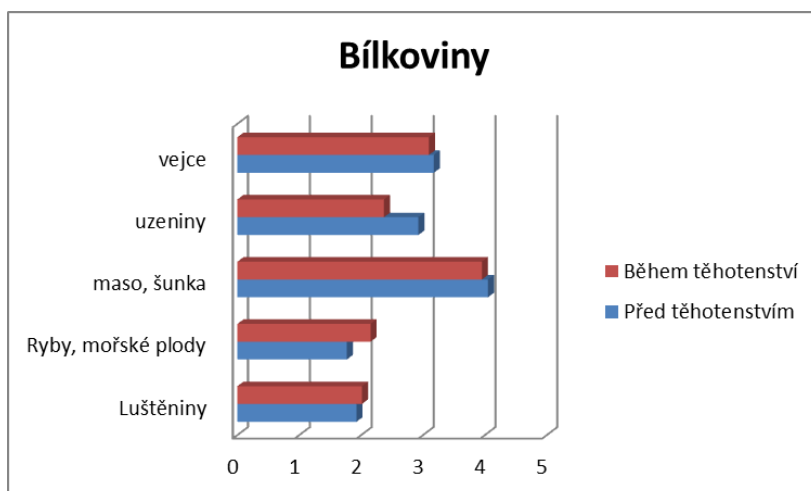
Mléko a mléčné výrobky jsou důležité z hlediska příjmu bílkovin a dalších mikronutrientů, především železa a vápníku. Doporučuje se denní konzumace ve 2-3 porcích. Necelých 11 % žen však nepije mléko vůbec, tvaroh ochucený či neochucený nekonzumuje dokonce více jak 11 %, jogurty a sýry 4 % těhotných. Z mléčných výrobků (mléko, tvaroh, jogurty, sýry) ženy v graviditě nejvíce preferují jogurty a zakysané výrobky, které denně, nebo několikrát v týdnu, konzumuje cca 71 % těhotných. Mléko pravidelně pije 45 % žen, z toho 38 % žen preferuje mléko plnotučné nebo polotučné. Sýry tvrdé konzumuje cca 64 % žen ve frekvenci několikrát týdně či denně, velmi oblíbené jsou tvarohové sýry, které ženy pravidelně konzumují v 56%. Období před těhotenstvím není významně odlišné ve frekvenci a množství výše uvedených mléčných výrobků. Významně nižší četnost však u těhotných žen vykazuje konzumace zrajících sýrů, nikdy nebo 1x měsíčně udává téměř 80 % žen oproti období před graviditou, kdy tento typ sýrů byl konzumován alespoň 1x týdně ve 41% (graf 2).

Graf 2

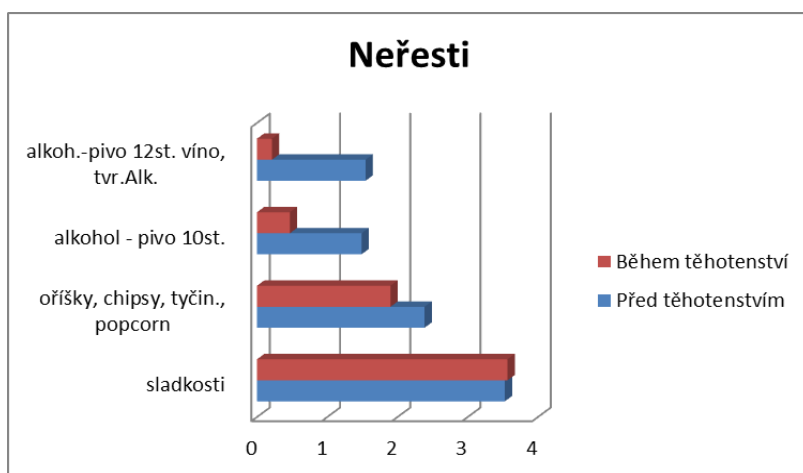


Z dalších bílkovin, nutričně významných, jsme zjišťovali konzumaci vajec, masa, ryb, mořských plodů, uzenin a luštěnin. V této kategorii potravin, které mají vyšší biologickou hodnotu a měly by být zastoupeny v jídelníčku jednou až několikrát týdně, popřípadě denně, nejvíce četností vykazuje libové maso, drůbeží maso a šunka, a to v celých 89%. Míra konzumace se v těhotenství mírně snížila oproti období před graviditou (cca o 5 %). Bohužel ryby a mořské plody nepatří k příliš oblíbeným potravinám. 1x – 2x měsíčně je konzumuje 43 % žen, 14 % žen nejí ryby vůbec. Přibližně stejný počet žen nemá v oblíbenosti luštěniny. Uzeniny (párky, salámy, paštiky) však konzumuje několikrát v týdnu téměř 47 % žen, přičemž před těhotenstvím byla jejich spotřeba takřka 66 % (graf 3).

Graf 3



Graf 4



V těhotenství i před těhotenstvím ženy uvádějí poměrně častou konzumaci sladkostí (sušenky, oplatky, čokoláda), pohybuje se kolem 80 % alespoň 1x týdně a častěji, v těhotenství je četnější cca o 3 % denní konzumace výše uvedených pochutin (graf 4). Z dalších, ne příliš plnohodnotných a vhodných potravin, jako jsou slané oříšky, chipsy, tyčinky a popcorn, výjimečně konzumuje 67 % žen. 15 % žen však uvádí konzumaci těchto pochutin několikrát týdně nebo denně. Statisticky velmi výrazný rozdíl je v konzumaci alkoholu (piva, vína) kdy u 10° piva udává 74% respondentek takřka nulovou konzumaci a u 12° piva, vína a destilátů ji udává 85 % žen.

Při hodnocení stravovacích návyků jsme dospěli k těmto závěrům. Pravidelně se stravuje 62 % těhotných žen, udávaná frekvence je nejčastěji 4-5 porcí denně. 10 % žen přiznává pravidelnou konzumaci jídla ve fastfoodech, 48 % žen občasnou. 69 % těhotných žen udává znalost potravinové pyramidy, řídí se jí však celých 9 %. Při nákupu potravin pravidelně sleduje jejich složení 28 % těhotných, občas sleduje 50 % žen. Podobné hodnoty zaznamenáváme v případě zjišťování množství tuku u mléčných výrobků, 27 % žen sleduje zastoupení tuků pravidelně, 36 % občas a nesleduje vůbec 37 % těhotných. Z oblasti stravovacích návyků byly formulovány hypotézy, kdy jsme posuzovali vztah nezávisle proměnných (vzdělání) se závisle proměnnými. Neprokázali jsme vzájemnou závislost mezi vzděláním respondentek a doporučeným chováním při výběru potravin (sledování složení kupovaných potravin, sledování množství tuku v mléčných výrobcích) či znalostí potravinových doporučení pro těhotné ženy. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti 0,05. Nepotvrdil se předpoklad, že vysokoškolsky vzdělané respondentky více sledují při nákupu složení vybraných potravin ( $p=0,003$ ), rovněž se nepotvrdil vztah mezi vzděláním a stravováním dle výživové pyramidy ( $p=0,0046$ ).



Většina respondentek (69 %) uvádí znalost potravinových doporučení (potravinová pyramida), v praxi se jí však řídí celých 9 %. Je možno konstatovat, že většina žen mění své výživové zvyklosti s ohledem na těhotenství. Ve skupině obilovin (celozrnných, pečiva z bílé mouky, těstoviny, bílá rýže, knedlíky) mírně převládá konzumace celozrnných výrobků, včetně cereálií, nad obilovinami z bílé mouky, které i tak představují významnou skupinu ve stravě. Doporučená konzumace se pohybuje mezi 4-5 porcemi denně u celozrnných produktů, jejich skutečná frekvence se pohybuje mezi 3- 4porcemi u 40 % populace. Zarážející je poměrně vysoká spotřeba bílého pečiva, bílé rýže, těstovin a knedlíků, tj. produktů s vysokým glykemickým indexem. Zeleninu ve všech formách (čerstvá, kysaná, nakládaná, vařená či dušená), kterou je doporučováno konzumovat denně minimálně v 5-6 porcích, preferují překvapivě těhotné ženy méně než ovoce. Zelenina, hlavně listová, je významným zdrojem vitamínů, vlákniny a folátů, které se podílejí na prevenci vrozených vývojových vad plodu. Překvapující je zjištění, že trend několika denních dávek dodržuje pouze 73 % těhotných. Nutričně významná je konzumace živočišných bílkovin (maso hovězí a drůbeží, vejce a ryby) v kombinaci s bílkovinou rostlinného původu (luštěniny). Těhotné jednoznačně preferují drůbeží a hovězí maso, včetně šunky. Ryby, mořské plody a luštěniny jsou zastoupeny ve stravě velmi střídavě, cca 1-2x měsíčně a to u 43 % žen. 14 % žen tyto potraviny nekonzumuje vůbec, ačkoliv jsou vynikajícím zdrojem kvalitních bílkovin, ryby jódu a omega 3 nenasycených kyselin. Více než ryby jsou ve stravě těhotných zastoupeny uzeniny, párky, a paštiky. Mléko a mléčné výrobky jsou též významným zdrojem bílkovin, vitamínů a minerálů, především vápníku. Dle doporučení by měly ženy konzumovat cca 250 ml mléka denně, upřednostňovat by měly především nízkotučné mléko a výrobky z něj, jako jsou jogurty, zakysané nápoje, dále tvaroh, sýry tvrdé a sýry tvarohové. Jednoznačně převažuje konzumace jogurtů a zakysaných výrobků, které vedle svého nutričního významu podporují též problematiku vyprazdňování žen. Mléko pravidelně, alespoň 1x denně, pije 45 % žen, výhradně však plnotučné nebo polotučné, ostatní mléčné výrobky konzumují ženy denně nebo alespoň několikrát v týdnu. Mléko nekonzumuje vůbec, nebo velmi sporadicky téměř 11% žen. Oproti období před těhotenstvím významně poklesla konzumace zrajících sýrů. Hronek, Barešová (2012, s.22 )varují před možnou kontaminací těchto produktů bakteriální flórou a přítomností plísní Malé procento těhotných žen se však doznává k jejich občasné konzumaci. Nejružnější pochutiny, jejichž nutriční význam je zpochybnitelný, a v potravinové pyramidě se vyskytují na samém vrcholu, se ve výživě těhotných vyskytují překvapivě ve vyšší frekvenci než potraviny doporučované. Různé sladkosti (oplatky, sušenky, dorty, sladké tyčinky, čokoláda) konzumuje poměrně vysoké procento respondentek, až 80 % žen přiznává

pravidelnou konzumaci alespoň 1x denně, což je více než doporučené množství. Jejich frekvence se v těhotenství oproti prekoncepčnímu období nepatrně navýšila. Položka, ve které je oproti netěhotnému stavu statisticky významný rozdíl je v požívání alkoholu. Zvláště jsme uvedli pivo maximálně 10° a vedle pivo 12°, víno a destiláty. 75 % žen uvedlo konzumaci minimální až výjimečnou, u vícestupňového piva, vína či destilátů totéž 85 % žen. Doufejme, že zbylých 15% se odvolává na výjimečnou konzumaci piva či vinného stříku.

Shrnutí: statisticky významné rozdíly byly zjištěny v oblasti konzumace zrajících sýrů a uzenin, kde sice došlo k výraznějšímu snížení příjmu těchto položek, přesto jejich konzumace neodpovídá výživovým doporučením pro těhotné ženy. Další výrazným statistickým ukazatelem je požívání alkoholických nápojů (piva, vína, destilátů), kde jsme zaznamenali razantní pokles v období gravidity. U ostatních položek nebyly zaznamenány statisticky významné odchylky, ačkoliv ani zde nejsou zcela naplňována výživová doporučení pro těhotné ženy.

## **ZÁVĚR**

Porovnáním zjištěných údajů jsme dospěli k závěru, že i přes pozitivní změny v navýšení nutričně významných živin, jsou patrné nedostatky především ve frekvenci jejich konzumace. Ženy častěji přijímají potraviny s vyšší energetickou hodnotou, než je pro těhotenství doporučováno. Pro tuto skutečnost hovoří konzumace sladkostí, občasně stravování ve fastfoodech a preferování sladkého ovoce před zeleninou. Těhotné ženy nemají příliš zažité sledování nutričních údajů na obalech potravin, ačkoliv se jedná o jednu z důležitých součástí zdravých stravovacích návyků.

Pro praxi porodních asistentek bychom doporučovali v rámci primární prevence větší angažovanost v nutričním poradenství pro těhotné ženy. Zjišťování stravovacích zvyklostí ženy, edukace o ideálním složení stravy, o vhodných a nevhodných potravinách, patří do kompetence porodních asistentek, se kterými je těhotná v nejčastějším kontaktu. Je nutné ženy motivovat k potřebným změnám v životosprávě, do kterých výživa a zažité stravovací návyky rozhodně patří.

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

BRÁZDOVÁ, Z. 2004. *Výživa těhotných a kojících žen*. Brno: Vladimír Smrčka, 2004. 27 s..  
BROWN, S.-REEVES, K.-BERTONE-JOHNSON,E. 2014. Maternal folate exposure in pregnancy and childhood asthma and allergy: a systematic review. In *Nutrition Reviews* [online], 2014. Volume 72, Issue 1, s.55-64 [cit. 2014-02-14]. Dostupné online:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nure.12080/abstract>

DOSTÁLOVÁ, J.- DLOUHÝ, P. – TLÁSKAL. P. 2012. Inovovaná výživová doporučení pro českou populaci. In *Sborník textů Světový den výživy* [online], 2012, s. 39-44 [cit. 2014-02-14]. Dostupné on-line:

[http://www.vupp.cz/czvupp/departments/odd350/12svet\\_den\\_vyzyvy\\_sbornik.pdf](http://www.vupp.cz/czvupp/departments/odd350/12svet_den_vyzyvy_sbornik.pdf)

FALL, C. 2005. Fetal and maternal nutrition. In: STANNER et al.. *Cardiovascular Disease: Diet, Nutrition and Emerging Risk Factors*. Oxford: Blackwell Science:2005, s. 177-195.

HRONEK, M .- BAREŠOVÁ, H. 2012. *Výživa těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, 2012. 151 s.

HRUBÁ, D., MALÍKOVÁ, E. 2002. Primární prevence v těhotenství. In: *Praktická gynekologie*. Brno: Medica Publishing, 2002, roč. 6, č. 4, s. 29-32.

KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK M. 1999. Výživa těhotných: rozdíly mezi ženami, které kouřily a nekouřily v průběhu těhotenství. In: *Gynekolog*. 1999. Roč..8, č.3, s. 112-118.33

WILLIAMSON, C. 2006. Nutrition in pregnancy. In: *Nutrition Bulletin* [online], Volume 31, Issue 1, pages 28–59 [cit. 2014-02-16]. Dostupné on-line:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-3010.2006.00541.x/full>

## **KONTAKT**

**Mgr. Ludmila Lamplotová**

UJEP, Fakulta zdravotnických studií

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

e-mail: [ludmila.lamplotova@ujep.cz](mailto:ludmila.lamplotova@ujep.cz)

# KVALITA A KVANTITA VOLNOČASOVÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT U ČESKÉ POPULACE

## QUALITY AND QUANTITY OF LEISURE TIME EXERCISE ACTIVITIES IN CZECH POPULATION

**Lukáš Martinek, Valérie Tóthová**

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

### **Abstrakt**

**Úvod:** Pohybová aktivita je neodmyslitelnou součástí života a jeden ze základních pilířů primární prevence.

**Cíl práce:** Cílem příspěvku je prezentovat skutečný stav kvality a kvantity volnočasových pohybových aktivit u populace v České republice.

**Soubor, metodika:** Příspěvek byl vytvořen na základě dat získaných v rámci řešení výzkumného grantového projektu „Odrážka kvality života v ošetrovatelství“. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník „International Physical Activity Questionnaire“. Výzkumný soubor tvořilo 1140 respondentů na základě stratifikovaného výběru.

**Výsledky a interpretace:** První část se dotýká chůze jako volnočasové pohybové aktivity, její intenzity a frekvence. Bylo zjištěno, že chůzi ve volném čase provozuje alespoň 7 x v týdnu 10, 4 % respondentů. Výsledky druhé části odkazují na oblast intenzivních pohybových aktivit, kterou vůbec nevykonává 69, 1 % populace. Část třetí prezentuje středně zatěžující pohybové aktivity, které se u zdravé dospělé populace také nesetkávají s oblibou. Popsané části jsou diskutovány s doporučeními pro intenzitu a frekvenci pohybových aktivit, které se sebou nesou prokazatelné zdravotní benefity.

**Závěr:** V závěru považujeme za nutné dotknout se kritických výsledků pohybových aktivit v České republice. Rádi bychom touto cestou podnítili diskuzi k rozvoji nad dodržování programu Zdraví 2020 v podobě primární prevence, čímž by se s velkou pravděpodobností podařilo investovat finanční zdroje ve zdravotnictví na skutečně potřebná místa.

**Klíčová slova:** primární prevence, pohybová nedostatečnost, volnočasové pohybové aktivity, Zdraví 2020

## **Abstract**

**Introduction:** Exercise activity is an integral part of life and one of the basic pillars of primary prevention.

**Goal of the article:** The goal of the article is to present the actual status of the quality and quantity of leisure time exercise activities in the population of the Czech Republic.

**Research set, methodology:** The article was created based on the data acquired within the research of the grant project called "Reflection of life quality in nursing". The IPAQ standardized questionnaire was used for data collection. The research sample consisted of 1,140 respondents based on a stratified selection.

**Results and interpretation:** The first part concerns walking as leisure time exercise as respondents perform walking in their leisure time at least 7x per week. The results of the second part refer to the sphere of intensive exercise activities, which are not performed at all by 69.1% of population. The third part presents medium-straining exercise activities, not very popular among healthy adult population either. The described parts are discussed with recommendations for intensity and frequency of exercise activities related to demonstrable health benefits.

**Conclusion:** In conclusion, we consider necessary to refer to the critical results of exercise activities in the Czech Republic. We would like to instigate discussion and reflection on the compliance with the Health 2020 Program in form of primary prevention, which would very probably lead to investment of public health funds in places where they are really needed.

**Key words:** primary prevention, physical insufficiency, leisure time physical activity, Health 2020

## **ÚVOD**

Pohybová aktivita je neoddělitelnou součástí kvalitního života každého jedince. Bohužel způsob současné doby omezuje pohybové aktivity na podprůměrnou až nedostatečnou úroveň. Příčinou tohoto jevu není však pouze častokrát zmiňovaný životní styl a nadlimitní pracovní tempo současnosti. Za faktem globální pohybové inaktivity stojí nedostatečná informovanost o následcích, které s sebou zmíněná pohybová inaktivita přináší. Jedná se o nárůst populace s

nadváhou a obezitou nejen u dospělé populace, ale především u dětí a adolescentů (Corbin et al., 2004; National Association for Sport and Physical Education, 2003). Dalšími negativními zdravotními jevy, na kterých se nedostatečná pohybová aktivita podepisuje, jsou vysoký krevní tlak, hyperlipidémie, hypercholesterolémie, hypertenze a Diabetes Mellitus II. typu. Tato onemocnění vedou nejen ke snížení kvality života, ale snižují socioekonomický status jedince a z velké části odčerpávají finanční prostředky ze zdravotnictví (Moyer et al., 2004). K předcházení obezity a jejím následným dopadům by měla sloužit především správně mířená primární prevence a to na všechny věkové skupiny obyvatelstva. I přes to, že ACSM (American College of Sports Medicine) a celá řada politických programů zaměřených na boj s civilizačními chorobami hovoří o nutnosti s obezitou, pohybovou inaktivitou a nevhodnou životosprávou bojovat, postupy z jejich iniciativy realizované jsou podfinancovány (Blair et al., 2004). Vzhledem k této závažné problematice, zasahující značnou měrou do moderního ošetrovatelství, jehož základním cílem má být upevňování zdraví lidí a ne pouze realizace ošetrovatelské péče v zařízeních hospitalizačního charakteru, považujeme za nutné se zmíněné problematice věnovat podrobněji (Jarošová, 2007, s. 20).

## **CÍL PRÁCE**

Cílem práce je poukázat na pohybovou inaktivitu jako na globální problém, který je spojen se zdravotními riziky. Dále nevnímat pohyb a pohybovou aktivitu s pohledu čistě kinatropologického, ale implementovat poznatky této vědy do moderního ošetrovatelství, které je při holistickém pojetí schopno aplikovat znalosti z primární prevence do praxe a to nejen při léčbě, ale především v komunitním pojetí ošetrovatelské péče. Neméně důležitým cílem je poukázat na skutečný stav pohybové aktivity zdravé dospělé populace v České republice a zmínit problematiku nedodržování doporučení pro pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví.

## **SOUBOR, METODIKA**

Tento příspěvek byl vytvořen na základě dat získaných v rámci grantového projektu GAJU (Grantová agentura Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích) číslo 120/2012/S „Odraslost a kvalita života v ošetrovatelství“. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), který komplexně mapuje pohybovou aktivitu za poslední týden života. Výzkum vzorek tvořilo 1140 respondentů obojího pohlaví a v 6 věkových skupinách v rozpětí od 20 let života po 70 let a více. Poměrně byly zastoupeny všechny kraje v České republice. Soubor byl statisticky označen jako reprezentativní pro

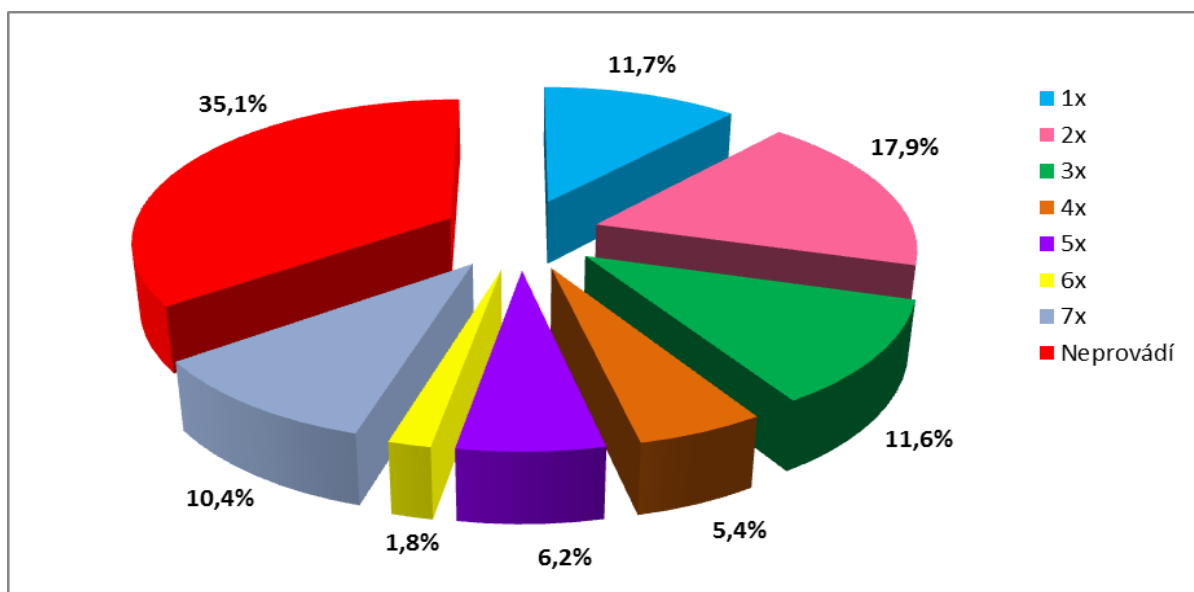
Českou republiku. Sběr dat proběhl v průběhu ledna až května 2013. Podmínkou vyplnění dotazníku byla respondentova subjektivní pohoda v oblasti zdravotního stavu, to znamená, že v den vyplňování dotazníku se respondent musel cítit zdrav.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

V našem příspěvku jsou prezentovány výsledky 4. část dotazníku IPAQ, mapující pohybové aktivity v kategorii „Rekreace, sport a volnočasová pohybová aktivita“. Respondenti byli vybráni z řad subjektivně zdravé populace, proto lze předpokládat, že neexistovala žádná zdravotní překážka v realizaci volnočasových pohybových aktivit.

Na první otázku „V kolika dnech během posledních 7 dnů jste chodila/a nepřetržitě alespoň 10 minut ve svém volném čase?“ odpovědělo nejvíce respondentů záporně „Žádná chůze ve volném čase“ a to v zastoupení 35,1 %. Druhou nejčtenější odpovědí bylo 2 x v týdnu a to v zastoupení 17,9 %. Za zajímavé považujeme 10,4 % respondentů, kteří ve svém volném čase chodí 7 x v týdnu alespoň 10 minut (viz graf č. 1.), což nesplňuje minimální hranici pro chůzi v časovém pojetí, nicméně lze usuzovat, že tato část respondentů má určitý zvyk pro pohybovou aktivitu a je zde předpoklad rostoucí intenzity a frekvence volnočasových pohybových aktivit při aplikaci správné pohybové intervence (Haskell et al., 2007). Avšak při uvážení chůze jako základní pohybové aktivity, nenáročné na finanční prostředky a na prostor její realizace se jedná o velmi podprůměrný výsledek. Aby chůze vykazovala prokazatelný zdravotní benefit, měla by být provozována alespoň 30 minut 5 x týdně (Blair et al., 2004). V případě podhodnocení normy stanovené IOM (Institute of Medicine) zjistíme, že 5 x v týdnu a více se chůzi věnuje alespoň na 10 minut pouze 18,4 % zdravé dospělé populace (IOM, 2002, s. 698).

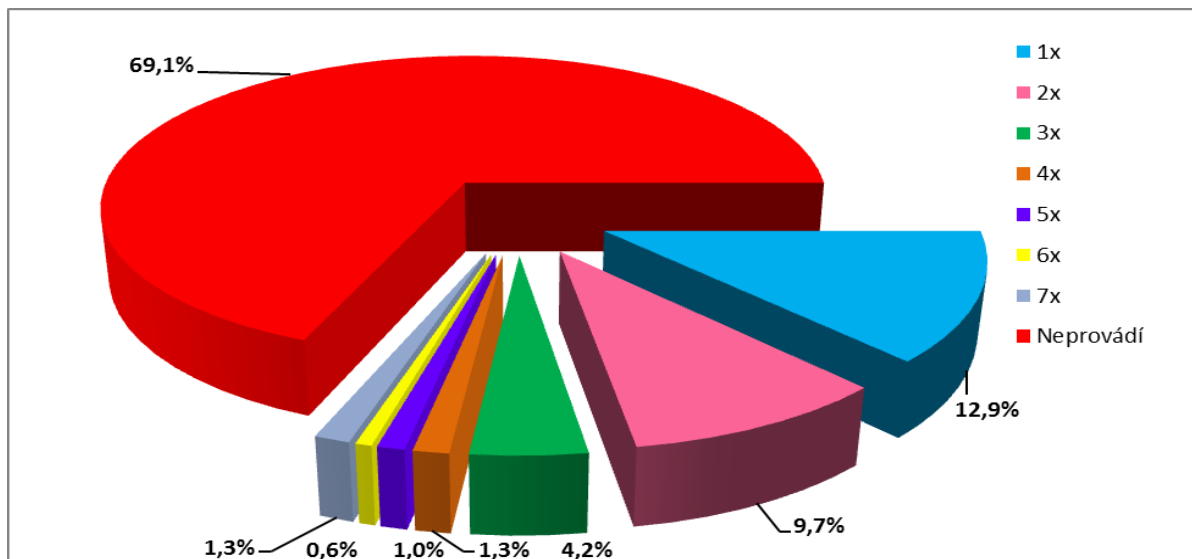
Graf 1 V kolika dnech během posledních 7 dnů jste chodil/a nepřetržitě alespoň 10 minut ve svém volném čase?



V následující otázce byli respondenti tázáni na volnočasové pohybové aktivity intenzivního charakteru jako je rychlá jízda na kole, běh, aerobic nebo rychlé plavání. Minimální časový interval jednotky nesměl být kratší než 10 minut. Z výsledků vyplývá opět nedostatečné věnování se těmto charakteristickým aktivitám. Celých 69,1 % se nevěnuje žádným intenzivním pohybovým aktivitám ve svém volném čase. Alespoň 1 x v týdnu je provozuje 12,9 % sledované populace a třetí nejčetnější odpověď byla označena „3 x v týdnu“ a to v 9,7 % (viz graf 2). Poslední výsledky, prokazující vysokou efektivitu při spalování tuků pomocí HIIT (High Intensity Interval Training) aktivity hovoří ve prospěch krátkých, ale vysokých intenzit pohybových aktivit (Hendl et al., 2008). Proto považujeme jako nutné, zařadit tyto aktivity do života populace. Dalším pozitivem těchto aktivit je velmi kladné působení na kardiovaskulární systém a psychickou stránku jedince.

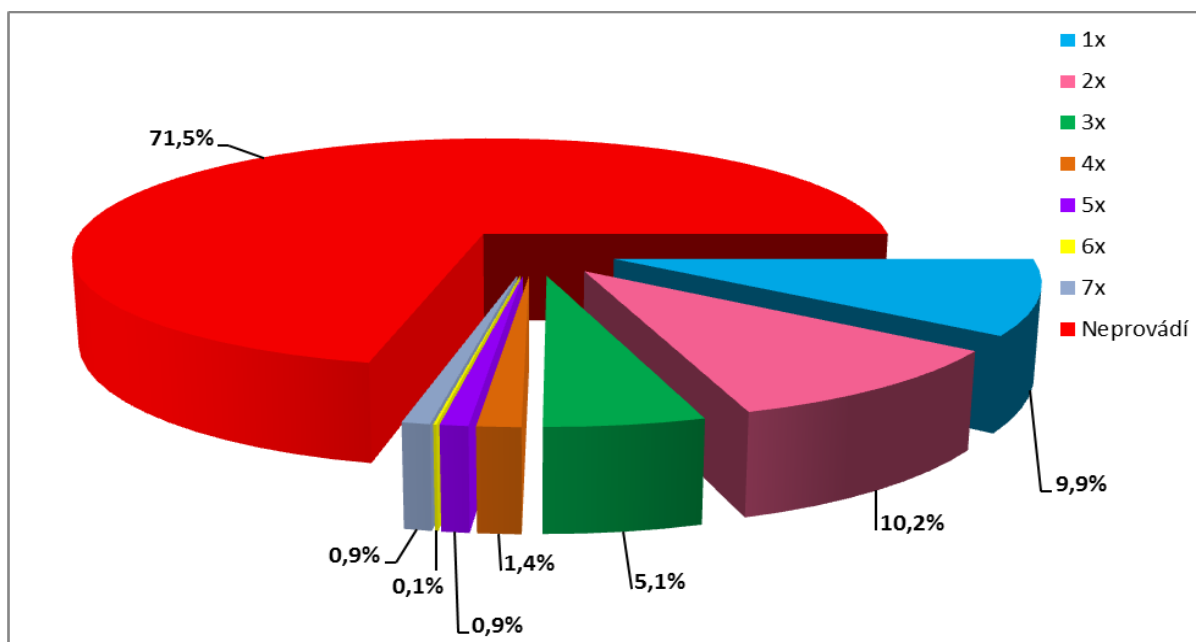


Graf 2 V kolika dnech během posledních 7 dnů jste prováděl/a intenzivní pohybovou aktivitu ve svém volném čase?



Poslední vyhodnocená otázka se tázala na provozování středně zatěžujících pohybových aktivit ve volném čase a to například jízdu na kole běžným tempem, plavání běžným tempem nebo tenisovou čtyřhru v minimální časové dotaci 10 minut. Nejčastější odpověď zněla „Žádná středně zatěžující pohybová aktivita ve volném čase“ a to v zastoupení 71,5 % všech odpovědí. Následovala odpověď „2 x týdně“ v 10,2% četnosti a konečně 3 nejčastěji se vyskytující odpověď 1 x týdně volilo pouze 9,9 % dotazovaných (viz graf č. 3). Bez rozpaků lze tvrdit, že středně zatěžující pohybová aktivita je ve volném čase velmi zanedbávána. Pokud diskutujeme námi získaná data s doporučením pro tyto aktivity a to konkrétně 4 x týdně v minimálním rozsahu 20 minut, tak zjistíme, že tuto normu v minimálním rozsahu 10 minut splňují pouhá 3,3 % zdravé dospělé populace.

Graf 3 V kolika dnech během posledních 7 dnů jste prováděl/a středně zatěžující pohybovou aktivitu ve svém volném čase?



## ZÁVĚR

Jak již bylo zmíněno v úvodní části, pohybová aktivita je pro život každého jedince naprosto nezbytnou. Při zvážení všech negativních dopadů z pohybové nedostatečnosti je důležité upozornit a zvážit, zda i moderní ošetrovatelství by nemělo podporovat zdravý životní styl, jehož neodmyslitelnou součástí je i pohyb. K tomuto názoru přidáváme i data získaná z celé České republiky, která poukazují na celopopulační fatální nedostatek pohybu ve volném čase. Tato data by měla přimět nejen komunitní úsek ošetrovatelství k vyšší aktivitě, ale především donutit k okamžitému jednání politickou sféru zdravotnictví, která musí vynakládat velmi vysoké investice k léčbě, které by se dalo předejít aplikací primární prevence v kontextu zdravého životního stylu. I přes to, že je Česká republika jedním ze států, které se zavázaly plnit program Zdraví 2020 konkrétně v bodu 3 „Efektivita primární prevence nemocí“, je prozatím patrné, že intervence, které by přispěly k zdravému životnímu stylu populace, nejsou dostatečně naplňovány. Při velmi optimistickém tvrzení na základě uvedených výsledků lze říci, že dostatečné pohybové aktivitě ve volném čase, která by s sebou nesla zdravotní benefity, se věnuje necelá desetina české populace.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BLAIR, S. N. et al. 2004. *The evolution of physical activity recommendations: how much is enough*. The Amer. J. Clin. Nutrition, vol. 79, no. 5, pp. 913 – 920.

CORBIN, C. B. et al. 2003. *Physical activity for children: Current patterns and guidelines*. The President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest, vol. 1, no. 6, pp. 1 – 8.

HASKELL, W. L. et al. 2007. *Physical activity and public health, update recommendation for adults from the American Collage of Sports Medicine and the American Heart Association*. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, no. 39, pp. 1423 – 1434.

HENDL, J., DOBRÝ, L. 2008. *Teorie a modely intervenčních programů pro zvýšení pohybové aktivity*. *Česká kinantropologie*, roč. 12, č. 3, s. 26 – 33.

IOM. 2002. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber Fat, Protein and Amino Acids*. National Academy of Sciences, Institute of Medicine. Washington, DC.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Grada publishing. 99 s.

MOYER, A. & FINNEY, J. W. 2004/2005. *Brief interventions for alcohol problems: Factors that facilitate implementation*. *Alcohol Research and Health*, vol. 28, no. 1, pp. 44 – 50.

*Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.*

## **KONTAKT**

### **Mgr. Lukáš Martinek**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR

e-mail: [martil02@zsf.jcu.cz](mailto:martil02@zsf.jcu.cz)

### **prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Jírovcova 1347/24, 370 05 České Budějovice, ČR

e-mail: [tothova@zsf.jcu.cz](mailto:tothova@zsf.jcu.cz)

# **PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

## **PALLIATIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF TRANSCULTURAL NURSING**

**Jana Maňhalová, Valérie Tóthová**

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

### **Abstrakt**

**Úvod:** Tento příspěvek přináší informace o naléhavé a široce interdisciplinární tématice, která se zabývá paliativní péčí z pohledu transkulturního ošetrovatelství.

**Cíl práce a metodika:** Cílem příspěvku je nastínit problematiku umírání a smrti z pohledu transkulturního ošetrovatelství a zohlednit nezastupitelnou roli paliativní péče v interakci s diverzitou kultur v ošetrovatelské profesi. Jedná se o příspěvek teoretického charakteru, který byl vytvořen na základě analýzy domácích a zahraničních zdrojů.

**Výsledky:** Vlastní text příspěvku je členěn do 4 logicky uspořádaných celků. První podkapitola pojednává o ošetrovatelské profesi a její náročnosti. Druhá podkapitola se zabývá filosofickými aspekty umírání a smrti. Třetí podkapitola obsahuje základní definice pojmů z paliativní péče a poslední, čtvrtá podkapitola, se zaměřuje na transkulturní ošetrovatelství.

**Závěr:** Na základě analýzy zdrojů jsme zjistili potřebnost výzkumného šetření dané problematiky. Z důvodu zvýšení prestiže profese sestry v rámci zvyšování kvality poskytované péče je zapotřebí se problematikou paliativní a transkulturní péče i nadále zabývat.

**Klíčová slova:** paliativní péče, umírání, smrt, sestra, pacient, transkulturní ošetrovatelství

### **Abstract**

**Introduction:** This article brings information on urgent and extensively interdisciplinary issue concerning palliative care from the perspective of transcultural nursing.

**Goal of the article and methodology:** The goal of the article is to outline the issue of dying and death from the perspective of transcultural nursing, considering the irreplaceable role of palliative care in interaction with diversity of cultures in nursing profession. The article has theoretical character and was created based on analysis of national and international sources.

**Results:** The actual text of the article is segmented into 4 logically arranged units. The first subsection deals with nursing profession and its exacting character. The second subsection deals with philosophical aspects of dying and death. The third subsection includes basic definitions of palliative care concepts and the last, fourth subsection is focused on transcultural nursing.

**Conclusion:** Based on the analysis of sources, we ascertained the need of research investigation of the issue in question. In order to increase the prestige of professional nurse within increasing the quality of the care provided, the issue of palliative and transcultural care requires further inquiry.

**Key words:** palliative care, dying, death, nurse, patient, transcultural nursing

## ÚVOD

Umírání a smrt jsou součástí života každého člověka. Všeobecná témata dané problematiky společnost přijímá, avšak vlastní smrtelnost a setkání se se smrtí a umíráním je pro ni tabu. (Křivohlavý, 2002, s. 152 – 153). V ošetrovatelské profesi zaujímá paliativní péče běžnou součást každodenního života sestry. Vlivem historických událostí se ČR mnohdy stávala sídlem migrantů z celého světa. Dnes je Česká republika z hlediska státní příslušnosti tvořena převážně českými obyvateli, přesto je diverzita kultur na našem území patrná. Součástí integrace cizinců je snaha o zlepšení ošetrovatelské péče, proto se v posledních letech dostává do popředí transkulturní ošetrovatelství, které se zabývá zkoumáním světových kultur a subkultur s ohledem na jejich rysy, pravidla a kulturní vzorce chování (Ivanová, 2005, s. 12). V tomto příspěvku se zabýváme paliativní péčí z pohledu transkulturního ošetrovatelství zejména z důvodu stanovení výzkumného záměru stejného charakteru v naší disertační práci. Jedná se o velmi specifickou problematiku, která si svou zajímavostí a potřebností vysloužila nezastupitelné místo v moderní ošetrovatelské profesi.

## CÍL PRÁCE A METODIKA

Cílem příspěvku je nastínit problematiku paliativní péče z pohledu transkulturního ošetrovatelství, poukázat na problematiku tématu a zdůraznit důležitost jejího zkoumání.

Cílem je jednak poukázat na důležitost paliativní péče jako takové, dále pak poukázat na specifika v oblastech transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti v diverzitě kultur.

Jedná se o příspěvek teoretického charakteru, který byl vytvořen na základě současného stavu poznání a operacionalizace klíčových slov za pomoci analýzy domácích a zahraničních zdrojů. Bylo využito zejména vyhledávání v databázích PubMed, Scopus a Ebsco v období leden – březen roku 2014. Vyhledávání probíhalo za pomoci předem stanovených klíčových slov - paliativní péče, umírání, smrt, sestra, pacient a transkulturní ošetrovatelství. Při vyhledávání zdrojů byla použita následující zařazující kritéria – zeměpisná lokace, recenzovaný časopis, anglický jazyk, full text, výzkumné a rešeršní články, kvantitativní i kvalitativní metoda. Vyřazovacím kritériem byly studie starší 8 let. Po přečtení abstraktu a zvážení vhodnosti tématu byl prostudován celý text se zaměřením především na oblast výzkumu a diskuse. Příspěvek by měl přinést podrobnější pohled do problematiky paliativní péče z pohledu transkulturního ošetrovatelství. Měl by přispět k rozvoji transkulturního ošetrovatelství a zároveň pomoci respektovat a plnit očekávání všech kultur v oblastech umírání a smrti. Získané informace by mohly posloužit jako podkladový materiál pro výuku ošetrovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné semináře, kurzy a konference zabývající se touto problematikou.

## **VÝSLEDKY**

### **Náročnost ošetrovatelské profese**

Přestože počátky ošetrovatelství sahají hluboko do naší historie, je relativně mladým oborem (Farkašová, 2006, s. 18). Ošetrovatelská disciplína se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová, 2011, s. 62).

Zdravotnické povolání patří mezi pomáhající profese a svými specifiky je velmi náročné. Objektem práce sestry je člověk (Zacharová, 2011, s. 240). Každá profese na světě má své kladné i záporné aspekty a je náročná na určitou osobnostní výbavu jedince. Pomáhající profese, do kterých profese všeobecné sestry bezmezně patří, je definována jak fyzickou, tak psychickou náročností. Sestra ve své profesi stojí u člověka v každém vývojovém období, je u něj v den jeho zrodu a mnohdy je u něj i v momentě jeho posledních chvil (Kutnohorská, 2010, s. 142 - 143).

Sestra se denně setkává s utrpením, nemocemi, obavami, strachem, je svědkem lidského štěstí i neštěstí. Každodenně se setkává s činnostmi, které mění hodnotové žebříčky lidí. Nejednou

je přítomna psychicky náročným situacím, které mohou být doprovázeny pláčem, úzkostí, stresem, depresí, beznadějí. Často se setkává s umíráním i smrtí tváří v tvář. Tím pádem může být silně ohrožena syndromem vyhoření (Venglářová, 2011, 23 – 28). K tomu, aby sestra mohla vykonávat svou profesi, potřebuje mnoho předpokladů k jejímu úspěšnému zvládnutí. Výbava předpokladů byla jednou z hlavních podmínek od zrození ošetrovatelské profese. Vždy byl kladen důraz na určité předpoklady, které byly zapotřebí k tomu, aby člověk mohl danou profesi vykonávat (Kutnohorská, 2010, s. 142 - 143). Již Florence Nightingalová přesně definovala osobnostní výbavu sester, čímž položila základy ošetrovatelskému etickému kodexu. Osobnost sestry se v průběhu dějin měnila. S rozvojem techniky, vědy a medicíny se některé vlastnosti sestry přetransformovaly v dějství samostatné vědní disciplíny. Sestrám se začaly zvyšovat kompetence, staly se nepostradatelnou součástí péče o jedince ve zdraví i v nemoci (Plevová, 2011, s. 13 - 13).

### **Filosofické aspekty umírání a smrti**

V každé společnosti existují oblasti, které by měly zůstat utajené, nevyslovené či nedotknutelné. Takové oblasti se nazývají tabu a obvykle značí negativní, nežádoucí, nepřirozené či zakázané aspekty dané kultury (Kandert, 2010, s. 79). Překročení tabu může v mnohých společnostech vyvolat přísný trest (Ebelová, 2012, s. 268). Někteří sociologové se domnívají, že vlivem dnešní postmoderní společnosti se mnohá tabu vytrácejí a stávají se stále častěji součástí diskusí (Urban, 2011, s. 116). V oblasti otázek paliativní péče jsou pro společnost stále přijatelnější všeobecné pojmy, které se k dané problematice vztahují. Mezi ně spadá filosofie umírání a smrti či obecné otázky thanatologie. Thanatologie je nauka o umírání a smrti (Haškovcová, 2007, s. 178). Méně přijatelné a více diskutabilní jsou konkrétní prožitky v oblastech umírání a smrti a smíření se s vlastní smrtelností (Křivohlavý, 2002, s. 152 – 155).

Problematika, která je vyjádřena názvem příspěvku, je hlubšího charakteru a v pravém slova smyslu se jedná o filosofické pojednání. Smrt je zapotřebí poznat z filozofického hlediska zejména proto, že řeší běžné otázky, na které však mnohdy nejsou známé odpovědi. Nejčastějšími tématy filozofického pojednání jsou otázky o tom, co je to smrt, odkud o ní víme, jak se k ní máme postavit a zda existuje jakási naděje za hranicí smrti (Scherer, 2005, s. 7 – 10). Z filozofického hlediska je doba od početí chápána jako potenciální ohrožení, které může vést ke smrti. Latinský citát „Finis coronat opus” se vztahuje ke smysluplnosti lidského života a v překladu znamená konec korunuje dílo (Bretzke, 2013, s. 84). Pokud by se zmíněný citát převedl na ošetrovatelství, je patrné, že skrývá otázky důstojného konce života.

Každý, kdo se s umíráním či se smrtí setkal, si velmi často položil otázku, čemu vlastně stál tváří v tvář. Pro mnoho lidí jsou tato dvě témata tabuizovanou problematikou a odmítají se o ní bavit. Možná proto, že nejsou vyrovnaní se svou vlastní smrtelností a také proto, že mají strach a obavy z něčeho nepoznaného (Paulík, 2010, s. 61). V dřívějších dobách byl přirozený tradiční způsob umírání, lidé se již od útlého věku setkávali s umíráním a se smrtí. Byla to pro ně přirozená součást života, kterou se učili přijmout. Dnešní společnost posunula umírání i smrt do institucí, umírání doma se pomalu stává minulostí (Bártlová, 2006, s. 71). Slovem domov se rozumí prostředí, kde člověk vyrůstal, žil, zažíval příjemné i nepříjemné okamžiky, ale hlavně byl někde, kde to měl rád, kde se cítil v bezpečí a kde ho obklopovali lidé, kteří ho milovali stejně tak, jako on miloval je. Umírání a smrt se do dnešní moderní společnosti příliš nehodí (Marková, 2010, s. 15 - 18).

### **Paliativní péče a definice základních pojmů**

Paliativní péče zahrnuje soubor všech činností, které se týkají oblastí umírání a smrti a jsou poskytovány nejen nemocným osobám, ale i jejich rodinám (Kuebler et al, 2005, s. 6). Naděje v paliativní péči může mít mnoho podob. Nejedná se o uzdravení či o zázrak, ale o důstojné umírání za přítomnosti milovaných osob, poslední chvíle života bez bolesti, očištěnou duši a v neposlední řadě o zdravotnické pracovníky, kteří jsou připravení na poskytování co nejvyšší kvality péče (Aranda, 2005, s. 14).

Smrt je jen jedna, přesto má mnoho podob. Definice i podoba smrti se v minulosti mnohokrát změnila a ani dnes není zcela jednotná (Mach et al., 2013 s. 166). Z biologického a lékařského hlediska se smrt označuje jako zastavení všech životních funkcí v organismu, které jsou spojené s nevratnými změnami (Leishman, 2009, s. 2 – 3).

Diskutovanějším tématem je přirozený a odlišně dlouhý proces lidského života, který smrtí končí a tím je umírání (Kübler-Ross, 2011). Umírání je definováno jako proces, který je způsobený dekompenzací obranných mechanismů člověka na základě rozvratu základních životních funkcí. Tento stav přechází do terminálního stádia a končí smrtí (Šeblová et al, 2010, s. 109).

### **Transkulturní ošetřovatelství**

Po roce 1989 se Česká republika stává stále častěji sídlem imigrantů. ČR, jakožto střed neboli srdce Evropy, se často stává tranzitní zemí pro mnoho cizinců ze všech kontinentů světa (Kutnohorská, 2013, s. 12 – 13). Tranzitní země působí jako dočasné působiště, než si cizinec vyhlédne lepší podmínky v sousední či vzdálenější zemi. 21. století s sebou přineslo mnoho přínosných vědeckých a medicínských objevů, proto se o něm mnohdy mluví jako o století



„kvality“. Vlivem mnoha faktorů dochází ke globalizaci, otevírají se hranice, lidé migrují po celém světě a mají téměř neomezené možnosti. V naší zemi se stále častěji objevují jedinci s odlišnými barvami pleti, náboženstvím, tradicemi, kulturními vzory a tím pádem i jedinci, kteří vyžadují odlišnou ošetrovatelskou péči, než majoritní společnost (Tóthová et al, 2012, s. 11). Přítomnost jedinců z jiných kultur v naší společnosti přirozeně vyvolává touhu či potřebu některých změn v integrační politice, včetně medicíny a ošetrovatelství (Ivanová et al, 2005, s. 8 – 14). Slovo cizinec je velmi často spojované se slovem cizí. Pro nás by však cizinec neměl znamenat nic cizího, nepoznaného či neprobádatelného (Ivanová et al, 2005, s. 8). Naopak mohou být cizinci, nejen pro ošetrovatelství, velkou výzvou. Tím, že ošetrovatelství bude umět reagovat na okolnosti, které mu svět přirozeně přináší, dává na odiv svou připravenost, profesionalitu, sílu a lásku k bližnímu. Integrace cizinců je velký filosofický problém a úzce se dotýká i ošetrovatelství (Peplau, 2004, s. 44 – 45). Migrace obyvatel znamená pro ošetrovatelství nesnadnou úlohu. S nárůstem počtu cizinců se otevírá v ošetrovatelské péči mnoho otázek. Při poskytování co nejvyšší kvality péče je zapotřebí zohlednit základní údaje, které by měl zdravotník znát při poskytování péče osobám z jiné kultury. Těmito faktory jsou především etnicita, jazyk, spirituální potřeby a obecný postoj k náboženství, model rodiny, způsob stravování a v neposlední řadě model zdraví a nemoci (Špirudová, 2006). Sestry se musí ztotožnit s poskytováním transkulturního ošetrovatelství, aby mohla být zachována kulturně diverzifikovaná a univerzální péče odlišných kultur (Maier-Lorentz, 2008, s. 37 – 43). Česká republika patří mezi relativně vyspělé státy, přesto se transkulturní ošetrovatelství dostává do popředí až v posledních letech.

Ošetrovatelství je kultura, která byla po celou dobu své historie součástí lidského společenství (Kutnohorská, 2013, s. 35). Transkulturní ošetrovatelství je oblast ošetrovatelství, která se zabývá zkoumáním světových kultur a subkultur s ohledem na jejich rysy, pravidla a kulturní vzorce chování (Leininger, 2003, s. 189 – 192). Má zajistit integraci cizinců do společnosti a poskytovat co nejvyšší komplexní ošetrovatelskou péči s ohledem na chápání jedince jako holistické bytosti (Plevová et al, 2009, s. 129). U zrodu této teorie stála Madeleine Leiningerová a později i Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová (Sagar, 2011, s. 9). Cílem transkulturního ošetrovatelství je zajištění kulturně specifické a univerzální péče zdravých, vyléčitelně i nevyléčitelně nemocných dle kulturně podmíněných postupů (Kutnohorská, 2013, s. 38). Zahrnutí výuky transkulturního ošetrovatelství do vzdělávání v ošetrovatelství je v mnoha zemích reakcí na stále zvyšující se počet cizinců v dané zemi. Cílem výuky je zajištění kulturně kompetentní a způsobilé ošetrovatelské péče (Plevová, 2011, s. 132).

Problematika umírání a smrti je velmi tabuizovanou problematikou i v transkulturním ošetrovatelství, neboť specifika v této oblasti jsou v různých kulturách odlišná. K tomu, aby sestra mohla poskytovat ošetrovatelskou péči na základě cílů tohoto humánního oboru, musí pochopit své i cizí transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory chování v aspektech umírání a smrti jiných minorit (Špirudová, 2006, Ptáček 2011, s. 245 - 246).

Dosavadní studie se zabývají zejména komunikací, spiritualitou a kulturními kompetencemi. Komunikace je nedílnou součástí každodenního života. V paliativní péči je zvládnutí komunikace obzvláště nelehký úkol (Venglářová, 2006, s. 107 – 108). Zajímavá studie v USA z roku 2010 se zaměřila na konec života, který se stává v ošetrovatelské péči častým problémem, proto je důležité ohlížet se na zkušenosti zdravotníků. Vzhledem k tomu, že je konec života velmi stresující záležitost, je zapotřebí dbát na vyrovnání se zdravotníků s touto skutečností. Tento výzkum se zabývá prostředky, které umožňují snadnější vypořádání se se smrtí. Z výzkumu vyplývá, že na prvním místě je komunikace s umírajícím pacientem, s jeho rodinou a s kolegy (Peterson et al, 2010, s. 432 – 438). Kolektiv těchto autorů dospěl ke stejnému názoru jako Robert Becker, který se zabýval podobnou problematikou již mnoho let před tím. Napsal článek, který je založen na jeho osobní zkušenosti, jakožto učitele paliativní péče, kterou získal v ruském hospici. Studie, kterou aplikoval, měla zdravotníkům pomoci pochopit paliativní přístup v kontextu dané kultury. Cílem bylo zaměřit se na ošetrovatelské problémy, které pramenily z nedostatečných komunikačních schopností. Právě komunikaci autor zařadil na první místo v dosáhnutí co nejcitlivějšího přístupu k umírajícím (Becker, 1999, s. 938 – 942).

Některé studie ukazují, že příslušníci kultur, které kladou velký důraz na náboženství, se snadněji vyrovnávají se smrtí. Konec života a péče o umírající je dána náboženskými praktikami dané země. Existují i kulturní rozdíly ve vyjadřování smutku. Význam nemoci, umírání a smrti je v různých kulturách velmi odlišný. Olsen a kolektiv ve své studii uvádí důležitost pohledu daného člověka na problematiku umírání a smrti. Rozlišuje odlišnost v tomto vnímání zejména z pohledu etnického. Američané zastávají holismus a nemoc vnímají jako porušení rovnováhy. Holistická péče vidí pacienta i z pohledu spirituálních potřeb. Právě spiritualita je na sklonku života nedílnou součástí mnoha jedinců (Olsen et al, 2007). Náboženské přesvědčení může být velmi silné a jeho pochopení může sestře usnadnit ošetrovatelskou péči. Kulturní faktory mohou představovat problémy s přijetím paliativní péče. V mnohých kulturách není smrt brána jako nepřítel. Například obyvatelé asijských zemí vnímají umírání a smrt jako přirozenou součást lidského života a snadněji se s touto skutečností vyrovnávají (Brolley, 2007).

Další zajímavá studie ze západního světa prezentuje poznatky z projektu financovaného ministerstvem zdravotnictví s cílem zvýšit povědomí o paliativní péči a zlepšit porozumění potřeb uživatelů těchto služeb. Tento výzkum popisuje zkušenosti sester zapojených do poskytování paliativní péče, které byly dotazovány v cílových skupinách v rámci projektu. Ústředním cílem zdravotní politiky a vzdělávání sester je uznání významu kulturní kompetence. Studie upozorňuje na složité vztahy mezi kulturními znalostmi a dovednostmi v transkulturní péči. Klade velký důraz na znalosti a dovednosti a získávání kulturních kompetencí (Gunaratnam, 2007, s. 470 – 477). Kulturní kompetence znamenají pochopení a zohlednění celého kontextu situace pacienta při poskytování péče (Špirudová, 2006, s. 48). Do kulturních kompetencí patří dostatek informací a celoživotní vzdělávání sester. Na tuto problematiku naráží kvalitativní studie, jejímž cílem bylo zjistit, jak sestry pečují o umírající pacienty z jiných kultur. Výsledkem studie je nedostatek validních informací ze strany sester o lidech z jiných kultur (Somerville, 2007, s. 580 – 587). Základní znalosti sestry spočívají v kulturním profilu pacienta, který zahrnuje postoje, hodnoty, kulturní dědictví a chování a v kulturním profilu sebe samé, který zahrnuje poznání vlastní kultury, pochopení odlišností v kulturních hodnotách a zbavení se předsudků. Do kulturních kompetencí také patří zhodnocení potřeb pacienta. Cílem zajímavé studie bylo zhodnotit potřeby v paliativní péči kulturně specifických pacientů z etnických menšin. Bylo zjištěno, že dotazovaní pacienti z odlišných kultur vyjadřovali spíše základní lidské potřeby, než ty kulturní. Základní myšlenky transkulturního a kulturně rozmanitého ošetrovatelství jsou vytvořit kulturně ohleduplnou a uzpůsobenou péči, respektovat kulturní svébytnost, jedinečnost a vytvořit kulturně senzitivní prostředí (Diver et al, 2003, s. 389 – 396).

Analýza zdrojů poukázala na nedostatek studií, které by se zabývaly paliativní péčí z pohledu transkulturního ošetrovatelství. Nedostatek, zejména tuzemské literatury, poukazuje na množství překážek v zkoumání dané problematiky. Problematika není dopodrobna prozkoumána, a proto se domníváme, že je zapotřebí ji i nadále rozšiřovat. A to zejména v oblastech efektivní komunikace, kulturně kompetentní péče a celoživotního vzdělávání sester v kontextu dané problematiky. Další a nedílnou součástí paliativní péče u kulturně specifických pacientů je zhodnocení potřeb ze strany umírajících.

## **ZÁVĚR**

Na základě analýzy dostupné literatury bychom chtěli dodat, že není pochyb o tom, že jsou témata umírání a smrti všeobecně velmi tabuizovanou záležitostí. Je však třeba mít na paměti cíle moderního ošetrovatelství a vlivy dnešního uspěchaného života, které se odrážejí

v profesi všeobecné sestry. Moderní ošetrovatelství si klade za cíl zvýšení prestiže profese sestry. Globalizace dnešní společnosti s sebou přináší mnoho radostí a strastí, do kterých bez pochyby řadíme právě migraci obyvatel a potřebu zajištění vhodné ošetrovatelské péče o tyto jedince. Vzhledem k přispění zvýšení prestiže ošetrovatelského poslání řadíme znalosti, dovednosti a postoje sester k paliativní transkulturní péči a poznání specifík odlišných kultur na přední příčky každodenní pracovní náplně všeobecné sestry. Z příspěvku je patrné, že daná problematika s sebou přináší mnoho proměnných, a proto se domníváme, že interpretace této problematiky je velmi důležitá.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*. Praha: Grada, 2005, 188 s.
- BECKER, R. 1999. Teaching communication with the dying across cultural boundaries. In *British Journal of Nursing*, 1999, vol. 8, no. 14, pp. 938 – 942.
- BRETZKE, J. T. 2013. *A Latin theological dictionary : Latin expressions commonly found in theological writings*. Minn: Liturgical Press, 2013. 268 p.
- BROLLEY, G. Et al. Culture Clues: Communicating with your Chinese Patient: Patient and Family Education Services at the University of Washington Medical Center. [online]. 2007. [cit. 2014 – 03 - 10]. Dostupné na internetu: <http://depts.washington.edu/pfes/CultureClues.htm>.
- DIVER, F. – MOLASSIOTIS, A. – WEEKS, L. 2003. The palliative care needs of ethnic minority patients attending a day-care centre: a qualitative study. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2003, vol. 9, no. 9, pp. 389 – 396.
- EBELOVÁ, K. 2012. *Maska v proměnách času a kultur*. Praha: Grada, 2012. 272 s.
- FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211 s.
- GUNARATNAM, Y. 2007. Intercultural palliative care: do we need cultural competence? In *International Journal of Palliative Nursing*, 2007, vol. 13, no. 10, pp. 470 – 477.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. Praha: Galén, 2007. 244 s.
- IVANOVÁ, K. – ŠPIRUDOVÁ, L. – KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. Praha: Grada, 2005, 248 s.
- KANDERT, J. 2010. *Náboženské systémy: člověk náboženský a jak mu porozumět*. Praha: Grada, 2010. 200 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s.

- KÜBLER – ROSS, E. 2011. *On Death and Dying*. New York: Simon and Schuster, 2011. 288 s.
- KUEBLER, K. - DAVIS, M. - MOORE, C. 2005. *Palliative practices: an interdisciplinary approach*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005. 491 p.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. 206 s.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. 160 s.
- LEININGER, M. 2003. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. In *Journal of transcultural Nursing*, 2003, vol. 13, pp. 189-192.
- LEISHMAN, J. 2009. *Perspectives on death and dying*. United Kingdom: M&K Update Ltd, 2009. 136 s.
- MACH, J. et al. 2013. *Univerzita medicínského práva: kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada, 2013. 232 s.
- MAIER-LORENTZ, M. M., 2008. Transcultural nursing: It is importance in nursing practice. In *Journal of Cultural Diversity*, 2008, vol. 15, no. 1, pp. 37-43.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s.
- O'CONNOR, M. – ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s.
- OLSEN, P. et al. Culture Clues: Communicating with your American Indian/Alaska Native Patient: Patient and Family Education Services at the University of Washington Medical Center. [online]. 2007. [cit. 2014 – 03 - 10]. Dostupné na internetu: <http://depts.washington.edu/pfes/CultureClues.htm>.
- PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s.
- PEPLAU, H. E. 2004. *Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer, 2004. 360 s.
- PETERSON, J. et al. 2010. Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2010, vol. 16, no. 9, pp. 432 – 438.
- PLEVOVÁ, I. - BUŽGOVÁ, R. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. 285 s.
- PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 224 s.
- SCHERER, G. 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 271 s.

- SOMERVILLE, J. 2007. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2007, vol. 13, no. 12, pp. 580 – 587.
- TÓTHOVÁ, V. et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. 278 s.
- URBAN, L. 2011. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada, 2011. 272 s.
- VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s.
- VENGLÁŘOVÁ, M. et al. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 192 s.
- ZACHAROVÁ, E. - ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 288 s.
- SAGAR, P. L. 2012. *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer, 2012. 169 p.
- ŠEBLOVÁ, J. – KNOR, J. et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. 400 s.
- ŠPIRUDOVÁ, L. et al. 2006. *Multikulturní ošetřovatelství 2*. Praha: Grada, 2006. 248 s.

## KONTAKT

### **Mgr. Jana Maňhalová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence  
U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR  
e-mail: [manhalova@zsf.jcu.cz](mailto:manhalova@zsf.jcu.cz)

### **prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta  
Jírovцова 1347/24, 370 05 České Budějovice, ČR  
e-mail: [tothova@zsf.jcu.cz](mailto:tothova@zsf.jcu.cz)

**RIZIKO VZNIKU NEMOCNIČNÍ INFEKCE NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE  
(JIP) – META-ANALÝZA  
RISK FACTORS FOR HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS AT  
INTENSIVE CARE UNIT (ICU) – META-ANALYSIS**

**Ivanka Matoušková<sup>1</sup>, Lenka Radová<sup>2</sup>, Alena Kubíčková**

<sup>1</sup>Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita, Brno

**Abstrakt**

**Úvod:** Nemocniční infekce představují velmi vážný problém veřejného zdraví celosvětově a také v Evropě. Odhaduje se, že ročně získá nemocniční infekci přibližně 4 miliony pacientů v 27 členských státech Evropské unie a přibližně 37 000 pacientů na tuto infekci zemře.

**Cíl:** Cílem studie bylo analyzovat riziko vzniku nemocniční infekce na jednotce intenzivní péče pomocí meta-analýzy.

**Metoda:** Meta-analýza je systematický přehled, kterým získáváme dva typy poznatků: 1. poznatky generované primárními studii a 2. poznatky jako produkt použité meta-analytické metody. Pro studii byly použity databáze MEDLINE a klíčová slova: risk infection, intensive care unit. Z časového intervalu 1977-2010 bylo použito 782 review. Tento interval byl použit v souladu s posuzováním rizika vzniku nemocniční infekce u pacientů na jednotce intenzivní péče (JIP). Následující filtr obsahoval: typ jednotky a rizikové faktory (centrální venózní katetr, močový katetr, umělá plicní ventilace a infekce v místě chirurgického výkonu).

**Závěry:** Meta-analýza 30 epidemiologických studií z oddělení JIP potvrdila, že největší riziko vzniku nemocniční infekce u dospělé populace představuje umělá plicní ventilace. Závěry jsou v souladu s celosvětově řešeným problémem – prevence vzniku ventilátorové pneumonie (VAP) u pacientů na umělé plicní ventilaci.

**Klíčová slova:** riziko infekce, jednotka intenzivní péče

## Abstract

**Background:** Healthcare-associated infections (HAI) are among the most serious public health problems, globally and in Europe. It is estimated that approximately 4 million patients acquire a HAI each year in the 27 EU Member States and that approximately 37, 000 deaths directly result from these infections.

**Objective:** The study aimed to analyse the risk factors for HAI at intensive care units (ICU) using meta-analysis.

**Methods:** Meta-analysis is a systematic review that yields two types of information: information generated by primary studies and information as a product of the meta-analytical method put in practice. The study operated with the MEDLINE database and key words of „risk infection“ and „intensive care unit“. The monitored period included the years 1977 to 2010, from which 782 reviews were consulted. The subsequent filter involved the type of the unit and risk factors (central line, urinary catheter, mechanical ventilation, and surgical site infections).

**Conclusion:** The meta-analysis of 30 epidemiological studies from ICUs confirmed that mechanical ventilation poses the greatest risk of a healthcare-associated infection. The conclusions comply with the globally discussed problem – prevention of ventilation-associated pneumonia (VAP) in patients on mechanical ventilation.

**Key words:** risk infection, intensive care unit

## ÚVOD

Nemocniční infekce na JIP je infekce, jejíž první příznaky se u pacienta objeví za více než 48 hodin od příjmu na příslušné oddělení. Musí být ověřené a potvrzené, že infekce nebyla přítomná ani neprobíhala její inkubační doba v době příjmu do zdravotnického zařízení (Kapounová, 2007, s. 350).

Ošetrovací a vyšetřovací postupy na JIP jsou často invazivní a mnohé vstupy do lidského organismu jsou nefyziologické, dochází k porušení integrity kůže nebo sliznice. Tato místa pak představují bránu vstupu pro infekční agens. Invazivní ošetrovací a vyšetřovací postupy se mohou uplatnit jako rizikové faktory pro vznik nemocniční infekce. Mezi nejdůležitější rizikové faktory představující riziko vzniku nemocniční infekce u pacientů na JIP náleží:

infekce v místě chirurgického výkonu, centrální venózní katetry, močové katetry a přístroje pro umělou plicní ventilaci. Tyto čtyři rizikové faktory pro vznik nemocniční infekce jsou obecně uváděné v odborné literatuře.



## CÍL PRÁCE

Pacienti JIP na umělé plicní ventilaci jsou řazeni mezi pacienty s největším rizikem vzniku nemocniční infekce, v tomto případě ventilátorové pneumonie. Zajímalo nás, zda tato informace je platná pro pacienty na umělé plicní ventilaci na všech typech JIP.

## SOUBOR, METODIKA

Pro ověření této hypotézy jsme použily k hodnocení epidemiologických studií meta-analýzu. Meta-analýza je systematický přehled, kterým získáváme dva typy poznatků: 1. poznatky generované primárními studii a 2. poznatky jako produkt použité meta-analytické metody. Meta-analýza má mnohem vyšší stupeň věrohodnosti než jednotlivé studie, protože spojuje vhodným způsobem data z velkého množství základních informací. Meta-analýza je považována za jeden z nejsilnějších důkazů v hierarchii věrohodnosti důkazů v moderní medicíně. Vlastnímu analyzování předchází nejprve sběr dat, tj. vyhledávání co největšího počtu studií na dané téma. Z další analýzy se obvykle vyloučí nerandomizované a nekontrolované klinické studie. Dalším krokem je stanovení kritérií kvality, tj. minimálních požadavků zejména provedení a rozsah, které musí mít příslušná studie, aby byla zahrnuta do meta-analýzy.

Meta-analýzu je možné definovat jako statistickou metodu, která kombinuje závěry primárních, stejným problémem se zabývajících a na sobě nezávislých studií (z hlediska designu velice si podobných) do jednoho souhrnného výsledku. Takový závěr má potom větší váhu než výsledky jednotlivých studií, protože zahrnuje mnohem více dat (pacientů). Klíčovým předpokladem pro kvalitně provedenou meta-analýzu vycházející z původních dat či závěrů dílčích studií je **homogenita** jednotlivých studií (Meta-analýza z pohledu statistika. Medicína založená na důkazu – Modul 3B [online]. Dostupné na internetu: ([http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/dsp/ebm/Modul3/modul3B.pdf](http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/dsp/ebm/Modul3/modul3B.pdf)).

Pro studii byla použita databáze MEDLINE, články publikované v anglickém jazyce a klíčová slova: risk infection, intensive care unit. Z časového intervalu 1977-2010 bylo použito 782 review. Následující filtr obsahoval: typ jednotky a rizikové faktory (centrální venózní katetr, močový katetr, umělá plicní ventilace a infekce v místě chirurgického výkonu).

## VÝSLEDKY A INTERPRETACE

K jednotlivým vymezeným rizikovým faktorům na JIP byl získán uvedený počet primárních studií:

riziko infekce u centrálního venózního katetru (CVC) n = 15

riziko infekce v souvislosti s močovým katetrem (CAUTI) n = 34

riziko vzniku ventilátorové pneumonie (VAP) n = 54

riziko infekce v místě chirurgického výkonu n = 11

Celkový počet primárních studií činil 114. Z nich bylo pro vlastní meta-analýzu vybráno 30 epidemiologických studií následujícího designu (observační analytické studie (29) a 1 randomizovaná intervenční studie). Vybrané studie obsahovaly následující údaje: délku studie, věk pacienta, délku hospitalizace, typ JIP, minimálně jeden z rizikových faktorů uvedených výše a komplikace. Metodologická kvalita primárních studií byla posouzena pomocí 95% intervalem spolehlivosti a hodnotou relativního rizika.

Z celkového počtu pacientů (n = 102 212) ve 30 epidemiologických studiích byla prokázána nemocniční infekce jen u 8 501 pacientů, tj. 8,32 %. Bylo zjištěno, že věk pacientů nad 50 roků je rizikovým faktorem pro vznik nemocniční infekce. Pacienti s prokázanou nemocniční infekcí náleželi do věkové skupiny 51-60 roků.

Riziko vzniku nemocniční infekce (ventilátorové pneumonie) u pacientů s umělou plicní ventilací je 1,43 krát větší proti ostatním sledovaným rizikovým faktorům (RR 1,43; CI 95% 1,36-1,50).

## ZÁVĚR

Meta-analýza 30 epidemiologických studií provedených na JIP potvrdila, že největší riziko vzniku nemocniční infekce představuje umělá plicní ventilace. Tyto závěry jsou plně v souladu s celosvětově řešeným problémem – prevence vzniku ventilátorové pneumonie u pacientů dospělé populace s umělou plicní ventilací na JIP.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ECDC Management Board. Twenty-sixth Meeting Stockholm, 14-15 November 2012

[online]. 2013. Dostupné na internetu:

[http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/mb/mb\\_meeting\\_minutes/management-board-26-meeting-minute.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/mb/mb_meeting_minutes/management-board-26-meeting-minute.pdf).

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1 vydání Praha: Grada Publishing, 2007. s. 350.

Meta-analýza z pohledu statistika. Medicína založená na důkazu – Modul 3B [online].

Dostupné na internetu:

[http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/dsp/ebm/Modul3/modul3B.pdf](http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/dsp/ebm/Modul3/modul3B.pdf).

## **KONTAKT**

**doc. RNDr. Ivanka Matoušková, Ph.D.**

Ústav preventivního lékařství, LF UP v Olomouci

Teoretické ústavy, Hněvotínská 3

770 15 Olomouc

e-mail: [matouski@tunw.upol.cz](mailto:matouski@tunw.upol.cz)

# SEXUALITY IN HIGH SCHOOL STUDENTS' OPINION

**Anna Mazurkiewicz, Monika Kólek**

Collegium Medicum Jagiellonian

## **Abstract**

**Introduction:** Sexuality is an important aspect in the human development. The greatest progress of this sphere of life is in the period of puberty. This area is dependent on gender and bringing up in the home environment. Parents have a influence on sexual maturity and often they do not know about it.

**Sample, Methods:** 192 high school students attended the direct survey: 110 girls and 82 boys. The questionnaire consisted of 28 questions about opinion on sexuality.

**Results:** They indicate the following issues as the most difficult questions during conversation at home: contraception, age of sexual initiation and relationships. Students most frequent get information about partnership from the mass media (74%). Only 5% of respondents attend sex and relationship lessons.

**Conclusions:** The conspectus of knowledge and opinions of young people on sexuality indicates that they are acquainted with the conditions and the dangers of sexual initiation. However, our research also shows deficits in interpersonal communication in the family and shows that sex and relationship lessons at school are necessary. Students' knowledge about sexuality is a result from participation in sex and relationship lessons in the previous stages of education.

**Key words** sexuality, youth, contraception, partnership, parenthood

## **INTRODUCTION**

Human sexuality is defined as emotion and behavior sphere, whose biological aim is sexual intercourse. These aspects have influence on human social behavior. Sexual evolution starts in the moment of formation of the genetic sex (Nowak et al., 2010).

The sexual life affects three spheres mainly: biological, psychological and social. Each of them is autonomic, therefore total maturity in them is achieved at various ages. In the biological area it is named as an ability to sexual intercourse (Jarzabek, 2006). Psychological maturity concerns human personality and the ability to make decisions, whereas in the social

area a person has an ability to make interpersonal relationships. Sexuality has an influence on the whole life and an individual's correct functioning.

### **RESEARCH AIM**

The aim of the study was to analyse high school students' opinion about sexuality. This subject is very important in reproductive health and affects relationships in the future and in consequence, on planning a family. In our research we analysed many of the areas of sexuality in students' opinion. Very important there were sources of knowledge about contraception and Fertility Awareness – Based Methods. We asked adolescents about their definition of masculinity, femininity and sexual maturity.

### **SAMPLE, METHODS**

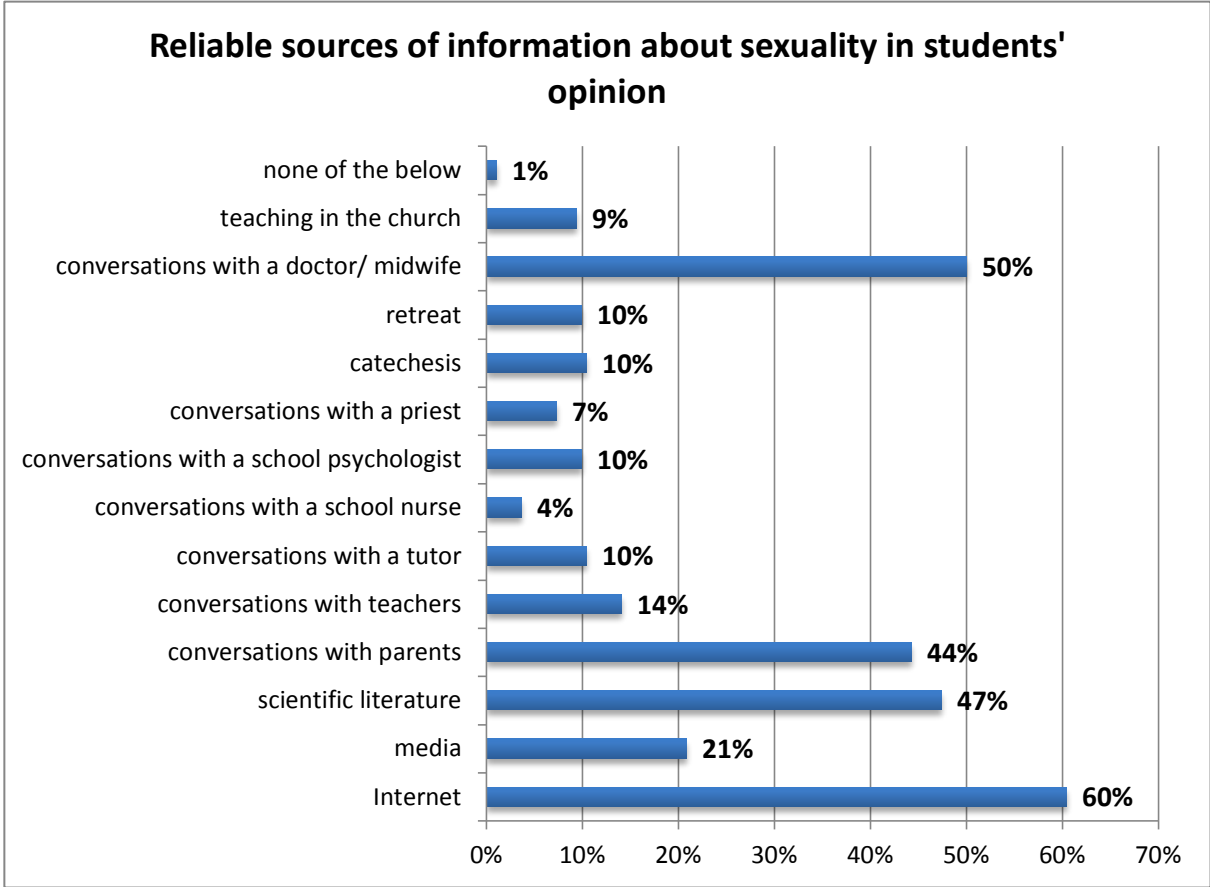
In the study we used a questionnaire which consists of 28 questions, 4 of them were directed to each sex separately. The research was done in February 2014 in III Liceum Ogólnokształcące im. Jana Kochanowskiego in Krakow. The research group consisted of 192 students aged from 16 to 19 years old.

### **RESULTS**

In the study 82 boys and 110 girls took part. Most of the respondents (40%) were 17 years old, 26% were 16 years old whereas 34% students were adults. The respondents' age was similar in each group: men and women. 82% of research group (170 persons) were Cracow's inhabitants.

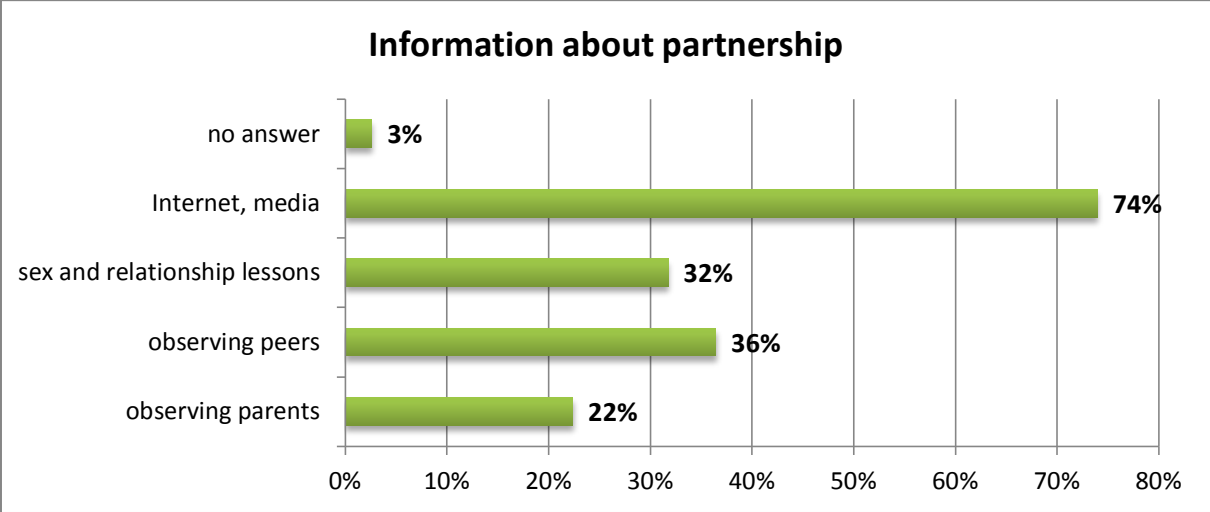
Students indicated the Internet (60%) as a reliable source of knowledge; next, conversations with a doctor or midwife (50%), scientific literature (47%) and dialogue with parents (44%). Most talks at home about sexuality had a spontaneous beginning (72%), but 9% of the students do not talk about this at home. Discussions about sexuality which their parents dominate are too general, teenagers do not ask about their doubts because they think that their parents are not interested in their sexuality. Students often talk freely about sexuality with their older siblings.

Graph 1 Reliable sources of information about sexuality in students' opinion



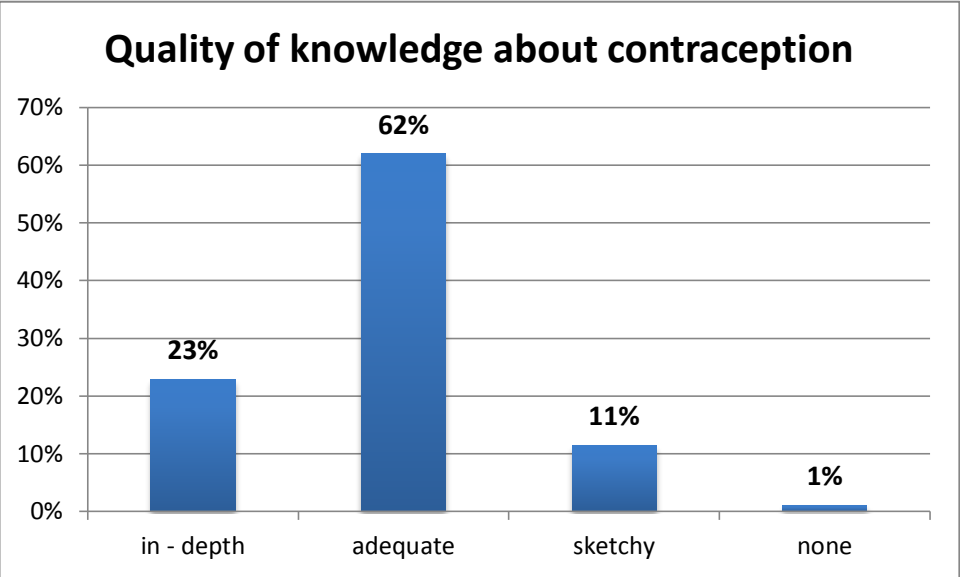
The issues they indicated as the most difficult questions during a conversation at home were: contraception, age of sexual initiation and relationships. In the opinion of the most of the respondents (52%), love and sexuality do not have to be connected, but it is better if there is this correlation. Adolescents indicate adulthood and sexual maturity as the best moment of sexuality initiation. In their opinion sexual maturity is mainly the state of mind associated with an ability of decision making. Students most frequently get information about partnership from the mass media (74%).

Graph 2 Information about partnership



Only 5% of respondents attend sex and relationship lessons. Students use media (77%), as a source of knowledge about contraception, to a lesser extent talks with friends (46%) and sex and relationship lessons (46%). They describe their knowledge about contraception as adequate (62%) and 23% of them as in-depth. Others think that their knowledge is cursory or they do not have any information about contraception.

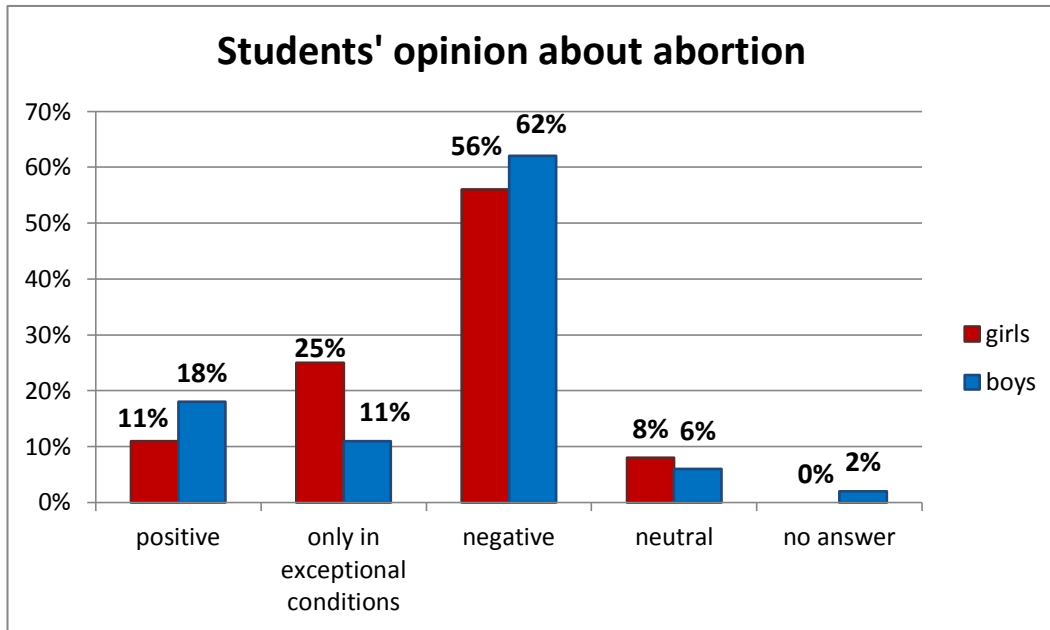
Graph 3 Quality of knowledge about contraception



Only 23% of respondents have knowlegde about fertility awareness- based methods and they get this information from the media (56%), sex and relationship lessons (43%) and dialogues with parents (30%). They enumerate the calendar method, temperature method and fertility

awareness. Most of the students' opinion (59%) about abortion is negative, but 19% of the respondents accept it in exceptional conditions.

Graph 4 Students' opinion about abortion



They define conscious parenting as readiness to be a parent, but they should have a good material status and to be mature. Their opinion about masturbation is neutral (47%) and only 14% think that it is quite good. They think masturbation is fulfilment of sexual needs by oneself.

Femininity in the students' opinion is womanly shapes, self confidence and respect for their bodies. They define masculinity as responsibility and respect to women. Girls (64%) give 12 or 13 years as age of menarche give 12 or 13 years old. They talk about it with their mothers (74%), sometimes with teachers (21%) or with friends (15%). Information about menarche from the Internet is marked by them comprehensible (45%) but it does not explain their doubts. Most of the boys think that pollutions is not important in their lives and they do not remember the age when they had it. Only 37% of them remember this age. They get information about it from the media (45%) and they mark it as comprehensible (57%).

## DISCUSSION

Respondents are 16-19 years old, which means they are in adolescence, which is characterized by increased sexual desire, hormonal changes and development of secondary sexual features. This period is not easy for young people because there is a moment when emotions connect to



sexuality and parents have less influence on this area of their children's lives. Students are under the influence of peers. In Wrocław, in 2012, research was conducted among university students. The research has shown that during the last 10 years old, the main students' source of knowledge about sexuality has been the Internet. Our research showed a similar trend and it probably means that sexual education is not good enough. It is worth noting that information from the Internet is often misleading and of questionable credibility (Zdrojewicz, Idzior, Rzaśa, 2013). However the respondents from our study think that this information is reliable.

Our investigation also showed that in most students' homes there are discussions about sexuality. These talks are spontaneous but they are usually parents' monologues. Nevertheless, young people want to ask them about their doubts about sexuality, but parents are not interested in their problems. In consequence most of the students think that their problems are underestimated. Karauda in her publication shows that this problem is common. Teenagers have many fears concerning sexuality (Karauda, Łepecka, Klusek, 2005). If parents do not help them, young people will have problems in the future life, for example, respondents specify trauma and reluctance to sexual intercourse.

In our study the teenagers ascertained that dependence between love and sexuality is desirable, but not necessary. It is worth noting that teenage emotion is usually transformed into a long-term platonic love, the consequence of which is usually the first sexual intercourse. Izdebski (2007), in his study, shows that 92% of respondents in junior high school were in love and they were able to determine what the type of emotion it was. Our students, among the conditions surrounding the first sexual initiation, indicate the age of consent and sexual maturity, which they defined as ability to make the right decisions about their lives. Marcinek and co-authors (2011) conclude that if people are sexually mature, they are able to create a partnership, feel higher emotion and have the ability of parenthood.

The respondents also indicate the mass media as a source of knowledge about partnership. This can be the result of low attendance at sex and relationship lessons. Sex education is very important for young people in puberty. It is worth noting that in this period of life, their sexual behaviour and habits are critical for spread of venereal diseases, and consequently affect the state of health of the whole population (Jarzabek, 2006). Respondents are aware of risks resulting from reckless sexual intercourse. They point at the sex and relationship lesson as a main source of knowledge. They attended them in junior high school but now they do not have such an opportunity. Only 5% of them attend these lessons which are after school

subjects. Today, most experts state that the sex education in school is important but there are a lot of problems in terms of the curriculum (Napieralska, 2010).

In our research we asked for feedback on planned parenthood. Most young people define it as sexual intercourse merging with potentially coming of a child. They also indicate that it is the preparation of two persons for the role of parents and the sense of responsibility and obligation to educate and ensure a good life. The literature shows that sex education affect youth's attitude for planned parenthood (Napieralska, 2010). These classes should be carried out before the moment of the beginning of young people's sexual intercourse. Most research shows that age is lower, so the sex education should start at the beginning of junior high school and continue in the later stages of education. In our research the respondents indicated also conditions, which, according to them, should be fulfilled when starting a family. They usually point at: good material conditions, maturity, love, morality and trust. Only few of them among these conditions mention marriage. In literature this aspect was determined as disturbing because there is a tendency to establish accidental contingent (Karauda, Łepecka, Klusek, 2005).

Most respondents define masturbation as sexual stimulation of their own body or substitute for sex and also as release of sexual tension which is needed in adolescence. 47% of young people determine their attitude to masturbation as neutral. Scientists define masturbation as getting pleasure from touching the genitals and the satisfaction of cognitive curiosity. It can be also a method of dealing with stress or attracting parents' attention to oneself, or a method to interrupt an argument at home.

## **CONCLUSIONS**

1. The main source of information about sexuality for the respondents are the mass media, especially the Internet.
2. In home environment talks about sexuality are rare and they do not satisfy the expectations of students.
3. Young people deciding to start intercourse are aware of the risks involved.
4. Most respondents assess their knowledge about contraception as adequate, but at the same time they do not know the fertility awareness-based methods.
5. Students are able to define what is planned parenthood and to what attention should be paid.

## REFERENCES

- IZDEBSKI, Z. 2007. Seksualność współczesnych nastolatków – diagnoza, zagrożenia, prewencja. In *Pediatrics po Dyplomie*, 2007, vol. 11, no. 3, pp. 103 – 112.
- JARZĄBEK – BIELECKA, G. – DURDA, M. – SOWIŃSKA – PRZEPIERA, E. 2012. Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne. In *Ginekologia Polska*, 2012, vol. 83, no. 11, pp. 827 – 834.
- JARZĄBEK, G. 2006. Rozwój psychoseksualny w aspekcie ginekologii wieku rozwojowego. Znaczenie teorii Zygmunta Freuda. In *Ginekologia Praktyczna*, 2006, vol. 14, no. 3, pp. 16 - 23.
- KARAUDA, M. – ŁEPECKA – KLUSEK, C. 2005. Wczesna inicjacja seksualna – przyczyny i konsekwencje. In *Family Medicine & Primary Care Review*, 2005, vol. 7, no. 1, pp. 13- 17.
- MARCINEK, P. – BRZESKA, A. – KAPAŁA, A. 2011. Niedojrzałość psychoseksualna jako termin diagnostyczny. In *Seksuologia Polska*, 2011, vol. 9, no. 1, pp. 38 – 42.
- NAPIERALSKA, E. 2010. Antykoncepcja wśród nastoletnich dziewcząt. In *Nowiny Lekarskie*, 2010, vol. 79, no. 1, pp. 18 – 21.
- NOWAK, M. – GAWĘDA, A. – JANAS – KOZIK, M. 2010. Fizjologiczny rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży. In *Seksuologia Polska*, 2010, vol. 8, no. 2, pp. 64-70.
- RESLER – MAJ, A. 2010. Rozwój psychoseksualny dziecka. In *Neurologia i Psychiatria Wiek Dziecięcego*, 2010, vol. 18, no. 1, pp. 102 – 106.
- ZDROJEWICZ, Z. – IDZIOR, A. – RZAŚA, A. 2013. Seksualność studentek wrocławskich uczelni – po 10 latach. In *Seksuologia Polska* 2013, vol. 11, no. 2, pp. 41-47.

## CONTACT

**Anna Mazurkiewicz**

Collegium Medicum Jagiellonian University in Krakow

e-mail: [anna.mazurkiewicz@windowslive.com](mailto:anna.mazurkiewicz@windowslive.com)

# OBESITY IN THE CONTEXT OF A CULTURAL BEAUTY CANON AND ITS BIOPSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS

Joanna Miarka, Wojciech Klapa, Ewa Michalska

Jagiellonian University, Collegium Medicum, Cracow

## Abstract

**Introduction:** The determined beauty canons can differ not only between cultures but also inside their pluralistic forms. For example, obesity is not only a subject of physiological studies but also a phenomenon within customs and aesthetics. Both overweight and underweight people, depending on the geographical region and culture, can be considered the ones who determine a canon.

**Paper Aim and Methods:** This material is an attempt to show the positive and negative influence of culture on the perception and evaluation of an obese human.

**Results:** Experiences drawn from contacts with people that suffered from obesity and thinness in secondary school and university were inspiration to this thesis. Because of the type of work the authors omitted contents referring to aetiology and pathogenesis of obesity in the context of its physiological disorders including genetic, endocrinologic bases of its appearance as well as pathophysiology of regulation of satiety and appetite.

**Conclusion:** Obesity psychosocial causes and complications in a cultural context are the ones that particularly absorb the authors.

**Keywords:** obesity, cultural beauty canon, biopsychosocial implication

## INTRODUCTION

Beauty is commonly associated with everything that is gorgeous. Yet, the notion of beauty cannot be classified according to objective rules. Also, beauty is not an objective quality of esthetical objects. The evaluating people consider something beautiful or not in accordance with their more or less personal feelings. We can generally say that beauty is the same as a feature of an esthetical object, which draws the subject's attention bringing about admiration and recognition in the first place (Krajewski, 1996, pp. 150-151).

There is no *universal beauty*. It can be proven by the fact that a human's ideal, especially that of a woman, her beauty and looks, has been altering its shape throughout the

history, which is clearly demonstrated in art. Venus of Willendorf, the Queen Nefertiti from Egypt, Venus from Milo, medieval Lady Owein, Rubens's Graces, Audrey Hepburn, Marilyn Monroe are a few of the female images that have been permanently entered in humans' minds.

The examples above clearly indicate that a model of beauty is changeable. It tightly corresponds to certain trends in philosophy, religion, to general approach to life. Both earlier and now, while establishing the beauty canon, the price of its health implications has not been accounted. For instance, in some cultures a long neck is considered a model of beauty therefore it is stretched by means of necklaces. In other cultures attention is brought to tiny female feet having them restrained and mutilated. Ornamenting a body for purely esthetical reasons is often associated with pain. Obesity and thinness, even though they create an esthetical hybrid, in particular cultures constitute values that determine the beauty canon.

### **The perception of a body weight in the intercultural research**

*Social-cultural factors strongly influence the way we perceive the shape of our own body and the figure of others, and the manner of perception influences the relationship between culture and health (Matsumoto, Juang, 2007, p. 255).*

In the countries where people suffer from hunger, poverty or illnesses, obesity is treated as a valuable quality. It is identified with fertility, health, beauty. For instance, in most African countries not many can afford being overweight therefore the excess of adipose tissue is associated with health. In Ghana, in men's opinion a woman becomes more valuable in proportion to her weight. Her beauty, attractiveness, wealth, social status are partially determined by the kilograms. A slim, underweight figure is associated with poverty and illnesses. A proof of this thought can be found in the research conducted by Furnham and Baguma (1994) where Ugandan men assessed obese women and skinny men as more attractive contrarily to the British students' opinions.

The attractiveness of a man's slim body and a woman with curves results from the hominid past of our ancestors. It is also a genetic legacy of our forefathers. In the Darwin's view such sizes made it possible for the humans to survive. Only those animals (people) that have the right physical equipment, in order to survive, are able to pass valuable genes to the next generation. Following this trace, a man's slim figure constituted a determinant of fitness, speed and health. A valuable figure provided advantage over other males in the first place. It was a guarantee of good genes. A woman's attractiveness on the other hand was set by a

man's desire of her fertility and health. Corpulent shapes allowed survive in the world of predators, illnesses, weather inversions, etc. (Chip, 2008, pp. 44-48).

Nowadays, according to e.g. K.G. Jung's approach, we unwittingly draw from the culture of our ancestors thanks to our archaic psyche (Dudek, 2010, pp. 25-47). Today, individual features and behaviour play greater part in the choice of a partner than attractiveness (Chip, 2008, p.57).

Contemporary perception of obesity by the citizens of the Third World was close to the Polish one from before 1996. It is indicated by the research of A. Budnik and M. Wójcik (1996). They show that there is a simple dependency between wealth and a constant tendency to be overweight.

The situational paradox that stems out of the above research is understandable for contemporary cultures where we find the *body cult* phenomenon. This incongruence was based on the fact that the inhabitants of the Greater Poland, despite a lot of work in agricultural households, access to healthy food, and a higher standard of life compared with the society then, were much thinner. The results were even more surprising considering that an agricultural family's income in the Greater Poland should have a positive impact on the health condition of a rural population. Yet, those people's health state left a lot to be desired. Obesity health implications were appalling (Potocki, 1869, In: Budnik et. al., 1996, p. 127). The idea of the research can be narrowed into the following observations:

1. They show how large the connection between us and the Third World countries was. Our cultures, despite the far geographical distance, differences between customs, perceived a human similarly. Obesity was a sign of wealth, high social position, „health”. Nowadays, a negative relation between a social class and a body weight is outlined in many western cultures. In other words, representatives of a higher class often weigh less than poorer people (Matsumoto, Juang, 2007, p. 255).

Paradoxically, the higher the average body weight in developed countries the slimmer the body ideal becomes, especially of a female (Garner et al., 1980). As a result, most women (some research show even 90%!) do not accept the way they look (Sarwer et al., 1998).

2. They indirectly underline one of the most important aspects of the culture within the Polish society, i.e. the meaning of nourishment. Until recently abundance on a table has been a sign of environmental prestige and (...) *eating was the most crucial citizens' task* (Budnik, Wojtkowiak, in: Malinowski et al., 1996, p. 126). Today's Poland has been

sucked in by individualistic culture along with all its perceptible, sinister health consequences.

3. It gives a perfect picture of the large scale of changes, transformations of the civilization that have an impact on the attitude of a society (developing cultures, highly developed cultures) in the face of profanation of the food value. The body cult is characteristic for an individualistic culture of the XXI century (Kostrzanowska, in: Krajewska-Kułak et al., 2010, p.134).
4. In an individualistic culture in the USA or Europe the right weight often constitutes a critical line separating beauty from ugliness, health from illness. Often enough the amount of kilograms is an indicator of a human's value. Today, the body cult has entered a new social-cultural dimension characterized by a, so called, humanization of bodies. Demel, an author of this notion, believed that people shape their bodies in hope that they will be positively judged and will gain common acceptance. This way appearance becomes an indicator of self- and social assessment (Kostrzanowska, in: Krajewska-Kułak et al., 2010, p.133). (...) *The contemporary development of culture has led to a situation where a body is treated as the most important emblem allowing people to determine their own individuality* (Kowalik, in: Krajewska-Kułak, et al., p. 143).

The intercultural differences in treating a human are also visible inside its pluralistic structures. For instance, a number of studies conducted in the USA on intercultural differences in perceiving a body weight indicates that African American girls accept their weight more than their white peers (Gerrig, Zimbardo, 2006, p. 365). White women suffer from nutrition disorders more (anorexia, bulimia) than African American ones.

### **Obesity for 99 billion US dollars, i.e. the scale of the problem**

Overweight and obesity are treated as an epidemic illness of our civilization due to the range and their health destructive power. They are seen as the causes of prevalence and mortality. More civilized countries are particularly marked, but also those with significant social-economic burdens (Tatoń et al., 2007, p. 26). It is estimated that 50% of their citizens has a BMI >25 kg/m<sup>2</sup> (overweight and obesity). The next 25% of people who face the problem fight with it consciously. Summing up, only 25% are not involved in the matter (Tatoń et al., pp. 42-45).

The World Health Organization (WHO) informs that 1 billion people have a problem with obesity, 300 millions of whom are overweight (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) (Tatoń et al., p. 22). Since 1980 this indicator has incessantly been growing.

In Europe obesity concerns about 22 million people who are overweight and 5 million who are obese. In Poland the number of overweight and obese adult people is around 5 million, which, at a current number of population, constitutes 13%. According to the NIK (Highest Chamber of Control) the joint amount of children with obesity or overweight concerns 18% of the Polish population. The range of the problem can be compared to other regions in Europe or the USA. If, however, obesity continues throughout the puberty, then 70-80% of youth risk staying obese as adults (Tatoń et al., 2007, p. 22-30).

Compared with the USA, where 45% of adult men and 29% of adult women are obese, Poland does not look so bad. The following 21% of men and women are considered obese. It is estimated that since 1991 the amount of obese and overweight people has increased by 71% (Gerrig, Zimbardo, 2002, p. 362). Thus, already in 1994 the USA had 55% overweight citizens and 64% - obese. Obese children's indicator reaches 15% (Tatoń et al., p. 22).

What clerks find appalling in the aspect of obesity is its monstrous costs as a consequence of the functioning of a sick society. Treating complications absorbs large sums. Multiple analyses show that 3-7% of the health care budget is allocated to treating obesity. It is estimated that the USA spend 99 billion USD every year on obesity and overweight negative effects. The expenses mostly correlate with cardiovascular diseases, ischemic heart disease, type 2 diabetes, some forms of cancer (Tatoń et al., pp. 20-24).

In Poland such research has not yet been done.

The WHO estimates that the average prevalence due to obesity reaches 4,8% in developing countries, 17,1% in countries facing positive changes meaning medium developed, and 20,4% in countries with the most highly developed consumerism. Analogically, the epidemic of overweight develops where production of food exceeds the society's needs and industry provides large amounts of cheap, easily accessible, strongly increasing the appetite, highly energetic products harmful to health. In those countries obesity is mostly a problem of the middle, lower class people, those educated worse, rather poorer than richer. In many African, Asian, South American countries there is still epidemic of underfeeding and famine. It is contrary in Europe, North America and Australia (Tatoń et al., pp. 24-30).

### **Obesity as a result of a destructive power of culture**

The range of obesity predicators can be started from the genetic, metabolic and hormonal factors. The first place among obesogens however is given to civilization. It has deeply



transformed the human's life style condemning it to muscle idleness (Tatoń et al., 2007, p.180).

Culture and stereotypes play important role in perceiving a figure as well as in taking care of one's image. The absorption process of social roles commences quite early. In this period models surrounding a human and created by the closest hugely influence the shaping of a man. Their behaviour influences self-assessment and the undertaking of actions in order to assimilate to the dominant, accepted models of appearance. Striving to place oneself within the beauty canon influences the processes connected with health and sickness. *Excessive interest in one's own carnality may lead to creation of attitudes that can take a form of positive or negative behaviour* (Kostrzanowska, in: Krajewska-Kułak et al., 2010, p.135). Within the negative forms fall: anorexia, bulimia, pathological obesity.

Transformations within the functioning of a family life have an impact on generating the obesity phenomenon. Neglecting some of the educational-caring functions in a direct or indirect way influences the family members' picture of health. The food industry is developing proportionally to the disappearance of a family habit of eating meals together. Confirmation of this can be found in the research conducted by a team of psychologists from the University of Illinois, which indicate a distinctive correlation between family meals and the BMI in children. *In families that attach importance to eating meals together at least three times a week children are 12 % less prone to obesity, consuming, so called, junk food 20% less often and eating vegetables 24% more often. What is more, the problem of compulsive eating appears 35% less often in this group* (Rynek Zdrowia, 2012 - internet). Eating habits are more often formed by the marketing industry, which has, for the last few decades, via the media, skillfully forced its way to consumers' consciousness and their lives.

The discovery that commercials already strongly affect two-year olds has begun a battle for the hearts of the youngest potential consumers. The 2004 British government report on advertising food for children proved that it has a strong influence on the central nervous system (Palmer, 2006, p.35).

A special role is given to psychical mechanisms that condition excessive eating and overweight. Food consumption is more often becoming an antidote for stress and tension. It is a compensation for other psychical needs (Krzemionka-Brózda, 2008, p. 217). The G. Touraine's research indicates that in 140 obese patients half are unwanted children whose lack of sense of security is critical. *The examined children's fathers are usually passive individuals and the mothers experienced poverty in their childhood. In the family research there are frequent disputes between parents. The latter, knowing they hurt their children,*

*show overprotection giving them too much food and forbidding physical exercise that they consider dangerous. After this systematic conditioning one falls into the habit of excessive eating, which constitutes an answer to all the frustration carried by everyday life. It eventually leads to obesity* (Sillamy, 1989, p. 195).

What appalls in obesity most is its destructive influence on the functioning of a whole body. Into the obesity complications and pathologies fall: cardiovascular disorders, respiratory disorders, metabolic disorders, intra-abdominal pressure increase, urinary tract disorders, cancers, osteoarticular system degeneration changes. In conclusion, extending Bogusław Halikowski's statement, we can say that obesity and the correlated adverse state of the cardiovascular system and the physical fitness (...) *fall into those social harms that are connected with a, so called, plethoritis state, i.e. the negative effects of the excess* (Budnik, Wojkowiak, 1996, p.138).

Regardless the culture obesity is shrouded in suffering in a form of pain. It may be connected with a dysfunction of a certain organ, which is a strictly objective belief. In a holistic, transcultural approach towards an obese human attention is paid to a tight correlation between physical pain and bio-psychosocial area disorders (Goleman, 2005, p. 93).

Today obesity is considered psycho-physical weakness, life indolence of an individual, inability to adapt to life. The pejorative social assessment triggers a vicious circle mechanism. Its consequences include difficulties in finding employment, discrimination at work or among social groups (Tatoń et al., pp. 55-56). The most acute and destructive consequences for an individual are social isolation, lowered self-esteem, depression, anxiety disorders, emotional problems leading to self-destructive types of behaviors.

The occurrence of social ostracism, animosity, lack of acceptance, understanding, and support towards obese people is not an echo of life in the 21<sup>st</sup> century individualistic culture. Emotions and attitudes like that allowed hominids evaluate and survive years ago. Nowadays, obesity is too often treated as something of a dehumanizing value.

Accumulation of disorders depends not only on the civilizational, cultural or ethnic influences, but also on the social situation and the level of education.

Obesity and all its psychosocial consequences is an outcome of a culture of consumerism. Such attitudes dominate and, even though many people are aware of the existing threats, reversing the effects of these changes will be extremely difficult, not to say, impossible.

We can also make a conclusion that obesity becomes one of the factors in a natural selection. Obese people are less competitive in nearly every sphere of social and professional

life. Apparent acceptance of obese people also designates specific roles in a society: losers, lazybones, jovial companions that nobody really reckons with.

Changing this situation requires undertaking a number of educational actions. They should include both content referring to biomedical, psycho-sociological, anthropological, axiological and esthetical conditionings. This content should also include „specific guidelines” what actions to take in case of obesity.

It is also important to form the right attitudes towards obese people. Individuals who mock them ought to be reminded the words of I. Gogol *whoever you laugh at, you laugh at yourselves*.

## REFERENCES

BUDNIK A., WOJTKOWIAK M.: *Czy bogaty musi być otyły? Czyli o pieniądzach, strukturze spożycia i kondycji fizycznej mieszkańców wsi wielkopolskich*, In: Malinowski A., Łuczak B., Grabowska: *Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*, Tom II, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996, ISBN 83-7016-944-9.

CHIP W.: *Kciuki, paluchy i łzy oraz inne cechy, które czynią nas ludźmi*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 2008, ISBN 978-83-7510-056-3.

DIDIER J.: *Słownik filozofii*, Wyd. II, Wydawnictwo: Książnica, Katowice 1995, ISBN 83-7132-077-9.

DUDEK Z. W.: *Jungowska psychologia marzeń sennych*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2010, ISBN 978-83-61538-33-2.

GERRIG J., ZIMBARDO P.G., 2002: *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, ISBN 978-83-01-14632-0.

KOSTRZANOWSKA Z.: *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę*, In: Krajewska-Kułak, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. (Ed.): *Problemy wielokulturowości w medycynie*, PZWL, Warszawa 2010, ISBN 978-83-200-4134-7.

KRAJEWSKI W. (Ed.): *Słownik pojęć filozoficznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Wyd. I, Warszawa 1996, ISBN 83-85838-66-X.

KRZEMIONKA-BRÓZDA D.: *Gdy ciało ciąży. Doświadczenie siebie i swojego ciała poprzez kobiety z nadwagą*. In: Wrona-Polańska H. (red.), *Zdrowie – Stres- Choroba – w wymiarze psychologicznym*, Impuls, Kraków 2008, ISBN 978-83-7308-927-3.

*Kultura a zdrowie*, In: MATSUMOTO D., JUANG L.: *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, ISBN 978-83-7489-001-4.

PALMER S.: *Toksyczne dzieciństwo – jak współczesny świat krzywdzi nasze dzieci i co możemy zrobić, aby temu zapobiec*, Wydawnictwo Dolnośląskie, 2006, ISBN 978-83-245-8543-4.

SILLAMY N., 1989: *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Książnica, Katowice, 1994, ISBN 83-7132-124-4S. 195.

SITNIK K.: *Psychologia kobiety*, In: A. Trzcieniecka-Green, *Psychologia – podręcznik dla studentów medycznych*, TAIWN UNIVERSITAS, Kraków 2006, ISBN 83-242-0753-8.

TATOŃ J., CZECH A., BERNAS M.: *Otyłość- zespół metaboliczny*, Wydanie I, PZWL, Warszawa 2007, ISBN 83-200-3198-2.

## **CONTACT**

### **Joanna Miarka**

Jagiellonian University, Collegium Medicum, Cracow

e-mail: [miarkajoanna@o2.pl](mailto:miarkajoanna@o2.pl)

### **Wojciech Klapa**

e-mail: [wokl@interia.pl](mailto:wokl@interia.pl)

### **Ewa Michalska**

e-mail: [ewa\\_agnieszka@poczta.onet.pl](mailto:ewa_agnieszka@poczta.onet.pl)

# THE INCIDENCE OF VASCULAR ACCESS COMPLICATIONS AMONG PATIENTS TREATED IN INTENSIVE CARE

**Anna Michalik**

Faculty of Health Sciences, University of Bielsko-Biala, Poland

## **Abstract**

**Introduction:** The intensive care unit is a specialized medical facility dedicated to the treatment of patients in severe condition primarily resulting from circulatory and respiratory disorders, multiple organ dysfunction coexistence, immunological disorders, reduced consciousness, poor nutrition, breach of continuity of integument and prior antibiotic therapy. This process requires the use of various types of catheters, including vascular catheters.

**Aim:** The aim of the study was to determine the incidence and risk factors for the occurrence of complications of vascular access among patients treated in the intensive care unit.

**Material and methods:** The study was conducted among the patients of Anesthesiology and Intensive Care Unit, Hospital of Silesia, in the period from January to March 2013. The study group consisted of patients, staying on the ward from January to March 2012.

**Results and conclusions:** There is a statistically significant correlation between the number of manipulations and the incidence of complications. A positive correlation between the number of obtained vascular accesses and the incidence of complications was shown. There was a significant effect of the time dependence of the maintenance of vascular access for infectious complications.

**Keywords:** vascular access, complications, intensive care

## **INTRODUCTION**

Intensive care unit is a specialized medical facility dedicated to the treatment of patients with life-threatening conditions that result from potentially reversible failure of one or more basic systems of the body (Maciejewski et al., 2008). Thus, a patient being treated in the intensive care unit is characterized primarily moribund, resulting among other things from circulatory and respiratory disorders, multiple organ dysfunction coexistence, immunological disorders,

reduced consciousness, poor nutrition, tearing of the continuity of integument and prior antibiotic therapy (Maciejewski et al., 2008, p. 249). Applied methods of treatment and patient monitoring, in particular, mechanical ventilation, prolonged maintenance of central venous route, the supply of immunosuppressive drugs, probing the bladder and stomach, and also the presence of specific microflora, determine the occurrence of specific complications associated with conducting intensive therapy. The constant progress of medical science makes diagnostic and therapeutic measures becoming more effective. This process, however, requires not only the use of complex procedures but also the use of sophisticated top-notch equipment, which is needed in the daily care of the patient. The use of all kinds of catheters, especially vascular catheters should be considered as an important event. Currently in the United States each year there are 5 million of central vascular catheters and 145 million of peripheral vascular catheters insertions (Małafiej, 2004, p. 90). The central vascular catheters are intravascular catheters, meaning that their end is in the heart or in large vessels near the heart. Vascular catheters can be divided according to the blood vessel into which they are introduced – venous, arterial; depending on the length of the application – a temporary, short term – when the time of maintenance of the vessel does not exceed 10 days and long-term or permanent; depending on the point of entry – jugular, subclavian, femoral; catheters introduced from the central peripheral access, depending on the technique of placing in the vessel – tunneled or nontunneled; depending on the length – long or short; depending on certain characteristics of the cannula – with or without a cuff, cuff impregnated with heparin, antibiotic or antiseptic; a single or multilumen (Guidelines for the Prevention of catheter-related infections, 2011, p.24).

## **THE AIM OF THE STUDY**

The aim of the study was to determine the incidence and risk factors for complications of vascular accesses among patients treated in the intensive care unit.

## **MATERIALS AND METHODS**

The study was conducted among patients of Anesthesiology and Intensive Care Unit, Hospital of Silesia, in the period from January to March 2013. The study group consisted of patients, staying on the ward from January to March 2012. The study was approved by the Bioethics Committee of the Beskid Chamber of Physicians in Bielsko-Biala and the Directorate of Hospital of Silesia in Cieszyn.

Criteria for inclusion: Persons eligible for treatment in the Department of Anesthesiology and Intensive Care, who underwent the procedure of inserting an arterial or venous access.

Exclusion criteria: Patients who have been admitted with already inserted vascular access.

The study used a retrospective analysis using the analysis of patient records and documentation of care.

The study used the following research tools: SOFA Scale (Sepsis-Related Organ Failure Assessment) include: PaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub>, serum creatinine and bilirubin levels, the number of platelets, mean arterial pressure, the need for catecholamines and the result of evaluation of the patient by Glasgow Coma Scale (Vincent et al., 1998). APACHE II Scale (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II): it is a scale, that allows an assessment of the severity of the condition in adults. The classification is based on the results of 12 routinely performed measurements of vital signs and physiological parameters. The result of the evaluation APACHE II has important prognostic significance in patients treated in intensive care – the higher the score the worse the prognosis (Dyk et al., 2001). TISS-20 Scale (Therapeutic Intervention Scoring System) reflects the degree of involvement of nurses in the care of the sick. In its full version it is based on 76 parameters. For the purposes of performance, however, it was limited to 28 parameters and it is referred to as TISS -28. The maximum number of points that can be achieved in TISS-28 is 78 (Miranda et al., 1996).

In addition, the study used a self-generated questionnaire for recording demographic data of the study group patients, date of admission to the hospital, date of admission to the intensive care unit, the date of discharge / death, type of admission (primary / secondary). The number of nursing staff attributable to one patient was also monitored.

The data obtained from the tests and observations was collected in a spreadsheet program Microsoft EXCEL. After initial verification, the data was imported into STATISTICA v7.1 StatSoft, by means of which it was subjected to detailed statistical analysis.

The basic criterion for the selection of methods of data analysis was the type of variables. For quantitative variables of type scale an additional criterion for the selection of tests was compatibility with a normal distribution, which was verified by Kolmogorov-Smirnov test .

In the analysis of qualitative variables Chi-square independence test was used. For comparison of the fraction of percentages the test of structure rate was used with the estimated confidence intervals.

Due to the nature of certain quantitative variables, and the lack of compatibility with a normal distribution, in the process of their analysis mainly non-parametric tests were used, including Spearman rank correlation analysis, Kruskal-Wallis rank variance analysis test and U Mann-

Whitney test. In the case of compliance with the normal distribution and the additional conditions required by parametric tests, Student's t-test was used.

A database was created, the structure of which enabled to determine the rate of complications for all types of vascular access and all accesses together separately for each patient. The number of accesses applied to each patient was calculated as well as the incidence of complications, for each type of access for each patient and the number and incidence of complications of all accesses for each patient separately.

Statistical description of the sample was performed. Basic statistical parameters (mean value, standard deviation, range of variation, skewness and kurtosis) for scale variables were calculated. For qualitative variables, schedule numbers and percentages in respect of categories adopted by these variables were determined.

## RESULTS

Statistical analysis were performed on the basis of studies carried out in a group of 94 patients who were admitted to the Department of Anesthesiology and Intensive Care in the period from 1 January to 31 March 2012.

The study group consisted of patients aged 18 to 96 (mean 64, 86), including 54 (57 %) men and 40 (43 %) women. The average length of stay in the ward was 6, 47 days, and the length of hospital stay 17, 6 days. The patient's condition on admission was rated by using the SOFA and APACHE II Scale, and the average value in the SOFA score was 7,35, and APACHE II score 26,41. The average value of TISS-28 in the study group was 32, 73. Detailed characteristics of the patients are shown in table 1.

Tab. 1 Detailed characteristics of surveyed group

Parameter	N=	Mean	Standard					
			important	value	Median	Minimum	Maksimum	deviation
Age	94	64,862	67	18	96	18,052	-0,755	-0,190
Length of ICU stay	94	6,468	5	1	25	5,453	1,427	1,750
Length of hospital stay	94	17,596	12	1	76	18,686	1,699	2,386
Sofa score	69	7,348	7	2	18	3,294	0,522	0,461
Apache II score	70	26,414	25	9	63	10,418	0,871	1,291
TISS-28 score	94	215,128	145,5	18	790	190,291	1,320	1,091
TISS-28 - mean	94	32,730	32,1	6	54	7,779	0,040	1,092



The admission to hospital, in the vast majority, was sudden (94,68 %). Nearly 7,5 % (7,45 %) patients had a positive blood culture on admission. Among the hospitalized patients, 30 (31,91 %) were admitted after surgery.

The time of maintenance of catheters was as follows - 748 days a central catheter, dialysis catheter - 112 days, 621 days arterial cannula, peripheral intravenous line type of cannula - 54 days. The complication rate of vascular access was 45 in 256 inserted vascular accesses, which accounted for 17,58 %. Most complications occurred among arterial (19,83 %) and peripheral venous accesses (19,05 %). A detailed description is presented in table 2.

Tab. 2 Vascular access description

Type of cannula	Without complications	% complications	of Number complications	of Number vascular access	of % complications	of
Central venous catheter	74	81,32	17	91	18,68	
Dialysis catheter	16	94,12	1	17	5,88	
Arterial cannula	93	80,17	23	116	19,83	
Peripheral inserteted cannula	17	80,95	4	21	19,05	
IABP	3	0,00	0	3	0,00	
Vascular sheath	3	0,00	0	3	0,00	
Swan-Ganza catheter	3	0,00	0	3	0,00	
Endokavitary electrode	2	0,00	0	2	0,00	
All together	211	82,42	45	256	17,58	

Central catheter was the cause of 18,68 % complications and dialysis catheter of 5,88 %. Among the complications, catheter occlusion occurred in 13 cases (3 central catheters, dialysis catheter 1, 9 arterial cannula), infection at the insertion site in 12 (2 central catheters, arterial catheters 8, 2 peripheral venous catheters), bleeding at the insertion site in 5 (4 central catheters, one arterial cannula) and the self-removal of the catheter by the patient in 22 cases (8 central catheters, arterial catheters 5, 2 venous peripheral cannula). In patients with suspected catheter-related infection, catheter was removed, the tip of the catheter and blood was collected for culture circuit. The results did not confirm the initial diagnosis though.

The most frequent place of choice for central vascular cannulation was the subclavian vein, constituting 70,8 % of the assumed central accesses. Subsequently, the internal jugular vein

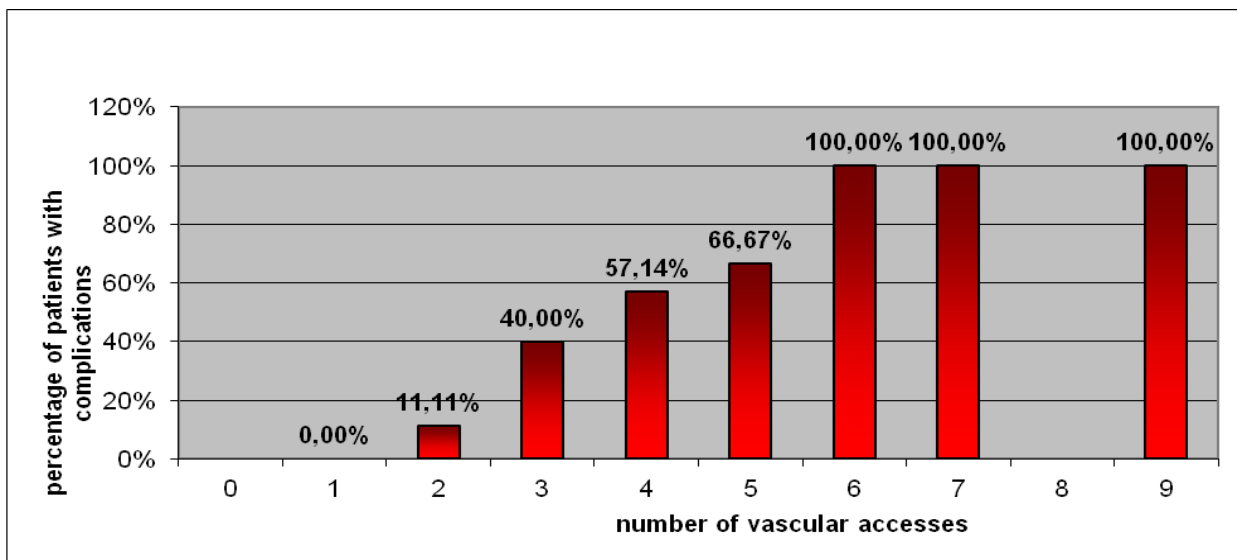
was chosen (22,9 %) and the femoral vein (6,3 %). Among the indications for creating a central access were parenteral nutrition (27,1 %), antibiotic therapy (55 %), the pressor amines and hemodynamic monitoring (89 %) and renal replacement therapy (22,2 %).

The vast majority (88,6 %) of inserted catheters were multilumen catheters. Analyzing the cannula insertion mode, 66,67 % of complications occurred among cannulas inserted electively. There was no evidence, however, that there is a correlation between the mode of inserting the cannula and the incidence of complications.

Analyzing the correlation between the time of inserting the cannula and the type of complications showed a significant effect of the time dependence of the maintenance of vascular access for infectious complications ( $p = 0.00012$ ).

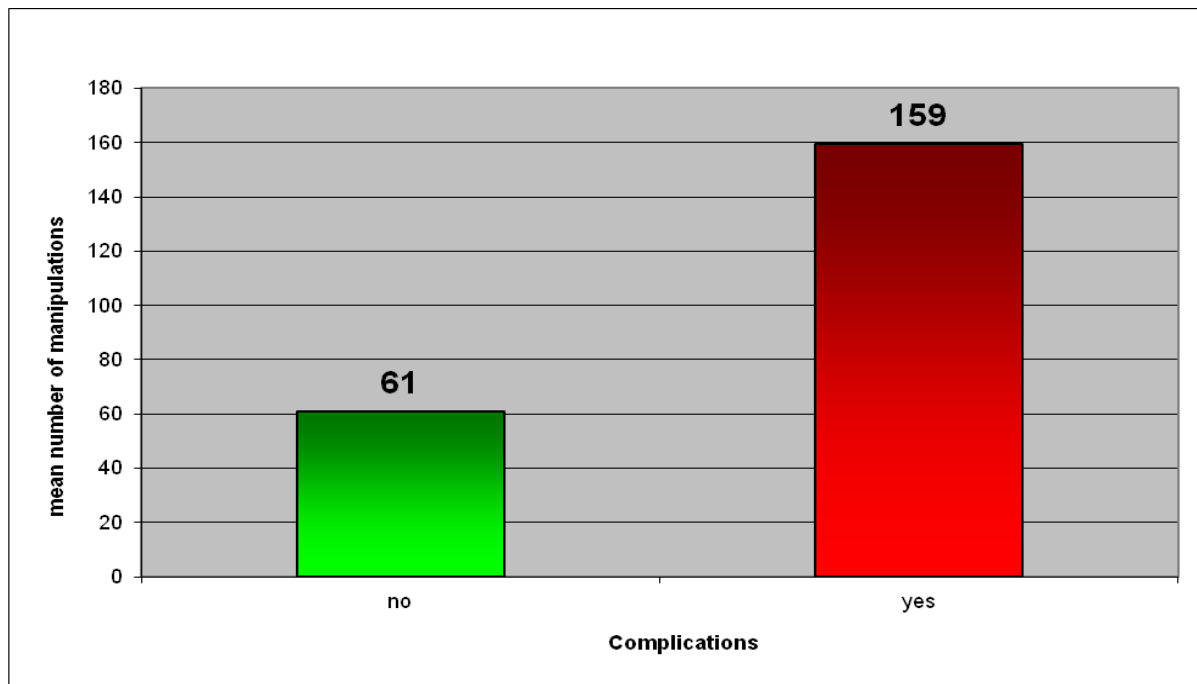
The pursued studies show that the incidence of complications increases with the number of vascular accesses, as shown in figure 1.

Fig. 1 Incidence of complications and numbers of vascular access



What was also evaluated is the correlation between the number of manipulations and the occurrence of complications. U Mann-Whitney test was used and proved a statistically significant difference ( $p = 0.00002$ ). The average number of manipulations of patients with complications and patients without complications is presented in figure 2.

Fig. 2 Incidence of complications and number of manipulations



No significant correlation has been shown between the age and gender and the incidence of complications. In the age group up to 60 years old 9,09 % of complications occurred in women and 18,52 % in men. In the age group 60-75, the incidence of complications amounted to 20,09 % in women and 6,33 % in men. In the age group over 75, complications occurred 14,37 % in women and 8,25 % in men .

Comparative analysis of the dependent variables SOFA and APACHE II scores for the group of patients who had complications and the group of patients without complications showed insignificant differences.

Assessing the extent to which comorbidity affects the incidence of complications, it was found that the correlation is insignificant.

Using the mean value of the points in the TISS- 28 it was attempted to determine whether the multiplicity of actions taken, effect on the incidence of complications. The Spearman rank order correlation was used, which showed no significant relationship ( $p = 0.793$ ).

The staff, its number, education and qualifications, play an important role in the prevention of complications. In the study group, however, no significant effect was shown of qualifications and education on the incidence of complications in patients with established vascular access.

## **DISCUSSION**

Inserting vascular access is one of the basic procedures performed in a patient treated in intensive care unit. The central vascular access is an essential tool for monitoring and treatment of patients in intensive care. It is commonly used for patients in life-threatening condition for hemodynamic monitoring, maintaining renal replacement therapy or parenteral nutrition. It also allows the supply of highly toxic drugs acting on the vascular endothelium, including catecholamines, cytostatics, large volume infusion fluids supplemented with potassium, blood products, antibiotics or chemotherapeutics. Obtaining and maintaining this type of vascular access is of particular importance in patients in whom there is a significant problem with obtaining a peripheral venous access, and can therefore also be used for frequent blood sampling [Joks et al., 2010, p. 217]. The intensity of the use of central vascular lines of the patients was 99 %, with 93 % intensity of the peripheral vascular arterial and venous lines. Their use is, however, connected with the risks of complications. It is estimated that over 15 % of complications are associated with the use of central venous catheters. Infectious complications constitute 5-24 %, mechanical complications 5-19 %, and 2-26 % thrombotic [Kubler, 2004, p. 159]. Complications of central vascular cannulation can also be divided according to the time of disclosure. Early complications which may occur up to 24 hours after implantation of the cannula and late associated with thrombosis, infection or movement of the catheter in the vessel.

The complication with the greatest threat to life of the patient is sepsis associated with the presence of vascular catheter – nearly 80 % of hospital sepsis has its source in the vascular catheter. There are 82 000 cases of catheter related sepsis registered in intensive care units every year. It is the cause of 28 000 deaths per year, being the eighth leading cause of death in the United States [Wroński et al., 2010, p. 102]. The mean incidence of catheter related sepsis is 5,3 / 1000 catheter days [Pawińska, 2008]. The problem of catheter related infections will grow, because the number of patients requiring intensive treatment is increasing with every year. Underlying disease and the severity of the clinical condition of the patient have a significant impact on the risk of infectious complications. Catheter-related incidence of sepsis increases with the severity of the patient's condition. In the surveyed group however, comparative analysis of the dependent variables SOFA and APACHE II scores for the group who had complications and the group of patients without complications, showed insignificant differences. Additionally, assessing the extent to which comorbidity affects the incidence of complications, it was found that the correlation is insignificant.

Factors such as the type of material from which cannula is made, number of lumens, the time of the maintenance of the catheter in a blood vessel, the frequency of manipulation of the catheter and insertion site care are not without significance in the etiopathogenesis of the formation of catheter-related infection (Pawińska, 2008, p. 343; Kliś, 2008), which was also confirmed in the presented study.

The incidence of bloodstream infections associated with vascular catheter in patients with peripheral venous access is estimated at 0,5 / 1000 catheter days. The incidence of infection with the inserted central catheter increases 3-4 - fold, to 2,7-7 / 1000 days with a catheter, in the case of a central catheter inserted from the circuit at an average of 2,4 / 1000 days of catheter. It is worth noting that the presence of an arterial cannula increases the risk of infection to 1,7 / 1000 catheter days (Pawińska, 2011, p. 102; Mączyńska et al., 2011).

According to the National Nosocomial Infections Surveillance, sepsis which has its source in a vascular access is the third most common hospital infection which prolongs hospital stay, the duration of treatment and increases the cost of treatment up to 56 000 dollars. European publications indicate an increase in the cost reaching 35 000 Euros (National Nosocomial Infections Surveillance, 2009; Mączyńska et al., 2011, p. 5). In the surveyed group infectious complications occurred only at the insertion side, no catheter-related blood stream infection was diagnosed.

Among the mechanical complications there is a puncture of the artery, arterial hematoma in the neck or in the mediastinum, pneumothorax, hematoma or pleural effusion, cardiac tamponade, damage to the trachea, the displacement of the catheter, the catheter fragment detachment and migration to right heart obstruction veins, air embolism, damage to the brachial plexus, Horner's syndrome, and phrenic nerve injury mentioned (Kucia et al., 2005, p. 219; Gawęcki et al., 2006, p. 595; Kusminsky, 2007).

The factors associated with the risk of mechanical complications connected with the cannulation of central vessels can be divided into four categories: catheter-related (type of material, the technique of cannulation), with the patient (anatomy, diseases, drug administration), the place of the cannulation and the use of catheter by medical personnel (operator experience, adherence to sterility procedures, catheter care) (Merrer et al., 2001). Research shows that the experience of the operator has a significant impact on the occurrence of mechanical complications. It has been proven that there is less likelihood of complications of central cannulation of the vessel when the operator has performed this procedure 50 times or more (Jha et al., 2013, p. 90).

The selection of the catheter has a significant impact on the occurrence of complications. The catheter should be easily adapted to the contours of the vessel and the material from which it is made should have a high degree of flexibility. In addition, the material from which the catheter is made should be biocompatible, hemocompatible, biostable and chemically inert. Teflon, silicone and polyurethane are considered to be the most secure materials (Traska et al., 2007; Frasca et al., 2010; Giemza, 2009, p. 34). Among many types of central vascular catheters increasingly popular become the catheters coated with antiseptic or antibacterial (Wronski et al., 2010, p. 104]. However, the authors of the "Strategy for the prevention of drug resistance in intensive care" do not recommend their routine use Hryniewicz et al., 2013, p. 58).

For cannulation of central vessels the most frequently used are subclavian vein, internal jugular vein, femoral vein and the umbilical vein in the newborn. Catheterization of each of these veins has some advantages, but it also involves a specific risk (Traska et al., 2007, p. 223).

In adults significant differences in the incidence of thrombotic complications and infection were observed, depending on the location of inserting the line – the most complications occurred when reaching into the femoral vein and the least to the subclavian vein. In the Cochrane meta-analysis significantly more septic complications were shown in the application of the femoral access rather than the subclavian (Hryniewicz et al., 2013, p. 57). In the case of mechanical complications Ives et al. (Ives et al., 2006, p. 547) and Eisen et al. (Eisen et al., 2006) showed that the subclavian access was associated with a higher incidence of such complications. It is also increasingly used to obtain the central access by puncture of one of the veins lying peripherally. The choice of vascular access depends mainly on the anatomical conditions, operator skill, the cannulation and the preferences of the resort. According to recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention, subclavian access was preferable among the surveyed patients.

A typical way to obtain access to the large vessels is to use the Seldinger technique. The access to the central vessels was first described in 1952 by Aubaniac, who inserted catheters in subclavian veins of wounded soldiers (Nowicka et al., 2004, p. 282). Currently, in order to reduce the incidence of early complications of vascular cannulation of central vessels, bedside ultrasounds are used more commonly, enabling accurate assessment of vascular and anatomical structures of the patient (Matsushima et al., 2010, 159; Tomaszewski et al., 2005, p. 159; Nayeemuddin et al., 2013).

The introduction of standards of practice for both cannulation techniques and care of central vascular accesses has a significant impact on reducing the incidence of the above-mentioned complications.

The arterial cannulation is also a common procedure performed in patients who require intensive therapy and intensive care, often used for blood sampling and hemodynamic monitoring (Lorente et al., 2006). Among the vessels used for cannulation the radial artery is mentioned along with femoral, axillary, and the dorsal ulnar artery (Scheer et al., 2002). In the studied group of patients, most commonly used peripheral arterial access was the radial artery (85 %). The frequency of occurrence of complications associated with arterial access varies depending on the point of access. Complications include obstruction, general and local infectious complications, hematoma or pseudoaneurysm formation.

The ability to perform bedside procedures competently is an important part of medical and nursing practice. Procedures associated with gaining vascular access are commonly performed for diagnostic and therapeutic reasons, especially in critically ill patients. Therefore, in intensive care department of Silesia Hospital, every medical resident and young nurse is being supervised by older, more experienced colleagues until they feel comfortable performing venous or arterial catheterization. That may be the reason why in the surveyed group, no significant effect of qualifications and education on the incidence of complications in patients with established vascular access was shown.

The analysis of issues related to the occurrence of complications of vascular accesses can bring many benefits in both theoretical and practical aspects, what may result in the implementation of new educational programs. The study has some limitations. Results represent a small sample of hospitalized patients and therefore, may limit the generalization of the conclusions. Therefore, there is a need to extend the surveyed group of patients.

## **CONCLUSIONS**

1. There is a statistically significant relationship between the number of manipulations and the incidence of complications ( $p = 0.00002$ ).
2. A positive correlation between the number of established vascular accesses and the incidence of complications was shown.
3. There was a significant effect of the time dependence of the maintenance of vascular access for infectious complications ( $p = 0.00012$ ).
4. No significant impact of age and gender on the incidence of complications was shown.

5. There was no correlation between the mode of inserting the cannula and the incidence of complications.

## REFERENCES

DYK, D. – WOŁOWICKA, L. – KRAMER, L. 2001. The Apache II and GCS scales for prediction of outcome from intensive care. In *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 2001, vol. 1, pp. 5-8

EISEN, L.A. – NARASIMHAN, M. – BERGER, J. S. et al. 2006. Mechanical complications of central venous catheters. In *Journal of Intensive Care Medicine*, 2006, vol. 21, pp. 40-46

FRASCA, D. - DAHYOT – FIZELIER, C. – MIMOSA, O. 2010. Prevention of central venous catheter - related infection in intensive care unit. In *Critical Care*, 2010, vol. 14

GAWĘCKI, W. – DĄBROWSKI, W. – SMUSZKIEWICZ, P. 2006. Central venous catheter as a reason of bleeding after tracheotomy. In *Otolaryngologia Polska*, 2006, vol.45, no. 4, pp. 593-597

Guidelines for the prevention of catheter-related infections. Polish Association of Epidemiological Nurses, Katowice, 2011, vol. 8

GIEMZA, M. Practical aspects of catheter-related infection – central vascular access monitoring (own experience from the years 2002 to 2008). 2009. In *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, 2009, vol. 11, pp. 34-38

IVES, C. – MOE, D. – INABA, K. et al. 2012. Ten years of mechanical complications of central venous catheterization in trauma patients. In *The American Surgeon*, 2012, vol. 5, pp. 545-549

JHA, M. – KUMAR, S. – BOKIL, V.S. – GALANTE, D. 2013. Complications of central venous catheter cannulation in tertiary care hospital ICU, a 2 years retrospective, observational study. In *Pediatric Anesthesia and Critical Care Journal*, 2013, vol.1, no. 2, pp. 87-92

JOKS, M. – KROLL, R. – KOMARNICKI, M. 2010. Thrombotic complications of central venous catheters in hematooncological patients. In *Przegląd Lekarski*, 2010, vol. 67, pp. 217-221

KLIŚ, A. 2008. The role of nurses in reducing catheter-related infections. In *Forum Nefrologiczne*, 2008, vol. 1, no. 2, pp. 101-104

KUBLER, A. Infections associated with vascular catheters - clinical guidelines. 2004. In *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, 2004, vol. 7, no. 3, pp. 159-165



KUCIA, H. – MISIOŁEK, H. – KNAPIK, P. et al. 2005. Complications associated with the use of hemodialysis catheters in diabetic and nondiabetic subjects with end-stage renal failure - our experience. In *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 2005, vol. 5, no. 3, pp. 215-221

KUSMINSKY, R. 2007. Complications of central venous catheterization. In *Journal of the American College of Surgeons*, 2007, vol. 204, no. 4, pp. 681-696

LORENTE, L. – SANTACREU, R. - MARTIN, M., et al. 2006. Arterial catheter - related infection of 2,949 catheters. In *Critical Care*, 2006, vol. 10, no. 3

MACIEJEWSKI, D. - MISIEWSKA-KACZUR, A. 2008. Infections in intensive care. In *Dzierżanowska, D. Nosocomial infections. Bielsko-Biała: α - medica press*, 2008. p. 249

MAŁAFIEJ, E. 2004. Catheter-related infections. In *Zakażenia*, 2004, vol. 4, pp. 90-94

MATSUSHIMA, K., FRANKEL, H. 2010. Bedside ultrasound can safely eliminate the need for chest radiographs after central venous catheter placement: CVC Sono in the surgical ICU. In *Journal of Surgical Research*, 2010, vol.163, pp. 155-161

MAĆZYŃSKA, B. – MORDARSKA-PRZONDO, A. 2011. Bloodstream infections related to the vascular access. In *Zakażenia*, 2011, vol. 4, pp. 4-7

MERRER, J. - De LONGHE, B. – GOLLIOT, F. et al. 2001. Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill people team: A randomized controlled trial. In *JAMA*, 2001, vol. 286, pp. 700-707

MIRANDA, DR. – De RIJK, A. – SCHAUFELI, W. 1996. Simplified therapeutic intervention scoring system. The TISS-28 items – results from a multicenter study. In *Critical Care Medicine*, 1996, vol. 26, pp. 64-73

National Nosocomial Infections Surveillance, December 2009. In *American Journal of Infection Control*, 2009, vol. 37, pp. 783–805

NAYEEMUDDIN, M., - PHERWANI, A.D., - ASQUITH, J. R. 2013. Imaging and management of complications of central venous catheters. In *Clinical Radiology*, 2013, vol. 68, pp. 529-544

NOWICKA, M. - KURCZABIŃSKA, D. – STOŁTNY, L. et al. 2004. Acute respiratory distress and peritonitis after femoral vein cannulation in a 1.5 year-old child. Case report. In *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 2004, vol. 36, pp. 282-285

PAWIŃSKA, A. 2008. Infections associated with the use of central catheters. In *Dzierżanowska, D. Nosocomial infections. α - medica press. Bielsko-Biała*, 2008, p. 343

PAWIŃSKA, A. 2011. Prevention of sepsis associated with the vascular catheters. In *Zakażenia*, 2011, vol. 1, pp. 102-108

- SCHEER, B.V. – PEREL, A. – PFEIFFER, U.J. 2002. Clinical review: Complications and risk factors of peripheral arterial catheters used for haemodynamic monitoring in anesthesia and intensive care medicine. In *Critical Care*, 2002, vol. 6, no. 3, pp. 198-204
- HRYNIEWICZ, W. – KUSZA, K. – OZOROWSKI, T. – MISIEWSKA-KACZUR, A. – FLEISCHER, M. – TREJNOWSKA, E. – DEPTUŁA, A. 2013. Prevention of central venous catheter infections. In *The strategy of preventing drug resistance in intensive care departments. Recommendations for the prevention of infections in intensive care departments*. Narodowy Instytut Leków: Warszawa, 2013, pp.56-79
- TOMASZEWSKI, D. – KOWALCZYK, W. – GRZSIK, J. 2005. Early complications associated with central venous cannulation. In *Lekarz Wojskowy*, 2005, vol. 81, no. 3, pp. 189-192
- TRASKA, T. - SCHAEFER, M. – BERG, W. et al. 2007. Cervical compartment syndrome – complication of central venous catheterization. In *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 2007, vol. 79, no. 2, pp. 223-226
- VINCENT, J.L. - DE MENDONCA, A.- CANTRAINED, F. - MORENO, R. - TAKALA, J. - SUTER, PM. - SPRUNG, CL. - COLARDYN, F. – BLECHER, S. 1998. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction / failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. In *Critical Care Medicine*, 1998, vol. 26, no. 11, pp. 1793-800
- WRONSKI, J. – FELDO, M. – PRZYWARA, S.- WILCZYŃSKI, M. 2010. Antibacterial protection systems for central venous access. In *Zakażenia*, 2010, vol. 4: pp. 102-106

## **CONTACT**

**Anna Michalik**

Willowa Street 2

43-309 Bielsko-Biala

Poland

e-mail: [a.michalik@ath.bielsko.pl](mailto:a.michalik@ath.bielsko.pl)

## THE ROLE OF A NURSE IN TERAPEUTIC TEAM ON THE PSYCHIATRIC SECTIONS

Kazimiera Moździerz<sup>1</sup>, Barbara Kubik<sup>1</sup>, Stanisława Morawska<sup>2</sup>, Małgorzata Kołpa<sup>1</sup>,  
Aneta Grochowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Nursing Department, Higher Vocational School in Tarnow

<sup>2</sup>Health study Department, Jagiellonian University Collegium Medicum Laboratory of  
Midwives Care basics

### Abstract

**Introduction:** Proper attitude of therapeutic team to patients suffering from mental disorders is a key element that influences the quality of recovery process. Doctor along with nurses must be aware of the responsibility for undertaken therapeutic actions. It has to be remembered, that members of therapeutic teams not only cooperate with each other but also they are obliged to motivate the patients to such cooperation and their willingness to treatment.

**Goal of the work:** learning the psychiatric sections in terms of nurse dedication to recovery process.

**Material and method:** Research was conducted in Psychiatric Hospital in Straszecin, in Podkarpackie Province in Poland, since January to June 2013 year. The research group consists of 100 patients. Author's questionnaire was used as a method.

**Results:** High percentage of respondents (84 %) think that nurses give them needed amount of time. Most of the respondents (84 %) think that the nurses have a great impact on their recovery process. Patients give also the nurse a great role in preparing them to function in home conditions (69 %).

**Conclusions:** In the patients' opinion the role of a nurse in recovery process is very significant. To improve the quality of medical care in psychiatric sections, qualifications of medical personnel must be increased.

**Keywords:** a nurse, a patient, therapeutic team, psychiatric section

### INTRODUCTION

Mental disorders are considered as a serious social problem, growing especially in the latest years due to the raise of a dynamic of harmful social issues. Frustration an stress connected

with the economic changes, unemployment, tensions in a work place, violence in schools, growing consumption of alcohol, drugs, consumption of depressants without therapeutic recommendations cause the increase in psychiatric health threats. The most important tasks of present psychiatry are strengthening the mental health, preventing the psychiatric diseases as the commonly known prevention and all pro-healthy actions undertaken in families from childhood and other environments.

In psycho education, as well as in rehabilitation of people suffering from psychiatric diseases – very important role is passed to a nurse. She is a member of therapeutic team. Due to permanent contact with a patient and his/her family, a nurse has a chance to estimate the patient's problems and the influence on his/her attitude and environment. Patients is given professional nurse support, better insight in his/her health condition and behaviors necessary to self-care and self-treatment, which all gives the ability to live independently and run daily activities.

Trough the education of a patient, a nurse builds characteristics such resourcefulness, ability to solve the problems and carrying on in a tough situations – base on the good cooperation with a patient and his/her family. [Banaszewska, 2000].

### **THE AIM OF THE WORK**

The aim of this work was to know the expectations and opinion of patients from psychiatric sections on the nurse engagement in the process of their recovery.

The research problems:

1. If the communication between nurse and patients is friendly and clear?
2. What attitudes of the nurses are expected by patients from psychiatric section?
3. Do the patients from psychiatric section have trust in nurses?
4. Are the patients given the support from nurse? What kind of support is it and what is the patients opinion on it?
5. What is the nurse role in preparation of ill people to carry on with a disease?
6. How do the patients estimate the influence of nurses on the recovery process?

### **MATERIAL AND THE METHOD**

The research was conducted in Psychiatric Hospital in Straszecin, in Podkarpacki province in Poland, in the period of January till June 2013 year. The research group included 100 people: 60 woman and 40 man in the age of 20-55 years old. The examined people lived in town as well as in the country. The research included the usage of diagnostic poll method.

Author's questionnaire was used as the research tool. The participation in a survey was voluntary, the poll was anonymous.

Trough the time of survey, patients were given a chance to contact with a person gathering the inquiry.

Percentage share of given answers was used to estimate the gathered material.

## RESEARCH RESULTS

The age of examined people was as following: 28 people (28 %) was at the age of 20-30 years old, 48 people (48 %) at the age of 31-50 years old and 24 persons (24 %) were people above 50 years old. Majority of respondents lived in town – 56 people (56 %), 44 (44 %) people live in the country. From the entire group of examined people most of them had vocational education -36 people (36 %). There were 32 (32 %) people with basic and average education. There was nobody in the group of examined people with the higher education's (Tab. 1).

Tab. 1 Characteristic of examined-sex, age and education

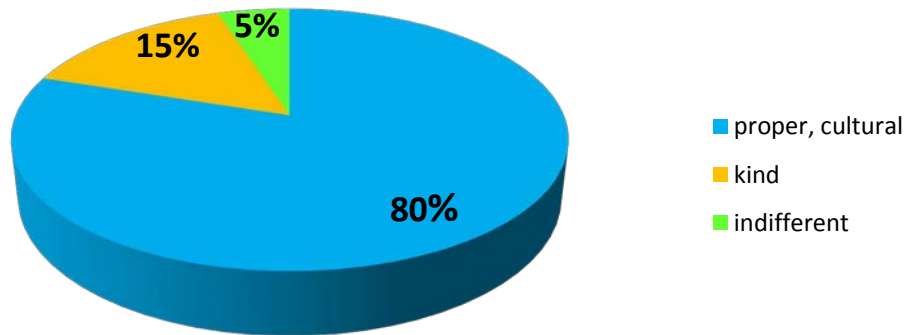
Variable	Category	n	%	Sum	
				n	%
Sex	F	61	61	100	100
	M	39	39		
Age in years		n	%	F	M
	20-30	28	28	18	10
	31-50	48	48	36	12
	51- and more	24	24	7	17
Education		n	%	F	M
	Average	32	32	20	12
	Vocational	36	36	23	13
	Primary	32	32	18	14

Most of the examined people were in the hospital for a subsequent - 84 people (84 %). For 16 people (16 %) it was the first time in the hospital.

Results of the research show that the majority (90 %) of examined patients in the psychiatric section consider verbal communication with nurse team run without any obstacles. Behavior

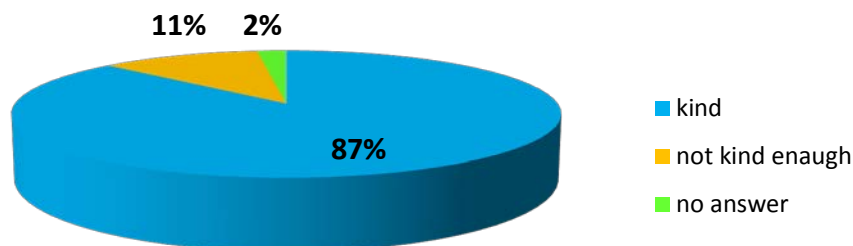
of the nurse during the conversation with a patient was estimated as cultural and proper (80 %), kind (15 %), indifferent – 5 % (Graph1).

Graph 1 Nurse behavior during the conversation with a patient



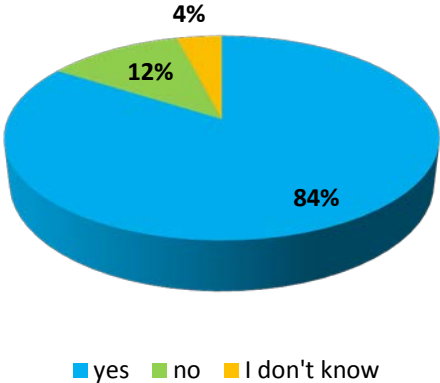
The atmosphere during the contacts of patients with nurses was estimated as kind (87 %). 11 % patients consider contacts with nurses not kind enough. Small percentage (2 %) of patients did not give the answer (Graph 2).

Graph 2 Atmosphere during the contacts of the patient with nurses



84 of examined (84 %) has the opinion that nurses give them time and attention when such need occurs. 12 people (12 %) think that the nurse gives patients too little time. 4 people (4 %) give no answer („i don't know"). (Graph 3).

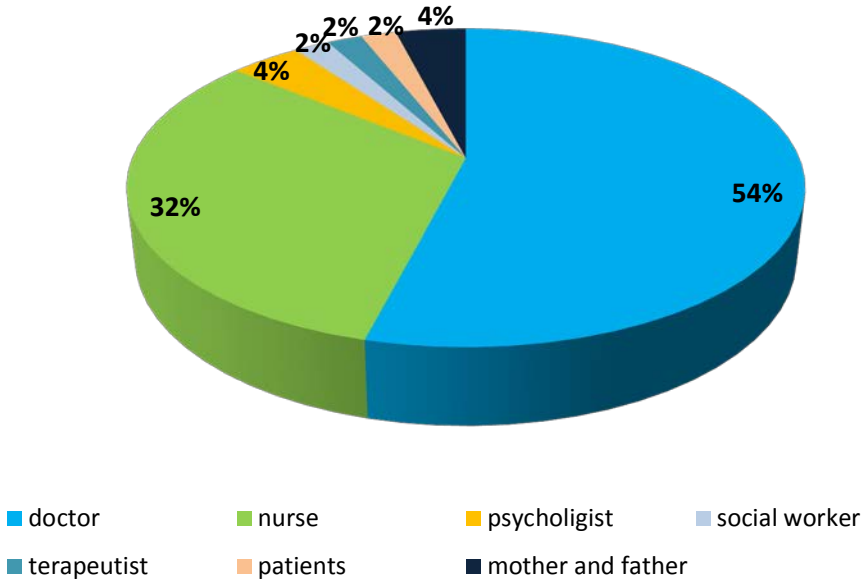
Graph 3 Time given by nurse to patients form the perspective of examined people



Most of the examined consider that, information passed by nurses are clear 88 people (88 %). For 12 people (12 %) the information is not clear enough.

Among the examined people the trust is mostly given to a doctor – 54 people (54 %) and nurse– 32 people (32 %). Next to doctor and nurse, patients also give trust to psychologist – 4 people (4 %), social employee – 2 people (2 %), therapist – 2 people (2 %), patients– 2 people (2 %), parents – 4 people (4 %) (Graph 4).

Graph 4 People building trust among patients

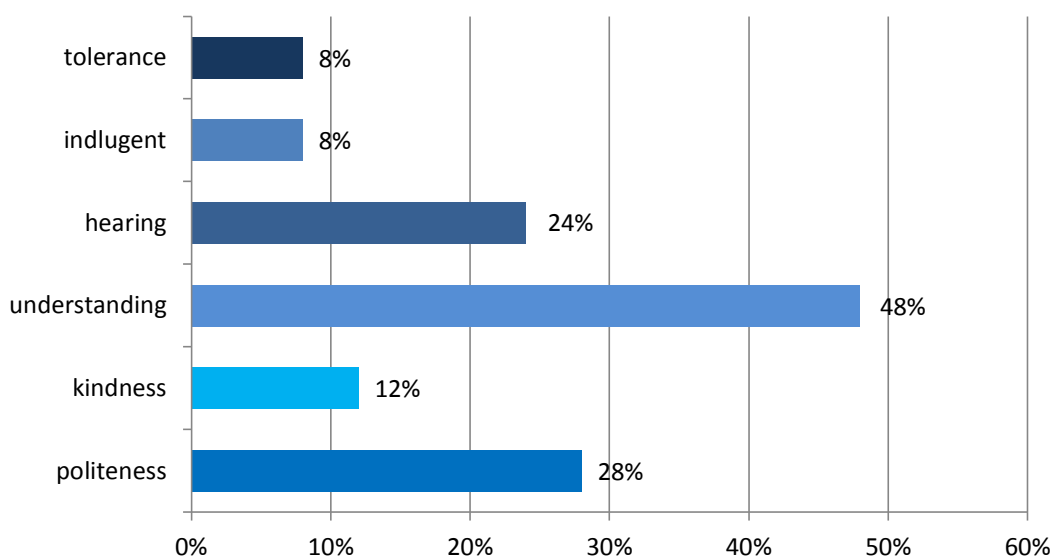


Most of the respondents 84 people (84 %) think that, the nurses have impact on the recovery process, 12 people (12 %) have the opposite opinion and 4 people (4 %) did not give any answer.

In the last part of the questionnaire patients were asked, if during their stay in hospital sufficient actions to prepare them for handling a disease in a home conditions were undertaken and who from the hospital perform them. Majority of the respondents (69 %) pointed nurses, then doctor (25 %) and psychologist (6 %).

The respondents' expectations from a hospital personnel are following: understanding – 48 people (48 %), kindness – 28 people (28 %), hearing – 24 patients (24 %), politeness – 12 people (12 %), indulgent– 8 people (8 %) and tolerant – 8 people (8 %) (Graph 5).

Graph 5 Patients' expectations form a nursery team



## DISCUSSION

Medical services from the area of close psychiatric treatment are specific. In such case, we can observe symbolic and real exclusion from the world of health humans and limited right to freedom. In a situation, when psychiatric patients cannot always expect the social support; medical care, which is performed successfully, apart from the recovery aspect can perform additional, improving role.

The quality of medical care is reflected in positive clinical and social effect. Apart from the direct profits coming form the measurement of the quality of medical services – the significant factor for patients is their ability to express their opinion on the medical services in a free way. This gives a patient possibility to control the recovery process, improves his/her motivation for reintegration with society when the treatment is finished [Anczewska et al., 2007; Bilikiewicz, 2006; Indulska et al., 2008; Zarzeczna-Baran et al., 2012].



For patients from psychiatric sections, the most important factors that influence their opinion on rendered medical services are therapeutical relations with personnel, level of professional, behaviors and attitude, being respectful and giving patients enough time, as well as satisfactory nurse care [Anczewska et al., 2010; Zarzeczna-Baran et al., 2012].

Majority of research acknowledge the fact that, medical treatment of mental disorders requires long-term therapy and rehabilitation. Patients usually are afraid of being rejected by families, afraid of bad relations with others and loneliness.

According to a literature, it turns out that mental disorders can lead to total removal from social and family life. In prophylactics of such disorders, the important role is passed on nurses.

A nurse as a member of therapeutic team is dedicated into every step of therapy. Professional realization of medical treatment in case of patient with mental disorders, including also the rehabilitation improve the process of faster recovery by creating physical and psychological comfort for a patient, which then improves the effectiveness of pharmacies used by therapeutics. Nurses are involved in creating the atmosphere similar to the atmosphere at home; they have close contact with patients; help them to function in a active way, advise them in solving problems and obstacles. Present knowledge of disease and health used by nurses for educational reasons; help them in creating new behaviors and abilities, which then protects life and guarantee patients with mental disorders the independence, despite some harmful consequences of a disease [Górna et al., 2001; Kasperek et al., 2003; Ostrzyżek et al., 2006].

In the research presented in this paper, majority of patients (84 %) is willing to take part in a different forms of the therapy eg. psychiatric rehabilitation. Similar results were obtained in Wilczewskiej and Ciszewskiej-Kreft research [Wilczewska et al., 2010] and were presented on the international conference about nurse and midwife image connected with new goals in polish and european nurse and midwife system. [Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim, 2009].

Research results presented in this paper points out the important role of a nurse as a member of therapeutic team. Patients' expectation from the nurses are as following: understanding– 48 %, kindness – 28 % and hearing – 24 %. From the examined group point of view, the nurses are first and close contact, they give patients most attention and give support (84 %). Similar research results were achieved by Anczewska [Anczewska et al., 2010] where 80 % patients expect from nurses kindness, friendliness and patience].

Also in Anczewska researches patients mentioned nurse as a person available round the clock

(99 %), spending the most time with them (99,6 %) and giving support (66,5 %) during the whole period of hospitalization. This percentage, despite the fact of being the highest to other members of therapeutic team is not that big. It may be that respondents in such a way, are indicating lack of nurse number on the psychiatric sections in the hospital.

Majority of examined people in the conducted research 88 person (88 %) think that, nurses pass the information clearly and in a way easy to understand. Gained results are close to results obtained by Anczewska and others [Anczewska et al., 2010], where 90 % of examined patients have confirmed the fact of passing information by a nurse in a clear way.

High percentage of patients form psychiatric sections, confirmed in this research gaining the information on handling a disease after their stay in hospital from nurses (69 %), doctor (25 %) and psychologist (6 %).

Majority of respondents 84 people (84 %) think that nurses have impact on recovery process, 12 people (12 %) have the opposite opinion, and 4 people (4 %) did not present their opinion.

To improve the quality standards of medical care in psychiatric section in hospital; work qualifications of the personnel should be increased, escalate it trough the setting competences and creating the care standards for patients. Educational system should be implemented and medical personnel should be encourage to education, which then improve the standards and quality of nursery care in case of patients, who take advantage of it.

## **CONCLUSION**

1. Patients under medical treatment in psychiatric section find communication with nurses as friendly and clear.
2. Patients form psychiatric sections expect form therapeutic team, including nurses; being understand, kindness, hearing, politeness and tolerance.
3. Patient's trust into nurses is a bit lower than to doctors.
4. High percentage of patients is given the emotional and information support form nurses and find as important the impact of nurse care on their recovery process.
5. In patients' opinion educational actions undertaken by nurses have a positive impact on their preparation to operate with a disease in family and social environment.
6. In the opinion of examined people the nurse's roles in medical care is very important. To improve the quality standards in psychiatric sections, there should be some relevant actions undertaken to increase qualifications of therapeutic teams.

## REFERENCES

- ANCZEWSKA M., RADUJ J., INDULSKA A., PAŁYSKA M., PROT K. 2010. Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych, *Psychiatria Polska* 2010, tom XLIV, numer 2, s. 255-265.
- ANCZEWSKA M., INDURSKA A., RADUJ J., PAŁYSKA M., PROT K. 2007. Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym, *Psychiatria Polska*, 2007, 41 (3), s. 427-434.
- BILIKIEWICZ A. *Psychiatria*. 2006. Podręcznik dla studentów medycyny, wydanie III uzupełnione, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006 .
- BANASZEWSKA A. 2000. Wrażliwość systemów opieki zdrowotnej na potrzeby pacjentów. Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2000.
- GÓRNA K., SUWALSKA A. 2001. Psychoedukacja chorych na schizofrenię. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, 2, s. 11–16.
- INDULSKA A., ANCZEWSKA M., RADUJ J., PROT K., PAŁYSKA M. 2008. Ocena jakości usług medycznych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008.
- KASPEREK B., SPIRIDONOW K., CHĄDZYŃSKA M. 2003. Jakość życia, a koncepcja własnej osoby przewlekle chorych na schizofrenię poddawanych rehabilitacji psychiatrycznej. Instytut Psychiatrii i Neurologii. *Psychoterapia* 2003, kwartalnik nr 3 (126).
- OSTRZYŻEK A., KOCUR J. 2006. Psychoedukacja a jakość życia chorych z zaburzeniami psychicznymi. *Akademia Medyczna. Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, XXXVII, nr 4, Warszawa 2006.
- WILCZEWSKA L., CISZKOWSKA-KREFT M. 2010. Udział pielęgniarki w rehabilitacji psychiatrycznej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (4), s. 483-489.
- Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim, Konferencja międzynarodowa, Wyd. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009.
- ZARZECZNA-BARAN M., BANDURSKA E., NOWALIŃSKA M., DANILUK R. 2012. Ocena jakości usług opiekuńczo leczniczych dokonana przez pacjentów psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 2012, 42, 41-52.

## **CONTACT**

**Mgr. Kazimiera Moździerz**

PWSZ w Tarnowie Zakład Pielęgniarstwa

ul.Mickiewicza 8

33-100 Tarnów

e-mail: [mozdierzka@interia.pl](mailto:mozdierzka@interia.pl)

**VYUŽITIE OŠETROVATEĽSTVA ZALOŽENÉHO NA DÔKAZOCH  
V STAROSTLIVOSTI O PERIFÉRNE INTRAVENÓZNE KATÉTRE  
THE USING EVIDENCE BASED NURSING IN CARE ABOUT PERIPHERAL  
INTRAVENOUS CATHETERS**

**Lenka Németová<sup>1</sup>, Jana Raková<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Laboratoř klinické patofyziologie, Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

<sup>2</sup> Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

**Abstrakt**

**Ciel':** Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch je špecifický proces, umožňujúci sestram vyhľadávať osvedčené postupy a vyhodnotiť, či a akým spôsobom možno tieto postupy začleniť do starostlivosti o pacienta. Cieľom tohto procesu je zlepšenie starostlivosti o pacienta a zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Naším zámerom bolo poukázať na možnosti efektívneho využitia ošetrovateľstva založeného na dôkazoch vo vzdelávaní a klinickej praxi sestier.

**Metodika:** Aplikovali sme metódu štruktúrovaného pozorovania a obsahovej analýzy dokumentov v starostlivosti o intravenózne periférne katétre na Internej klinike v Nemocnici Košice – Šaca, a.s. Do výberového súboru sme zaradili 60 novoprijatých pacientov (31 žien, 29 mužov) vo veku od 22 do 92 rokov hospitalizovaných v uvedenom zdravotníckom zariadení. Išlo o pacientov so zavedeným periférnym intravenóznym katétrom (PVK) a s očakávanou dĺžkou použitia viac ako 4 dni, s kardiovaskulárnym a iným základným ochorením. Zber dát prebiehal v období 08-10/2012. Naše zistenia sme komparovali s vybranými odbornými dokumentmi – „Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections“ a „Evidence Based Information Sheet for Health Professionals about Management of Peripheral Intravascular Devices“.

**Výsledky a záver:** Výsledky poukazujú na nevyhnutnosť aplikácie odporúčaní pre prax, z dôvodu zvyšujúceho sa dopytu po vyššej kvalite poskytovaných zdravotníckych služieb, pretrvávajúceho úsilia potrebného na obmedzenie nákladov a zlepšenia postavenia sestier v spoločnosti.

**Kľúčové slová:** ošetrovateľská prax založená na dôkazoch, ošetrovateľská starostlivosť, periférny intravenózný katéter.

## **Abstract**

**Aim:** Evidence-based nursing practice is a specific process that enables nurses to seek out best practices and make determinations regarding if and how these practices can be incorporated into patient care. The aim of this process is the improvement of patient care outcomes and improvement of health care quality. Our intention was to mention on options of effective using evidence based nursing in nursing education and in clinical practice of nurses. In the practical part of thesis, we concentrated on observation of nursing care of peripheral intravenous catheters on Internal clinic in Hospital Košice – Šaca, a.s in Košice.

**Methods:** We applied method of structural observation and content analysis of documents about care of intravenous peripheral catheters in Internal Clinic in Hospital Košice – Šaca, a.s. Selective population included 60 newly admitted patients (31 women, 29 men) aged 22-92 years hospitalized in this medical facility. There were patients with intravenous peripheral catheter and with expected using more than 4 days and with cardiovascular and other underlying disease. Data collection ran in the period 08-10/2012. Our results of observation, we compared with Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections and evidence based information sheet for health professionals about management of peripheral intravascular devices.

**Results and conclusion:** The results indicate that the application of guidelines to practice is necessary because of increasing demand for higher quality health care, continual efforts are needed to contain costs and improvement of status of nurses in society.

**Keywords:** evidence based practice, nursing care, peripheral intravenous catheter.

## **ÚVOD**

Zdravotníctvo, ale aj ďalšie odvetia spoločenského života v posledných rokoch zažívajú enormný pokrok. Rozvoj informačných technológií, masmédií a techniky ovplyvňuje vývoj a kvalitu života ľudí. Vplyvom politických, ekonomických a spoločenských zmien sa mení aj charakter zdravotnej starostlivosti. Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva je poskytovať

kvalitnú, bezpečnú a na pacienta orientovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Charakteristickými črtami klinickej praxe sestier na Slovensku sú konvenčné rokmi overené postupy a rutinný charakter ošetrovateľskej starostlivosti. Novým fenoménom a moderným trendom súčasnej ošetrovateľskej praxe ako i vzdelávania sestier sa stáva ošetrovateľstvo založené na dôkazoch (skr. EBN), ktoré potláča spomínanú konvenčnosť prístupov sestier a ako uvádza Zrubáková (2009) zdôrazňuje potrebu kritického rozhodovania sestier na základe dôkazov vedeckých výskumov. EBN je podľa Nemcovej (2012, s. 8) potvrdením kompetentnej ošetrovateľskej starostlivosti v 21. storočí. Ježová, Pokorná (2011, s. 122) konkretizujú EBN ako neoddeliteľnú súčasť výskumnej zložky ošetrovateľstva. Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch (EBP) znamená využívanie najnovších výsledkov výskumov za účelom zlepšenia a skvalitnenia poskytovanej starostlivosti s prihliadaním na očakávania a preferencie pacienta a skúsenosti členov zdravotníckeho tímu. Výsledkom je profesionálna, odborná, bezpečná starostlivosť a spokojný pacient ako stred záujmu komplexnej starostlivosti. Sestry tak získavajú novú pozíciu na ovplyvnenie kvality poskytovanej starostlivosti a nákladov na zdravotnú starostlivosť pomocou implementácie EBP do praxe.

## **CIEĽ**

V príspevku sme skúmali zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti zo strany sestier o pacientov so zavedeným periférnym intravenóznym katétrom/kanylou (PVK) na Internej klinike Nemocnice Košice – Šaca, a.s. v porovnaní s vybranými odbornými smernicami. Na porovnanie našich výsledkov, postupov a techník ošetrovateľskej starostlivosti sme využili odporúčania vypracované Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a Joanna Briggs Institute (JBI). Smernice, vypracované uvedenými vysokošpecializovanými centrami majú vysokú validitu a relevantnosť a sú medzinárodne uznávané sesterskými združeniami. Konkrétne sme si vybrali publikácie Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (CDC, 2011) a Best practice - Management of peripheral intravascular devices (JBI, 2008).

## **SÚBOR A METODIKA**

Súbor tvorilo spolu 60 dospelých pacientov, z toho 52 % žien ( $n = 31$ ) a 48 % mužov ( $n = 29$ ), ktorí boli hospitalizovaní na Internej klinike Nemocnice Košice – Šaca, a.s. Priemerný vek pacientov vo výberovom súbore bol 63 rokov ( $SD = 17,49$ ), pričom pacienti boli v rozpätí veku od 22 do 92 rokov, so zavedeným PVK a s očakávanou dĺžkou použitia viac ako 4 dni. Triediacim kritériom pre vylúčenie zo súboru bolo opakované zavedenie PVK a rovnako aj

dĺžka používania PVK menej ako 4 dni. Sledovali sme len novoprijatých pacientov so zavedenou PVK.

Ďalším dôležitým kategorizačným údajom bolo pre nás ochorenie pacienta, pričom 48 % pacientov (n = 29) tvorili pacienti s kardiovaskulárnymi ochoreniami (KVS) a 52 % pacientov (n = 31) boli pacienti s ostatnými diagnózami. Najčastejším vyskytujúcim sa KVS ochorením bola fibrilácia predsiení a z ostatných diagnóz prevládali febrílie, diabetes mellitus s ketoacidózou a bronchopneumónia.

Zber údajov prebiehal v mesiacoch august 2012 až október 2012 a bol realizovaný formou štruktúrovaného pozorovania po udelení súhlasu vedenia ústavného zdravotníckeho zariadenia. Sledované javy sme rozdelili do kategórií, ktoré sme zaznamenávali do vopred vypracovaného protokolu. Protokol obsahoval číselnú škálu. K číselnej stupnici boli pridelené jednotlivé verbálne kľúče. Záznamový hárok obsahoval tieto kategórie:

1. Všeobecné informácie o pacientovi (vek, pohlavie, príjmová diagnóza a vedľajšie diagnózy, deň hospitalizácie, podaná i. v. terapia) – v tejto kategórii sme získavali informácie z dokumentácie pacienta a z centrálného zdravotníckeho informačného systému Nemocnice Košice – Šaca.

2. Problematika zavedenej periférnej intravenózne kanyly, kde sme sledovali miesto zavedenia i. v. katétra, veľkosť zavedeného i. v. katétra, krytie i. v. kanyly, podávanie kontinuálnej infúzie, frekvencia ošetrovania kanyly, dĺžka zavedenia. Údaje zozbierané formou štruktúrovaného pozorovania a obsahovou analýzou dokumentov (zdravotnej dokumentácie) sme spracovávali v programe MS Word a MS Excel 2007. Výsledky boli zaznamenávané graficky podľa logickej postupnosti, so zobrazením dát s využitím metód opisnej štatistiky (absolútna početnosť, relatívna početnosť).

## **VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA**

V pozorovacom hárku sme najväčšiu pozornosť venovali nasledujúcim štyrom položkám: veľkosť i. v. katétra, miesto zavedenia i. v. katétra, krytie i. v. katétra, dĺžka zavedenia i. v. kanyly.

Veľkosť i. v. katétra: Pozorovaním sme zistili, že najpoužívanejšou veľkosťou i. v. katétra v rámci nami uskutočnenej štúdie je veľkosť 22 G (dĺžka 0,90 mm), čo zodpovedá 70 % (n = 86) všetkých použitých intravenózných kanýl. Vo všeobecnosti by mala byť na inzerciu zvolená intravenózna kanyla čo najmenšej veľkosti, aby sa minimalizovalo kontaktné podráždenie a zabránilo poškodeniu cievnej steny. Vplyvom nesprávne zvolenej veľkosti kanyly (príliš veľká) môže byť spomalený krvný tok v cieve a dráždivé látky sa tak dostávajú



do kontaktu s cievnou stenou, pričom dochádza k mechanickej tromboflebitíde (JBI, 2008). Na základe portugalskej štúdie (Salguiero-Oliveira, Parreira, Veiga, 2012) zameranej na sledovanie výskytu flebitídy a vplyv niektorých rizikových faktorov sa potvrdilo, že najčastejšie využívanou veľkosťou i. v. katétra medzi sestrami bola veľkosť 20 G (dĺžka 0,80 mm), čo tvorilo 57,9 % všetkých použitých katérov. V slovenských podmienkach táto veľkosť intravenózne kanyly predstavuje intravenóznou kanylu s dĺžkou 0,80 mm. V súvislosti s používaním veľkosti i. v. katétra 20G bol dokázaný štatisticky významne nižší počet flebitíd ( $p \leq 0,001$ ) ako pri ostatných veľkostiach intravenózných kanýl (Ahlqvist et al., 2006). Z tohto hľadiska, usudzujeme, že používanie i. v. katétra sestrami o veľkosti 22 G (dĺžka 0,90 mm) môže predstavovať účinnú stratégiu v rámci eliminácie vzniku flebitíd a infekcií súvisiacich so zavedeným PVK.

Miesto zavedenia i. v. katétra: Z našich výsledkov vyplýva, že až 66 % ( $n = 81$ ) inzercií i. v. katétra bolo realizovaných v mieste laktovej jamy na hornej končatine. CDC (2011) u dospelých pacientov odporúča uprednostňovať ako miesto zavedenia PVK hornú končatinu pred dolnou končatinou. Miesto zavedenia je veľmi dôležité z hľadiska prevencie vzniku flebitídy a infekcií súvisiacich so zavedeným PVK. Miesta na dolných končatinách sú spojené s vyšším rizikom než miesta na hornej končatine a žily na ruke znamenajú menšie riziko flebitídy ako žily v hornej časti paže alebo na zápästí. V porovnaní s randomizovanou kontrolovanou štúdiou (Soifer et al., 1998, s. 475), ktorá bola realizovaná v Univerzitetnej nemocnici v Chicagu na vzorke 441 pacientov bolo až 89,9 % inzercií PVK na miestach v oblasti predlaktia a ruky. Sestry v klinickej praxi na podklade osobných skúseností uprednostňujú hornú končatinu pred dolnou končatinou a najčastejším miestom zavedenia je miesto v oblasti predlaktia.

Krytie i. v. katétra: Vo všetkých prípadoch zavedenia PVK bolo prítomné sterilné krytie kanyly s využitím sterilného cosmoporu, ktorý je vyrobený z textilného rúna. Nevýhodou používaného krytia bola jeho nepriehľadnosť, čo do značnej miery sťažovalo monitoring stavu miesta vpichu intravenózne kanyly. Cieľom randomizovanej kontrolovanej štúdie (Tripepi-Bova, Woods, Loach, 1997), ktorá prebiehala v USA bolo porovnanie vplyvu polyuretánového krytia i. v. kanyly s gázovým krytím na výskyt komplikácií a vzniku flebitídy. V tejto štúdii sa potvrdila štatisticky významne nižšia frekvencia výskytu flebitídy (1,8 % resp. 3,3%) a infiltrácie (17,6 % resp. 20,7 %) u pacientov s polyuretánovým transparentným krytím oproti pacientom s gázovým krytím intravenózneho katétra. Webster et al. (2011) vypracovali v spolupráci s Cochrane databázou systematický prehľad, kde porovnávali polyuretánové transparentné krytie s vysoko priepustným polyuretánovým

krytím. Systematickým prehľadom neboli nájdené žiadne dôkazy o rozdiel medzi týmito dvoma typmi i. v. krytí a výskytom infekcií súvisiacich so zavedeným intravenóznym katétrom. Výsledky poukazujú na užitočnosť používania polyuretánového krytia i. v. katétra a to nielen z hľadiska prevencie infekcií, ale aj z dôvodu výhodného monitoringu miesta vpichu (krytie s príľnavým mäkkým silikónom, umožňuje sledovanie stavu miesta inzercie i. v. katétra).

Dĺžka zavedenia i. v. kanyly: Priemerná dĺžka zavedenia i. v. katétra počas nášho pozorovania bola 64,4 hodín /1 katéter. Intravenózne periférne kanyly by sa mali podľa odporúčaní CDC (2011) vymieňať v 72 – 96 hodinových intervaloch. Plánovaná výmena sa chápe ako preventívne opatrenie na zabránenie vzniku infekcií súvisiacich so zavedeným PVK katétrom. Na pracovisku, kde bolo realizované nami uskutočnené bádanie sme pozorovaním zistili, že intravenózne katétre sú rutinne vymieňané každých 72 hodín, alebo pri známkach flebitídy ihneď. Zavádzanie špeciálnych druhov intravenózných kanýl je jednou z možností ako predĺžiť periférnu kanyláciu. Štúdie dokázali, že periférne katétre na povrchu potiahnuté chlórhexidinom/sulfadiazinom strieborným znižujú riziko krvných infekcií v porovnaní so štandardne využívanými katétromi. Takéto špeciálne katétre môžu byť využívané u rizikových skupín osôb a výrazne tak predlžujú periférnu kanyláciu, zároveň eliminujú riziko vzniku infekcií (JBI, 2008). Zámerne sme výsledky nami sledovaných kritérií komparovali s medzinárodnými smernicami pre zavádzanie a manažment starostlivosti o intravenózne katétre. Výskumy v zahraničí dokazujú, že implementáciou smerníc do praxe sa zvýšila kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom výskumov bolo porovnať starostlivosť o PVK pred a po zavedení odporúčaní pre prax. Po zavedení smerníc vo Francúzsku sa výrazne znížila frekvencia výskytu miestnych komplikácií v súvislosti so zavedenou i. v. kanylou (15 % resp. 4 %,  $p \leq 0,01$ ). Výskumom sa potvrdilo, že smernice vypracované parížskou nemocnicou pre zavádzanie PVK naznačujú zvýšenie kvality starostlivosti o pacienta so zavedeným PVK znížením výskytu miestnych i. v. komplikácií (Couzigou et al., 2005). V inej štúdii zameranej na hodnotenie efektívnosti zavedených smerníc sa posudzovala ošetrovateľská starostlivosť, výskyt flebitídy a dokumentácia sestier pred a po zavedení smerníc. Zistenia poukazujú na zníženie výskytu známk flebitídy, výrazné zlepšenie vedenia dokumentácie sestier a častejšie používanie kanyly o veľkosti 0,80 mm (Ahlqvist et al., 2006).

Najčastejšia príčina predčasnej výmeny intravenózneho periférneho katétra z hľadiska flebitídy od 24 – 48 hodín bola bolesť bez začervenania a to až v 50 % prípadov výmeny. Bolesť v mieste vpichu bez začervenania predstavuje v klasifikácii tiaže podľa Madonna

stupeň č. 1 (Maďar, Podstatová, Řehořová, 2011). Vo výskume realizovanom v Portugalsku bola najčastejším dôvodom výmeny periférneho intravenózneho katétra flebitída (n = 138; 48%). V tejto výskumnej štúdii flebitídu klasifikovali do štyroch stupňov, pričom najčastejšie sa vyskytujúci bol stupeň č. 2 (bolesť a začervenanie v mieste zavedenia i. v. katétra) až 53,6 % prípadov. Bolesť bez začervenania (stupeň č. 1) sa ako dôvod výmeny vyskytoval v 37 % prípadov, stupeň flebitídy č. 3 v 7 % prípadov a stupeň flebitídy č. 4 v 2 % prípadov (Salguiero-Oliveira, Parreira, Veiga, 2012, s. 34).

Porovnávali sme aj priemernú dĺžku zavedeného intravenózneho katétra na štandardnom oddelení a na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS). Priemerná dĺžka zavedenia periférnej intravenózne kanyly na štandardnom oddelení bola 66,6 hodín/1 katéter a priemerná dĺžka zavedeného i. v. katétra na JIS bola 59,3 hodín/1 katéter. Z výsledkov vyplýva, že rozdiel medzi dĺžkou zavedenia i. v. kanyly na oddelení a na JIS bol 7,3 hodín. Tento rozdiel je možné zdôvodniť podávaním kontinuálnej intravenózne liečby v podmienkach JIS. Štúdie dokazujú, že PVK, cez ktorý sa podáva infúzna terapia má až dvojnásobné riziko vzniku flebitídy oproti katétru bez infúznej terapie (Tan et al., 2012, s. 27). Súčasne sa zistila súvislosť medzi celkovým objemom podávanej intravenózne liečby a výskytom flebitíd a infiltrácií. Zistenia v observačnej štúdii skúmajúce vplyv rýchlosti na vznik infiltrácie a flebitídy potvrdili, že pri rýchlosti liečby podávanej nad 50 ml/hod sa výskyt flebitíd v skúmanej skupine zvýšil až 6-násobne a výskyt infiltrácií až 10-násobne (Saini et al., 2011, s. 30). Je zrejme, že na JIS je aj vyšší počet rizikových skupín pacientov s komplikovanejším priebehom ochorenia, čo do značnej miery modifikuje samotnú dĺžku zavedeného i. v. katétra a jeho funkčnosť.

Na základe nášho pozorovania sme zistili, že sa počas realizácie nášho prieskumu sa spotrebovalo 123 intravenózných katétrov (do celkového počtu katétrov sme nezahŕňali katétre spotrebované počas neúspešného pokusu o zavedenie i. v. kanyly) a celková doba zavedených katétrov bola 3 960 hodín, čo predstavuje v priemere 64,4 hodín katetrizácie/1 katéter. Väčšina výmen i. v. katétrov bola realizovaná do 72 hodín od zavedenia (n = 47; 70%), ak nepočítame prípady inzercii spojených s výskytom komplikácií. Dĺžka zavedenia intravenózneho katétra nás motivovala k využitiu praxe založenej na dôkazoch. Našou špecifickou otázkou bolo porovnať účinnosť intervencie rutinej výmeny PVK s klinickou výmenou PVK. V procese vyhľadávania najlepších dôkazov sme využili tieto databázy: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCRCT), PubMed, National Library of Medicine, National Institute of Health, National Guidelines Clearinghouse.

Pri vyhľadávaní najlepších vedeckých dôkazov sme sa zamerali na randiminzované kontrolované štúdie (RCTs), kontrolované štúdie bez randomizácie a systematické prehľady. RCTs sledujú kauzálne vzťahy medzi premennými, čo v našom prípade bola efektívnosť klinickej výmeny intravenózneho periférneho katétra. Kritickým zhodnotením podľa hierarchie dôkazov, sme počet nájdených dôkazov zredukovali na štyri štúdie. Celkovo sme pri riešení špecifickej otázky preskúmali 1 systematický prehľad a 3 randomizované kontrolované štúdie. Všetky štúdie boli publikované v rokoch 2009 - 2012, čo poukazuje na aktuálnosť získaných dôkazov. Skúmané štúdie sa zameriavali na komparáciu rutinnej a klinickej výmeny intravenózneho katétra. Za rutinnú výmenu i. v. katétra sa v týchto štúdiách považovala výmena katétra od 72 – 96 hodín (podľa odporúčaní CDC). Klinická výmena bola výmena periférneho intravenózneho katétra podľa klinickej indikácie – posúdenia miesta vpichu sestrou. Celkovo bolo v nami skúmaných RCTs štúdiách porovnávaných 3845 pacientov, čo zodpovedalo 6826 použitých PVK. Štúdie boli realizované v nemocniciach a prostredníctvom služieb agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Pacienti boli rozdelení formou náhodného výberu do dvoch skupín: klinickej (klinická výmena katétra) a kontrolnej (rutinná výmena katétra). Systematický prehľad obsahoval 6 RTCs s veľkosťou skúmanej vzorky 3455 pacientov. V štúdiách sa nepotvrdil štatisticky významný rozdiel vo výskyte komplikácií v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou pri klinicky indikovanej výmene oproti rutinnej výmene PVK. Naša analýza dôkazov sa môže uplatniť v klinickej praxi a zefektívniť a zlepšiť kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a to v niekoľkých dimenziách.

V dimenzii pacient predstavuje výmena periférneho katétra nepríjemný invazívny zákrok, ktorý by sa uplatnením klinickej výmeny i. v. katétra znížil na minimum a to s prihliadaním na elimináciu vzniku infekcie alebo flebitídy.

V dimenzii sestra predstavuje výmena periférneho intravenózneho katétra značnú časovú a pracovnú záťaž. Každé zavedenie intravenózneho periférneho katétra sestrou trvá v priemere 15 minút (Van Donk et al., 2009, s. 917). Klinická výmena i. v. katétra tak šetrí čas a námahu sestry a to v prípade, že intravenózna kanyla je denne monitorovaná a okamžite odstránená pri objavení sa komplikácií. Ušetrený čas tak sestry môžu efektívne využiť pri plánovaní a realizácii ďalších ošetrovateľských činností.

V dimenzii ekonomika zdravotníckeho zariadenia znamená implementácia klinickej výmeny do praxe úsporu nákladov na prevádzku daného oddelenia. Vzhľadom na momentálnu finančnú situáciu zdravotníckych zariadení by bolo využívanie klinickej výmeny i. v. katétra efektívnym krokom smerujúcim k úspore nákladov. Financie získané úsporou nákladov by sa

tak mohli použiť na ďalší finančne náročný, ale pre kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti nevyhnutný zdravotnícky materiál. Pozorovaním priebehu starostlivosti o intravenózne katétre sme získali údaje, ktoré nám poslúžili na potvrdenie významnosti a dôležitosti ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch. Medzi spôsobom starostlivosti o intravenózne katétre na Internej klinike v porovnaní s medzinárodnými smernicami sme nenašli rozporuplné rozdiely. Za kľúčové považujeme zavedenie smerníc pre zavádzanie a starostlivosť o periférne kanyly, ktorými by sa zvýšila kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a tým aj spokojnosť sestier a pacientov.

#### Odporúčania pre prax

Na základe našich výsledkov sme sformulovali odporúčania adresované zdravotníckym pracovníkom a to konkrétne manažérom ošetrovateľstva a sestrám.

#### Pre manažérov ošetrovateľstva

- Podporovať a motivovať sestry v celoživotnom vzdelávaní v oblasti ošetrovateľstva založeného na dôkazoch a poskytovať im dostatok času na realizáciu vzdelávania.
- Zabezpečiť prístup sestier k odborným informačným elektronickým databázam, odborným časopisom a publikáciám.
- Ujať sa riadiacej funkcie v priblížení EBP sestrám a ostatným zdravotníckym pracovníkom.
- Vytvoriť multidisciplinárne EBP tímy na riešenie špecifických problémov v praxi.
- Zabezpečiť dostatok vzdelávacích kurzov a aktivít pre sestry na jednotlivých oddeleniach o problematike EBP.
- Podporovať sestry v realizácii ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch a tým aj podporiť samostatnosť sestier v rozhodovacom procese.
- Prevziať kontrolu nad riadením kvality ošetrovateľskej starostlivosti a podporovať jej zvyšovanie implementáciou smerníc založených na dôkazoch špecifikovaných pre danú skupinu pacientov alebo pre špecifické intervencie a techniky.

#### Pre sestry

- Podieľať sa na procese zlepšovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti a to dodržiavaním odporúčaní pre prax.
- Spolupracovať s manažermi ošetrovateľstva pri vypracovávaní a implementácii smerníc do klinickej praxe.
- Poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť založenú na najnovších dostupných dôkazoch a to formou ošetrovateľského procesu.
- Identifikovať problémy vzniknuté v klinickej praxi metódou EBP.

- V rozhodovacom procese v priebehu starostlivosti uplatňovať nielen svoje skúsenosti, ale zohľadňovať aj výsledky výskumov.
- Zúčastňovať sa celoživotného vzdelávania ako nástroja na zvýšenie svojej profesionality.
- Využívať rôzne alternatívne spôsoby vzdelávania ako e - learningové kurzy alebo vzdelávacie výukové portály k zvýšeniu vedomostí a zručností v oblasti EBP.
- Spolupracovať s multidisciplinárnymi tímami EBP v riešení klinických a špecifických otázok v praxi.
- V procese aplikácie ošetrovateľskej starostlivosti založenej na dôkazoch do praxe rešpektovať individualitu pacienta, jeho hodnoty a skúsenosti.

## **ZÁVER**

Pozorovaním špecifik v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o periférny intravenóznny katéter sa nám javí ako významne dôležitá implementácia smerníc a štandardov založených na vedeckých dôkazoch do klinickej praxe. Zamboriová, Haraksimová (2012, s. 24) intervenujú, že každá pracujúca sestra by mala poznať opodstatnenie akéhokoľvek výkonu. Výsledky viacerých štúdií dokazujú, že sestry sa v rozhodovacom procese stále riadia viac svojimi skúsenosťami bez uplatňovania vedeckých dôkazov. S uvedeným sa súhlasne vyjadrujú aj Jarošová, Plevová, Vrublová (2012) tvrdením, že pre každodennú klinickú prax zostáva charakteristický tradičný prístup založený na skúsenostiach. EBN zvyšuje nielen kvalitu poskytovanej starostlivosti, ale zlepšuje aj postavenie sestier v spoločnosti zvyšovaním ich profesionality a rozvíja ich kritické myslenie v rozhodovaní. Naším smerovaním bolo poukázať na možnosti efektívneho uplatnenia EBN v konkrétnych podmienkach klinickej praxe, teda v starostlivosti o PVK a zvýšiť uvedomenie odbornej verejnosti o problematike EBN. Záverom si dovoľíme uviesť, že dostatočné vedomosti sestier z oblasti výskumu sú základom pre správne posúdenie kvality významu a použiteľnosti zhromaždených dôkazov. Podľa Gurkovej, Žiakovej (2009, s. 37) implementácia princípov EBP závisí predovšetkým od dostupnosti adekvátneho výskumu v danej problematike, zručností sestier vyhľadávať zdroje dôkazov a kriticky ich zhodnocovať. Taktiež za dôležité považujú prostredie klinickej praxe, ktoré umožňuje a podporuje zmeny založené na EBP. Predpokladáme, že náš príspevok sa stane podnetnom a motiváciou pre sestry v súvislosti s realizáciou a využívaním EBN v súčasnej ošetrovateľskej praxi.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AHLQVIST, M. 2006. Handling of peripheral intravenous cannulae: effects of evidence based clinical guidelines. In *Journal of Clinical Nursing*, 2006, vol. 15, no. 11, pp. 1354-1361.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2011. *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. [online]. 2011. [citované 2012-11-29]. Dostupné na internete: <<http://www.cdc.gov/hicpac/bsi/bsi-guidelines-2011.html>>.
- COUZIGOU, C. et al. 2005. Short peripheral venous catheters: effect of evidence-based guidelines on insertion, maintenance and outcomes in a university hospital. In *Journal of Hospital Infection*, 2005, vol. 59, no. 3, pp. 197-204.
- GURKOVÁ, E. – ŽIAKOVÁ, K. 2009. Ošetrovateľská diagnostika v kontexte praxe založenej na dôkazoch. In *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 32-37.
- JAROŠOVÁ, D. - PLEVOVÁ, I. - VRUBLOVÁ, Y. 2012. *Implementace praxe založené na důkazech do výuky*. Ostrava : Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, 2012, 77 s.
- JEŽOVÁ, M. - POKORNÁ, A. 2011. Význam EBN v geriatrickej ošetrovateľskej péči z pohľadu poskytovateľú péče. In Pospíšilová, A. - Juřeniková, P. (eds.) *Sborník VI. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníku vzdělávajících nelékařská zdravotnícka povolání*. 2011, Brno: Katedra ošetrovateľství LF MU, s. 121-127
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2008. *Péče o periferní žilní katétry*. In *Best Practice*, 2008, roč. 12, č. 5, s. 1-6.
- MAĎAR, R. - PODSTATOVÁ, R. - ŘEHOŘOVÁ, J. 2011. Prevence katérových infekcí krevního řečiště. In *Nozokomiální nákazy*, 2011, roč. 10, č. 3, s. 3-11.
- VAN DONK, P. et al. 2009. Routine replacement versus clinical monitoring of peripheral intravenous catheters in a regional hospital in the home program: a randomized controlled trial. In *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2009, vol. 30, no. 9, p. 917.
- SAINI, R. et al. 2011. Epidemiology of Infiltration and Phlebitis. In *Nursing and Midwifery Research*, 2011, vol. 7, no. 1, pp. 22 - 33.
- NEMCOVÁ, J. 2012. Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch vo vzdelávaní sestier. In *Implementace praxe založené na důkazech do výuky*. Ostrava: Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta, 2012. 77 s.
- SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. - PARREIRA, P. - VEIGA, P. 2012. Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors. In *The Australian J of Advanced Nursing*, 2012, vol. 30, no. 2, pp. 32 - 39.

- SOIFER, N. E. et al. Prevention of peripheral venous catheter complications with an intravenous therapy team: a randomized controlled trial. In *Archives of Internal medicine*, 1998, vol. 158, no. 5, pp. 473 – 477.
- TAN, W. Y. J. et al. 2012. Risk factors of peripheral venous catheterization thrombophlebitis. In *International e-Journal of Science, Medicine & Education*, vol. 6, no. 1, pp. 24 – 30.
- TRIEPEI-BOVA, K. A. - WOODS, K. D. - LOACH, M. C. 1997. A comparison of transparent polyurethane and dry gauze dressings for peripheral IV catheter sites: rates of phlebitis, infiltration, and dislodgment by patient. In *American Journal of Critical Care*, 1997, vol. 6, no. 5, pp. 377-381.
- WEBSTER, J. et al. 2010. Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters (review). In *Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010*, no. 3, pp. 1-39.
- ZAMBORIOVÁ, M. - HARAKSIMOVÁ, M. 2012. Bezpečné podávanie intravenózneho liečiva I. In *Sestra*, 2012, č. 3-4, s. 24-25.
- ZRUBÁKOVÁ, K. 2009. Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 2009. 218 s.

## **KONTAKT**

**Mgr. Lenka Némětová**

Institut klinické a experimentální medicíny

Vídeňská 1958/9

140 21 Praha 4

Česká republika

e-mail: [lenka.nemetova@ikem.cz](mailto:lenka.nemetova@ikem.cz)



**UZAVŘENÝ TRH PRÁCE – O NĚKTERÝCH PŘEKÁŽKÁCH V ZAMĚSTNÁVÁNÍ  
ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH  
CLOSED LABOR MARKET - ABOUT SOME BARRIERS OF THE EMPLOYMENT  
OF DISABLED PEOPLE**

**Pavel Novák**

Katedra sociální práce, Pedagogická fakulta, Katolická univerzita v Ružomberku

**Abstrakt**

Příspěvek se zabývá dlouhodobým problémem v oblasti zaměstnanosti a tím je využitelnost pracovního potenciálu zdravotně postižených spoluobčanů. Všímá si zejména psychologických bariér na straně potencionálních zaměstnavatelů a zaměřuje se na jednu z nejobtížněji uplatnitelných skupin zdravotně postižených – na osoby slabozraké a nevidomé.

V úvodní části je popsán vliv zrakového postižení na osobnost a také to, jak postižení ovlivňuje jeho společenské uplatnění a pozici ve společnosti.

Hlavní část příspěvku je zaměřena na nehmotné překážky v zaměstnávání zdravotně postižených osob. Popisuje diskriminační tendence zaměstnavatelů, stigmatizaci postižených a nastiňuje některé příčiny nezaměstnanosti zdravotně postižených. Autor na rozdělení pracovního trhu ukazuje skutečnost, kterou jsou postižení a priori odsunováni do marginálních pozic na trhu práce.

V závěru se autor zamýšlí nad stavem a úrovní integrace zdravotně postižených a nad tím, jakou mírou je tomu majoritní společnost nápomocna.

**Klíčová slova:** zdravotně postižení lidé, pracovní trh, zrakový handicap, překážky v zaměstnávání, integrace

**Abstract**

The article concerns the long-term problem in area of employment - the use of the work potential of disabled people. Post it notes in particular psychological barriers on the part of potential employers and focuses on one of the most employable disabled groups - the blind and visually impaired persons. In the introduction describes the

impact of visual impairment on personality and also the affects of disability on social role and position in society.

The main part of the article focuses on the intangible barriers to the employment of disabled people. The article describes discriminatory tendency of employers affected by stigma and outlines some of the causes of unemployment of disabled people. The author shows on the division of the labor market, how disabled people are a priori displaced to marginal positions in the labor market. In conclusion, the author reflects on the state and level of integration of disabled people and moreover how the majority society assists them.

**Keywords:** disabled people, labor market, visual handicap, barriers to employment, integration

## ÚVOD

Osoby se zdravotním postižením patří na trhu práce k jedné z rizikových skupin nejvíce postižených dlouhodobou nezaměstnaností. Šance jejich uplatnění, možnost získání a udržení si placeného místa záleží především, vedle jejich schopností, na míře a druhu jejich zdravotního handicapu.

Zrakově postižení představují jednu z nejobtížněji uplatnitelných skupin zdravotně postižených. Oslabení či úplná ztráta zraku například v pozdějším věku znamená pro postiženého člověka ztrátu prakticky většiny aktivit, činností, kontaktů a dovedností, jež ho provázely jeho dosavadním životem. Postupná či náhlá ztráta zraku znamená zpravidla poškození normální kvality života, dezintegraci a mnohdy poruchu osobnosti. Začlenění do běžného života je ztíženo v různé míře v závislosti na povaze a rozsahu poškození zraku a také na schopnostech daného jedince. Člověk, který je v důsledku zrakového postižení v pozdějším věku vyřazen z běžného života, se musí naučit základní dovednosti, a je-li v produktivním věku, je třeba, aby získal takové schopnosti, které mu umožní vykonávat vybrané povolání, neboť v důsledku ztráty zraku postižený téměř vždy přichází o své zaměstnání.

### **Limity handicapu na osobnost**

U všech zdravotních handicapů je důležité, v které životní fázi člověka vzniknou. Stejně tak u poškození zraku má podstatný význam pro rozvoj psychiky člověka doba vzniku slepoty nebo slabozrakosti. Časový parametr je natolik důležitý, že se podle něho nevidomí diferencují na dvě skupiny: nevidomí od narození a osleplí. Do první skupiny patří osoby, které ztratily zrak do vytvoření řeči, tj. přibližně do tří let, a které nemají zrakové představy, do druhé osoby,

kteří osleply v následujících obdobích života a zachovaly si v té či jiné míře v paměti zrakové obrazy. Je zcela zřejmé, že čím později se naruší zrakové funkce, tím menší vliv má anomální faktor na rozvoj a projevy různých stránek psychiky (Novák, 2006, s. 10).

Částečná a tím spíše úplná ztráta zraku způsobuje vážné a často ničím nenahraditelné ztráty v oblasti smyslového poznání. Omezují se či zcela odpadají zrakové počítky a vjemy; tomu odpovídá zmenšení množství představ, omezení možnosti formování obrazů ve fantazii. Vzhledem k nedostatku, nebo úplné ztrátě zraku vzniká tak u postiženého senzoričná deprivace, která může narušit vzájemný vztah smyslového a pojmového v myšlenkové činnosti. Porušení či ztráta zraku se promítá i do fyzické stránky postiženého. Normální orientace v prostoru je narušena a nevidomí jsou tímto omezení ve volném pohybu. Výsledkem toho mohou být svalové atrofie, změněná funkce vnitřních orgánů apod.

Zrakové postižení vytváří blokaci normálního průběhu poznávacích procesů a práce. Podle Vágnerové (Vágnerová, 1995) je zrakový handicap primárním postižením, které má za následek tzv. změny sekundárního charakteru, tedy těch, které z postižení vyplývají.

Rozhodující je, vedle stupně postižení, také samotná osobnost člověka.<sup>1</sup> Jak člověk zrakový handicap zvládne, záleží na rysech jeho osobnosti. Ztrátou zraku se lidská osobnost podstatně nemění a její jisté rysy usnadňují nebo naopak ztěžují celkové přizpůsobení jedince změněným poměrům. (srovnej Čálek, 1985, Souček, 1992, aj.)

Defekt v oblasti senzoričného vnímání nemusí nutně ovlivnit vývoj a radikálně měnit osobnost postiženého, která je ve své podstatě podmíněna společenskými vztahy, jejichž reflexe se odráží ve vnitřním postoji člověka k sobě samému a k ostatním lidem.

Podobného názoru je i Souček (Souček, 1992, s. 32), který ve svém výzkumu porovnával dva rozdílné typy osobnosti<sup>2</sup> v reakci na ztrátu zraku.

S různými stupni zrakového postižení souvisí také sociální dopady pro handicapované. Člověk, který vadu zraku kompenzuje korekcí brýlí, nepocituje takové omezení v osobním životě, v přístupu k zaměstnání, denním aktivitám apod., jako člověk, který stojí na hranici mezi slabozrakostí a slepotou. Pro něho jsou běžné aktivity silně redukovány, možnost přístupu na pracovní trh hraničí se sociálním vyloučením.

Právě překážky nehmotného rázu, psychické bariéry v myšlení lidí jsou to, co obecně

<sup>1</sup> “Můžeme tedy říci, že životní odvaha, kterou se naši zkoumaní po oslepnutí ve značné míře vyznačují, nebyla získána faktem oslepnutí, nýbrž existovala již před traumatem. Oslepnutím byla vlastně jen posílena a zmocněna”. (Souček, 1992, s. 34)

<sup>2</sup> Jsou myšleny osobnosti typu cyklotymní a schizotymní podle typologie Ernsta Kretschmera (Souček, 1992)

odsunuje zdravotně postižené na okraj trhu práce, s mizivou možností pracovního uplatnění.<sup>3</sup>

### **Nepřátelský trh práce? Bariéry zaměstnávání zdravotně znevýhodněných osob**

Při integraci zdravotně postižených do pracovního procesu existují v zásadě dvě protichůdná stanoviska, která nabízí možné využití jejich pracovního potenciálu:

První stanovisko je určováno ekonomickou rentabilitou zaměstnávání zdravotně postižených. Jde o pozici čisté tržní ekonomiky - je požadována přiměřená kvalita i kvantita práce, v závislosti na sníženém pracovním výkonu se snižuje ohodnocení zaměstnance. Takto je možno zaměstnávat osoby s lehčím postižením a ty postižené, kteří jsou schopni dostát vysokým nárokům ze strany zaměstnavatelů.<sup>4</sup> Výhodou tohoto přístupu je, že umožňuje využití kreativity, růst asertivity a společenského statusu zdravotně postižených.

Druhé stanovisko stojí v sociální pozici. Ekonomická výhodnost zaměstnávání zdravotně postižených již nemá primární postavení. Připouští se nižší míra ekonomické rentability, aniž se snižuje finanční ohodnocení zaměstnance. V těchto podmínkách nutně dochází k nesouladu mezi náklady a výnosy na dané pracovní místo, jenž musí být jako neefektivní dotováno.<sup>5</sup> Tato opatření jdou proti smyslu čisté tržní ekonomiky, přináší však nesporný zisk pro zdravotně postižené v oblasti sociální, ekonomické a sociálně psychologické. V konečném důsledku přináší toto stanovisko k zaměstnávání zdravotně postižených zisk celé společnosti.

### **Některé příčiny nezaměstnanosti zdravotně postižených**

Selhávání zdravotně handicapovaných občanů na pracovním trhu má více důvodů.

V případě České republiky to byl přechod od centrálně plánované ekonomiky k tržnímu hospodářství a s tím související proces restrukturalizace hospodářství a průmyslové výroby.

- Restrukturalizace měla za následek úpadek velkých organizací, které zaměstnávaly zřetelně postižené.
- Učební obory a profese, v nichž zřetelně postižení pracují, se jeví jako neflexibilní a zaostávají za technickým vývojem. Tím pádem nejsou konkurence schopní.

<sup>3</sup> Blíže Mareš 2002, Sirovátka 2002, viz níže: Teorie segmentace pracovního trhu, Teorie fronty.

<sup>4</sup> Zde jsou myšleny první dva stupně pracovních možností osob s handicapem, jak jsou uvedeny ve stupnici odstupňování možností zdravotně postižených. Uvedená stupnice byla vytvořena s ohledem na strukturu handicapů podle mezinárodní klasifikace poruch, disaptibilit a handicapů (ICIDH) a týká se pracovní činnosti výdělečného charakteru. Blíže Jesenský (Jesenský, 1993, s. 100), který hovoří o "diferencovaném přístupu k pracovní integraci".

<sup>5</sup> Dobrým příkladem může být Švédsko, kde byl zaveden program doplatku ke mzdě pro zdravotně postižené, jenž trvá po řadu let (Sirovátka, 1995, s. 104).

- Chráněné dílny a organizace zaměstnávající zrakově postižené měly vyřešenou otázku odbytu výrobků a ztráty byly kompenzovány dotacemi. Situace volného trhu toto neumožňuje, jsou tudíž ztrátoví, nemohou financovat vlastní obnovu výrobního programu a ztrácejí konkurenční schopnost.

Tyto důvody bychom mohli nazvat *manifestními*, protože jsou nejvíce zřejmé i z nezúčastněného pohledu. Na druhou stranu jsou tu důvody, které můžeme příznačně označit za *latentní*, neboť jsou z velké části skryty očím nezúčastněného pozorovatele.

Jsou to předsudky, stereotypy, různé psychické a sociální bariéry, které jsou jednak "dílem" minulého režimu, který separoval postižené od ostatní společnosti a jednak jsou důsledkem výchovy a vlastní neinformovanosti.

Zdravotně postižení jsou často při shánění zaměstnání diskriminováni ze strany zaměstnavatelů a paradoxně i těch, kteří by jim měli práci obstarat, tedy úřadů práce.

### **Stigmatizace zdravotně handicapovaných**

Erwin Goffman ve své práci "Stigma", jež poprvé vyšla v roce 1963, hovoří o stigmatu, jako o "zvláštním druhu vztahu mezi vlastností a stereotypem" (Goffman, 1986, s. 14).

Rozlišuje tři druhy stigmatu:

- prvním jsou lidé s tělesnými vadami (různé tělesné deformace);
- mezi druhou skupinu stigmatizovaných řadí individuální charakterové vady, duševní poruchy, nezaměstnanost, homosexualitu apod.;
- třetí stigma si všímá rasy, národnosti nebo náboženství. Patří sem i kupř. sociální status rodiny (Goffman, 1986).

Zdravotně handicapovaní hledající zaměstnání "splňují" přinejmenším dvě kategorie stigmatu a v případě zrakově postižených je toto stigma zvlášť patrné. Aniž si to v běžném životě uvědomujeme, každého člověka nevědomky zařazujeme a klademe na něho určité požadavky. "Vyhoví-li", stává se pro nás samozřejmým a má "potencionální sociální identitu". Ta pro nás představuje jakousi normu, šablonu, kterou nepřetržitě a třeba i mimovolně testujeme svůj okolní sociální svět. V případě, že se někdo vymyká "naší" normě, má vlastní "aktuální sociální identitu" a nesplňuje naše očekávání, je nápadný. Snažíme se ho někam zařadit. Je odlišný, je stigmatizovaný. (Blažek, Olmrová, 1985)

V životě zdravotně postižených se tato situace často objevuje při shánění zaměstnání.

Podle Sirovátky (Sirovátka, 1997) je stigmatizace sociálním procesem, v němž jedna skupina (dominantní), obvykle ve snaze ubránit ekonomicky privilegované pozice, přiřazuje "nerovnost" a "podřízenost" charakteristikám jiné, vnější skupiny. Stigmatizace je

psychologicky internalizovaná a neuvědomělá, zakořeněná ve skupinové ideologii a reprodukována proto v každodenním sociálním životě.

Diskriminace je úzce navázána na stigmatizaci, jak uvádí Sirovátka (Sirovátka, 1997, s. 39) - "diskriminace se opírá o stigmatizaci".

### **Diskriminace zdravotně handicapovaných**

Stejný autor (Sirovátka, 1997) uvádí dvě hlavní formy diskriminace na trhu práce:

- “pre-entry discrimination” - stigmatizované skupiny pracovníků, kteří mají jinak podobné kvalifikační předpoklady ve srovnání s ostatními, jsou tlačeny do horších – sekundárních - zaměstnání více než nestigmatizované skupiny.
- “post-entry discrimination” - stigmatizované skupiny, které zaujímají podobně kvalifikovaná zaměstnání, jsou placeny výrazně méně a mají také horší pracovní podmínky a možnosti postupu než nediskriminované skupiny.

Celý proces diskriminace je z části odrazem předsudků a stereotypů, z části je založen na racionálním ekonomickém kalkulu. Ze strany zaměstnavatele jde o minimalizaci rizik a ztrát souvisejících s případným zaměstnáním takto stigmatizovaného uchazeče o zaměstnání. Vlivem nedokonalé informovanosti se zaměstnavatel opírá o zkušenosti jiných, spoléhá na obecné stereotypy, které se vztahují ke skupinám, ze kterých uchazeč o zaměstnání pochází. Hovoříme zde o tzv. “teoriích tržních signálů” (Sirovátka, 1997), kde aktéři redukuje nejistotu způsobenou právě nedokonalou informací tím, že využívají symboly, které mají funkci signálů ovlivňujících jejich rozhodování. Tyto signály jsou založeny na skupinových průměrech, jež jsou výsledkem osobní zkušenosti či názoru a nemusí nutně odrážet skutečné vlastnosti, v tomto případě zřetelně postižených uchazečů o zaměstnání. Někdy mohou být rozhodujícím faktorem právě předsudky a navyklé stereotypy.

Diskriminace je také jedním z elementů, ovlivňujících vertikální segmentaci pracovního trhu. Sirovátka (1995, s. 27) tuto diskriminaci označuje jako “*implicitní a explicitní*”.

Implicitní diskriminace je spojená s určitými znaky pracovníků, jako je věk, pohlaví, rasa, sociální třída nebo i délka nezaměstnanosti. Dlouhodobá nezaměstnanost může sama vytvářet negativní “signalizační efekt” pro zaměstnavatele (trvající nezaměstnanost signalizuje nízkou produktivitu pracovní síly), (Sirovátka, 1997). Pro zřetelně handicapované, které zřetelná vada postihla v dospělém věku, bývá příznačné opuštění pracovního trhu na delší dobu. Dále implicitní diskriminace souvisí s předsudky zaměstnavatelů vůči skupinám, které mají tyto znaky.

Explicitní diskriminací označujeme zejména vytvoření “interních pracovních trhů” uvnitř firem, kam nemají přístup tzv. “outsideři” a kde mají určité skupiny zaměstnanců prioritní

pozici při náboru zaměstnanců na určité typy prací. Diskriminaci je pak možno chápat jako racionální pokus určitých skupin maximalizovat prospěch prostřednictvím hierarchických vztahů v oblasti zaměstnanosti (Sirovátka, 1997).

### **Segmentace trhu práce – nevýhodná pozice pro zdravotně postižené**

„Pracovní trh není většinou chápán jako homogenní uzavřený systém regulovaný nabídkou a poptávkou po pracovní síle, ale je interpretován jako „segmentovaný trh“. Zdrojem segmentace<sup>6</sup> je heterogenita a diferenciací jak nabízených pracovních míst, tak i nabízených pracovních sil (Sirovátka, 1995, s. 24)

Nejnámější segmentační teorií je teorie duálního trhu (Mareš, 2002), a tato teorie popisuje, že neexistuje jeden pracovní trh, ale minimálně dva trhy, označovaných jako primární a sekundární trh práce.

Na primárním trhu práce se soustřeďují lepší a výhodnější pracovní příležitosti s vyšší prestiží, poskytující řadu šancí, relativně dobré možnosti profesního růstu a většinou lepší pracovní podmínky. Pracovní místa na tomto trhu poskytují relativní bezpečí před ztrátou zaměstnání propouštěním. Pro pracovníky je zde i snazší zvýšit si kvalifikaci a tím déle posílit stabilitu svého zaměstnání, popřípadě zvýšit si tak šanci udržení na tomto privilegovaném trhu práce i po případném propouštění. Práce je zde relativně dobře placená a je zde zajištěn také jistý růst mezd a relativně nízká fluktuace. To, co předurčuje pracovníky na tento trh práce je jejich lidský kapitál a to jak jeho rozsah, tak i jeho specifická povaha a v neposlední míře i jejich spolehlivost.

Pro sekundární trh práce jsou charakteristická pracovní místa s nižší prestiží, malými požadavky na kvalifikaci, nízkými výděly, horší podmínky práce a značná nejistota zaměstnání. Pracovníci na sekundárním trhu práce se častěji stávají nezaměstnaným. Existuje zde velká fluktuace pracovníků (Mareš, 2002). Koncentrovat se na sekundárním trhu mají tendenci právě rizikové skupiny, ke kterým se řadí i osoby se zdravotním znevýhodněním.

„To, že se trh práce se rozdělil na relativně samostatné části s vlastními požadavky na kvalifikaci, znamená určité bariéry pohybu pracovníků a přejít ze sekundárního trhu na primární není prakticky možné.“<sup>7</sup>

Podle teorie fronty odhadují zaměstnavatelé lidský kapitál, jako jsou vědomosti, zkušenosti, kvalifikace, spolehlivost, výkonnost žadatelů o práci a seřazují si je podle odhadovaného

<sup>6</sup> Pojem segmentace označuje sociální procesy, jež vedou k vzájemnému oddělení určitých skupin prací či sektorů pracovního trhu, současně i k rozlišení rozdílných sociálně determinovaných příležitostí různých jednotlivců a skupin a v důsledku k selekci mezi nimi v přístupu k těmto pracím či sektorům pracovního trhu.

<sup>7</sup> Mareš, P.: Nezaměstnanost jako sociální problém. Praha: Sociologické nakladatelství, 3. vyd. 2002. s. 60.

potenciálního přínosu. Ti, kdo jsou v tomto ohledu hodnoceni nízko nebo negativně (ať již reálně nebo na základě stereotypů a předsudků), se dostávají na konec fronty a mají jen malou šanci na získání pracovního místa, o které se ucházejí. I tam, kde nejsou velké nároky na lidský kapitál, řadí se na konec této fronty ti, u nichž se předpokládají nespolehlivost, nepřizpůsobivost, neloyalita vůči zaměstnavateli či existence jakýchkoliv překážek, jež mohou zaměstnavateli bránit plně disponovat najímanou pracovní silou, v tomto případě ne svým stoprocentním zdravotním stavem.<sup>8</sup>

Vycházíme-li z této teorie, jsou kupříkladu zrakově postižení občané na základě hodnocení vycházejícího ze stereotypů a předsudků na konci této pomyslné fronty.<sup>9</sup> V drtivé většině případů jsou pak odsouzeni se pohybovat na sekundárním trhu práce, a pokud i zde neuspějí, jsou odkázáni pouze na prostředky důchodového, event. sociálního zabezpečení.

## ZÁVĚR

Integrace zdravotně postižených do společnosti skrze placenou práci představuje nejsilnější pouto s realitou běžného života. Člověk si uvědomuje svoji platnost pro společnost a zároveň přijímá kladnou odezvu pro své sebehodnocení. I přes povětšinou negativní ráz informací tohoto příspěvku je nutno podotknout, že ne všichni zaměstnavatelé jsou zatíženi předsudky a při hodnocení vycházejí z vlastní neinformovanosti. Stejně tak je nutno vidět obrovskou práci všech lidí z pomáhajících profesí včetně vzdělávacího systému, který je například v případě zrakově postižených na vysoké úrovni. Zde vyniká, jako i v případě dětí s jiným druhem postižení, systém rané péče. Speciálně vyškolené zdravotní sestry poskytují dětem komplexní péči. V následném období si všechny děti, resp. rodiče mohou vybrat mezi speciální či běžnou školou. Integrované vzdělávání, tedy společná výchova a vzdělávání dětí zdravých a postižených, probíhá v běžných školách. Vychází z předpokladu, že pokud dítě s postižením žije od dětského věku společně se zdravými vrstevníky, nebude mít v dospělosti velké problémy při začleňování do širší společnosti, ani do pracovního kolektivu.

<sup>8</sup> Mareš, P. et al. 2002: Nezaměstnaní na trhu práce. Praha: VÚPSV, 2002 [online]. [cit. 2014-01-11]. Dostupné na internete: <http://www.vupsv.cz/>.

<sup>9</sup> Podobně jsou na tom pro zaměstnavatele např. ženy. Ve většině případů stále nejsou pro firmy spolehlivým, důvěryhodným a perspektivním partnerem. Očekává se u nich, že časem přeruší pracovní kariéru a odejdou na mateřskou dovolenou. U žen, které pečují o děti, se předpokládá, že budou mít časté pracovní absence atd. (Brožová, 2006)



Podmínkou začlenění se do pracovního života a tím pádem „splynutí“ s hlavním proudem společnosti je „dát možnost, příležitost“. Všechno úsilí pedagogů, lékařů a zaměstnanců z pomáhajících profesí je limitováno konečnou využitelností toho, co se postižený člověk naučil, co ovládá. Zda, kolik a jaké příležitosti zdravotně postižení dostanou, ukazuje mimo jiné také na to, jak morálně je naše společnost vyspělá.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BROŽOVÁ, D. 2006. *Kapitoly z ekonomie trhů práce*. Vysoká škola ekonomická v Praze. Praha: Nakladatelství Oeconomica, 1. vyd. 2006. s. 102. ISBN 80-245-1120-7
- ČÁLEK, O. 1985. *Výchova dospívající zrakově postižené mládeže k samostatnosti*. Praha: Svaz invalidů v ČR, 1985, 95 s.,
- GOFFMAN, E. 1986. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, Inc, 1986, 147 s., ISBN 0-671-62244-7
- JESENSKÝ, J. 1993. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993.
- MAREŠ, P. 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství, 3.vyd. 2002, 172 s., ISBN 80-86429-08-3
- MAREŠ, P., VYHLÍDAL, J., SIROVÁTKA, T. 2002: *Nezaměstnaní na trhu práce*. In VÚPSV, Praha, 2002 [online]. [cit. 2014-01-11]. Dostupné na internete: <http://www.vupsv.cz/>.
- NOVÁK, P. 2006. *Pracovní rekvalifikace zrakově postižených v České republice – východiska a přístupy*. Rigorózní práce. Trnava: FZSP TU, 2006. 110 s.
- OLMROVÁ, J., BLAŽEK, B. 1985. *Krása a bolest*. Praha: Panorama, 1985. 413 s.
- SIROVÁTKA, T. 1997. *Marginalizace na pracovním trhu*. Brno: Vydavatelství MU Brno, 1997. 138 s., ISBN 80-210-1716-3
- SIROVÁTKA, T. 1995. *Politika pracovního trhu*. Brno: Vydavatelství MU Brno, 1995. 171 s., ISBN 80-210-1251-X
- SOUČEK, J. 1992. *Z rukopisného odkazu – články k problematice ztráty zraku a osobnosti nevidomého*. Praha: SNS, 1992
- VÁGNEROVÁ, M. 1995. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum, 1995, 182 s., ISBN 80-7184-053-X

## **KONTAKT**

**PhDr. Ing. Pavel Novák**

Katedra sociálnej práce

Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

Hrabovská cesta 1

034 01 Ružomberok

e-mail: [pavel.novak71@seznam.cz](mailto:pavel.novak71@seznam.cz)

# FAKTORY KVALITY ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

## QUALITY OF LIFE FACTORS OF DIALYSIS PATIENTS

Mária Novysedláková<sup>1</sup>, Ľubomíra Zgrajová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotníctva, Katolícka Univerzita v Ružomberku

<sup>2</sup> Dialyzačné stredisko Dialcorp, Kežmarok

### Abstrakt

**Úvod:** Kvalitu života vo vzťahu k zdravotnému stavu pacienta charakterizuje, čo pacient s renálnou insuficienciou prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

**Cieľ práce:** Cieľom práce bolo zhodnotiť faktory kvality života dialyzovaných pacientov v Dialyzačnom stredisku Dialcorp Kežmarok a výsledky porovnať so zdravou populáciou, použitím populačných noriem v oblasti vnímania kvality života, fyzického zdravia, duševného zdravia a sociálnych vzťahov.

**Súbor, metodika:** Počet respondentov bol 50 z toho 32 mužov a 18 žien. Kvalitu života sme hodnotili štandardizovaným dotazníkom WHOQOL-BREF. Pre porovnanie dosiahnutých výsledkov so zdravou populáciou boli použité populačné normy.

**Výsledky a interpretácia:** Priemerné hodnotové skóre pre fyzické zdravie bolo 10,74, pre prežívanie 12,08, sociálne vzťahy 11,47, životné prostredie 11,17. Prieskumom sme zistili nižšiu úroveň spokojnosti v uvedených oblastiach v porovnaní so zdravou populáciou.

**Záver:** Výsledky výskumov môžu sestry pomôcť lepšie pochopiť, ako sa ochorenie a jeho liečba premieta do každodenného života pacienta, porozumieť jeho preferenciám, očakávaniam, požiadavkám v súvislosti s ochorením.

**Kľúčové slová:** kvalita života, dialyzovaní pacienti, dotazník WHOQOL-BREF

### Abstract

**Introduction:** Quality of life in relation to the health status of the patient characterizes the patient with renal insufficiency experiencing as a result of the disease and the provision of medical and nursing care.

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the quality of life factors of dialysis patients in dialysis centers Diacorp Kezmarok and the results compared with the healthy population, using population standards.

**Methods:** The number of respondents was 50. Selection of respondents was deliberate. Quality of life was evaluated by questionnaire WHOQOL-BREF. To compare the results obtained with the healthy population were used population norms.

**Results and Interpretation:** The average values for the physical health score was 10.74, 12.08 for survival, social relations, 11.47, 11.17 environment. Survey, we found lower levels of satisfaction in these areas compared to the healthy population.

**Conclusion:** Results of the research nurse can help you better understand how the disease and its treatment translates into the everyday life of the patient, understand his preferences, expectations, requirements with regard to disease.

**Key words:** quality of life, dialysis patients, questionnaire WHOQOL – BREF

## ÚVOD

Chápanie človeka ako jednotu biologických, psychických, sociálnych, kultúrnych, duchovných a spirituálnych potrieb priviedlo ošetrovatel'stvo ku komplexnému pohľadu na pacienta a podnietilo záujem o štúdium kvality života pacientov. Snaha o definovanie kvality života vychádza z Maslowovej hierarchie potrieb, podľa ktorej naplnenie základných fyziologických potrieb je predpokladom uspokojovania potrieb vyšších napr. potreba bezpečia, blízkosti, sebaúcty. Pre medicínu a zdravotníctvo sú relevantné definície, opierajúci sa o poňatie zdravia WHO, kedy zdravie nie je chápané iba ako neprítomnosť choroby, ale ako stav úplnej, fyzickej, psychickej a sociálnej pohody. Kvalitou života je potom to, ako jedinec vníma svoje postavenie vo svete v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých žije a to vo vzťahu k jeho osobným cieľom, očakávaniam, záujmom a životnému štýlu (Hnilicová, 2003, s. 28).

Dlhodobá konzervatívna liečba pacientov s chronickým ochorením obličiek zlepšuje prežívanie pacientov. Konzervatívnou liečbou sa rozumieme všetky diétne a medikamentózne opatrenia, ktoré vedú k úprave alebo k priaznivému ovplyvneniu metabolických odchýlok a k udržaniu homeostázy organizmu. K predĺženiu života chorého je nutné niekedy použiť metódy, ktoré nahradzujú funkciu obličiek - dialýza a transplantácia. Bez ich použitia sa vyvíja súbor klinických a laboratórnych parametrov tzv. uremický syndróm reprezentovaný hyperhydratáciou, hypertenziou, srdcovou nedostatočnosťou, perikarditídou, nauzeou,

vracaním, hnačkami, zvýšenou neuromuskulárnou dráždivosťou, neskôr somnolenciou a kómou (Lachmanová, 2008, s. 54-67).

Každý dialyzovaný pacient býva včas poučený o zásadách životosprávy, ktoré by mal poznať a dodržiavať. Je potrebné dodržiavať nízkobielkovinovú diétu, monitorovať príjem vody a minerálov. Lieky pacient užíva podľa odporúčania lekára dialýzy, pretože dávkovanie liekov u dialyzovaných ľudí má svoje špecifiká. Fyzickú aktivitu prispôsobuje daným možnostiam, pričom oba extrémny (nadmerné šetrenie i nadmerná aktivita) škodia. Dôležitá je telesná hygiena, dostatok spánku a psychická pohoda (Gomboš, 2005, s. 357-362).

Pacient s chronickým ochorením môže prežívať neustále obmedzovanie, napätie a úsilie, ktoré mu umožní len priblížiť sa ku kvalite života, ktorú ostatní prežívajú automaticky, bez nutnosti neustálej sebakontroly, starostí a trápenia. Dopad ochorenia na kvalitu života významne ovplyvňujú faktory, ako napríklad:

- nároky selfmanažmentu ochorenia – pacient musí chorobu zakomponovať do svojho života zmenou životných návykov a správania sa,
- celoživotný charakter liečby – liečba často krát nie je kauzálna, kuratívna, ale substitučná, zmiernujúca symptómy ochorenia, často krát s nepravidelným efektom a nežiaducimi účinkami,
- nejasnosť prognózy, nepredvídateľnosť priebehu ochorenia – nie je možné predvídať priebeh ochorenia, ktorý môže významne zasiahnuť do života pacienta,
- vedomie závažných chronických komplikácií a aktuálnych stavov – to znamená, že ako náhle dôjde k nedodržaniu terapeutického režimu, hrozí riziko závažných následkov,
- lokus kontroly – v domácej liečbe sa presúva dominantná časť kontroly a zodpovednosť za liečbu na pacienta (Gurková, 2011).

## **CIEĽ PRÁCE**

Zistiť, ako dialyzovaní pacienti hodnotia spokojnosť s kvalitou života prežívaním svojho fyzického a psychického zdravia a sociálnych vzťahov. Zistené výsledky porovnať s populačnými normami skrátenej verzie dotazníka WHOQOL-BREF.

## **SÚBOR A METODIKA**

Celkový počet respondentov bol 50 z toho 32 mužov a 18 žien, vo veku od 45 – 75 rokov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti vo vekovej skupine od 55 – 60 rokov 44 %. Priemerný vek bol 56,7 rokov. Najviac mužov (48 %) a žien (52 %) malo stredoškolské

vzdelanie s maturitou. Podľa rodinného stavu bolo u mužov (50 %) i žien (60 %) najväčšie zastúpenie v kategórii ženatý/vydatá. Výber respondentov bol zámerný, prieskumnú vzorku tvorili pacienti zaradení do hemodialyzačnej liečby.

Na meranie kvality života bol použitý štandardizovaný dotazník Svetovej zdravotníckej organizácie v krátkej verzii – WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF – je skrátenou verziou dotazníku WHOQOL-100, používa sa hlavne pre potreby klinickej praxe. Pozostáva z 26 položiek združených do štyroch oblastí / subškál: fyzické zdravie, psychická oblasť, sociálne, prostredie (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s.83-92).

Prieskum bol realizovaný v mesiacoch december 2012, január 2013. Uskutočnil sa v dialyzačnom stredisku Dialcorp Kežmarok. Rozdali sme 56 dotazníkov. Z rozdaných dotazníkov sa nám vrátilo 50. Vyhodnotili sme 50 dotazníkov, čo je 100%.

## VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

Tab. 1 Doména fyzického zdravia

položka	Pacienti s dialýzou	Bežná populácia
	Priemer	Priemer
Bolesť a nepríjemné pocity	2,64	4,03
Závislosť na lekárskej starostlivosti	3,14	4,16
Pohyblivosť	3,41	4,27
Spánok	2,96	3,61
Každodenné činnosti	3,14	3,76
Pracovná výkonnosť	3,10	3,76

Tab. 2 Doména prežívania (duševného zdravia)

položka	Pacienti s dialýzou	Bežná populácia
	Priemer	Priemer
Potešenie z života	3,61	3,83
Zmysel života	3,60	3,86
Schopnosť sústrediť sa	3,44	3,55
Spokojnosť so sebou samým	3,10	3,57
Negatívne pocity	2,60	3,47

Tab. 3 Doména sociálnych vzťahov

položka	Pacienti s dialýzou	Bežná populácia
	Priemer	Priemer
Osobné vzťahy	3,81	3,75
Sexuálny život	3,51	3,64
Podpora priateľov	4,07	3,85
Osobné bezpečie	3,14	3,24

Tab. 4 Porovnanie doménových skôr populačných noriem (WHOQOL-BREF) a priemerných hodnôt dialyzovaných pacientov Kežmarok

Domény	Počet (N)	Priemer dialyzovaných pacientov Kežmarok)	hodnôt (HDS	Priemer podľa WHOQOL- BREF	STD podľa
					WHOQOL- BREF + -
<b>dom 1</b>	Fyzické zdravie	50	10,74	15,55	2,55
<b>dom 2</b>	Duševné zdravie	50	12,08	14,78	2,43
<b>dom 3</b>	Sociálne vzťahy	50	11,47	14,98	2,89
<b>dom 4</b>	Prostredie	50	11,17	13,30	2,08
<b>Q1</b>	Kvalita života	50	2,60	3,82	0,72
<b>Q2</b>	Spokojnosť so zdravím	50	2,00	3,68	0,85

Rozpätie škály pri doménach je 4 - 20, pri jednotlivých otázkach (Q1 a Q2) je 1 - 5; pričom vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života. STD = štandardná odchýlka. Minimum a maximum pre fyzické zdravie je 5,14 – 20,00; duševné zdravie 6, 67-20,00; sociálne vzťahy 4,00-20,00; prostredie 6,00-18,50; globálna kvalita života 1,00-5,00; a spokojnosť so zdravím 1,00-5,00.

## DISKUSIA

Výsledky dotazníka sme vyjadrili ako domény, ktoré predstavujú priemerne hrubé skóre spočítané z príslušných položiek a z hodnoty odpovedí dvoch samostatných položiek, ktoré hodnotia celkovú kvalitu života a celkový zdravotný stav. Pre vytvorenie hrubého skóra domén a ich transformácie na hodnotu 4 - 20 bola použitá metodika podľa Dragomireckej -

Bartoňovej (2006, s. 83). Pre porovnanie dosiahnutých výsledkov so zdravou populáciou boli použité populačné normy (bežná populácia) ako uvádzajú Dragomirecká, Bartoňová (2006, s. 83-92). Predpokladali sme, že respondenti budú vnímať svoju kvalitu života negatívne, a tak isto to bude s vnímaním svojho zdravotného stavu. Porovnaním doménových skóre populačných noriem (WHOQOL-BREF) a priemerných hodnôt dialyzovaných pacientov v HDS Kežmarok sme zistili, že dialyzovaní pacienti vykazujú v doméne Q1 a Q2 (kvalita života – 2,60 : 3,10 a spokojnosť so zdravím – 2,00 : 2,83) znížené hodnoty. Priemerné hodnoty skóre pre fyzické zdravie bolo 10,74; pre prežívanie 12,08; sociálne vzťahy 11,47; životné prostredie 11,17.

Kvalita života dialyzovaných pacientov je v porovnaní s bežnou populáciou nižšia. Spokojnosť s vlastným zdravím vyjadruje najmä vzťah k fyzickej stránke choroby, kým hodnotenie globálnej kvality života odráža aj psychosociálne a spirituálne aspekty, ktoré môžu nepriaznivý fyzický stav „prevážiť.“

Liečenie chronických ochorení býva často spojené s neprijemnými vedľajšími účinkami. Termín "kvalita života" vyjadruje, že je pri rozhodovaní v medicíne treba brať ohľad aj na to, aká utrpenie liečba pacientovi spôsobí a nakoľko mu môže zachovať nezávislosť a vykonávať bežné životné role. Spočiatku sa "kvalita života" chápala ako objektívne kritérium, ktoré môže byť hodnotené zvonku ako miera nezávislosti a normálneho fungovania v bežnom živote. Postupne sa presúval dôraz na subjektívne stránku kvality života a kvalita života sa začala používať pre hodnotenie zdravotných a sociálnych intervencií u širokého spektra dlhodobých ochorení (Hnilicová, 2003, s.28-29).

Pri porovnaní doménových skóre populačných noriem (WHOQOL-BREF) s priemernými hodnotami dialyzovaných pacientov sme zistili, že v doméne fyzického zdravia naozaj vykazujú znížené hodnoty (dialyzovaní pacienti 10,74 oproti bežnej populácii 15,55). K rovnakému záveru prišiel aj Ležovič (2011,s.70-75), ktorý vo svojej práci takisto uvádza znížené priemerné hodnoty dialyzovaných pacientov v doméne fyzického zdravia (12,30) oproti bežnej populácii podľa WHOQOL-BREF.

Doménou prežívania (duševného zdravia) sa zaoberali otázky zamerané na zmysel života, potešenie zo života, schopnosť sústrediť sa, spokojnosť so sebou samým a na negatívne pocity. Porovnaním populačných noriem (WHOQOL-BREF) s priemernými hodnotami dialyzovaných pacientov sme zistili, že aj v doméne duševného zdravia vykazujú dialyzovaní pacienti znížené hodnoty (12,08 : 14,78).

Pacient s chronickým ochorením môže prežívať neustále obmedzovanie, napätie a úsilie, ktoré mu umožní len priblížiť sa ku kvalite života, ktorú ostatní prežívajú automaticky, bez



nutnosti neustálej sebakontroly, starostí a trápenia. Dialyzovaný pacient je vystavený stresu, rovnako ako pacienti s inými chronickými chorobami, ktorý vyplýva z nevyliciteľnej a teda doživotnej choroby. Navyše zažíva stres celkom špecifický, vyvolaný jednak príznakmi ochorenia (úbytok energie, svrbenie kože, bolesti svalov a kĺbov, úporný smäd, sucho v ústach, ťažkosti so spánkom) a jednak neobyčajne náročným spôsobom liečenia (Lachmanová, 2008). Mnoho autorov sa zhoduje v tom, že významným stresom dialyzovaných pacientov je závislosť na prístroji, stredisku a personálu, ktorá je pre mnohých pacientov ďaleko väčšou psychickou záťažou, než trvalé ohrozenie života (Haškovcová, 2002, s. 176 - 190; Sulková, 2000, s. 234-260; Lachmanová, 2008, s. 115-130). Na udržanie sebaúcty je potrebné podporovať pacientovu samostatnosť, rešpektovať jeho intimitu, poukazovať na pozitívne stimuly, kladné a silné stránky pacienta.

Doménu sociálnych vzťahov tvorili dotazníkové otázky, ktoré hodnotili osobné vzťahy, sexuálny život, podporu priateľov, osobné bezpečie. Porovnaním doménového skóra populačných noriem (WHOQOL-BREF) a priemerných hodnôt dialyzovaných pacientov sme zistili, že v oblasti sociálnych vzťahov dialyzovaní pacienti dosiahli podpriemerné hodnoty (11,47 : 14,98). Časová náročnosť liečby, nepredvídateľnosť udalostí pri dialýze a výkyvy v zdravotnom stave chorého prekážajú v plánovaní a uskutočňovaní rodinných programov. Príbuzní dialyzovaných pacientov nikdy nevedia, či sa ich rodinný príslušník vráti z dialýzy, zažívajú obrovské napätie pri každom zhoršení zdravotného stavu, vyrovnávajú sa s predstavou možného konca života. Pacient si uvedomuje, čo rodina prežíva a má pocit viny. Okrem toho sa musí rodina vyrovnáť so zmenou správania pacienta, narastajúcou agresivitou, zmenou rolí, minimálnou otvorenou komunikáciou, obmedzením spoločenského života, finančnými problémami, všeobecnou neistotou (Gulášová, 2004, s. 61-64).

Z hodnotenia kvality života pacientov dialyzačných centier podľa Ležoviča (2011, s.70-75) vyplýva, že najviac hodnotí svoju kvalitu života ako ani zlú, ani dobrú 45 % respondentov a rovnako je tomu aj pri jednotlivých pohlaviach (muži 40 % a ženy 50 %). So svojím zdravím bolo spokojných 35 % mužov a 29 % žien. Priemerné hodnoty skóre pre fyzické zdravie boli 12,3, pre prežívanie 13,71, sociálne vzťahy 14,41, životné prostredie 13,08. Najsilnejším korelátom kvality života bolo subjektívne hodnotenie vlastného zdravia na päťbodovej škále. Korelačné koeficienty ukazujú úzky vzťah medzi prežívaním a celkovým hodnotením kvality života. Ďalším silným korelátom je doména fyzického zdravia (Ležovič, 2011, s.70-75).

## ZÁVER

Výsledky nášho prieskumu sa nedajú považovať za reprezentatívne pre celé Slovensko, pretože prieskum bol realizovaný na malom súbore pacientov (počet limitovaný kapacitou dialyzačného strediska), ale pomôžu nám pochopiť, ako vnímajú kvalitu svojho života chronicky chorí pacienti odkázaní na dialýzu a čo výrazne ovplyvňuje kvalitu ich života. Z výsledkov, ktoré sme získali, vyplýva, že kvalita života pacientov nedosahuje najvyššiu úroveň. Avšak ani jedna negatívna odpoveď nedosiahla viac ako 50 % zastúpenie, čo znamená, že väčšina pacientov nehodnotí kvalitu svojho života ani pozitívne, ani negatívne. Menej spokojní sú pacienti so svojim zdravotným stavom, čo logicky vyplýva z ich chronickej choroby.

Výsledky výskumov môžu sestry pomôcť lepšie pochopiť, ako sa ochorenie a jeho liečba premieta do každodenného života pacienta, porozumieť jeho preferenciám, očakávaniam, požiadavkám v súvislosti s ochorením. Výskumné zistenia môžu byť v klinickej praxi aplikované s cieľom zaistenia adekvátnej zdravotnej a podpornej starostlivosti.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- DRAGOMIRECKÁ, E.- BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Whoqol- bref, Whoqol-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 83-92. ISBN 80-85121-82-4.
- GOMBOŠ V. 2005. Manažment pacientov so zlyhaním obličiek pred zaradením a po zaradení do dlhodobého dialyzačného programu. In *Interná medicína*. ISSN 1335-8359. 2005, 5(6): s. 357–362.
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- GULÁŠOVÁ, I. 2004. Psychosociálne problémy a význam komunikácie sestry u dialyzovaných pacientov. In *Aktuality v nefrológii*, ISSN 1210-955X, 2004, roč.10, č.2, s. 61-66.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. vydanie. Praha: Galén, 2002. s.176 - 190. ISBN 80-7262-132-7.
- HNILICOVÁ, H. 2003. Kvalita života a její význam pro medicínu. In *Zdravotnické noviny*, 2003. ISSN 1214-7664, č. 5. s. 28-29.
- LACHMANOVÁ, J. 2008. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1.vydanie. Praha: Galén, 2008.s. 54 – 130. ISBN 978-80-7262-552-9.

LEŽOVIČ, M. 2011. Kvalita života dialyzovaných pacientov. In *Lekársky obzor* [online]. 2011, vol.2, no.2, s. 70-75. [cit. 2013-03-01]. Dostupné na internete: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-2-2011/kvalita-zivota-dialyzovanych-pacientov>  
SULKOVÁ, S. a kol. 2000. *Hemodialýza*.1.vydanie. Praha: Maxdorf, 2000. s.210-250. ISBN 80-85912-22-8.

## **KONTAKT**

**PhDr. Mária Novysedláková, PhD.**

Fakulta zdravotníctva KU

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: [maria.novysedlakova@ku.sk](mailto:maria.novysedlakova@ku.sk)

**OBJEKTIVIZUJÍCÍ HODNOCENÍ STAVU NEHOJÍCÍ SE RÁNY JAKO  
VÝCHODISKO KVALITNÍ A BEZPEČNÉ PÉČE  
THE OBJECTIFYING ASSESSMENT OF THE STATE OF NON-HEALING  
WOUNDS AS THE BASIS OF QUALITY AND SAFE CARE**

**Andrea Pokorná**

Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

**Abstrakt**

**Úvod:** Léčba nehojící se rány je založena na adekvátním posouzení jak stavu nemocného, tak i jeho defektu. Základem managementu péče o nemocné s nehojící se ránou je exaktní zhodnocení a na jeho podkladě volba vhodných terapeutických strategií. Proces hodnocení nehojící se rány v klinické praxi je stále problematický.

**Cílem** výzkumu je analýza způsobu hodnocení nehojících se ran v lůžkových zařízeních v ČR.

**Metodika:** Výzkum byl proveden v celkovém počtu 77 lůžkových zdravotnických zařízení v ČR ze všech krajů ČR. Využit byl smíšený design výzkumu (participativní pozorování s tvorbou terénních poznámek a obsahová analýza dokumentů). Analyzována byla kvantitativní i kvalitativní data.

**Výsledky** výzkumu potvrdily nejednotné postupy v hodnocení nehojících se ran. V hodnocení základních parametrů rány je situace příznivější (např. velikost, hloubka a lokalizace rány) než při hodnocení specifických parametrů (exsudace, známky infekce), a to nejen s ohledem na počet sledovaných parametrů, ale i vzhledem k objektivizaci.

**Závěr:** Efektivní strategie péče o ránu (wound management<sup>1</sup>) ovlivňuje způsob a rozsah hodnocení nehojících se ran v klinické praxi ve sledovaných zařízeních. V případě přítomnosti konzultantky pro hojení ran je sledován i objektivizován větší počet symptomů (0,047), stejně jako na pracovištích, kde disponují certifikátem kvality České společnosti pro léčbu ran (0,010).

<sup>1</sup> S ohledem na snahu o zjednodušení textu, bude dále pro proces péče o osoby s nehojící se ránou využíván anglikanismus – wound management, také vzhledem k jeho využití v běžně dostupných odborných zdrojích v ČR.

**Klíčová slova:** nehojící se rána, všeobecná sestra, hodnocení, objektivizace, kvalita péče

## **Abstract**

**Introduction:** The treatment of non-healing wounds is based on an adequate assessment of the patient's condition as well as on the injury itself. The foundation of healthcare management of patients with non-healing wounds is accurate evaluation followed by selection of a suitable therapeutic strategy. Assessment of non-healing wounds in clinical practice is still a problematic process. The aim of the study is to analyse ways of assessing non-healing wounds in inpatient facilities in the Czech Republic.

**Methods:** The research has been carried out at 77 inpatient medical facilities (8 university hospitals, 63 hospitals and 6 long term hospitals) across all regions of the Czech Republic. A mixed-model has been used for the research (participatory observation including creation of field notes and content analysis of documents). Qualitative and quantitative data has been obtained and analysed.

**The results** of this research have corroborated the inconsistency of procedures for assessment of non-healing wounds by general nurses. The situation is more positive concerning the evaluation of fundamental parameters of a wound (e.g. size, depth, and location of the wound) rather than the evaluation of specific parameters (e.g. exudation or signs of infection) – not only regarding the amount of observed parameters, but also with regard to objectification. **Conclusion:** An effective strategy for wound management involves the method and scope of the assessment of non-healing wounds in clinical practice in observed facilities. A larger number of symptoms were observed and objectified when a consultant for wound healing was present (p 0,047). The same situation applied for facilities possessing a certificate of quality issued by the Czech Wound Management Association (p 0,010).

**Key words:** non-healing wound, general nurse, assessment, objectification, clinical guidelines

## **ÚVOD**

Nehojící se rány jsou závažným socioekonomickým problémem, jehož řešení vyžaduje multidisciplinární přístup. V souvislosti se současným demografickým trendem existuje

předpoklad, že bude narůstat nejen vlastní výskyt pacientů s nehojícími se ranami, viz dále, ale spolu s tím se budou zvyšovat ekonomické nároky na zdravotní péči a samozřejmě dopady na kvalitu života osob s nehojící se ránou a také pečujících osob (laiků i profesionálů). Výskyt chronických/nehojících se ran souvisí také s celkovým stárnutím populace a podle údajů EWMA je v Evropě incidence nehojících se ran 3 581 927 za rok. Problematickým hojením rány je v průmyslovém světě postiženo téměř 1 – 1,5 % populace. Stále stoupají náklady na hojení ran nejen v Evropě. Průměrné náklady na jeden případ léčení pacienta s bérceovou ulcerací jsou 6 650 eur a 10 000 eur u léčby diabetické nohy. Management hojení ran představuje 2 – 4 % rozpočtu na zdravotní péči (Hjort, Gottrup, 2010, s. 173 – 184; Posnett et al., 2009, s 154 – 161; Gottrup, 2013, s. 4). Česká republika se od roku 2006 řadí mezi země, kde počet osob ve věku 65 let a více převyšuje počet dětí. Patří k zemím s nízkým podílem dětí (14,3 % v roce 2010) a zatím mezi země s relativně nižším zastoupením osob starších 64 let (15,4 % v roce 2010). Index stáří dosáhl koncem roku 2010 hodnoty 108 /v Německu již 150, v Itálii 140/ (ÚZIS, 2011, s. 221). Vzrůstá nejen počet osob, které mají predispozice ke vzniku chronických/nehojících se ran, ale také se zvyšují požadavky na zkracování doby léčby a využívání moderních technologií a postupů. Z uvedených informací lze odvodit, že u poměrně velké části populace se vyskytuje nějaký druh rány, nejčastěji jsou to diabetické defekty, dekubity, bérceové vředy, různé artifiční eroze či chirurgické rány. Skutečná prevalence však bude nejspíše ještě vyšší vzhledem k faktu, že ne všichni nemocní s nehojící se ránou vyhledají odbornou pomoc a také proto, že neexistuje jednotný registr pro nemocné s nehojícími se ranami, což také úzce souvisí s problematikou dokumentování nehojících se ran. Přesto, že v klinické praxi působí stále vyšší počet všeobecných sester vzdělaných v oblasti péče o pacienty s nehojící se ránou, existují rozdíly nejen v kvalitě, ale i způsobu hodnocení pacientů s nehojící se ránou i vlastní rány, což bylo jedním z primárních motivů prezentovaného výzkumu. Procesu hodnocení nehojící se rány v klinické praxi není věnována dostatečná pozornost, přestože důsledky nesprávné či nepřesné interpretace jednotlivých parametrů rány mohou vést k nesprávné diagnóze a volbě neefektivních postupů péče včetně terapeutických materiálů pro fázové hojení rány.

## **CÍLE PRÁCE**

Cílem výzkumu bylo zmapovat a analyzovat způsoby hodnocení a dokumentování nehojících se ran v klinické praxi v lůžkových zařízeních v ČR. Na základě zjištěných faktů pak připravit návrh konceptu nového algoritmu (tzv. draft short form) pro hodnocení nehojící se rány všeobecnou sestrou a navrhnout strategii implementace nové metodiky doporučeného postupu

pro hodnocení nehojící se rány pro sestry v klinické praxi. Empirické hledání bylo rámováno snahou nalézt principy, jež mohou ovlivnit proces a strategii péče o pacienty s nehojící se ránou v podmínkách ošetrovatelské péče v ČR do budoucna a zejména nastítnit strategii tvorby klinického doporučeného postupu pro hodnocení nehojící se rány a pro zkvalitnění procesu péče o osoby s nehojící se ránou založeného na důkazech. Výzkum zahrnoval sledování mnoha odlišných parametrů – determinujících faktorů procesu hodnocení nehojící se rány. Výzkum zahrnoval sledování mnoha odlišných parametrů – determinujících faktorů procesu hodnocení nehojící se rány jednak pomocí záznamového archu a v rámci zúčastněného pozorování (základní sledované parametry rány zahrnovaly etiologii, stáří, velikost, hloubku, lokalizaci, okraje, okolí, spodinu a lokální a celkovou terapii; specifické parametry procesu hojení zahrnovaly známky zánětu/infekce, exsudaci, zápach, kontaminaci a kolonizaci, komorbidity a bolest). Dále byly sledovány okolnosti efektivní péče o pacienta s nehojící se ránou ve vztahu k organizaci péče (přítomnost konzultantky hojení ran, certifikace, akreditace). V tomto příspěvku bude pozornost zaměřena na dvě oblasti z hlediska wound managementu. Konkrétně na přítomnost konzultantky pro hojení ran na pracovišti a certifikaci České společnosti pro léčbu ran ve vztahu k rozsahu a kvalitě hodnocení a dokumentování nehojící se rány.

## **SOUBOR METODIKA**

Metodologicky je celý výzkum rámován smíšeným přístupem (mixed methods design), který nejlépe odpovídá možnostem aplikovaného výzkumu v ošetrovatelství a stanoveným cílům práce. Základní výzkumné metody zahrnovaly strukturované zúčastněné pozorování v přirozeném prostředí s tvorbou terénních poznámek spolu s obsahovou analýzou písemných materiálů (záznamů o nehojící se ráně). V obsahové analýze dokumentů jsme se zaměřili na sledované parametry hodnocení rány (viz dříve cíle práce), které byly využity k ověření dat zapsaných do záznamového archu pro následnou statistickou analýzu dat. Nepodstatnou informací byla konkrétní terapie a vývoj stavu rány jednotlivých pacientů, které sledovány nebyly. Jednalo se o souběžný přístup s integrací kvantitativního a kvalitativního přístupu v rovině sběru dat. Explorativní analýza dat byla provedena prostřednictvím srovnání průměrů, korelací a příslušných testů statistické významnosti (Mann-Whitney U-Test pro posouzení rozdílů dle typu pracovišť a rozsahu hodnocení základních a specifických parametrů ran, Kruskal-Wallis Test pro posouzení rozdílů v rozsahu hodnocení rány dle akreditace, specializace a formy péče a Pearsonův korelační koeficient pro srovnání rozsahu hodnocení rány dle přítomnosti konzultantky pro hojení ran a udělení certifikátu ČSLR) na zvolené

hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Pro selekci základního souboru byl zvolen účelový výběr. Dle adresáře poskytovatelů zdravotních služeb v ČR na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) byl zvolen soubor zdravotnických zařízení zahrnující: fakultní nemocnice, nemocnice a nemocnice následné péče v celkovém počtu 187 zařízení. Finální analýza dat byla provedena u celkového počtu 77 (tj. 41,18 %) oslovených zdravotnických zařízení (8 fakultních nemocnic, 63 nemocnic a 6 nemocnic následné péče). Vlastní pozorování a sběr dat s využitím všech plánovaných metod výzkumu bylo realizováno na 95 ošetrovacích jednotkách. V 64 nemocnicích na jedné, v 8 nemocnicích na dvou a v 5 nemocnicích na třech ošetrovacích jednotkách. Fakt, že byl v některých zdravotnických zařízeních proveden průzkum na více pracovištích, vyplýval z informací poskytnutých managementem zdravotnického zařízení. Tam kde na počátku deklarovali, že neuvítají jednotný postup hodnocení nehojící se rány v celém zařízení, byl proveden průzkum na více ošetrovacích jednotkách. Z hlediska úrovně kvality péče, která je ohodnocena certifikací, byla nejčastější certifikace dle ISO ( $n = 35$  pracovišť, tj. 36,8 %). Jako druhá nejčastější varianta byla akreditace udělená Spojenou akreditační komisí ( $n = 23$ ; tj. 24,2 %). Celkem 18 (18,9 %) pracovišť doposud neabsolvovalo žádný certifikační či akreditační proces a naopak mezinárodní akreditaci mělo celkem 7 pracovišť (7,4 %). Z hlediska zaměření oboru /specializace bylo nejvíce chirurgických pracovišť ( $n = 32$ ; tj. 33,7 %), interních pracovišť bylo méně ( $n = 24$ ; 25,3 %). Možnost interního a chirurgického pracoviště byla označena ve zdravotnických zařízeních, na nichž byl konzistentní přístup k hodnocení nehojící se rány ( $n = 27$ ; 28,4 %). Mezi jiná pracoviště byla zařazena oddělení následné péče, dlouhodobé péče a oddělení dlouhodobé či chronické intenzivní péče ( $n = 12$ ; 12,6 %).

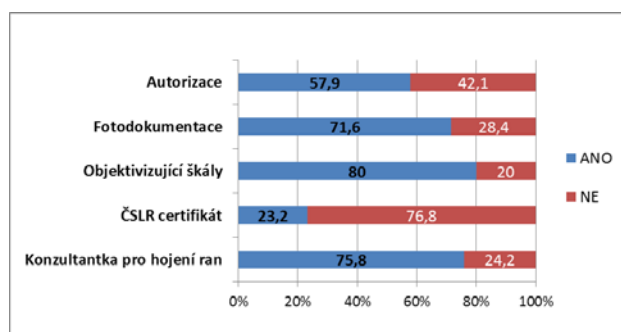
## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

V kvantitativních empirických analýzách bylo postupně identifikováno, že v jednotlivých zdravotnických zařízeních probíhá proces hodnocení nehojící se rány odlišně. Analýza dat získaných kvalitativním přístupem umožnila rozkrytí kontextuálních charakteristik a hlubších souvislostí. Také z toho důvodu jsou získaná data zpracována, jak již bylo uvedeno, ze 77 nemocnic, ale z celkem 95 pracovišť – ošetrovatelských jednotek/oddělení. Navazující sledovaná kritéria v jednotlivých zdravotnických zařízeních již souvisela s vlastní organizací a managementem hojení ran. Na většině pracovišť byla pověřena osoba, která plnila roli konzultantky pro hojení ran ( $n = 72$ ; tj. 75,8 %). V 64 zdravotnických zařízeních, v nichž byl proveden průzkum pouze na 1 ošetrovací jednotce, plnila funkci celoústavní konzultantky, která koordinovala činnost všeobecných sester pečujících na daném pracovišti o pacienty s



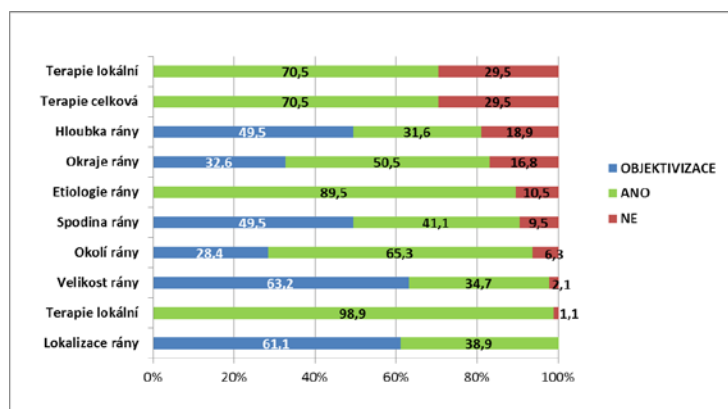
nehojící se ránou jedna pověřená osoba. Ve 25 zdravotnických zařízeních byla ustanovena také pracovní skupina pro koordinaci aktivit v procesu péče o ránu. Konzultantky pro hojení ran většinou získaly zvláštní odbornou způsobilost pro péči o osoby s nehojící se ránou v certifikovaném kurzu anebo v průběhu specializačního studia. Další sledovanou proměnnou byl certifikát udělovaný Českou společností pro léčbu ran (ČSLR). Certifikát je udělován (danému pracovišti, ne celému zdravotnickému zařízení) na základě žádosti a splnění stanovených podmínek pro kvalitu péče o osoby s nehojící se ránou. Z celkového počtu 95 pracovišť jich certifikát ČSLR získalo celkem 22 tj. 23,2 %. Zajímavá zjištění přineslo hodnocení využívání objektivizujících škál pro hodnocení celkového zdravotního stavu nemocného, které bylo ověřeno na 76 pracovištích (80 %). Nejčastěji se jednalo o škály hodnotící riziko vzniku dekubitů a riziko malnutrice. Na 45 pracovištích byl využíván Barthelové test běžných denních aktivit pacientů (ADL). Na pracovištích následné péče byly využívány testy pro hodnocení úrovně kognitivních funkcí (nejčastěji Mini Mental State Examination – MMSE). Relativně často je na sledovaných pracovištích pořizována fotodokumentace (n = 68; 71,6 %). Z analýzy dokumentů a field notes ale vyplynulo, že fotodokumentace je využívána nepravidelně, není archivována v tištěné podobě, ale v elektronické formě a existují problémy s anonymizací a dlouhodobým uchováváním dat např. po propuštění pacienta z hospitalizace. Důvodem pro pořízení fotodokumentace bývá často raritní kasuistika anebo využívání nového terapeutického materiálu pro hojení ran a tedy potřeba doložení efektivity nového postupu. Pozoruhodné výsledky byly zjištěny v oblasti autorizace záznamů ve zdravotnické dokumentaci. Pouze na 55 (tj. 57,9 %) pracovištích bylo shledáno, že je v rámci hodnocení nehojící se rány a záznamu informací do dokumentace nějakým způsobem autorizována osoba, která záznam provedla. V legislativě je však jednoznačně uvedeno, že podpis osoby provádějící záznam je nutný (Vyhláška č. 98/2012 Sb. ČR). Souhrnné informace o sledovaných proměnných ve vztahu k wound managementu na jednotlivých pracovištích poskytuje graf 1 (prezentována jsou procenta případů).

Graf 1 Souhrnný přehled – proměnné wound managementu



Z analýzy dokumentů vyplynulo, že zejména na pracovištích následné péče je běžnou praxí, že informace o nehojící se ráně zcela chybí v lékařské dokumentaci anebo je pouze zmíněn zápis o výskytu např. dekubitů a péče dle protokolu. Všechny ostatní parametry hodnocení nehojící se rány, včetně terapeutických postupů, jsou součástí ošetrovatelských záznamů (n = 90; tj. 94,7 %). V záznamech jsou dokumentovány jednak základní parametry rány a dále parametry specifické. Ovšem ne vždy je provedena jejich objektivizace – tedy přesné zhodnocení (změření, využití škály). Například hodnocení velikosti rány na 97,9 % pracovišť, ale přesné měření provádí pouze na 63,2 % pracovišť. Toto jištění je v souladu s poznatkami, které prezentují také zahraniční zdroje jako nejčastější způsob měření (Langemo et al., 2001, s. 190; Langemo et al., 2008, s. 42). V našem výzkumu se jedná o nejčastěji objektivně hodnocený ukazatel spolu s lokalizací rány, která je dokumentována na všech pracovištích, ale objektivně (např. pomocí piktogramu) je zaznamenána na 61,1 % pracovišť. Podrobnější informace jsou opět shrnuty graficky (graf 2).

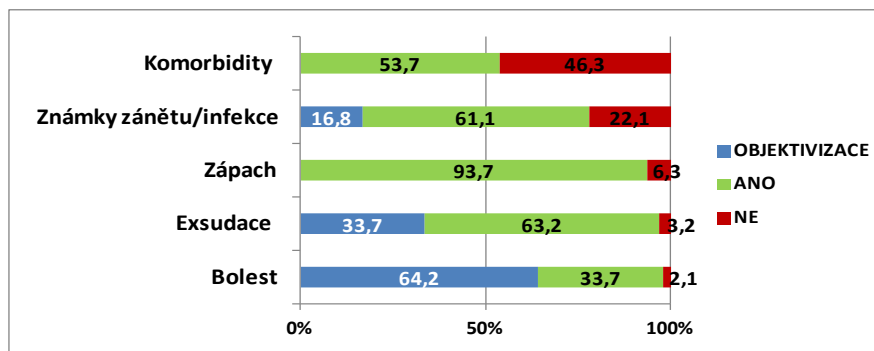
Graf 2 Souhrn hodnocení základních parametrů rány dle míry objektivizace



Obdobná zjištění s ohledem na rozsah objektivizujícího hodnocení vyplývají z analýzy dat ve vztahu ke sledování specifických znaků ran (viz graf 3). K nejčastěji objektivizovaným

parametrů patřila bolest, ale velmi často se nejednalo o evaluaci bolesti speciálně ve vztahu k nehojící se ráně. Zajímavé také bylo, že hodnocení přítomnosti komorbidit bylo prováděno pouze na polovině sledovaných pracovišť.

Graf 3 Souhrn hodnocení specifických parametrů rány dle míry objektivizace



S ohledem na snahu zjistit dopad efektivního wound managementu (přítomnosti konzultantky pro hojení ran a certifikátu kvality péče ČSLR) na proces hodnocení nehojící se rány a potažmo kvalitu péče o pacienty s nehojící se ránou byla provedena navazující statistická analýza pomocí explorativní statistiky. Z analýzy vyplynulo, že konzultantka pro hojení ran je přítomna na většině pracovišť bez ohledu na typ proaktivní strategie udržení kvality péče – akreditace či certifikace ( $p = 0,442$ ). Procento výskytu konzultantek ve sledovaném souboru zařízení je obecně poměrně vysoké, nicméně má klesající tendenci směrem od akreditace k certifikaci až po pracoviště bez akreditace a certifikace (od 100 % výskytu na pracovištích s JCI po 66,7% výskyt na pracovištích bez akreditace). Je zřejmé, že výskyt pověřených osob, které jsou zodpovědné za péči o ránu má v klinické praxi stoupající tendenci. Důležité ale je další zjištění, že v případech, kdy je na pracovišti konzultantka pro hojení ran, je hodnocen jednak vyšší počet základních i specifických parametrů rány a taktéž je dosaženo vyšší bodové hodnoty dle škály pro objektivizující hodnocení. Zde byla prokázána také statisticky významná závislost mezi přítomností konzultantky a rozsahem sledovaných základních parametrů rány s využitím objektivizujících technik ( $p = 0,047$ ). Na pracovištích, na nichž je konzultantka přítomna, tak bylo hodnoceno více parametrů nehojící se rány objektivně tj. s pomocí měřících nástrojů a škál. Výsledek lze považovat za velmi pozitivní s ohledem na fakt, že je nejen zajištěna kontinuita hodnocení jednou osobou, ale i v případě hodnocení dalšími osobami zainteresovanými v péči je využíváno stejných kritérií a existuje předpoklad konzistentního hodnocení s nižší mírou rizika subjektivizace. Konzultantky pro hojení ran většinou získaly zvláštní odbornou způsobilost pro péči o osoby s nehojící se ránou v

certifikovaném kurzu anebo v průběhu specializačního studia. Lze tedy předpokládat, že se zvyšujícím se penzem vědomostí všeobecných sester pečujících o pacienty s nehojící se ránou by měl souviset přesnější a kvalitnější proces hodnocení nehojící se rány. Tento předpoklad do jisté míry potvrzuje také studie provedená Cook (2011, s. 40), která jednoznačně úroveň vzdělávání v oblasti hodnocení a dokumentování rány vztahuje ke kvalitě procesu péče. Zároveň upozorňuje na nutnost mnohem větší dostupnosti specializovaného vzdělávání v oblasti wound managementu s využíváním moderních výukových technologií. V této oblasti existují v České republice stále rezervy (Stryja, Pokorná, 2011, s. 47; Stryja, 2010, s. C1). Z výzkumu také vyplynulo, že přesto, že je stanovena konzultantka hojení ran, mnohdy také na celou úroveň, nejsou její doporučení pro péči o ránu vždy akceptována a dodržována. Obdobné problémy nejsou typické pouze pro Českou republiku. McCluskey a McCarthy (2012, s. 47) v průzkumu provedeném u souboru 150 sester ve Velké Británii uvádí, že na jedné straně jsou znalosti všeobecných sester v procesu péče o ránu podceňovány a na straně druhé nemají vždy možnost anebo je nezvládají uplatnit s ohledem na přístup ostatních členů týmu. Srovnatelné závěry uvádí další britská studie z roku 2008, která ověřovala nejen dopad vzdělávacích aktivit na proces péče o osoby s nehojící se ránou v klinické praxi, ale také příčiny nevyužívání nových poznatků v péči (Hollinworth et al., 2008, s. 25 – 33).

V ČR působí Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR), která sdružuje jak lékařské, tak nelékařské zdravotnické pracovníky a spolupracuje také s dalšími zahraničními společnostmi zaměřenými na péči o ránu. Je také členem Evropské společnosti pro léčbu ran (EWMA) a díky tomu umožňuje sdílení nejnovějších poznatků ve wound managementu na mezinárodní úrovni. Jednou z aktivit ČSLR je udělování certifikace pracovištím, která splňují kvalitativní podmínky pro efektivní proces péče o ránu. Certifikát není udělován zdravotnickým zařízením jako celku, ale jednotlivým pracovištím – ošetrovacím jednotkám. Premisa, že na pracovištích, která získala certifikát kvality od ČSLR, bude také sledován větší počet parametrů nehojící se rány a využívána objektivizace ve vyšší míře, byla potvrzena. Bylo zjištěno, že průměrný počet sledovaných základních parametrů nehojící se rány souvisí s udělením certifikátu ČSLR ( $p < 0,010$ ). Přesto, že u počtu sledovaných specifických parametrů ani míry jejich objektivizace nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, je nutno z věcného hlediska zdůraznit, že na všech pracovištích s certifikátem ČSLR bylo ověřeno podrobnější hodnocení rány.

## ZÁVĚR

Odhlédneme-li od zdravotního aspektu, představuje přítomnost nehojící se rány výrazný socioekonomický problém jak pro pacienta, tak pro zdravotnický systém, a tak je pochopitelné, že aktivity směřující k efektivnější, rychlejší a pro pacienta šetrnější léčbě chronických/nehojících se ran se postupně prosazují i v běžné praxi. Nehojící se rána představuje závažné zdravotní a ekonomické náklady (*přímé náklady* zejména ve smyslu spotřebovaného materiálu a *nepřímé náklady* v podobě náročné časové dotace a činností multidisciplinárního týmu). Účelná potažmo hospodárná terapie, je vždy možná pouze na základě správné identifikace aktuálního celkového stavu pacienta i vlastní rány a odpovídající volbě vhodných diagnostických a terapeutických postupů. Efektivní wound management uskutečňovaný s využitím specialistů, vzdělaných sester se zvláštní odbornou způsobilostí a pravidelné hodnocení kvality péče a její oceňování certifikátem ČSLR bylo ověřeno jako správná strategie vedoucí ke zkvalitňování péče o osoby s nehojící se ránou.

## ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Výzkum byl proveden v souladu s platnými etickými normami. Výzkumník deklaruje, že studie nemá žádný konflikt zájmů.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- COOK, L. 2011. Wound assessment: exploring competency and current practice. In *British Journal of Community Nursing Wound Care Supplement*, 2011, vol. 16, no. 12, p. 40.
- GOTTRUP, F. - APELQVIST, J. - BJANSHOLT, T. et al. 2013. EWMA Document: Antimicrobials and Non-healing Wounds – Evidence, Controversies and Suggestions. In *Journal of Wound Care*. 2013, vol. 22, no. 5 Suppl., p. 4.
- HJORT, A. - GOTTRUP, F. 2010. Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. In *Journal of Wound Care*. 2010, vol. 19, no. 5, pp. 173 - 184.
- HOLLINWORTH, H. - TAYLOR, D. - DYBLE T. 2008. An educational partnership to enhance evidence-based wound care. In *British Journal of Nursing*. 2008, vol. 17, no. 20, pp. 25 – 33.
- LANGEMO, D. K. - MELLAND, H. - OLSON, B. et al. 2001. Comparison of 2 Wound Volume Measurement methods. In *Advances in Skin & Wound Care*. 2001, vol. 14, no. 4, pp. 190 – 196.
- LANGEMO, D. K. - ANDERSON, J. - HANSON, D. et al. 2008. Measuring Wound Length Width and Area. In *Advances in Skin & Wound Care*. 2008, vol. 21, no. 1, p. 42 – 45.

- MCCLUSKEY, P. - MCCARTHY, G. 2012. Nurses' knowledge and competence in wound management. *Wounds UK*. 2012, vol. 8, no. 2, p. 47.
- POSNETT, J. - GOTTRUP, F. - LUNDGREN, H. - SAAL, G. 2009. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. In *Journal of Wound Care*. 2009, vol. 18, no. 4. pp. 154 – 161.
- STRYJA, J. - POKORNÁ, A. 2011. Možnosti edukace ve wound managementu. In *Hojení ran*. 2011, vol. 5, no. 1, s. 47 – 48.
- STRYJA, J. 2010. Vzdělávání a kvalitní péče spolu úzce souvisí. In *Medical Tribune*. 2010, vol. 6, no. 3, s. C1.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: Mezinárodní srovnání – Zdravotnická ročenka ČR 2011 [online]. Praha: UZIS ČR, 2011. [cit. 2014-02-25] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>, s. 221.
- PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci [online]. 2012. [cit. 2014-02-25] Dostupné na internetu: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77217&fulltext=&nr=98~2F2012&part=&name=&rpp=15#local-content>.

## KONTAKT

**doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.**

Masarykova univerzita

Lékařská fakulta

Katedra ošetrovatelství

Kamenice 3

625 00 Brno

e-mail: [apokorna@med.muni.cz](mailto:apokorna@med.muni.cz)

**USPOKOJOVANIE SPIRITUÁLNYCH POTRIEB U HOSPITALIZOVANÝCH  
PACIENTOV  
MEETING OF SPIRITUAL NEEDS OF HOSPITALIZED PATIENTS**

**Zuzana Šenkárová, Helena Kadučáková**

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

**Abstrakt**

**Cieľ:** Cieľom štúdie bolo zmapovať uspokojovanie spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov.

**Metóda:** Na zber empirických dát sme použili retrospektívnu obsahovú analýzu zdravotnej dokumentácie u pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na interných pracoviskách zdravotníckych zariadení.

**Výsledky:** Analýzou dát sme zistili, že sestry na posudzovanie spirituálnych potrieb požívajú len štandard podľa Nariadenia vlády slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie. Ďalej však nezaznamenávajú realizáciu ich uspokojovania.

**Záver:** Na základe získaných výsledkov by bolo vhodné realizovať ďalšie výskumy zamerané na spôsob posudzovania a realizácie uspokojovania spirituálnych potrieb.

**Kľúčové slová:** spiritualita, spirituálne potreby, pacient

**Abstract**

**Aim:** The main aim of this study was to map the satisfaction of the spiritual needs of hospitalized patients.

**Method:** To collect empirical data, we used a retrospective content analysis of medical records for patients who were hospitalized in the internal department of health care centers.

**Results:** We found out through the data analysis, that nurses assess spiritual needs through standard medical records, which are given by the Regulation of the Slovak Government. Further, we found out, that the nurses do not record the implementation of their satisfaction.

**Conclusion:** Based on these results, it would be appropriate to do further research, which methods will be focused on the way of assessing and realization the meeting of the spiritual needs.

**Keywords:** spirituality, spiritual needs, patient

## ÚVOD

Ošetrovatel'stvo ako vedná disciplína definuje potreby človeka komplexne v bio-psycho-sociálnej a spirituálnej dimenzii, vo vzájomných súvislostiach a v socio-kultúrnom kontexte. Spirituálna dimenzia podľa Stríženca (2007, s. 57) „*znamená hľadanie osobného spojenia s transcendentnom (s tým čo nás presahuje, je vyššie ako my) ako aj uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti, jej prežívanie v bežnom živote. Zväčša je to niečo nemateriálne: Vyššia sila, božstvo, Boh, Príroda, Vesmír. So spiritualitou sa spája subjektívny zážitok posvätna, zaoberanie sa s „poslednými záležitosťami“, hľadanie zmyslu, istoty, súvislosti, výšin ľudských možností.* Spirituálna dimenzia dokáže rovnako ako ostatné dimenzie ovplyvniť zdravotný stav pacienta. Posudzovanie spirituálnych potrieb je z tohto aspektu rovnako dôležité ako posudzovanie somatických, psychických či sociálnych potrieb. Pre úplnú objektivnosť posúdenia spirituálnych potrieb je nutné ich overiť aj použitím hodnotiacich nástrojov (assessment tools). Mnoho autorov popisuje vo svojich odborných či vedeckých prácach nástroje, ktoré môžu byť použité pri posudzovaní spirituálnych potrieb. Vidieť v nich snahu syntetizovať doterajšie poznatky, najmä objasniť mechanizmy či princípy pôsobenia spirituality a religiozity na zdravie jednotlivca, rodiny či spoločnosti. Dôležitosť spirituálnych potrieb deklarujú autori Best, Butow, Olver (2013), ktorí uvádzajú vo svojej štúdií na základe zakotvenej teórie, že pacient chce od svojho lekára aby sa zaujímal o jeho spirituálne potreby a uľahčoval mu prístup k ich uspokojovaniu. Ruder (2013) zas uvádza, že poskytovanie spirituálnej starostlivosti je dôležitý základ ošetrovatel'stva a že je žiadané odbornými akreditačnými organizáciami. Zafar et al. (2006) uvádza, že spirituálne potreby sú dôležitejšie pre pacientov vo vyššom veku. Moeini et al. (2014) realizovali randomizovanú klinickú štúdiu u pacientov s onkologickým ochorením - leukémia. Vytvorili program spirituálnej starostlivosti, ktorý zahŕňal podporu spirituality a religióznych rituálov vo vzťahu k prežívaniu úzkosti pri danom ochorení. Program bol implementovaný po dobu 3 dní. Pred intervenciou neboli rozdiely v kontrolnej a experimentálnej skupine. Po intervencii však bolo skóre úzkosti v experimentálnej skupine nižšie ako v kontrolnej. Signifikantný rozdiel v miere úzkosti bol zistený aj v experimentálnej skupine pred a po intervencii. Autori v závere výskumu uviedli, že podpora spirituality a religióznych praktík znižuje stupeň úzkosti u



pacientov. Čo následne kladne vplýva na aktuálne fyzické a psychické zdravie, respektíve uľahčuje proces uzdravenia.

## **CIEĽ**

Cieľom štúdie bolo zmapovať uspokojovanie spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov. Z hlavného cieľa vyplynuli nasledovné čiastkové ciele:

- zistiť spôsob posudzovania spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov,
- zistiť spôsob realizácie uspokojovania spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov.

## **SÚBOR, METODIKA**

Súbor tvorilo 50 zdravotných dokumentácií pacientov hospitalizovaných na internom klinikách ÚVN Ružomberok FN a UN Bratislava - Kramáre. Zahrňujúce kritériá výberu zdravotnej dokumentácie boli: polymorbídnoš, imobilita pacientov, vek nad 70 rokov, súhlas organizácie s realizáciou štúdie. Pre naplnenie cieľov sme zvolili kvalitatívny charakter štúdie, konkrétne retrospektívnu obsahovú analýzu zdravotnej dokumentácie. Pri štúdiu sme postupovali induktívne so štruktúrovanou maticou. Maticu tvorili 2 kategórie. V **prvej kategórii** boli stanovené kritériá, v ktorých sme sa zamerali na spôsob posudzovania spirituálnych potrieb. **Druhá kategória** analyzovala spôsob realizácie uspokojovania spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov. Kritériá sme hodnotili na základe zhody, čiastočnej zhody, alebo nezahody s našim tvrdením. Úplná zhoda bola identifikovaná v prípade 100% zhody s tvrdením. Čiastočnú zhodu sme vyhodnotili, keď bola v zdravotnej dokumentácii prítomná zhoda aspoň v niektorej z analyzovaných pojmov, percentuálne by sa dalo určiť od 70% do 40%. Nezhodu s tvrdením sme interpretovali v prípade neprítomnosti zisťovaných pojmov, percentuálne od 40% až do 0%. V prípade položiek, kde bol opis sme prispôbobi tabuľku a interpretáciu našim potrebám.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA**

Spracovaním získaných údajov sme zistili: **Akým spôsobom sa realizuje posudzovanie spirituálnych potrieb.**

*Kritérium 1: Nachádza sa v iniciálnom protokole položka na posúdenie spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov?*

Tab. 1 Kritérium číslo 1

Nemocnica	Zhoda s tvrdením	Čiastočná zhoda s tvrdením	Nezhoda s tvrdením
ÚVN Ružomberok FN	20	0	5
UN Bratislava - Kramáre	22	0	3

Z analýzy získaných údajov sem zistili, že sestry v klinickej praxi posudzujú spirituálne potreby. Celkovo zdravotné dokumentácie vykazovali v 84 % zhodu s tvrdením, ktoré vyjadruje posudzovanie spirituálnych potrieb v iniciálnom posúdení. Posudzovanie spirituálnych potrieb sa v analyzovaných zdravotných dokumentáciách realizovalo len v iniciálnom protokole a nebolo nijakým spôsobom ďalej objektivizované. Neposudzovanie spirituálnych potrieb sa vyskytovalo v 16 % zdravotníckych dokumentácií. Dôležitosťou posudzovania a poskytovania holistickej ošetrovateľskej starostlivosti sa zaoberal aj Byrt (2013), ktorý uvádza, že pri holistických intervenciách by sa mali vziať do úvahy aj pacientove kultúrne, spirituálne potreby a perspektívy. Pomáha to pacientovi manažovať hnev, má potenciálne pozitívny vplyv na fyzické zdravie, osobné a pracovné vzťahy a ďalšie oblasti. Autor ďalej uvádza, že sú potrebné ďalšie výskumy, aby sa zvažila možnosť ako poskytovať holistickú starostlivosť s obmedzenými prostriedkami v organizáciách.

*Kritérium 2: Akým spôsobom sa posudzujú spirituálne potreby u hospitalizovaných pacientov?*

Tab. 2 Kritérium číslo 2

Nemocnica	Spôsob	Počet
UVN Ružomberok	Duchovné potreby - problém: áno, nie	20
UN Bratislava - Kramáre	Duchovné potreby - problém: áno, nie	22

84 % analyzovaných zdravotných dokumentácií vykazovalo posúdenie spirituálnych potrieb štandardným spôsobom, podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie z 24. septembra 2009. V jednej dokumentácii neboli spirituálne potreby posúdené, len bol záznam, že pacient nekomunikuje. V tomto prípade sa mohla využiť informácia od podporných osôb pacienta. Spirituálne potreby neboli posúdené vôbec v ďalších siedmich zdravotných dokumentáciách. Môžeme konštatovať

príklon k dodržiavaniu určitých štandardov čo prispieva k väčšej prehľadnosti a zrozumiteľnosti zdravotnej dokumentácie. Spirituálne potreby boli teda posudzované na základe uvedenia či sú prítomné problémy v spirituálnej oblasti, neboli však ďalej objektivizované žiadnym hodnotiacim nástrojom. Systém posudzovania, ktorý bol zistený v analyzovaných zdravotných dokumentáciách, však nie je dostatočný pre tak zložitú oblasť ako sú spirituálne potreby. Leow, Chan, Chan (2013) uvádzajú, že spirituálna starostlivosť sa môže zlepšovať pravidelným posudzovaním spirituálnych potrieb, ponúkaním diskusie a zdieľania spirituality, religiozity a uľahčovaním kontaktov s religióznymi skupinami, ak si to vyžadujú podporné osoby pacienta. V analyzovaných zdravotných dokumentáciách sme zistili, že práve pravidelné posudzovanie sa v priebehu hospitalizácie nerealizovalo. Žiadna z analyzovaných zdravotných dokumentácií nevykazovala opakované posudzovanie tejto dôležitej dimenzie pacientových potrieb.

Realizovanie uspokojovania spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov analyzovala **kategória číslo 2: Akým spôsobom sestry realizujú uspokojovanie spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov?**

*Kritérium číslo 3: V priebehu hospitalizácie, existoval záznam v zdravotných dokumentáciách o realizácii uspokojovaní spirituálnych potrieb?*

Tab. 3 Kritérium číslo 3

Nemocnica	Zhoda s tvrdením	Čiastočná zhoda s tvrdením	Nezhoda s tvrdením
ÚVN Ružomberok FN	0	0	25
UN Bratislava - Kramáre	0	0	25

V priebehu hospitalizácie nebolo v zdravotných dokumentáciách zaznamenané žiadne aktivity na uspokojovanie spirituálnych potrieb. Z klinickej praxe je ale známe, že nemocniční duchovní navštevujú najmenej raz do týždňa pacientov na jednotlivých pracoviskách zdravotníckych zariadení. Rovnako si príbuzní vyžadujú služby duchovného pri zmene zdravotného stavu, alebo v nedeľu, čo je sviatočný deň hlavne pre kresťanov. Príbuzní si často pre svojho chorého vyžadujú služby duchovného už pri samotnom prijatí do zdravotníckeho zariadenia. V nemocniciach sa realizujú aj náboženské služby a iné duchovné rituály poskytované inštitúciou na uspokojenie spirituálnych potrieb, ktoré pomáhajú v saturovaní špecifických spirituálnych potrieb u konkrétnych pacientov. Toto všetko sa deje aj v

spolupráci so sestrou, keďže príbuzní mnoho krát vyžadujú informácie ako majú postupovať pre ľahšie spojenie s nemocničným duchovným.

*Kritérium číslo 4: Čo obsahoval záznam o uspokojovaní spirituálnych potrieb u hospitalizovaných pacientov?*

Toto kritérium sme zisťovali analýzou dokumentácie, kde sme sledovali záznam o uspokojovaní spirituálnych potrieb v priebehu hospitalizácie, no ani jedna analyzovaná zdravotná dokumentácia nevykazovala záznam o spôsobe riešenia a uspokojovania spirituálnych potrieb. O dôležitosti spirituálnych potrieb hovorí aj Striženec: *"V posledných rokoch značne vzrástol počet publikovaných a teoretických prác i výskumných štúdií z psychológie náboženstva. Týka sa to najmä zahraničných publikácií, ale prejavuje sa to v slovenskej a českej psychologickéj literatúre"* (Striženec, 2001, s. 5). Abu-El-Noor, MK. - Abu-El-Noor, NI. (2013), zistili, že aj spirituálne posúdenie a uspokojovanie spirituálnych potrieb bolo pre pacientov hospitalizovaných na koronárnej jednotke veľmi dôležité a pre týchto pacientov boli intervencie na uspokojovanie spirituálnych potrieb dôležitejšie ako posúdenie spirituálnych potrieb. Z uvedeného vyplýva, že u hospitalizovaných pacientov stále stagnuje posudzovanie spirituálnych potrieb vo vzťahu k starostlivosti, respektíve, že akékoľvek intervencie realizujúce sa na podporu spirituality, či religiozity sa nezaznamenávajú do zdravotnej dokumentácie. I keď nie je možné na základe vzorky 50 dokumentácií globalizovať toto konštatovanie na všetky zdravotnícke zariadenia. Z výsledkov našej štúdie nie je možné zistiť ako sestry uspokojujú spirituálne potreby, keďže pacienti neidentifikovali problémy v spirituálnej či religióznej sfére. Je nutné položiť si otázku: „Ako boli posudzované spirituálne potreby?“ Tomka, Zulehner (1999) uvádza, že v kontexte stredoeurópskych transformujúcich sa krajín tvorí Slovensko spoločne s Chorvátskom, Poľskom a Rumunskom skupinu krajín, ktoré si udržali vysokú úroveň a dlhodobú kontinuitu celkového pozitívneho vzťahu k náboženskej viere. Na základe výsledkov našej štúdie sme v závere, navrhli odporúčania na skvalitnenie poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte spirituálnej dimenzie.

Egan et al. (2013), realizovali projekt na zistenie, ako sestry hodnotia neuspokojené spirituálne potreby a ako realizujú rozhodnutia o vhodnej podpore a identifikácii bariér v procese posúdenia. Sestry najčastejšie posudzovali psychosociálne - spirituálne potreby a odkazovali na podporné služby. Autori tiež uvádzajú, že napriek povinnosti realizovať pravidelné posudzovanie, neexistuje zhoda v posudzovaní spirituálnych potrieb

a odporúčaniami pre ich uspokojovanie. Autori ďalej uvádzajú, že existuje nesúlad medzi významom kladeným na takúto starostlivosť a kapacity, ktorá je v dnešnej dobe k dispozícii. Rovnaké výsledky sme dosiahli aj našim štetrením. Nixon, Narayanasamy (2010) uvádzajú, že sú potrebné ďalšie výskumy na zistenie ako efektívne sestry dokážu poskytovať spirituálnu starostlivosť, ak sú teda najvhodnejšími odborníkmi na podporu spirituálnej starostlivosti. Hermann (2007) uvádza, že sestry musia rozpoznať dôležitosť spirituality a religiozity pre pacienta iba posúdenie špecifických spirituálnych potrieb môže viesť k naplánovaniu intervencií na uspokojenie spirituálnych potrieb. Uspokojenie spirituálnych potrieb môže prispievať k zvyšovaniu kvality života pacientov.

## **ZÁVER**

Na základe výsledkov štúdie je zrejmé, že sestry posudzovali spirituálne potreby. Nepoužívali však žiadny hodnotiaci nástroj, čo znižuje objektivitu tohto hodnotenia. Na druhej strane, v každej analyzovanej dokumentácii však pacienti udávali spokojnosť so spirituálnymi potrebami. Následne na toto vyjadrenie sestry v priebehu hospitalizácie nevenovali žiadnu pozornosť spirituálnym potrebám. Sestry síce posudzujú spirituálne potreby v iniciálnom protokole, ďalej ich však neuspokojujú a opätovne ich neposudzujú.

Na základe výsledkov štúdie navrhujeme v rámci rozvoja ošetrovateľstva ako vedy a klinickej praxe:

- realizovať výskumy zamerané na analýzu uspokojovania spirituálnych potrieb, pre ucelenosť poznatkov o tejto problematike,
- realizovať výskumy pre identifikáciu najvhodnejších hodnotiacich nástrojov, ktoré by zefektívnili a skvalitnili ošetrovateľskú starostlivosť v tejto špecifickej oblasti,
- v bakalárskych študijných programoch ošetrovateľstva rozpracovať problematiku spirituálnych potrieb,
- realizovať konferencie a workshopy v spolupráci so sestrami a odborníkmi z klinickej praxe a navrhovať riešenia na uspokojovanie spirituálnych potrieb.

*Tento príspevok vznikol s podporou projektu KEGA číslo 034KU-4/2013 s názvom „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.*

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ABU-EL-NOOR, MK. - ABU-EL-NOOR, NI. 2013. Importance of Spiritual Care for Cardiac Patients Admitted to Coronary Care Units in the Gaza Strip: Patients' Perception. In *J Holist Nurs.*, 2013, september 17.

BEST, M. - BUTOW, P. - OLVER, I. 2013. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. In *Support Care Cancer*, 2013, december.

BYRT, R. 2013. Forensic nursing interventions with patients with personality disorder: a holistic approach. In *J Forensic Nurs.*, 2013, vol. 9, no. 3, pp. 181-188.

EGAN et al. 2013. Perspectives on psychosocial and spiritual cancer support services in New Zealand. In *J Psychosoc Oncol*, 2013, vol. 31, no. 6, pp. 659-674.

HERMANN, CP. 2007. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. In *Oncol. Nurse Forum*, 2007, vol. 34, no. 1, pp. 70-78.

LEOW, MQ. - CHAN, MF. - CHAN, SW. 2013. Predictors of Change in Quality of Life of Family Caregivers of Patients Near the End of Life With Advanced Cancer. In *Cancer Nurs.*, 2013, November 6.

MOEINI, M. et al. 2014. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. In *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 2014, vol. 19, no. 1, pp. 88-93.

*Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie, 24. september 2009, čiastka 47.*

RUDER, S. 2013. Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. In *Home Healthc Nurse*, 2013, vol. 31, no. 7, pp. 356-367.

STRÍŽENEC, M. 2001. *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava : IRIS, 2001. 237 s. ISBN 8088778336.

STRÍŽENEC, M. 2007. *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava : UEP SAV. 166 s. ISBN 978-80-88910-24-4.

TREOLAR, HR. - DUBREUIL, ME. - MIRANDA R. 2013. Spirituality and treatment of addictive disorders. In *R I Med J*, 2013, vol. 97, no. 3, pp. 36-38.

TOMKA, M. - ZULEHNER, P. M., 1999: Gott nach dem Kommunismus. Religion in den Reformländer Ost (Mittel)Europas. Eine Studie des Pastoralen Forums. Wien.

ZAFAR et al. 2006. Health and needs assessment of geriatric patients: results of a survey at a teaching hospital in Karachi. In *J Pak Med Assoc*, 2006, vol. 56, no. 10, pp. 470-474.

## **KONTAKT**

**Mgr. Zuzana Šenkárová**

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e mail: [zuzanasenkarova@gmail.com](mailto:zuzanasenkarova@gmail.com)

## PROBLÉMY MATEK V PRVNÍCH MĚSÍCÍCH PO PORODU

## PROBLEMS OF MOTHERS IN FIRST MONTHS AFTER BIRTH

Andrea Schönbauerová, Mária Boledovičová

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

### Abstrakt

**Úvod:** Péče o dítě je pro rodiče významná úloha, zvláště v prvním roce života, kdy potřebují mít podporu a pocit jistoty, jak tuto náročnou úlohu zvládnout.

**Cíl práce:** Cílem šetření bylo zmapovat, s jakými problémy vyhledávají matky v prvních šesti měsících po porodu poradenské služby.

**Soubor, metodika:** Metodou obsahové analýzy dokumentace Centra pro podporu laktace a rané péče v Prachaticích bylo analyzováno 25 záznamů z roku 2013 a zpracováno kvalitativní analýzou technikou otevřeného kódování v ruce, způsobem papír a tužka. Byly vytvořeny kategorie: způsob poskytnutí podpory, oblasti poskytování podpory a charakteristika problémových oblastí.

**Výsledky a interpretace:** Nejčastějším způsobem poradenství byl telefonický rozhovor, e-mailová konzultace, sociální sítě a ve specifických případech osobní návštěvu v domácnosti. Podpora byla poskytována v oblasti kojení, péče o prsy a edukaci v péči o novorozence a kojence. Nejvíce problémů se vyskytovalo v šestinedělí a období růstových spurtů.

**Závěr:** V současné době v České republice chybí odborníci, kteří by poskytovali poradenství a podporu rodičům novorozenců a kojenců. Zde by bylo významné místo pro komunitní dětskou sestru.

**Klíčová slova:** kojení, komunitní sestra, péče o dítě, mateřství, laktační poradenství

### Abstract

**Introduction:** Care for a child is a significant task for parents, especially, in the first year of child's life, when they need support and a feeling of sureness how to cope with this difficult role.

**Objectives:** The objective of the research was to monitor with which problems mothers look for consulting services in first six months after the birth.



**File, Methodology:** By using a method of content analysis of the Centre for Support of Lactation and Early Care in Prachatice, 25 records from 2013 were analyzed and processed by a qualitative analysis with a technique of open coding by hand with paper and pencil. The following categories have been created: method of providing of support, areas of providing of support and characteristics of problematic areas.

**Results and Interpretation:** A phone call, e-mail consulting and social networks were the most common ways of consultancy and in specific case also a personal visit in the household. The support was provided in the area of breast feeding, care for breasts and education in care for newborns and infants. The most problems appeared in the period of puerperium and in a period of growth spurts.

**Summary:** Currently, experts in the Czech Republic, who would provide consultancy and support to parents of newborns and infants, are missing. There would be a significant place for community paediatric nurses.

**Key words:** breast feeding, community nurse, care for child, maternity, lactation consultancy

## ÚVOD

Péče o dítě je pro rodiče významnou úlohou, zvláště v prvním roce života, kdy potřebují mít podporu a pocit jistoty, jak tento náročný úkol zvládnout. Úspěšné zvládnutí této úlohy přináší rodičům pocit uspokojení, že zvládají svoji rodičovskou roli (Leifer, 2004). Schopnost být dobrým rodičem může být narušena různými socioekonomickými faktory, ale i problémy fyzickými anebo duševními a od rodičů to vyžaduje sledování individuálních rytmů kojence a podporování jeho tělesných a duševních aktivit. V průběhu posledních let se délka pobytu v nemocnici po porodu dramaticky snížila. V některých západních zemích do domácí péče odchází matka s novorozencem 6 hodin po porodu a relativně krátká hospitalizace 1-3 dni se stává normou (Bennett, Tandy, 2004; Kapp, 1998). V českých podmínkách, jak uvádí Roztočil (Roztočil, 2004), se pohybuje průměrná délka hospitalizace mezi 4 a 5 dny. Délka hospitalizace se ve většině případů odvíjí od stavu novorozence, nikoliv od stavu nedělký. Podle posledního doporučení České neonatologické společnosti je možno i v našich podmínkách propustit zcela zdravého novorozence z nemocničního ošetření po 72 hodinách (Straňák, 2009). Pomoc matce s novými úlohami, podpora a fyzická pomoc či služby, mohou být obzvláště důležité pro její adaptaci zejména v prvních měsících. Významnou součástí zdravotnické péče je v současnosti snaha, aby rodiny s dětmi měli ošetrovatelskou péči co nejblíže k místu, kde žijí, vyrůstají, hrají si a dospívají. Sestra se tak stává důležitým článkem

v péči, sleduje vývoj a snaží se o udržení komunikace mezi rodinou a členy zdravotnického týmu a vyhledává příležitosti k předávání přesných informací. Musí proto brát v potaz úroveň znalostí rodičů, vývoj dítěte, jeho chování a pohotovost, interakci mezi dítětem a rodičem i kulturní a etnické zvláštnosti. Také rodiče povzbuzuje a vysvětluje jim postupy, kterými se mohou úspěšně vyrovnat s různými vzorci chování kojence (Wilsson, Adolfsson, 2011). Může se cíleně věnovat propagaci intervencí podporujících zdraví dětí v kontextu rodiny, či komunity, v které vyrůstá.

## **CÍL PRÁCE**

Cílem šetření bylo zmapovat a shrnout, s jakými problémy vyhledávají matky v prvních šesti měsících po porodu služby laktačního poradenství.

## **SOUBOR, METODIKA**

Výzkumné šetření jsme provedli na základě podrobné analýzy dokumentace Centra pro podporu laktace a rané péče v Prachaticích, které funguje pod záštitou Portus Prachatice o.p.s. Záznamy získané během roku 2013 jsme podrobili důkladné kvalitativní analýze technikou otevřeného kódování v ruce způsobem papír a tužka. Následně jsme vytvořili kategorie: způsob poskytnutí podpory, oblasti poskytování podpory a charakteristika problémových oblastí. Celkem bylo analyzováno 25 záznamů. Z matek, kterým jsme poskytli pomoc, bylo 20 prvorodiček a 3 vícerodičky. Vdaných bylo 9 prvorodiček a 2 vícerodičky, svobodných resp. žijících v partnerském vztahu 11 prvorodiček a jedna vícerodička byla rozvedená. Věkový průměr prvorodiček byl 27 a vícerodiček 32 roků (nejnižší věk byl 20 vs. 28 a nejvyšší 36 vs. 35).

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

Způsob poradenství a podpory jsme zaměřili na návštěvy v domácnosti, kontrolní návštěvy, telefonické konzultace, kontrolní telefonické konzultace, e-mailové konzultace a facebook. Celkem jsme vykonali 6 návštěv v domácnosti. U dvou matek bylo třeba vykonat ještě kontrolní návštěvu, protože se objevily nové problémy, které jsme pomáhali řešit. V obou případech jsme řešili problematiku kojení a správného přikládání k prsu. Obě matky se obrátily pro pomoc v prvním týdnu po příchodu z porodnice. Dále jsme vykonali 5 telefonických konzultací a 4 kontrolní konzultace, kdy jsme zjišťovali, zda intervence, které jsme matce poskytli, byli dostačující. Prostřednictvím e-mailu a facebooku se matky obrátily pro pomoc v osmi případech. V následující tabulce prezentujeme problémy, s kterými jsme se

střetli během naší poradenské činnosti v Centru pro podporu laktace a rané péče v Prachaticích.

Tab. 1 Problémy matek v prvních měsících po porodu

<i>Laktace</i>	<i>Péče o prsa</i>	<i>Edukace</i>
Odmítání kojení	Bolestivé nalití prsů	Kojení v horkém počasí
Chce být stále u prsu	Citlivost bradavek	Oblékání dítěte v horkém počasí
Dítě usíná při kojení	Změna barvy prsu, zánět	Nastavení denního režimu dítěte
Po kojení pláče	Ucpaný mlékovod	Životní styl těhotné matky
Mlaskání při kojení, kolika		Kojení po operačním výkonu v celkové anestézii
Nepřibývání dítěte na váze		Nemléčné příkrmy

Převážná část matek, které využívaly našich služeb laktačního poradenství, byly prvorodičky, které se zároveň potřebovaly ujistit, že se o dítě starají správně a získat tak jistotu. Je známo, že existuje rozdíl v prožívání mateřství u prvorodiček a vícerodiček. Zatímco vícerodičky již mají konkrétní zkušenosti s péčí o dítě a tudíž i realistická očekávání, pro prvorodičky je mateřství úplně novým prožitkem, který je spojený s pocitem nejistoty, napětí a emocionální rozladěností (Wilsson, Adolfsson, 2011). U prvorodiček sehrává významnou roli při ztotožnění se s mateřskou úlohou rodinné zázemí a pracovní vytížení. Při analýze dokumentace jsme zjistili, že více než polovina prvorodiček jsou svobodné matky, které žijí ve společné domácnosti s otcem dítěte. Navíc polovina prvorodiček současně studuje na vysoké škole, což přináší v raném mateřství velký stres a nároky na matku, která kromě péče o dítě věnuje čas studijním povinnostem či přípravě na závěrečné zkoušky.

### ***Způsob poskytnutí podpory***

Analýza dokumentace odhalila, že nejčastěji využívaným způsobem poskytnutí podpory byl telefonický rozhovor. Méně často se jednalo o komunikaci prostřednictvím e-mailu a tzv. sociálních sítí. V případech, které nemohly být vyřešeny bez osobního kontaktu poradce a matky, byla preferována osobní návštěva v domácnosti. Důvodem k návštěvě matky v domácnosti byla problematika kojení, kdy jsme zkontrolovali a upravili techniku přikládání k prsu, polohu při kojení a stav bradavek. Součástí návštěvy byla neformální diskuse o problémech mateřství a rodičovství. Vytvořili jsme tak prostor pro sdílení se, kladení otázek a poskytování podpory. Rodičovství je náročný úkol zvláště pro ty, kteří se stávají rodiči poprvé. Návštěvní služba je jednou z možností, jak poskytovat efektivní péči a podporu

rodině v tak důležité životní etapě jakou je narození dítěte. Z výzkumných šetření je patrné, že se zvyšuje potřeba podpůrných a preventivních služeb pro rodiny. Na návštěvní službě rodiče oceňují skutečnost, že mohli být otevření a upřímní při setkání s profesionály. Komunitní dětská sestra by proto měla být ochotná poskytnout tuto podporu, mít hluboké odborné znalosti, věnovat rodinám dostatek času a umět naslouchat (Rautio, 2012).

### ***Oblasti poskytování podpory***

Poradenství a podporu jsme poskytovali v několika doménách. První oblastí byla problematika kojení. Matky se na nás obracely v těchto případech - dítě špatně saje, nepřibývá na hmotnosti, trpí bolestmi břicha, odmítá kojení, pláče, chce být stále u prsu. Objevily se i specifické dotazy, jako je způsob kojení po operačním výkonu v celkové anestézii nebo rozvinutí laktace u matky, která pro poporodní depresi nekojila a nyní chce znovu začít. V souvislosti s laktací byla druhou oblastí poradenství péče o prsy. Řešily jsme komplikace jako je bolestivé nalití prsů, výrazná citlivost a změna barvy bradavek, počínající zánět prsu a ucpaný mlékovod. Podle doporučení WHO je pro zdravý vývoj dítěte důležité výlučné kojení v prvních šesti měsících věku (Larsen, Hall, 2008). Nejdůležitějšími faktory pro ukončení kojení jsou ztráta očekávání při neúspěšném počátku, nedostatečná podpora okolí, nesoulad mezi očekáváním a realitou, nedostatečná podpora ze strany odborníků či naopak tlak na matky ze strany laktačních poradců (Larsen, Hall 2008). Neméně důležitou oblastí je edukace v péči o novorozence a kojence. Zde se matky obracely o radu zejména v souvislosti s letním horkým počasím, kdy jsme řešili oblékání a příjem tekutin u dětí. Dále jsme poskytovali rady ohledně nastavení denního režimu u dítěte, které má potíže se spánkem.

### ***Charakteristika problémových oblastí***

Nejnovější výzkumy prokazují, že kojení je pro matky určitý indikátor úspěšnosti mateřské role. Pokud se vyskytnou problémy, vnímají to jako selhání. V současné době velmi postrádáme odborníky, kteří by podpořili matky a pomohli jim překonávat překážky, které brání efektivnímu kojení (Larsen, Hall, 2008). Přitom se jedná o nejčastější problém v šestinedělí, s nímž se musí matky potýkat (Stundziene, Vingras, 2007). Vnímáme a máme pro to i důkazy z historie jak uvádí Šabacká, (Šabacká, 1982), že v této oblasti by měla působit komunitní dětská sestra, která je kompetentní poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči o matku a dítě včetně edukace a psychické podpory.

Téměř všechny návštěvy a konzultace probíhaly v období šestinedělí a to převážně v prvních dnech po propuštění z porodnice a po první návštěvě u praktického lékaře pro děti a dorost. Výzkumné studie (Wilsson, Adolfsson, 2011) prokazují, že ženy potřebují podporu právě v prvních dnech po porodu, aby se mohly efektivně sžít s rolí matky a cítit se v mateřství

bezpečně. Adaptace na mateřskou úlohu je pro ženu výrazně stresující. Musí se psychicky vyrovnávat se změněnou životní situací a zároveň řešit nově zniklé problémy v oblasti péče o novorozence a kojence (Barimanim, Oxelmark, 2013). Současný trend v porodnictví spočívá ve zkracování délky pobytu na oddělení šestinedělí na zákonné minimum tzn. 72 hodin (Roztočil, 2004; Kalinová, 2005). Americká prvorodička stráví v porodnici 2 dny, po císařském řezu 3–4 dny. Délka hospitalizace není jen čistě národní specifikum, ale odvíjí se od zdravotního povědomí obyvatelstva, vyspělosti systému ambulantní péče a systému přípravy domácností na příchod velmi čerstvé nedělkky s novorozencem. Americké studie neprokázaly výhody hospitalizace delší než 48 hodin oproti dvoudenní, pokud měla nedělkka zajištěnou dokonalou domácí péči. Je nutné si uvědomit, že taková změna vyžaduje i změnu v nastavení systému poskytované zdravotní péče. Časné propuštění po porodu je možné tam, kde je vypracovaný systém komunitní péče a následné péče o matku a dítě v domácím prostředí. To nám však v našich podmínkách velmi chybí.

## **ZÁVĚR**

Ve vyspělém světě je samozřejmostí, že v ošetrovatelství v prenatálním a postnatálním období má komunitní sestra významné místo. V České republice zatím není práce dětské komunitní sestry pevně zakotvena v systému zdravotní péče, přestože existují pozitivní zkušenosti z minulosti, kdy tuto péči poskytovaly právě obvodní dětské sestry. Návštěvu po propuštění z nemocnice obvykle vykonává lékař, zřídka dětská sestra a to pouze jednou, což je velmi málo na poznání domácího prostředí, ve kterém bude dítě vyrůstat. Rovněž je to málo i na kvalitní poradenskou činnost v péči o dítě, která si vyžaduje větší počet návštěv hlavně dětskou sestrou. Nepodařilo se nám získat žádné aktuální výstupy statistického úřadu o počtu návštěv dětských sester a lékařů v domácím prostředí novorozence.

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

BARIMANI, M.- OXELMARK, L. et al. 2013. Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2013, 28(1), 57-65.

BENNETT, R. – TANDY, L. 1998. Postpartum home visits: extending the continuum of care from hospital to home. *Healthcare Nurse*, 1998, 16(5), 295–303.

KALINOVÁ, T. 2005. Návštěvní služba. *Moderní babičtví* [online] 2005, 7, s. 1-4.

[cit.7.3.2014]. Dostupné na: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=84>.

- KAPP, M. 1998. Mothers' perceptions of confidence with self-care and infant care. *Journal of Perinatal Education*, 1998, 7(4), 17–25.
- LARSEN, J.S. - HALL E. 2008. Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2008, 22(4), 653-661.
- LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004.
- RAUTIO, S. 2012. Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2012, 27(4), 1-8.
- ROZTOČIL, A. 2004. Šestinedělí. *Moderní babičství*, [online] 2004, 3, s. 1-7. [cit. 6.3.2014]. Dostupné na: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=145>.
- SIKOROVÁ, L. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012.
- STUNDŽIENE, R. - VINGRAS A. 2007. Nursing care of infants in the community. *Acta medica lituanica*, 2007, 14(2), 89-94.
- ŠABACKÁ, B. 1982. Úkoly obvodní dětské sestry a její spolupráce s pracovním týmem na obvodě. *Zdravotnická pracovnice*, 1982, 32(4), 19-21.
- WILSSON M. - ADOLFSSON A. 2011. Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. *Open Journal of Nursing*, 2011, 1(3), s. 51-58.

## **KONTAKT**

**Mgr. Andrea Schönbauerová**

Zdravotně sociální fakulta JU

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

e-mail: [vagnea00@zsf.jcu.cz](mailto:vagnea00@zsf.jcu.cz)

**PŮSOBENÍ DĚTSKÉHO CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA DÍTĚ A JEHO  
RODINU – PILOTNÍ STUDIE**  
**EFFECTS OF CHILDREN'S CHRONIC ILLNESS ON THE CHILD AND THEIR  
FAMILY – PILOT STUDY**

**Lucie Sikorová**

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

**Abstrakt**

**Cíl:** Zjistit jaká je kvalita života dětí s chronickým onemocněním a jejich subjektivní vnímání nemoci. Dále zjistit jaká je reakce rodičů na onemocnění dítěte a jaké jsou důsledky onemocnění pro rodinu a rodiče, jaké mají tyto rodiny potřeby péče a jaké copingové strategie tyto rodiny využívají.

**Metodika:** Soubor tvořilo 54 rodičů a 54 dětí s chronickým onemocněním. K posouzení bylo využito dotazníků - Dotazník o pediatrické kvalitě života (s modulem Vliv na rodinu), Dotazník o dětských názorech na nemoc, Dotazník potřeb rodiny, Dotazník reakce rodiče na onemocnění dítěte, Dotazník zvládání zátěže v rodině. K popisu výsledků bylo využito metod deskriptivní statistiky, k porovnání souvislostí Wilcoxonův test a Kruskal-Wallisův test.

**Výsledky:** Nejnižší skóre kvality života dětí bylo v doméně emocionální. Subjektivně vnímají děti nemoc, jako onemocnění dlouhodobého charakteru. Na onemocnění reagují rodiče větší mírou poskytování emocionální podpory dítěti a naopak nízkou mírou poskytování autonomie dítěti. Onemocnění dítěte se nejvíce promítá do obav rodičů o dítě. Nejvýznamnější potřebou rodin je potřeba informací. Nejčastější copingovou strategií je predefinování stresujících událostí jako zvládnutelných.

**Závěr:** Ošetrovatelská péče o děti s chronickým onemocněním by měla být cíleně zaměřena na zvýšení informování rodin o onemocnění dítěte a léčbě, způsobech emocionální podpory dítěte a možnostech zvládání zátěže.

**Klíčová slova:** chronické onemocnění, dítě, rodina, kvalita života, coping

## **Abstract**

**Aims:** To determine the quality of life of children with chronic illness and their subjective perception of the illness. Also to find out what the parents' reaction to their child's illness is and what are the consequences of the illness for the family and parents, what needs for care these families have and what coping strategies they use.

**Methods:** The sample consisted of 54 parents and 54 children with chronic illness. For the assessment was used – Pediatric Quality of Life Inventory (with the Family Impact Module), Children's Illness Perception Questionnaire, Family Needs Survey, Parent Response to Child Illness, Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales). Methods of descriptive statistics were used to describe the results and the Wilcoxon test and the Kruskal-Wallis test were used for the comparison of the relations.

**Results:** The lowest score of quality of life of children was found in the emotional domain. Children perceive illness subjectively as an illness of a long-term character. As a reaction to the illness, parents they give their child greater emotional support, on the other hand they provide their child with a low level of autonomy. The illness of a child is most reflected in the parents' concerns of their child. The most important need of families is a need for information. The most common coping strategy is redefining stressful events as manageable. **Conclusion:** Nursing care of children with chronic illness should be focused on increasing the families' awareness of the child's illness and its treatment, the means of emotional support of the child and the possibilities of stress management.

**Keywords:** chronic illness, child, family, quality of life, coping

## **ÚVOD**

Chronická onemocnění jsou nejčastějšími příčinami úmrtnosti a nemocnosti v Evropě, přestože řada evropských zemí zavedla nové preventivní a intervenční zdravotní strategie a postupy vedoucí k podpoře zdraví. WHO pro Evropu zdůrazňuje klíčovou úlohu sestry v těchto opatřeních a nezbytnost její kvalifikace pro řízenou péči o chronicky nemocné jedince. Dříve byla chronická onemocnění považována za onemocnění především starší populace, ale současnost ukazuje, že se tato onemocnění přesouvají do mladšího a středního věku (Buse, et al., WHO, 2010, s. 1). Incidence chronických onemocnění však narůstá rovněž u dětské populace. K nejčastějším chronickým onemocněním dětského věku patří astma, jehož incidence v posledních letech stoupá (Petrů, 2007, s. 111). Během dětství a dospívání



může mít chronické onemocnění významný vliv na růst a vývoj jedince a na denní život rodiče (Hayman, Mahon, Turner, 2002, s. 12).

Dětské vnímání nemoci a porozumění vlastnímu zdravotnímu stavu je ovlivněno věkem dítěte a vývojem poznávacích procesů. Dítě dokáže velmi záhy projevit a signalizovat okolí, že s ním není něco v pořádku, že se s ním něco děje. Nejčastěji to bývají projevy spojené s bolestí a nepříjemnými pocity. Jedná-li se o chronické onemocnění, život dítěte se mění postupně a dítě se musí naučit s nemocí žít (Vachková, 2010, s. 94). Rodiče se učí klást na dítě přiměřené a reálné požadavky, musí se vyrovnat přílišné hyperprotektivity, ale i přetěžování. Dítě si vybírá náhradní aktivity, které jej mohou přiměřeně uspokojovat (Langmeier et al., 1989, s. 169). Působení chronického onemocnění na dítě a jeho rodinu se promítá do způsobu jejich reagování na nemoc. Reagování dítěte, rodičů a rodiny na nemoc lze věcně rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé reagování (DeMarco et al., 2000, s. 300). Krátkodobá reakce odpovídá akutní stresové reakci, dlouhodobé reagování je pak reakcí adaptivní nebo maladaptivní. Proces zvládnání zátěže je označován jako coping, způsoby zvládnání zátěže jako copingové strategie.

K psychickým reakcím dětí na své chronické onemocnění, (kromě vnímání nemoci jako trestu), patří strach z odmítnutí, nízké sebevědomí, nejistota týkající se omezené vzdělávací vyhlídky, strach z omezení aktivit, stravování, strach z reakcí okolí, zejména z reakcí vrstevníků (Theofanidis, 2007). Chronické onemocnění může mít dopad také na somatický a psychický vývoj, sociální přizpůsobení a na kvalitu života.

Rodičovství dětí s chronickým onemocněním je velmi náročné, s praktickými a emocionálními důsledky pro rodinu, zejména pro rodiče dítěte (Van den Tweel et al., 2008, s. 588; Sullivan-Bolyai et al., 2003, s. 459; Murphy, 2007, s. 185; Marešová, Mareš, 2001, s. 47-57). Pokročilé medicínské postupy a technologie totiž umožňují rodičům častěji pečovat o dítě s chronickým onemocněním v domácím prostředí. Péče o nemocné dítě se mnohdy přesouvá z experta – dětské sestry na rodinného poskytovatele péče, kterým je obvykle matka dítěte (Schmidt et al., 2007, s. 374) K novým požadavkům na rodiče náleží péče o nové potřeby dítěte, adaptace na léčebný proces, zvýšené nároky na udržování domácnosti a zajišťování finanční stability (Kruлик et al., 1999, s. 130-140), které rodiče mohou prožívat jako stres.

Výzkumné studie uvádějí závěry týkající se dopadů na rodinu v podobě důsledků ekonomických, sociálních, zdravotních i vztahových (Weiss, Sullivan, Lyttle, 2000, s. 497). Rodičovská zátěž se s vývojem chronicky nemocného dítěte může měnit, ale má potenciál významně ovlivňovat fungování rodiny (Melnik et al., 2001, s. 549). Za těchto okolností rodiče mohou zažívat obavy a smutek pramenící z jejich předpokladu, že kvalita života jejich

chronicky nemocného dítěte nemusí být taková, jaká by byla, kdyby bylo dítě zdravé (Gordon, 2009, s. 116).

## **CÍL**

Cílem pilotní studie bylo zjistit jaká je kvalita života dětí s chronickým onemocněním a jejich subjektivní vnímání nemoci. Dále zjistit jaká je reakce rodičů na onemocnění dítěte a jaké jsou důsledky onemocnění pro rodinu a rodiče, jaké mají tyto rodiny potřeby péče a jaké copingové strategie tyto rodiny využívají.

## **SOUBOR, METODIKA**

Soubor pro pilotní studii zahrnoval 54 rodičů dětí (44 žen, 10 mužů) a 54 dětí (28 dívek a 26 chlapců) s chronickým onemocněním, nejvíce dětí s onemocněním astma ( $n = 37,67\%$ ) a s ostatními chronickými onemocněními (epilepsie, diabetes a atopický ekzém) dispenzarizovanými v ambulantní péči. 21 dětí trpí chronickým onemocněním déle než tři roky, 17 dětí od jednoho do tří let a 16 dětí do jednoho roku. Průměrný věk dětí činil 6,8 let. Nejvíce rodičů patřilo do věkové kategorie 30 – 39 let ( $n = 32,59\%$ ), nejčastěji se středoškolským vzděláním ( $n = 29,54\%$ ). 42 dětí žije v Ostravě v rodině s oběma rodiči ( $n = 38,70\%$ ) a s jedním sourozencem ( $n = 36,67\%$ ). 38 (70 %) rodičů považuje onemocnění za zátěž.

Pro měření kvality života dětí byl použit Dotazník o pediatrické kvalitě života (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL<sup>TM</sup> (Varni, 1998) vytvořený samostatně pro věkové kategorie dětí 2 – 4 roky, 5 – 7 let a 8 – 12 let. Verze určená věkové kategorii 2 – 4 roky zahrnuje 20 otázek sdružených do domén - tělesné zdraví a činnosti, emocionální zdraví, společenské činnosti a dle potřeby školní (předškolní) činnosti. Tuto verzi vyplňují za děti jejich rodiče. Dotazník pro děti ve věku 5 – 7 let zahrnuje 23 otázek zahrnutých v doménách – tělesné, společenské činnosti a školní činnosti. K odpovědím je dítě vyzýváno prostřednictvím piktogramů. 23 otázek ve stejných doménách obsahuje verze pro starší děti. Vyhodnocení se uskutečňuje prostřednictvím transformovaného skóre (0-100), přičemž vyšší skóre značí vyšší kvalitu života. Možné je vyhodnocení sdružených domén do tělesného a psychosociálního zdraví. Nejstarší věkové kategorii byl určen také Dotazník o dětských názorech na nemoc (Children's Illness Perception Questionnaire, CIPQ), (Walker et al., 2006) jehož překlad a pilotní testování v české verzi realizoval Mareš a Štanglová (2010, s. 1-2). Dotazník zahrnuje 16 položek mapujících názory na nemoc a 10 položek zjišťujících názory dětí na příčiny nemoci. Jsou jimi zjišťovány tři proměnné: časový průběh nemoci, vnímané důsledky nemoci

a ovlivnitelnost nemoci. U příčin nemoci se pouze sleduje, které příčiny pacient považuje u své nemoci za velmi vážné, a které ignoruje.

Jaké byly potřeby péče rodin s chronicky nemocným dítětem, bylo zjišťováno prostřednictvím Dotazníku potřeb rodiny (Family Needs Survey, FNS), (Bailey, Simeonsson, 1988), který byl v České republice v rámci výzkumných šetření použitý Kučovou, Sikorovou (2012, s. 509-512). Zahrnuje 35 potřeb sdružených do oblastí potřeb – oblast informací, oblast podpory, oblast financí, oblast vysvětlování, oblast péče o dítě, oblast profesionální podpory a oblast potřeb komunitních služeb. Odpovědi jsou zaznamenávány na třístupňové Likertově škále (1 – nepotřebuji pomoc, 2 – nejsem si jista, zda potřebuji pomoc, 3 – potřebuji pomoc).

Reakce rodičů byly monitorovány prostřednictvím zkrácené verze dotazníku Reakce rodiče na onemocnění dítěte (Parent Response to Child Illness, PRCI), (Austin et al., 2008, s. 668). Zkrácená verze dotazníku zahrnuje 25 tvrzení, ke kterým se rodič vyjadřuje na škále od plného souhlasu po odmítnutí souhlasu s tvrzením (Likertova škála 1 – 5, přičemž vybrané položky se skórují obráceným skóre). Výsledky se sdružují do domén: podpora dítěte, léčba onemocnění, autonomie dítěte a chování dítěte. Vyšší výsledné skóre značí vyšší rodičovskou emocionální podporu dítěte, větší rodičovskou jistotu v kontrole onemocnění a jejího řízení, větší podporu dítěte v jeho nezávislosti, a větší rodičovskou důvěru ve schopnosti dítěte řídit své chování.

Modul Vliv na rodinu (Family Impact Module PedsQL, FMI PedsQL), (Varni, 1998) ze sady dotazníků pediatrické kvality života sloužil k posouzení vlivu onemocnění dítěte na rodinu resp. na rodiče. Zahrnuje 36 otázek shromážděných do domén: fyzické funkce, emocionální funkce, sociální funkce, poznávací funkce, komunikace, obavy, denní aktivity a rodinné prostředí a vztahy. Výsledky je nutné transformovat na škálu 0-100, přičemž vyšší hodnoty skóre značí menší negativní dopad na monitorovanou funkci (lepší fungování). Možné je vyhodnocení sdružených domén (tělesné a psychosociální zdraví).

K hodnocení copingových strategií v rodině bylo využito dotazníku Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, F-COPES), (McCubin et al., 2000, s. 294 – 297), který byl v české podobě využit Sikorovou a Polochovou (2014, s. 35-43). Dotazník obsahuje 30 položek, jež jsou rozděleny do pěti subškál (mimo položku 18, která není do žádné subškály zařazena): subškála využití nejbližší sociální podpůrné sítě, jež měří schopnost rodiny aktivně získávat sociální oporu ze strany příbuzných, přátel, sousedů a širší rodiny, subškála emočně - kognitivní rekonstrukce stresových situací, která hodnotí schopnost rodiny předefinovat stresující události, aby byly zvládnutelnější. Další subškálou jsou vyhledání duchovní podpory, mobilizace rodiny k přijetí pomoci a neaktivní řešení problému (pasivní hodnocení),

kteří hodnotí schopnost akceptovat problematické věci tlumením reaktivity. Každá jednotlivá položka vyjadřuje určité chování rodiny. Míra využívání jednotlivých způsobů chování v rodinách se určuje na základě odpovědi respondentů na pěti bodové škále (1 – nikdy nevyužívám, 5 – využívám vždy).

Pro analýzu dat byl použit program STATA 10. Pro popis výsledků byl použit aritmetický průměr, absolutní a relativní četnost, směrodatná odchylka. K porovnání souvislostí mezi proměnnými byl použit Wilcoxonův test a Kruskal-Wallisův test. Všechny statistické testy byly vyhodnoceny na hladině významnosti  $p < 0,05$ .

## **ETICKÉ ASPEKTY STUDIE**

Použití všech dotazníků podléhalo souhlasu autorů s jeho použitím. Realizace šetření se uskutečnila se souhlasem managementu zdravotnického zařízení, kde se studie realizovala a se souhlasem rodičů dětí.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

### **Hodnocení kvality života dětí**

Doménové skóre tělesného zdraví dětí dosáhlo nejvyšších průměrných hodnot (73, SD 17,5) ze všech domén. Ve věkové kategorii 5 – 7letých průměrně až 77 (SD 17,5). Nejnižší doménové skóre tělesného zdraví bylo zaznamenáno ve věkové kategorii 8 – 12letých (34, SD 20,3). Nejvýraznější pokles průměrného doménového skóre byl v emocionálním zdraví dětí (56, SD 19,4). Doménové skóre sociálního zdraví činilo průměrně 71 (SD 19,1), s nejnižšími hodnotami ve věkové kategorii 2 – 4letých dětí (69, SD 17,9) a nejvyššími hodnotami u dětí 5 – 7letých (73, SD 20,8). Kvalita života ve školní/předškolní aktivitě byla nižší u dětí ve věkové kategorii 8 – 12 let oproti dětem ve věku 5 – 7 let. Nebyl však zaznamenán žádný signifikantní rozdíl v doménových skórech mezi věkovými kategoriemi dětí ( $p > 0,05$ ).

### **Hodnocení subjektivního vnímání nemoci**

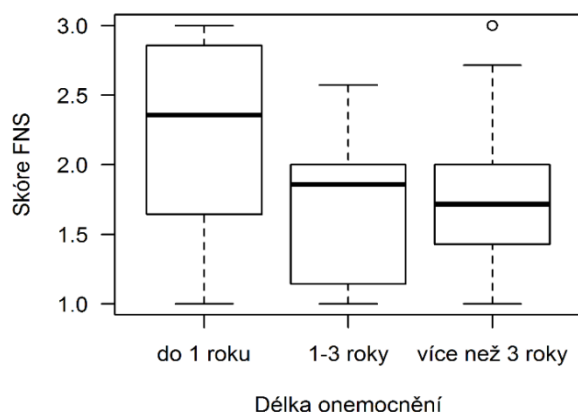
Subjektivně vnímají děti nemoc, jako onemocnění dlouhodobého charakteru (průměrné skóre 6,72). Maximální skóre v této proměnné (9) nedosáhlo žádné dítě. Onemocnění jsou považována jako středně závažná (průměrné skóre 12,88, z možného maxima 24) a možnost ovlivnění průběhu nemoci vidí děti jako středně reálné (průměrné skóre 7,58, z možného maxima 15).

### **Hodnocení potřeb péče**

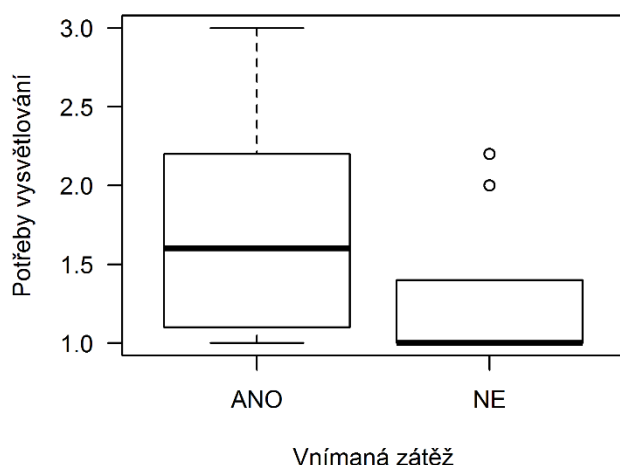
Nejvíce potřeb mají rodiče v oblasti potřeb informací a v oblasti potřeb podpory. Nejméně v oblasti potřeb péče o dítě. V **oblasti informací** 25 (45 %) rodičů vyjadřovalo potřebu

většího počtu informací o službách, které může dítě v budoucnu potřebovat a 18 (32 %) se vyjádřilo nejistotu v této potřebě, 21 (38 %) rodičů má potřebu informací o službách, které jsou k dispozici pro jejich dítě v současnosti a 19 (34 %) rodičů potřebu informací o nemoci svého dítěte. Nejméně potřeb v oblasti informací se týkalo informací o způsobu hry a o komunikaci s dítětem 27 (48 %) rodičů. Potřeby v oblasti informací se signifikantně neliší v závislosti na věku dítěte ( $p = 0,653$ ), počtu sourozenců dítěte ( $p = 0,598$ ), věku rodičů ( $p = 0,386$ ), úrovni jejich vzdělání ( $p = 0,928$ ) ani jejich pohlaví ( $p = 0,605$ ). Více potřeb však vyjádřili rodiče s dítětem, jehož délka onemocnění trvá v současnosti méně než jeden rok ( $p = 0,040$ ), Graf 1. Větší množství potřeb informací projeví rodiče, kteří považují onemocnění dítěte za zátěž ( $p = 0,024$ ). V **oblasti podpory** má nejvíce rodičů potřebu mít někoho, kdo si s nimi popovídá o problémech souvisejících s nemocí dítěte ( $n = 13$ ) a potřebu pomoci partnera akceptovat onemocnění dítěte ( $n = 13$ ). Oblast financí ukázala nejméně vyjádřené potřeby rodičů (pomoc s náklady na výdaje týkající se potravin, hraček, zdravotní péče, dopravy, speciálního vybavení, respitní péče). 28 (51 %) rodičů potřebuje články o rodinách dětí s podobným onemocněním, jako má jejich dítě, 24 (44 %) rodičů potřebuje pomoc s vysvětlováním nemoci dítěte svým rodičům nebo rodičům partnera. V této **oblasti vysvětlování** jen 4 rodiče potřebují pomoc s vysvětlením nemoci dítěte jeho sourozencům. Potřeby vysvětlování byly nejčastější u rodičů nejmladších dětí ( $p = 0,025$ ) a těch, kteří považují onemocnění za zátěž ( $p = 0,003$ ), Graf 2. Potřebu hovořit o problémech s knězem vyjádřil pouze jeden rodič (v oblasti profesionální podpory), ale 26 rodičů (47 %) má potřebu se setkávat s odborníky jako je např. psycholog. V oblasti komunitních služeb má nejvíce rodičů (53 %) potřebu najít lékaře, který by rozuměl potřebám jejich dítěte a současně potřebám rodičů.

Graf 1 Potřeby rodičů dle délky trvání onemocnění dítěte



Graf 2 Potřeby vysvětlování FNS dle vnímané zátěže onemocnění dítěte



### Hodnocení reakce rodičů

Průměrné skóre v jednotlivých doménách reakcí rodičů na onemocnění dítěte bylo v rozmezí 3,24 v doméně chování dítěte až 3,52 v doméně léčba onemocnění. Vyšší skóre v doméně podpora dítěte, vyjadřuje vyšší emocionální podporu dítěti. Skóre v této doméně se pohybovalo ve věkové kategorii 2 – 4 roky v rozmezí 2,62 – 5,0 ve věkové kategorii 5 – 7 let v rozmezí 2,0 – 4,25 a ve věkové kategorii 8 – 12 let mezi 2,37 – 4,0. V nejnižší věkové kategorii byly maximální hodnoty skóre zaznamenány také v doméně chování dítěte (2,2 – 5). Vyšší skóre odráží vyšší rodičovskou důvěru v chování dítěte. Podpora nezávislosti dítěte se odráží v doméně autonomie dítěte. Výsledné průměrné skóre v této doméně bylo nejvyšší u věkové kategorie 8 – 12 let. Doména léčba dítěte reflektuje rodičovskou důvěru ve vlastní schopnost kontroly nad onemocněním dítěte. V nejstarší věkové kategorii bylo dosaženo nejvyšších skóre – Tab. 1.

Tab. 1 Reagování rodičů ve věkových kategoriích dětí

Doména	Věk 2 - 4 roky				Věk 5 - 7 let				Věk 8 - 12 let			
	N = 17				N = 17				N = 21			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
<b>Podpora dítěte</b>	3,51	0,54	2,63	5,0	3,43	0,48	2,0	4,25	3,51	0,43	2,38	4,0
<b>Léčba dítěte</b>	3,32	0,68	2,17	4,33	3,46	0,81	2,16	4,83	3,74	0,44	3,0	4,66
<b>Autonomie dítěte</b>	3,18	0,65	1,83	4,33	3,25	0,90	1,83	4,66	3,26	0,56	2,16	4,16
<b>Chování dítěte</b>	3,23	0,64	2,20	5,0	3,28	0,47	2,0	3,8	3,21	0,42	2,4	4,2

## **Hodnocení vlivu na rodinu**

Působení onemocnění dítěte na jejich rodiče se ve věkové kategorii dětí 2 – 4 roky promítá především do obav rodičů (doména obavy). Více než 70 % rodičů má obavy, zda jsou léky užívané dítětem účinné, více než 75 % rodičů se obává vedlejších účinků léků a má obavy o budoucnost dítěte. V doméně fyzické funkce se 16 (94 %) rodičů cítí být unavenými, ale pouze u čtyř rodičů se vyskytují občasné bolesti břicha. V emocionální oblasti se rodiče nejčastěji cítí rozzlobeni (70 %), ve společenských aktivitách schází rodičům často prostor pro volnočasové aktivity (65 %). V rodinných vztazích nebyl zaznamenán dopad na rodinu u více než 64 % rodičů v žádné posuzované kategorii (komunikace, konflikty, rozhodování, řešení problémů a stres), průměrné skóre bylo 73. Ve věkové kategorii 5 – 7 let se výrazně odráží onemocnění dítěte v oblasti fyzického zdraví rodičů. 16 (95 %) rodičů se cítí být unaveným během dne, a to i po probuzení, cítí se být fyzicky unavení (průměrné skóre domény fyzické funkce patřilo k nejnižším – 53, SD 12,8). Více než 80 % rodičů se cítí být bezmocným a 70 % rodičů prožívá často smutek (doména emocionální funkce byla hodnocena s nejnižší hodnotou v rámci dotazníku – 49, SD 29,5). Volnočasové aktivity měly z domény společenské funkce nejnižší průměrné skóre. Doména komunikace a denních aktivit neodráží významně důsledky onemocnění na rodiče. V položkách mapujících působení onemocnění na rodinné prostředí a vztahy se kromě 13 odpovědí odmítání důsledků vždy ukázalo působení onemocnění (průměr 63, SD 23,2). Fyzická únava je také nejčastějším důsledkem onemocnění pro rodiče ve věkové kategorii dětí 8 – 12 let (62, SD 22,4). Ve všech dalších doménách bylo průměrné rodičovské skóre nižší oproti rodičům dětí z ostatních věkových kategorií.

## **Hodnocení zvládnání zátěže**

**Celkové skóre** dotazníku F-COPES se pohybuje v rozsahu 30 až 150, kdy vyšší skóre značí adaptivnější chování rodin při zvládnání zátěžové situace. Průměrné skóre v celém souboru dosáhlo 77,4 (SD 3,82) což představuje mírně nadprůměrnou hodnotu celkového možného skóre. Možného maxima skóre nedosáhl žádný z rodičů, stejně jako ani minima. Subskálové skóre ukazuje tab. 2. Nejčastější copingovou strategií je předefinování stresujících událostí na zvládnutelnou. Nejčastěji je tato strategie využívána rodiči dětí ve věku 8 – 12 let. Druhou nejvíce frekventovanou strategií je pomoc v rámci nejbližšího sociálního okolí, které využívají zejména rodiče dětí ve věku 5 – 7 let. Duchovní opora je nejméně využívaným způsobem zvládnání zátěže, přičemž nejméně užívanou je rodiči dětí ve věku 2 – 4 roky. Vyhledávání pomoci v širším sociálním prostředí není častou strategií rodičů, z položkového skóre vyplynula nejčastěji žádaná pomoc, kterou je pomoc u praktického lékaře. Do páté

subškály zaměřené na neaktivní řešení problémů rodinou jsou zahrnuty čtyři položky. Jedná se o schopnost rodiny akceptovat problematické věci tlumením reaktivity, vyhýbáním se jim nebo užíváním pasivity jako copingové strategie. Tuto strategii využívají nejčastěji rodiče dětí ve věku 2 – 4 roky. Věk rodičů, jejich pohlaví ani vzdělání nemělo signifikantní vliv na využívání copingových strategií ( $p > 0,05$ ). Rodiče dětí s delším průběhem onemocnění využívají častěji předefinované stresující události na zvládnutelnou ( $p = 0,004$ ). Věk dítěte neovlivňuje výběr copingové strategie ( $p > 0,05$ ).

Tab. 2 Copingové strategie podle věkové skupiny dítěte

Strategie	Věk 2 - 4 roky N = 17				Věk 5 - 7 let N = 17				Věk 8 - 12 let N = 21			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
<b>Sociální podpora</b>	21,6	5,24	13	32	23,7	6,0	14	34	22,7	5,5	14	33
<b>Předefinování</b>	26,1	5,01	19	35	26,3	5,3	19	39	28,1	6,5	12	36
<b>Duchovní podpora</b>	6,3	1,9	4	10	7,4	3,3	4	13	6,0	3,0	4	14
<b>Mobilizace</b>	8,0	2,2	4	12	9,4	2,1	6	13	9,5	3,0	6	16
<b>Pasivita</b>	12,7	2,8	6	18	11,4	1,7	10	16	12,7	2,7	8	20

## DISKUZE

Péče o nemocné dítě není dyadickou záležitostí (zdravotník – dítě nebo rodič – dítě). J. Medalie (1992, s. 103) upozornila, že ani triáda (zdravotník – dítě – rodič) plně nevystihuje složitost situace péče. Předložila čtyř složkový model, který zahrnuje čtyři základní proměnné – dítě, jeho nemoc, rodinu a zdravotníky, přičemž každá z těchto proměnných je dále ovlivňována proměnnými druhého řádu. Vzájemná souvislost všech zúčastněných komponent upozorňuje na bohatost vazeb a skutečnost, že změna péče o dítě není a nemůže nastat jednoduchou změnou v jedné oblasti, avšak při odhalení problematických oblastí je možné přistupovat k dítěti cílenou péčí. Pilotní studie se zaměřila na některé faktory, které mohou být východiskem takovéto cílené péče. Výsledky předložené pilotní studie ukázaly, že kvalita života dětí s chronickým onemocněním je snížena zejména v oblasti emocionálního zdraví, tzn., že děti často pociťují obavy, strach a smutek. Podobně Mareš (2008, s. 214) konstatuje obavy, smutek u dětí s epilepsií nebo Chromá a Slaný (2011, s. 665) u dětí s astmatem. V oblasti vlivu onemocnění dítěte na rodiče se vyskytovaly zejména obavy rodičů o budoucnost dítěte a jeho léčbu. Coffey et al. (2006, s. 51-59) uskutečnili metasyntézu, která prokázala na základě analýzy identifikovaných studií, obdobné obavy rodičů u řady dětí s chronickým onemocněním. Obavy a smutek rodičů dětí s chronickým onemocněním zaznamenali ve své



studii také Juniper et al. (1996, s. 27-34). V oblasti potřeb péče byla odhalena zejména potřeba informací, a to především u rodičů 2-4letých dětí, se kterou se ztotožňuje také Austin et al. (2008, s. 666), která podobně jako v naší studii konstatuje potřebu informací u dětí s epilepsií během prvního roku po diagnostikování onemocnění. Dále stejně jako v naší studii zdůrazňuje nutnost vysvětlení rodičům jak podpořit autonomii dítěte, neboť v jejich šetření podobně jako v našem šetření není samostatnost dětí rodiči podporována. Také Vachková (2010, s. 94) upozorňuje na častou hyperprotektivitu nemocného dítěte a nutnost pomoci rodičům ve způsobech vedoucích ke zvýšení samostatnosti nemocných dětí. Současně je nutné zvýšení komunikace o onemocnění se samotným dítětem, zvýšit jeho podíl na rozhodování a tím podpořit jejich spolupráci při léčbě onemocnění i zvýšení sebevědomí, a prožívání závažnosti onemocnění, které jsou podle Leung et al. (1997, s. 108) významným indikátorem psychosociální pohody dítěte. Zjištěné výsledky jsou považovány pouze za orientační, neboť jde o dílčí výsledky širší studie, která bude zahrnovat vyšší četnost respondentů a následující analýzu souvislostí mezi faktory ovlivňujícími život dítěte s chronickým onemocněním v rodinném prostředí.

## **ZÁVĚR**

Východiskem ošetrovatelských intervencí v péči o děti s chronickým onemocněním je identifikace potřeb těchto dětí a jejich rodin, změn v jejich kvalitě života nebo změn v jejich chování. Zjištěné výsledky mohou směřovat k efektivnější ošetrovatelské péči o děti v ambulantní sféře při respektování kompetencí sestry stanovených zákonem a akceptováním ústřední role rodiny v životě dítěte. Sestry by měly umět posoudit důsledky onemocnění u rodičů chronicky nemocných dětí, a rozvíjet způsoby, jak podporovat rodiče zažívající smutek a obavy použitím strategie založené na důkazech k usnadnění účinného zvládnání zátěže spojené s onemocněním dítěte.

## **SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ**

- AUSTIN, J. K. et al. 2008. Development of the Parent Response to Child Illness (PRCI) Scale. In *Epilepsy & Behavior*, 2008, vol. 13, no. 4, pp. 662-669.
- BAILEY, D. B. – SIMEONSSON, R. J. 1988. Assessing needs of families with handicapped infants. In *Journal of Special Education*, 1988, vol. 22, no. 1, pp. 117-127.
- BUSE, R. et al. 2010. *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges* [online]. 2010. [cit 2013-02-27]. Dostupné na internetu: <http://www.euro.who.int/en/publications/key-publications>.

- COFFEY, J. S. 2006. Parenting a Child with Chronic Illness: Metasynthesis. In *Pediatric Nursing*, 2006, vol. 32, no. 1, pp. 51-59.
- DEMARCO, R. et al. 2000. Stress, Coping and Family Health. In RICE, V. H. *Handbook of Stress, Coping, and Health*. Thousand Oaks: Sage Pub, 2000, pp. 295-332.
- GORDON, J. 2009. An Evidence-Based Approach for Supporting Parents Experiencing Chronic Sorrow. In *Pediatric Nursing*, 2009, vol. 35, no. 2, pp. 115-119.
- HAYMAN, L. L. – MAHON, M. M. – TURNER, J. R. 2002. *Chronic Illness in Children: an Evidence-Based Approach*. New York: Springer pub, 2002. 241pp.
- CHROMÁ, J. – SLANÝ, J. 2011. Kvalita života dítěte s astmatem. In *Časopis lékařů českých*, 2011, roč. 150, č. 6, s. 660-664.
- JUNIPER, E. F. et al. 1996. Measuring quality of life in the parents of children with asthma. In *Quality of Life Research*, 1996, vol. 5, no. 1, pp. 27-34.
- KRULIK, T. et al. 1999. Parenting Stress and Mothers of Young Children with Chronic Illness: A Cross-Cultural Study. In *International Pediatric Nursing*, 1999, vol. 14, no. 2, pp. 130-140.
- KUČOVÁ, J. – SIKOROVÁ, L. 2012. Potřeby rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou. In *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 9, s. 509-512.
- LANGMEIER, J. et al. 1989. Nemocné děti. In DUNOVSKÝ et al. *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum, 1989, s. 160-175.
- LEUNG, S. S. et al. 1997. Chronic Illness Perception in Adolescence: Implications for the doctor – patient relationship. In *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1997, vol. 33, no. 2, pp. 107-112.
- MEDALIE, J. H. 1992. Interaction Between the Child and the Family. In BEHRMAN, R. E. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 1992, pp. 101-103.
- MAREŠ, J. – BISCHOPOVÁ, J. – JEŽEK, S. 2008. Kvalita života u dětí a dospívajících s epilepsií: předběžné sdělení. In MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008, s. 203-218.
- MAREŠOVÁ, J. – MAREŠ, J. 2001. Rodina jako zdroj sociální opory při dětském zvládnání nemoci. In MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus, 2001, s. 47-58.
- MAREŠ, J. – ŠTANGLOVÁ, M. 2010. *Dotazník o dětských názorech na nemoc*. Pracovní překlad. Nezveřejněný dokument. 2 s.

- MCCUBIN, H. I. – OLSON, D. H. – LARSEN, A. S. 2000. Family crisis orientated personal evaluation scales F-COPES. In: FISHER, J. et al. *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: Oxford univerzity Press, 2000, pp. 294-297.
- MELNYK, B. M. et al. 2001. Coping in Parents of Children Who are Chronically Ill: Strategies for Assessment and Intervention. In *Pediatric Nursing*, 2001, vol. 27, no. 6, pp. 548-558.
- MURPHY, N. A. et al. 2007. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. In *Child: Care Health and Development*, 2007, vol. 33, no. 2, pp. 180-187.
- PETRŮ, V. 2007. Moderní diagnostika a léčba bronchiálního astmatu u dětí. In *Ambulantná terapia*, 2007, vol. 5, no. 2, pp. 111-114.
- SCHMIDT, S. et al. 2007. Cross-cultural Dvelopment of a Child Care Questionnaire on Satisfaction, Utilization, and Needs. In *Ambulatory Pediatrics*, 2007, vol. 7, no. 5, pp. 374-382.
- SIKOROVÁ, L. – POLOCHOVÁ, M. 2014. Copingové strategie rodiny s chronicky nemocným dítětem. In *Kontakt*, 2014, roč. 16, č. 1, s. 35-43.
- SULLIVAN-BOLYAI, S. – SADLER, L. – KNAFL, K. A. – GILLISS, C. L. 2003. Great expectations: a position description for parents as caregivers: Part I. In *Pediatric Nursing*, 2003, vol. 29, no. 6, pp. 457-461.
- THEOFANIDIS, D. 2007. Chronic Illness in Childhood: Psychosocial adaptation and Nursing Support for The Child and Family. In *Health Science Journal* [online], 2007, vol. 1, no. 2. [cit. 2014-01-16]. Dostupné na internetu: [http://www.hsj.gr/index.files/VOLUME1\\_2.htm](http://www.hsj.gr/index.files/VOLUME1_2.htm).
- VACHKOVÁ, E. 2010. Pojetí nemoci očima dítěte – pilotní sonda pomocí dotazníku CIPQ. In MAREŠ, J. – VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, 2010, s. 91-109.
- VARNI, J. V. 1998. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života*, verze 4.0 – česky. Zpráva rodičů o batolatech (2-4 roky). Zpráva o malém dítěti (5-7 let).
- VARNI, J. V. 1998. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života*, verze 4.0 – česky. Zpráva o dítěti (8-12 let).
- VARNI, K. V. 1998. *PedsQL™ Dotazník o pediatrické kvalitě života*. Modul vliv na rodinu, verze 2.0 – česky. Zpráva rodičů.
- VAN DEN TWEEL, X. W. et al. 2008. Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: a survey. In *Haematologica*, 2008, vol. 93, no. 4, pp. 588-593.
- WALKER, L. et al. 2006. The Importance of Children's Illness Beliefs: The Children's Illness Perception Questionnaire (CIPQ) as a Reliably Assessment Tool for Eczema and Asthma. In *Psychology, Health and Medicine*, 2006, vol. 11, no. 1, pp. 100-107.

WALLANDER, J. L. – VARNI, J. W. 1998. Effects of Pediatric Chronic Physical Disorders on Child and Family Adjustment. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 1998, vol. 39, no. 1, pp. 29-46.

WEISS, K. B. – SULLIVAN, S. D. – LYTTLE, C. S. 2000. Trends in the cost of illness for asthma in the United States, 1985-1994. In *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2000, vol. 106, no. 3, pp. 493-499.

## **KONTAKT**

**PhDr. Lucie Sikorová, PhD.**

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Syllabova 19

703 00 Ostrava – Zábřeh

e-mail: [lucie.sikorova@osu.cz](mailto:lucie.sikorova@osu.cz)

## DEVELOPING SCIENTIFIC COMPETENCES IN HEALTHCARE HIGHER EDUCATION

Andrew Sirkka<sup>1,2</sup>, Juraj Čáp<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centre for Science and Research, Faculty of Health Sciences, Palacký University in Olomouc

<sup>2</sup>Faculty of Health, Satakunta University of Applied Sciences, Pori, Finland

<sup>3</sup>Department of nursing, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovakia

### Abstract

**Aim and background:** This paper presents some interim results of a three-year Capacity Building project aiming at improving healthcare faculties' scientific competences. The evidence suggests that teaching scientific skills systematically in healthcare higher education enhances professionals understanding of science and empowers professionals apply evidence into practice. However, teachers are lacking adequate scientific competences.

**Methods:** The data was collected by two online questionnaires 6 and 12 months after the Project launch-out. The questionnaires contained questions to self-assess project members' (N=36) needs and how the project met them in the first half of the Project. Statistical analysis was used on numeric data, and qualitative content analysis for qualitative data.

**Results:** Self-assessment presented three main categories of personal expectations of developing scientific competences which were positively met in the project. The project was seen important and productive providing new competences and networks for academic staffs.

**Conclusion:** The Project interim assessment confirmed the prevailing need to invest on academic staffs' scientific competences in higher education. Project participants were satisfied with time management and progress in the key activity contents. New impulses and insight were attained, and research and critical thinking skills were improved, and new useful networks and team working possibilities were gained.

**Key words:** scientific competences, research skills, healthcare education, self-assessment

## **INTRODUCTION**

Competence-based education (CBE) is an emerging discourse in health professions education evidenced by numerous papers on the topic last decade. The term competence is defined as the quality or state of being functionally adequate, a sufficiency of means for the necessities and conveniences of life, the knowledge that enables a person to speak and understand, or the ability to do something well, the quality or state of being competent (Frank et al., 2010, p. 638-645; Schneider et al., 2013, p. 12-14; Merriam-Webster, 2014).

Research competence contains of certain skills, knowledge and attitudes that enable a person to conduct a systematic and critical investigation of phenomena, to identify problems and issues, and ask appropriate research questions in order to increase knowledge and understanding. The adequate level of research skills assist to critically investigate issues, generate and evaluate relevant data, form and test ideas, theories and hypotheses to establish a successful research design (Anderson et al., 2011; Coil et al., 2010; Schneider & Whitehead, 2013; Webb et al., 2011).

Scientific or research competences are categorised in different ways. Schneider & Whitehead (2013) see research competences consisting of research awareness (significance of research, overview of research theory, searching and reviewing literature, identifying research questions, ethical and legal issues in research), research appreciation and application (research approaches, sampling methods, data analysis methodologies, assessment), and conducting the research (writing research proposals, managing the process, dissemination (writing and presenting the findings). Coil et al. (2010) categorise competences as skills to question or evaluate critically, to apply science to life, to do science, research and instrumentation, to teach or mentor, quantitative skills, to know what science is and is not, interdisciplinary ways of knowing, and time management or organisation skills. Common ground for scientific expertise in various categorisations is the demand of skills to collect and interpret data systematically, to solve problems with analytic and critical thinking, design experimental settings, and to communicate in terms of scientific writing, oral communication, and collaboration with other actors (Coil et al., 2010; The University of Sydney, 2014).

Scientific skills are the tools of scientists, helping them form their conceptual framework that facilitates them to recognise meaningful patterns of information, effectively organise content, flexibly retrieve pertinent knowledge, and assess their level of understanding of concepts. (Bransford et al., 1999).

Within healthcare, the concepts of research-based practice (RBP) or evidence-based practice (EBP) have been developed to supply best evidence in conjunction with clinical expertise and

patient values to guide health care decisions and practices. Best evidence includes empirical evidence from randomised controlled trials or descriptive and qualitative research findings. The practice should be guided by adequate research evidence in conjunction with clinical expertise and patient values. However, one of the most consistent findings from clinical and health services research is the failure to translate research into practice and policy (Anderson et al., 2011; Schneider & Whitehead, 2013; Titler, 2008).

In evidence-based education, experts possess both skills and content knowledge. Although content is clearly important, scientific skills provide the tools and ways of thinking that enable researchers to build the robust conceptual frameworks needed to gain expertise. Science education should not only provide broad content knowledge base but also develop analytical thinking skills, offer understanding of the scientific research process, inspire curiosity, and be accessible to a diverse range of young researchers (Anderson et al., 2011; Coil et al., 2010; Larson & Begg, 2011).

Knowledge translation is about making users aware of knowledge or innovations, and facilitating their use of it to improve health and health care systems. It is about closing the gap between what we know and what we do and about moving knowledge into action. The concept of knowledge translation includes elements similar to science process skills: knowledge utilisation, diffusion of innovations, technology transfer, evidence-based practice, and quality improvement. As to evidence-based practice, the scientific competences like knowledge translation and knowledge management are necessities. There are several barriers blocking the knowledge translation into practice: structural barriers (e.g. financial disincentives), organisational barriers (e.g. inappropriate skill mix, lack of facilities or equipment), peer group barriers (e.g. local standards of care not in line with desired practice), professional (e.g. knowledge, attitudes and skills) and professional-patient interaction barriers (e.g. communication and information processing issues). (Graham et al., 2006; Graham & Tetroe, 2009; Grimshaw et al., 2012; Titler, 2008.)

The aim of the project Support of Human Resources in Science and Research in Non-medical Health Care at the Faculty of Health Sciences at Palacký University Olomouc (CZ.1.07/2.3.00/20.0163) is to create conditions to enhance a team of professionals with scientific potential. The project consists of five (5) key activities: 1) creating and running the Centre for Excellence in Science and Research in Non-medical Healthcare at the Faculty of Health Sciences, 2) increasing science and research competencies and skills in Evidence Based Practice among members of the academic community, 3) developing implementation of the international nursing terminology in the Czech environment, 4) enhancing scientific

application of social and psychological aspects in non-medical health care, and 5) promoting and developing scientific procedures in the research of motor skills.

## **RESEARCH AIMS**

This paper presents the self-assessment results of project members about their personal achievements in regard with scientific competences by the midterm of the project. The first self-assessment data was collected only few months from the project launch-out to obtain information about the project members' personal expectations, needs and goal-setting regarding the project activities. After twelve months the second assessment was carried out to analyse the first year experiences and to obtain information about possible changes in personal expectations and goal settings.

The research questions were:

1. How do the faculty identify their scientific competences and research skills?
2. What are the faculty members' personal expectations of the Project?
3. What are the faculty members' concerns regarding the Project?
4. What are the faculty members' personal priorities in their participation in the Project?

## **SAMPLE AND METHODS**

Data from the online surveys were downloaded to Microsoft Excel for data cleaning and analysis. Descriptive statistics (average, median, standard deviation, minimum, maximum and level of satisfaction based on weighted average expressed in percentage) were calculated for numeric data.

Descriptive qualitative analysis was used to identify categories and its components from the answers on open-ended question. Qualitative findings were supplemented by calculation of frequency. Total amount of 32 (N=32) project members responded to the start-up online questionnaire and 36 (N=36) to the self-assessment online questionnaire six months after the project start-up.

## **RESULTS AND DISCUSSION**

In the start-up phase, project members (N=32) were asked about their personal expectations of the project. The summary in Table 1 shows main categories of personal expectations, concerns and components of every category together with frequencies. The expectations were identified in the following areas: improving research/scientific skills in general; learning new competences; improving scientific level of the Faculty. The concerns were identified in the



areas, like: personal limitations and shortages; management issues; goal settings; usability and sustainability of the Project outcomes. Six respondents (n=6) impressed no concerns at all in the start-up phase. (Table 1)

Tab. 1 Expectations and concerns – Start-up survey (N=32)

<b>Categories and components</b>		<b>n</b>
<b>Personal expectations of the Project</b>	<b>Improving research/ scientific skills in general</b>	
	Scientific writing skills	8
	Research methodology, experienced in research in general	8
	Organising research and scientific designs, writing grants applications	6
	Scientific knowledge search	4
	To make Systematic Reviews	3
	Applying research outcomes into practice	2
	Utilisation of 3N Alliance	1
	<b>Learning new competences</b>	
	Team working, new partnerships	7
	Obtaining new approaches in teaching	5
	New competences in general	5
	Improving English skills	4
	Learning Evidence-based Practice/Management	2
	<b>Improving scientific level of the Faculty</b>	
Research strategy for the Faculty	4	
Improvement of scientific level of the faculty in general	2	
<b>Personal concerns of the Project</b>	<b>Personal limitations and shortages</b>	
	Insecurity of the level of one's professional skills	4
	How to make literature reviews/ meta-analysis	3
	How to learn research methodology	3
	Inadequate English Skills	1
	<b>Management issues</b>	
	Time management, lack of time	7
	Management of research activities	2
	Good team leadership	1
	<b>Goal settings</b>	
	Too high objectives	5
	Attaining good and valuable outcomes	2
	<b>Usability and Sustainability of the Project Outcomes</b>	
	Benefits and use of the project processes in daily teaching	4
	Continuity of the project outcomes afterwards	2
<b>No Concerns at All</b>	6	

Based on the expectations and concerns identified in the start-up survey, the project members were asked to assess both the personal and key activity achievements after six months post the start-up. The idea in the project is to assess personal and key activity based achievements on six-month bases.

The level of satisfaction was analysed from the data with single statements (Table 2). The highest level of satisfaction concerned the project time management (70%), gaining new impulses and insights for my research (67%), reaching the goals set for the first 6 month period (63%) in the project, developing critical thinking skills (62%) and improving personal research competences (61%). Medium level of satisfaction dealt with the project helping improve personal English skills (58%), improving teamwork skills (56%), improving individual presentation skills (52%) and improving skills to apply research in teaching (51%). The lowest satisfaction concerned confidence in scientific writing (48%) and cooperating and sharing achievements between the Key Activities (44%).

Tab. 2 Self-assessment (N=36)

<b>Statements</b>	<b>Average</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Level of satisfaction %</b>
I am satisfied with the project time management	5,22	5	1,15	3	7	70
I have gained new impulses and insight for my research	5,03	5	1,38	2	7	67
My Key Activity has reached the goals set for this 6 month period	4,78	5	1,38	2	7	63
My Key Activity has helped me in developing my critical thinking skills	4,69	5	1,43	2	7	62
This project has helped me improve my research competences	4,64	5	1,29	2	7	61
This project has helped me improve my English skills	4,5	5	1,3	1	6	58
My team working skills have improved	4,33	4	1,33	2	7	56
My presentation skills have improved	4,14	4	1,48	1	6	52
My skills to apply research in teaching has improved	4,06	4	1,29	1	6	51
My confidence in scientific writing has improved	3,86	4	1,22	2	6	48
Key Activities are cooperating and sharing their achievements with other Key Activities	3,61	4	1,29	1	6	44

The project members were asked by an open-ended question to freely list up three most important positive issues they experienced in the project activities so far. The three most frequently mentioned issues were: improvement of collaboration and team work; improvement in English skills and increasing usage of English, and improvement in research skills, deepened knowledge on qualitative methodology.

Table 3 presents main positive issues experienced by project participants. The data was categorised into three categories: scientific thinking and research skills; team work and collaboration; ways of working and components of every category together with frequencies.

Tab. 3 Important positive issue (N=36)

Categories	Components	n
research skills and scientific thinking	Improved research skills, deepened knowledge on qualitative methodology	8
	Planning and validating research studies and findings	4
	International aspects and attending conferences become more rewarding	4
	Deepened insight and understanding NNN, nursing	3
	Establishment of Scientific Centre and improvement in scientific level at the Faculty	3
	Familiarized with electronic databases	1
collaboration and team work	Improved collaboration, team work	17
	Encouragement in sharing and consulting among colleagues	7
	New contacts, widened horizons	5
	Good cooperation with international experts, international cooperation increased	3
	Good cooperation with doctoral students	1
	New useful literature available	1
Ways of working	English skills improved, use of English increased	10
	More efficient ways of working attained, improved management	7
	Working motivation improved	5
	Workshops rewarding	4
	Own presentation skills improved	2
	Understanding of interdisciplinary approach	1
	Good progress in KA tasks	1
Obtained grants	1	

The three most frequently mentioned priorities for the upcoming 6 months were: being focused on the progress/finalising one's responsibilities in the key activity, designing a research setting or applying new methodology into practice, improvement in scientific writing, preparing scientific presentations, writing research papers or finalising a thesis (Table 4).

Tab. 4 Top priorities – upcoming 6 months (N=36)

<b>Priorities</b>	<b>n</b>
Focus on progress/finalising my share in the KA responsibilities	16
Focus on designing my research settings and applying methodology in practice	11
Improvement in scientific writing and preparing presentations	8
Writing research papers or finalising thesis	8
Developing further cooperation with colleagues and other KAs	7
Deepen the knowledge on EBM/EBP and systematic review, meta-analysis	5
Improvement in language skills	2
Research grant applications	2
Keeping contacts with foreign experts met recently	1

Participants were asked to present any other comments about the project. Most responses to this question were positive comments. The Project was commonly perceived as useful one. The respondents expressed drive to increase cooperation between the key activity teams and they felt rewarded by attending conferences and by other aspects of international cooperation. Only one of the comments had negative connotation regarding time management and effectivity of project meetings (Table 5).

Tab. 5 Other comments about the Project (N=36)

<b>Comments</b>	<b>n</b>
This project is perfect/very useful	3
Drive to increase cooperation between various KA, interesting to share and meet with colleagues	3
Project provides benefits of attending conferences	2
Other international aspects in cooperation	2
Project strengthened scientific research on FZV and increased publishing activity	1
Sometimes meetings too long/ not effective	1
Good combination of theory and practice with practical approaches	1

## CONCLUSION

The most outstanding conclusion drawn of the results is that this kind of Project is much needed in healthcare higher education faculties. Reasons backing up the importance of the Project identified in the data were the novelty as a Faculty and Health Sciences and as a field of Science, transitions in teaching approaches and teacher's job description at university level. Requirements for health professionals' qualifications due to cross-national qualifications among the EU member states consist of evidence-based practice and integration of research & innovation methodologies in professional qualifications in general.

The project achievements were parallel to subjective expectations with focus on improved language skills (English). Participants were satisfied with time management and progress in the key activities with the impression of progressing according to the Project schedule. New impulses and insight were attained, and research and critical thinking skills were improved. The participants wished improvement in the interaction between the key activities in terms of sharing achievements and knowledge now that concrete progress had been achieved..

The project activities focused on improvement of academic skills of the faculty approved to be needed. Most of the project participants became encouraged to identify their development needs in knowledge of research methodology, and both conducting, teaching and communicating research endeavours..

In the midterm of the Project, some focus is needed to clarify individual participants' goal settings, concretising objectives and measures as well as generating ways for interdisciplinary collaboration and utilisation of each ones' expertise..

*This paper is dedicated to the project: "Support of Human Resources in Science and Research in Non-medical Healthcare at the Faculty of Health Sciences at Palacký University Olomouc", reg. no. CZ1.07/2.3.00/20.0163.*

## **REFERENCES**

- ANDERSON, W.A. et al. 2011. Changing the Culture of Science. In *SCIENCE*, 2011, vol. 331, no. 14, pp. 152-153.
- BRANSFORD, J. – BROWN, A.L. – COCKING, R. 1999. *How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School*. Washington, DC : National Academy Press, 1999.
- COIL, D. – WENDEROTH, M.P. – CUNNINGHAM, M. – DIRKS, C. 2010. Teaching the Process of Science: Faculty Perceptions and an Effective Methodology. In *CBE—Life Sciences Education*, 2010, vol. 9, pp. 524–535.
- FRANK, J.R. et al. 2010. Competency-based medical education: theory to practice. In *Medical Teacher*, 2010, vol. 32, no. 8, pp. 638–645.
- GRAHAM, I. D. – LOGAN, J. – HARRISON, M.B. – STRAUS, S.E. – TETROE, J. – CASWELL, W. – ROBINSON, N. 2006. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? In *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, vol. 26, no. 1, pp. 13–24.

GRAHAM, I.D. – TETROE, J. 2009. Getting Evidence into Policy and Practice: Perspective of a Health Research Funder. In *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009, vol. 18, no. 1, pp. 46–50.

GRIMSHAW, J.M. – ECCLES, M.P. – LAVIS, J.N. – HILL, S.J. – SQUIRES, J.E. 2012. Knowledge translation of research findings. In *Implementation Science* [online], 2012, vol.7:50. [cit. 2014-01-29]. Available on:

<http://www.implementationscience.com/content/7/1/50> .

LARSON, E.L. – BEGG, M.D. 2011. Building Interdisciplinary Research Models: A Didactic Course to Prepare Interdisciplinary Scholars and Faculty. In *Clin Transl Sci*, 2011, vol. 4., no. 1, pp. 38–41.

Merriam-Webster. 2014. Competence. In *Dictionary* [online]. [cit. 2014-01-29]. Available on: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/competence>.

SCHNEIDER, Z. – WHITEHEAD, D. 2013. *Nursing and Midwifery Research: methods and appraisal for evidence-based practice*. 4<sup>th</sup> edition. Sydney : Elsevier Australia.

The University of Sydney. 2014. *Research skills* [online]. [cit. 2014-01-29]. Available on: [http://sydney.edu.au/science/uniserve\\_science/projects/skills/jantrial/research.htm#imagination](http://sydney.edu.au/science/uniserve_science/projects/skills/jantrial/research.htm#imagination).

TITLER, M.G. 2008. The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. In Hughes, R.G. (edit.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [online]. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US). [cit. 2014-01-29]. Available on: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>.

WEBB, F. – SMITH, C. – WORSFOLD, K. 2011. *Research Skills Toolkit* [online]. Griffith University. [cit. 2014-01-29]. Available on: <http://www.griffith.edu.au/gihe/resources-support/graduate-attributes> .

## CONTACT

**Dr. Andrew Sirkka, Dr.Ed.**

Satakunta University of Applied Sciences, Health, Tiilimäki Campus

Maamiehenkatu 10

FI- 28500 Pori, Finland

e-mail: [andrew.sirkka@samk.fi](mailto:andrew.sirkka@samk.fi)

# VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE V PÉČI O SENIORY V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

## TO USE REMINISCENCE THERAPY IN CARE OF SENIORS IN THE LONG- TERM HOSPITAL

Jarmila Siverová<sup>1</sup>, Radka Bužgová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Léčebna dlouhodobě nemocných, Městská nemocnice Ostrava

<sup>2</sup>Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

### Abstrakt

**Cíl:** Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat kvalitu života seniorů hospitalizovaných v Léčebně dlouhodobě nemocných. Dále posoudit vliv reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů a poukázat na uznání důležitosti vzpomínání při poskytování ošetrovatelské péče.

**Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 41 pacientů hospitalizovaných v Léčebně dlouhodobě nemocných, kteří byli starší 60 let, měli snížené kognitivní funkce výsledkem testu Mini Mental State Examination 24 a méně a podepsali informovaný souhlas. Byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí standardizovaných měřících nástrojů používaných v geriatrii. Dotazníky byly použity před zahájením a po ukončení intervence. Intervence reminiscenční terapií byla realizována ve skupinách 5-10 respondentů 1x týdně po dobu 6-8 týdnů a měla narativní charakter.

**Výsledky:** Seniori v Léčebně dlouhodobě nemocných měli kvalitu života v rozmezí hodnot rozšířeného intervalu populační normy. V oblastech sociální vztahy, fungování smyslů a v doméně smrt a umírání byla zjištěná kvalita života na úrovni průměru. Byl zjištěn pozitivní vliv reminiscence na kvalitu života v oblastech fyzického a duševního zdraví, sociálního zapojení a u samostatné otázky na celkovou kvalitu života.

**Závěr:** Reminiscence je levná nefarmakologická intervence, která přispěla ke zlepšení kvality života seniorů hospitalizovaných v LDN. Reminiscenční práce by se mohla stát příkladem dobré praxe každého zařízení, které pečuje o seniory a osoby s demencí.

**Klíčová slova:** kvalita života, reminiscence, senior, demence

## **Abstract**

**Aim:** The aim of the study was to find and describe quality of life and assess influence the reminiscence therapy on the quality of life seniors hospitalized in long-term ill hospital. Point at importance of remembering during the hospital nursing care about seniors in medic centres.

**Methods:** A study sample constituted of 41 patients over sixty hospitalized in long-term ill hospital. These seniors had reduced cognitive functions Mini Mental State Examination 24 and less and signed an information permission. The study was quantitative. Standardized questionnaires were used for geriatrics care. Were used before and after the intervention. The reminiscence therapy was implemented in groups of 5-10 seniors once a week during 6-8 weeks. The reminiscence therapy had a narrative character.

**Results:** Seniors hospitalized in long-term ill have reduced quality of life in interval of a broad population standard. In areas of social relationships, senses functions, the death and dying on average. We discovered a positive influence on reminiscence therapy on quality of life in areas of physical and psychice health, social involvement and a separate question of general quality of life.

**Key words:** quality of life, reminiscence, seniors, dementia

## **ÚVOD**

Reminiscenční terapie je metoda práce se vzpomínkami, nejčastěji uplatňovaná v péči o seniory. Vychází z potřeby vzpomínat-při sociálním začleňování, při interakci s ostatními lidmi. Pomáhá snižovat pocity osamění a izolace. Posiluje důstojnost zásluh, kterou senioři mohou začít ztrácet v důsledku ztráty svého profesního postavení a ztráty ekonomické aktivity. Schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky je základní vlastností lidské psychiky. Člověk může oživovat svou minulost v představách, při vyprávění, při kreativních činnostech jako je např. tvorba reminiscenčních krabic, koláží, psaní deníků. Zajímavá je dramatizace vzpomínek vyjádřená reminiscenčním divadlem, tancem, zpěvem (Janečková et. al, 2010).

Reminiscenční přístupy aplikované při práci s lidmi s demencí mají potenciál pozitivně ovlivnit kvalitu života. Při reminiscenční práci s lidmi v instituci dochází k lepšímu poznání potřeb člověka, o kterého pečujeme. Díky tomuto poznání lze lépe a efektivněji plánovat poskytování péče člověku, který je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, zejména na oddělení poskytující následnou nebo dlouhodobou péči. Russell a Timmons (2009) ve své



kvalitativní studii zaměřené na reminiscenční rozhovory uvádějí, že při zvládnutí technik reminiscenčních rozhovorů může být lépe plánována ošetrovatelská péče.

V české republice se výzkumu vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života věnuje Janečková, Holmerová, Vacková, Koběřská. Tento autorský tým realizoval zatím jediný publikovaný výzkum s výsledky, které podporují pozitivní vliv reminiscence, zejména u osob s demencí. Reminiscence je technikou validační. To znamená, že umožňuje orientaci pečujících ve vlastní realitě nemocného člověka a přijímá jeho vnitřní svět. Upozorňuje na silné stránky osobnosti, může pomoci při navázání kontaktů, upevnit nebo budovat vztahy. Podle Janečkové (2007) je využití reminiscence způsobem komunikace, který má seniory s demencí a jejich pečovatele vzájemně přiblížit. Tento přístup nám může při poskytování péče seniorovi pochopit, kým tento člověk s demencí byl, nahlédnout na něj v jeho celistvosti a úplnosti. Reminiscenční terapie byla přijata jako speciální metoda práce se seniory v institucích, které poskytují dlouhodobou péči, vytváří prostor pro naslouchání seniorům, aby nebyly vzpomínky starých lidí opomíjeny a přehlíženy (Špatenková, Bolomská, 2011).

## **CÍL**

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit a popsat kvalitu života seniorů, kteří jsou hospitalizováni v Léčebně dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) při Městské nemocnici Ostrava (dále jen MNO) a porovnat ji s populační normou. Posoudit vliv reminiscence, jako nefarmakologické intervence při poskytování ošetrovatelské péče, na kvalitu života. Poukázat na uznání důležitosti vzpomínání při poskytování ošetrovatelské péče o seniory ve zdravotnickém zařízení.

## **SOUBOR**

Výzkum byl schválen vedením nemocnice a etickou komisí MNO. Výzkumný soubor tvořilo 41 pacientů hospitalizovaných v LDN Radvanice. Výběr respondentů byl záměrný a probíhal podle zařazovacích kritérií, kterými byla dolní věková hranice 60 let, hodnoty kognitivních funkcí výsledkem testu MMSE v rozpětí hodnot 9-24, ochota spolupracovat při reminiscenční terapii a podepsání informovaného souhlasu. Výběr respondentů probíhal ve spolupráci s ošetřujícími lékaři. Do souboru bylo zařazeno 60 respondentů, 19 respondentů bylo vyřazeno pro nedodržení četnosti intervence.

## **METODIKA**

Jednalo se o kvantitativní výzkum klinickou intervenční studií, který zahrnoval dotazníkového šetření standardizovanými měřicími nástroji používanými v geriatrii. Intervencí byla reminiscenční terapie, která probíhala ve skupinkách vybraných 5-10 pacientů, 1x týdně po dobu 8 týdnů formou 40-60 minutového setkání. Charakter reminiscence byl zvolen narativní. Témata byla zaměřena na oblasti: *dětství a mládí* (hry, kamarádi, první lásky), *oblíbená jídla, důležití lidé* (příbuzní, přátelé, historické osobnosti) podle Janečkové a Vackové (2010, s. 83-84). Kontrolní skupina nebyla vytvořena pro nízký počet respondentů (pacientů hospitalizovaných v LDN při MNO), kteří vyhovovali zařazovacím kritériím.

Vybraní pacienti byli zařazeni do reminiscenčních skupin. Po absolvování první skupinové reminiscence byli osloveni, jestli souhlasí se zařazením do výzkumu a s dotazníkovým šetřením. Sběr dat probíhal od září 2012 do srpna 2013. Všechny dotazníky byly s respondenty vyplněny před zahájením a po ukončení intervence reminiscenční terapií.

Pro hodnocení kvality života byl použit dotazník WHOQOL-OLD obsahující 24 položek sdružených do 4 domén a dotazník WHOQOL-BREF obsahující také 24 položek sdružených do 4 domén a 2 samostatné položky – celková kvalita života a spokojenost se zdravím. Rozpětí škál u jednotlivých otázek je 1-5, u domén to je 4-20. Vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života.

Získaná data z dotazníků WHO-QOL-BREF, WHOQOL-OLD, byla zpracována podle metodiky od Dragomirecké z Příručky pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Hodnoty populační normy byly získány z Příručky pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 42).

Pro srovnání výsledků kvality života s populační normou byla použita popisná statistika a oboustranný T-test. Pro srovnání hodnot z prvního a druhého měření u všech domén (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) byl použit párový Wilcoxonův test. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Statistické zpracování bylo provedeno s využitím statistického software NCSS v. 7. 1.14. Pro sběr dat byl použit program EpiData. Pro převod dat do elektronické podoby a zpracování výsledků byl použit MS Excel.

## **VÝSLEDKY, INTERPRETACE**

Z celkového počtu 41 respondentů bylo 7 mužů a 34 žen ve věku od 63 do 96 let (průměrný věk 82,64 let). Nejpočetněji byli zastoupeni respondenti ve věkové skupině 80 a více let

nejméně ve věkové skupině 60-69 let. Základní vzdělání uvedlo 19 respondentů, střední odborné 12, středoškolské vzdělání s maturitou 6 a vysokoškolské 4 respondenti. Všichni respondenti se cítili nemocní, jejich zdravotní stav byl stabilizován.

Testem MMSE byla zjištěna u 76 % respondentů lehká a u 24 % respondentů středně těžká kognitivní porucha (rozdělení do kategorií podle Topinkové, 2010, s. 217-218, 224). Při výběru respondentů do výzkumu byla jedním z kritérií přítomnost kognitivní poruchy. Důvodem zařazení tohoto kritéria byla skutečnost, že výsledky výzkumu Janečkové et al. z roku 2010 - doposud jediného publikovaného výzkumu vlivu reminiscence na kvalitu života a funkční stav seniorů, popisují pozitivní vliv reminiscenční terapie u osob s kognitivní poruchou a to především u osob s těžkou a středně-těžkou poruchou.

Z porovnání výsledků dosažených v jednotlivých doménách dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD s populační normou vyplývá (viz tab. 1), že pacienti v LDN mají na začátku hospitalizace (do tří dnů od přijetí) kvalitu života v oblastech sociální vztahy, fungování smyslů a v doméně smrt a umírání na úrovni průměru. V doméně fyzické a duševní zdraví dotazníku WHOQOL-BREF je popsána mírně snížená kvalita života. Všichni respondenti vypověděli, že se cítí nemocní. Lze se tedy domnívat, že snížené hodnoty v těchto dvou doménách souvisí se zdravotním stavem.

V doménách sociální zapojení a nezávislost dotazníku WHOQOL-OLD je rovněž zjištěna mírně snížená kvalita života, která pravděpodobně souvisí s hospitalizací v zařízení, kde je člověk v roli pacienta v těchto oblastech omezen. Doména sociální zapojení je hodnocena respondenty nejhůře. Nejlépe hodnotili respondenti doménu sociální vztahy.

Tab. 1 Průměrné skóry domén WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD u sledovaného souboru a populační norma

Domény	Pacienti LDN** (n=41)	Populační norma*					
		Rozšířený		Interval normy (n=325)		Rozšířený	
	průměr ±s	mírně snížená kvalita		spodní hranice	průměr±s	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
Doména 1 (fyzické zdraví)	11,69±3,05	<b>10,7</b>		12,2	13,71±3,00	15,2	16,7
Doména 2 (duševní zdraví)	12,50±2,49	<b>11,6</b>		12,8	13,95±2,38	15,1	16,3
<b>Doména 3</b> (sociální vztahy)	14,68±2,22	11,7		12,8	<b>13,96±2,25</b>	15,1	16,2
Doména 4 (prostředí)	12,93±1,60	11,5		<b>12,5</b>	13,58±2,11	14,6	15,7
<b>FCES (fungování smyslů)</b>	14,32±4,05	10,6		12,4	<b>14,32±3,75</b>	16,2	18,1
NEZ(nezávislost)	12,93±2,38	<b>11,5</b>		13,1	14,64±3,12	16,2	17,8
NAP (naplnění)	13,15±2,04	11,3		<b>12,6</b>	13,80±2,47	15,0	16,3
SOCZ (sociální zapojení)	11,07±3,04	<b>11,0</b>		12,5	13,98±2,94	15,5	16,9
<b>SAU (smrt a umírání)</b>	14,34±3,86	8,7		10,7	<b>12,77±4,05</b>	14,8	16,8
BVZT (blízké vztahy)	13,59±3,20	11,1		<b>12,7</b>	14,27±3,14	15,8	17,4

\* Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 42

\*\*pre-test

s - směrodatná odchylka

### *Hodnocení vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života*

Výsledky porovnávající hodnoty kvality života před reminiscenční terapií a po jejím ukončení ukazují na příznivý efekt této intervence na kvalitu života seniorů v LDN. Výsledky v tab. 2, ve které jsou uvedeny hodnoty z obou měření u jednotlivých domén a samostatných otázek dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD prezentují zlepšení po intervenci reminiscenční terapií ve všech oblastech kvality života kromě domény fungování smyslů a domény nezávislost.

V dotazníku WHOQOL-BREF je v doméně fyzické zdraví, duševní zdraví a u samostatné otázky na celkovou kvalitu života dosaženo zlepšení statisticky významného.

V dotazníku WHOQOL-OLD je dosaženo statisticky významného zlepšení v doméně sociální zapojení. Tento výsledek lze považovat za příznivý s přihlédnutím k posouzení funkce reminiscenční práce, která byla použita jako metoda aktivizační.

Tab. 2 Porovnání kvality života pacientů v LDN před a po absolvování reminiscence

Domény	Pre-test (n=41) průměr ± s	Post-test (n=41) průměr ± s	P
Doména 1 (fyzické zdraví)	11,69± 3,05	12,77± 2,62	<b>0,0170</b>
Doména 2 (duševní zdraví)	12,5± 2,49	13,63± 2,51	<b>0,0093</b>
Doména 3 (sociální vztahy)	14,68± 2,22	14,73± 2,64	0,6331
Doména 4 (prostředí)	12,93± 1,60	13,43± 1,58	0,0909
Q1(celková kvalita života)	3,17± 0,97	3,54± 0,87	<b>0,0426</b>
Q2(celková spokojenost se zdravím)	2,80± 1,01	2,90± 1,07	0,3908
FCES (fungování smyslů)	14,32± 4,05	13,68± 3,67	0,4774
NEZ(nezávislost)	12,93± 2,38	12,85± 3,46	0,6532
NAP (naplnění)	13,15± 2,04	13,49± 1,79	0,2848
SOCZ (sociální zapojení)	11,07± 3,04	12,78± 3,09	<b>0,0019</b>
SAU (smrt a umírání)	14,34± 3,86	14,59± 3,81	0,6348
BVZT (blízké vztahy)	13,59± 3,20	13,90± 2,98	0,5283

s - směrodatná odchylka

p - p value na statistické hladině významnosti 5 %

## ZÁVĚR

Senioři v LDN při MNO mají kvalitu života v úvodu hospitalizace v oblastech sociální vztahy, fungování smyslů a v doméně smrt a umírání na úrovni průměru, který je dán pro populační normu. V ostatních sledovaných oblastech dosahovali respondenti výsledky, které jsou nižší, ale pohybují se v rozmezí hodnot rozšířeného intervalu populační normy. Nejpozitivnější výsledky byly zaznamenány v doméně sociální vztahy. Nejhůře hodnotili respondenti oblast sociálního zapojení. Po absolvování skupinové reminiscence bylo zaznamenáno zlepšení kvality života v doméně fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální

zapojení a u samostatné otázky na celkovou kvalitu života. I přes tato pozitivní zjištění však nemůžeme s určitostí tvrdit, že právě reminiscence ovlivnila výsledky sledovaných ukazatelů. V průběhu hospitalizace mohla na respondenty působit řada proměnných, které nebyly monitorovány a mohly tento výsledek ovlivnit. Je proto potřeba systematicky sledovat ukazatele kvality života u osob s demencí v souvislosti s reminiscencí, aby byly k dispozici platné důkazy o její efektivitě a prospěšnosti. V rámci plánování ošetrovatelské péče v LDN při MNO jsme zařadili reminiscenční terapii jako metodu pro aktivizaci pacientů. Stala se také součástí léčebného plánu lékaře. Rostoucí počet lidí s demencí a zvyšující se náklady na péči poskytují významnou pobídku pro rozvoj a výzkum metod pro podporu účinných a nepřiliš nákladných intervencí. Ve zdravotnické péči o osoby s demencí je velká pozornost stále věnována farmakologickým intervencím, ale je patrné, že reminiscence, jako psychosociální intervence může být také účinná a vhodná.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- DRAGOMIRECKÁ, E. - PRAJSOVÁ, J. 2009. *Průručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. 28 s.
- JANEČKOVÁ, H. 2007. *Jsem to pořád já: využití vzpomínek v práci se seniory - reminiscence a životní příběh*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 54 s.
- JANEČKOVÁ, H. – VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 152 s.
- RUSELL, C. - TIMMONS, S. 2009. Life story work and nursing home residents with dementia. In *Nursing Older People* [online], 2009, roč. 21, č. 4, s. 28-32. [cit. 2013-01-20]. Dostupné na internetu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19472596>.
- ŠPATENKOVÁ, N. - BOLOMSKÁ, B. 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. 108 s.
- TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén, 2010. 241 s.

## KONTAKT

**Mgr. Jarmila Siverová**

LDN při Městské nemocnici Ostrava

U Stavisek 65, 716 00

Ostrava-Radvanice

e-mail: [siverova@seznam.cz](mailto:siverova@seznam.cz)

# THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF NURSES AND HEALTH CONDITIONS THE BIOMECHANICAL SPIN

Danuta Smola<sup>1</sup>, Anna Ufir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Collegium Medicum Jagiellonian University in Krakow

<sup>2</sup>Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

## Abstract

**Introduction:** There are many activities in human's life which need motor skills, physical activity and physical fitness on great heights. The particular instance of these tasks are nursing duties – circulating nurses. Dysfunctions and disorders that appear during surgeries, can be the cause behind the functional problem related to the current and the future health conditions of women, the quality of their duties, and indirectly, the safety of patients. Muscular- ligamental system is undermined by stress and enduring strain, cannot execute the duties that outstrip many times physiological systemic capability that can be reasons of appearing the micro trauma and persistent pathological changes within the spine structure.

The objective: The target of the dissertation was to define relation between the professional activity of nurses and their health conditions in particular, in respect of the biomechanical disorders.

**Material and Methods:** There were 30 active professional nurses taking part in the test, at the age of 24 to 50. The project was conducted in Małopolska between October and December 2013. In order to scrutinize the experimental hypothesis the authorial entry in form of poll was taken under consideration, functional tests and diagnostics making use of the technology of the Manual Therapy; by means of the VAS scale defined aches and pains. Results of the tests were given under the statistical analysis.

**Results:** All the tests which were carried out, showed that the present health problems referred to the professional activity of circulating nurses are: congesting changes of knee joints, dysfunction of shoulder girdle, disorders within wrist joints, disorders within the tough structure of the vertebral column or the ligamental and myofascial problems, pathological aspect pelvic girdle.

**Keywords:** professional activity, nurse, dysfunction of kinesthetic system, biomechanical disorders

## INTRODUCTION

In these days, being faced with the necessity of combining the professional and family duties and because of growth rate of work, looking after the hygienic, healthy and active lifestyle, is a challenge for the modern-day woman. Extrinsic factors, persistent stress and overexertion drive to the stress fracture. There are many activities in human's life that take advantage of motor skills, physical activity and physical fitness up to the highest level. The particular instance of those exercises, are professional duties of nurses – circulating nurses. Nurses' job is very often defined as a middle – hard job. The International Material Safety Data Sheet of the Professional Threat in a precise way shows threats derive from their job and what other consequences connected with health could be caused by them. The ergonomic and psychosocial factors have an important role here, referring to the job organization. Each job is a cause for the biological strain for everyone who does one, due to it has an impact on the activity changes in the specific systems and in a whole human body. A man is ready for enduring (physical and psychical) strain unscathed and to work for a time regardless the obstacles. The level of the strain is estimated as a liminal burden. Surpassing the burden (strain) threatens us with damaging our organism.

A classification of types of work according to kind of strain which asserts itself during executing a job (physiological criterion):

- Physical strain caused by a muscular job
- Psychical strain caused by involving attention and thought process
- Nervous exhaustion caused by a job or psychical and material working conditions.

Dysfunctions and disorders that causes a job on operational, can be a reason of a functional problem has an impact on the current and future healthy conditions of women and the quality of the duties makes by them and indirectly safety of patients.

Poor – grounded, undermined by stress and enduring by exhaustion, the muscular – ligament system cannot face up to the tasks exceed many times physiological systemic capability what effects on creates the microtrauma and permanent pathological changes within the structure of the vertebral column. Pain groups of the spine constitute one of the most popular dysfunctions of the musculoskeletal system and it is proven that about 90% of women nurses (professional active) is suffering from it.

Mischievous factors are factors that can drive worker's health conditions to deteriorate and even to job-related illness. During a job in a surgical room, circulating nurse is exposed to numerous harmful factors and factors also that cause aches and pains.



It is caused by:

- Material working environment (lighting; electromagnetic field, ionizing, ultraviolet, laser radiation)
- Electricity (static; voltage)
- Injuries (superficial-fall; blades and sharp edges; threat of explosion, fire)
- Toxic, allergic factors, carcinogen,
- Microbiological factors (bacteria, virus)
- Psychophysical factors
- Stressful factors related to a job nature (abrupt treatment, death, transplantology)
- Stressful factors related to a workplace (interpersonal upheaval, exploitation of workers, minimal employment of nurses)

A circulating nurse does:

- Prepares an operation
- Assists during an operation
- Assists during an operation as a “dirty” nurse/helpful nurse
- Cleaning the operating theater after an operation
- Wash and set the surgical tools
- Breaks
- Other services determined as organizational – ordinal work which does not relate to directly operations

Services referred to surgeries are chiefly executed standing up-straight, standing up- pitched, in some cases it is necessary to move from one place to other or have both hands raised above the humeral joint. In the same time, nurses also shift the surgical kits and medical stuff.

An excessive strain of an organism is related to the professional job is a reason of peripheral fatigue and general activity changes and also fatigue of the central nervous system. The changes comprise the peripheral and central fatigue, lead to persistent ailments, exhaust energy and metabolic resources, and disorders of the perception activities involving the hand-eye coordination and diminishing the mental efficiency.

A psychical strain relies on stress and concentration, taking advantage of human’s mind and nervous system. It can derive from our work, its character and conditions in which it is executed (responsibility, timeliness, external disruptive conditions and so on) and also the person’s personality, her emotional state and attitude towards doing activities (prejudice, poor self-esteem, nervousness, lack of motivation). Both of the types of effort are virtually difficult to make a distinction.

## **THE OBJECTIVE**

The target of the dissertation was to define the relations between the professional activity of nurses and their health conditions and, in particular, the biomechanical disorders.

## **MATERIAL AND METHODS**

In order to determine the nurses' health problems, a test in a representative group involving 30 women was conducted. A selection of this attempt was purposeful. A sole criterion was approved to choose people between the age of 24 – 50 and they have or had worked on the surgical suite. In the project were also inactive people who did not obtain the employability in the course of periodical research. The research was taken place in Małopolska from October to December 2013. In the test the authorial questionnaire, functional tests and diagnostics taking advantage of technology of the Manual Therapy were used (IFOMT; Soto-Hall test O'Donoghue test, Spurling test, distraction and compressive test, compressive test of intervertebral foramina, compressive test in rotation, extension, flexion, test sprężynowana stawu krzyżowo-biodrowego, test of springing of iliosacral articulation, Patric test, Lasegue test, Bragard test) ; by means of VAS scale was determined ache complaint. Results were undergone the statistical scrutiny.

## **RESULTS**

These are some main problems which were mentioned by the circulating nurses: a pain of lower limbs, a pain of the carotid and lumbar of the vertebral column, a pain of upper limbs, weight of noise, poor and poor vision and problems referred to dehydration during conducting operations. The presence of a pain was affirmed by 91% people who undergone the test. Respondents claimed a correlation between ailment strength and incidence and the duration of duty and execute services. A spine pain was reported irrespective of age, however at the youngest women it can designate the substantial role of the organizational and hardware conditions – weight of leaden gowns and toolkits making use of performing an operation which a medium term range from 1,5 to 5 hours.

- Functional tests and manual research revealed:
- Stress changes of knee joints
- Dysfunction of shoulder girdle
- Disorders of wrist joints
- Disorders of “tough” structure of vertebral column
- Ligamental, myofascial problems

- Pathological setting of pelvic girdle

85 % respondents related asymmetric changes within joints of the upper and lower section of the carotid of the vertebral column, achiness and asymmetrical contracture of musculus scalenus colli and related to them, regularly emerging a headache. Affection of palpation of the first rib and collarbones discovered at each respondent who wears a leaden gown.

66,7% respondents had ailments referred to the brachial plexus but at 26,6 prevalence of isthmus of ischial nerve; A general evaluation of attitude of the body is negative. At over a half of respondents noticed setting of a head in protract, there is a shoulder blade raised on one side of a body and abnormal setting of pelvis. All of respondents marked dysfunctional tonicity.

In addition, the research pointed out that: a level of aches and pains constituted on average 5,5 points on the VAS scale, at 18% respondents occurred symptoms of stiffening of limbs during executing their job, each respondent feels discomfort during executing their own duties.

## **CONCLUSIONS**

A reason for the above mentioned ailment, is the necessary to point out the disparity between possibilities of tissue taking a strain and their effective burden. A treatment of invertible disorders of action, which can enhance a comfort of nurses' working and substantial impact on their health condition, requires the abolishment this disparity and restores physiological, legitimate dependence between joints, muscles and nervous system. It is necessary to notice, in fact, that majority dysfunctions and disorders of kinematical chains caused is against circulating nurses (leave extra strain out) by abnormality position taking up during working. Ambulance women's posts are permanent – in the normal course of things, for the facilities, they remain on the one side of an operator, in a some distance from an operating table, which height is not conformed to their height. It causes asymmetry arrangement of body, overstraining systems on one side(contractures of one muscular groups, stretch others; intensification of tonicity, overstraining joints of vertebral column in the rotation and bending, isthmus at the nervous systems and so on). Weight lying on one's shoulders – gown – puts the excessive compression on joints of girdle of upper limbs and in the area of the upper perforation of the chest in connection of intensifying work of muscles, causes to boost the muscular ailments. Light fittings in the surgical suite can affect substantially on the poise what is related to work study and comfort at work.

To sum up:

- The nurses' professional activity lies behind the acceptable extend of psychosocial strain and the physiological organism.
- Boost burden is related to working conditions on the surgical suite, has a negative impact on the degenerative changes within the musculoskeletal system, accelerating them.
- Stress relates to action and permanent discomfort during working is a reason of the pathological tonicity.
- The static strain is related to homogeneous endeavor, involving at a stable way, one-sided the same parties muscular and bony system making asymmetrical patomorfological changes.

## **DISCUSSION**

Specification of circulating nurse's work is referred to conditions executing tasks-places, space, equipment, job's organization or applying methods of working. The conditions are not changeable. The job's discomfort boosts a lack of the work study designing and organizing a surgical suite, constrained room, insufficient equipment resources. A modest amount data accessible in a literature of this field, points out the necessity of scrutinizing this problem.

## **REFERENCES**

- BILSKI B. Higiena pracy dla pielęgniarek, Poznań 2004.
- CIURUŚ M. Pielęgniarstwo operacyjne, wyd. Makmed, Lublin 2007.
- KŁOSIŃSKA M., KUŁAGOWSKA E. Ciężka fizyczna praca. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001; 9: 12-13.
- KIWIERSKI J., FILUTKO R. Bóle kręgosłupa, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- KORCZAK C. Higiena. Podręcznik dla szkół medycznych. Wydanie I, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- KWARECKI K. Zmęczenie układu mięśniowo-szkieletowego – stary problem cywilizacyjny. Bezpieczeństwo Pracy, Nauka i Praktyka 2000; 9: 28-29.
- LIU D. Zagrożenia dla kręgosłupa, Magazyn pielęgniarki i położnej 2001;3: 10-12.
- MARCINKOWSKI J.T. Higiena. Profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. PZWL, Warszawa 2003.
- MIĘDZYNARODOWA KARTA CHARAKTERYSTYKI ZAGROŻEŃ ZAWODOWYCH – PIELEŃGNIARKA, źródło: [www.ciop.pl/10942.html](http://www.ciop.pl/10942.html)

OLSZEWSKI J. Podstawy ergonomii i fizjologii pracy ,Wydanie 2, Zmienione, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 1997.

RAKOWSKI A. Kręgosłup w stresie, wyd. GWP, Gdańsk 1994.

ZYZNAWSKA J., ĆWIERTNIA B., MADETKO R. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie 92011; 2: 54-59.

## **CONTACT**

**Mgr. Danuta Smoląg**

Collegium Medicum Jagiellonian University in Krakow

e-mail: [dankasmolag@gmail.com](mailto:dankasmolag@gmail.com)

**VYUŽITIE INFORMAČNÝCH TECHNOLOGIÍ A SIMULAČNÝCH METÓD VO  
VÝUČBE V ŠTUDIJNOM PROGRAME OŠETROVATEĽSTVO  
INFORMATION TECHNOLOGIES AND SIMULATION METHODS IN TEACHING  
OF NURSING STUDY PROGRAMME**

**Mária Sováriová Soósová, Viola Mechírová, Mária Zamboriová**

Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

**Abstrakt**

Spoločnosť kladie na ľudí vysoké požiadavky týkajúce sa schopností využívania informačných technológií (IT). Potreba technických zručností a skúseností je jednou z hlavných podmienok pre úspešný vstup na trh práce. Vedomostná spoločnosť opierajúca sa o stále sa rozvíjajúce IT potrebuje tvorivých absolventov, ktorí nielenže sa výborne vyznajú v problematike študovaného odboru, ale vedia používať nástroje na báze informačných a komunikačných technológií na zefektívňovanie svojej práce. **Cieľom** práce je na základe obsahovej analýzy textu priblížiť význam využitia IT a simulačných metód vo vzdelávaní v študijnom programe ošetrovateľstvo a predstaviť projekt Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach *Inovácie pre vedomostnú spoločnosť* (IRES). Integrácia IT do vzdelávania v zdravotníckych profesiách, vrátane ošetrovateľstva, je podmienená najmä progresívnym rozvojom zdravotníckej a medicínskej informatiky, prudkým nárastom nových poznatkov, zmenou klinického prostredia, či schopnosťou bežnej populácie efektívne využívať moderné technológie. Implementácia IT a simulačných metód do výučby prináša viacero výhod, napr. možnosť precvičiť si kompetencie a zručnosti opakovane v bezpečnom prostredí bez rizika poškodenia pacienta, možnosť spätnej väzby, rozvoja schopností komunikácie, kooperácie, kritického myslenia, riešenia problému atď. Úspešné využívanie IT vo vzdelávaní by malo viesť k rozšíreniu informačných kompetencií študentov, k celkovému zvyšovaniu kvality vzdelávania a zlepšeniu konkurencieschopnosti na trhu práce.

**Kľúčové slová:** informačné technológie, simulačné metódy, výučba, ošetrovateľstvo

## **Abstract**

The society places high demands on people's skills relating to the use of information technology (IT). The need for technical skills and experience is one of the main conditions for successful entry into the labour market. Knowledge Society, supported by a constantly evolving IT needs creative graduates who are not only excellently versed in their field of study, but they can also use tools based on information and communication technologies to make their work more effective.

**The aim** of this paper is to outline the importance of using IT and simulation methods in education in nursing degree program based on content analysis of text and present the project of the Pavol Jozef Šafárik University in Kosice "Innovation for the Knowledge Society" (IRES). Integrating IT into education of health professions, including nursing, is conditioned, in particular by the progressive development of health and medical informatics, a sharp increase in new knowledge, changing clinical environment and the general population's ability to make effective use of modern technology. IT implementation and simulation methods in teaching bring several advantages, e.g. chance to practice competencies and skills in a safe environment without damaging the patient, the possibility of replication, feedback, communication skills development, development of cooperation, critical thinking, problem solving etc. Successful use of IT in education should lead to the spread of information competence of students, improving overall education and improve competitiveness in the labour market.

**Keywords:** information technology, simulations methods, teaching, nursing

## **ÚVOD**

V súčasnosti zaznamenávame zvyšujúce sa nároky na vzdelávanie v rámci aj mimo vzdelávacej inštitúcie. Vysoké školy čelia novým výzvam v súvislosti s objavením informačných a komunikačných technológií (IT) a ich aplikáciou do vzdelávania. Internet a hlavne ľahko dostupný web je zdrojom mnohých informácií a vedomostí v globálnej miere. IT výrazne zasahujú do spôsobu nášho bežného života, ovplyvňujú prácu i štúdium. Vedomostná spoločnosť opierajúca sa o stále sa rozvíjajúce IT potrebuje tvorivých absolventov, ktorí nielenže sa výborne vyznajú v problematike študovaného odboru, ale vedia používať nástroje na báze informačných a komunikačných technológií na zefektívňovanie svojej práce. Prienik inovačných prvkov do vzdelávania študentov ošetrovateľstva, medicíny

i ďalších zdravotníckych profesií významne zaznamenávame najmä v poslednej dekáde. Dôvodov na ich využitie vo výučbe je niekoľko. Zdravotnícka a medicínska informatika sa v posledných desaťročiach progresívne vyvíja. Následkom tohto trendu stúpa potreba využívania moderných IT v zdravotníctve. V súvislosti s uplatňovaním moderných diagnostických a terapeutických postupov, archivovaním a šírením dát o pacientovi (zdravotnícka dokumentácia, výsledky rôznych testov), hodnotením kvality starostlivosti, podporou rozhodovacieho procesu a manažmentu starostlivosti (využívanie rôznych elektronických mobilných pomôcok, telekonferencie) sa zvyšujú nároky na informačnú gramotnosť sestier a ďalších profesionálov v zdravotníctve (Pokorná, 2010, s. 195).

Nárast nových poznatkov v oblasti medicíny a ošetrovateľstva vedie k tomu, že sa rozširuje pole pôsobnosti zdravotníckych profesionálov, čím rastie požiadavka dôkladného, hĺbkového poznania nových úloh, procedúr, testov, liekov a i. Nové poznatky nútia pedagógov hľadať spôsoby, ako integrovať takýto objem poznatkov do učebných osnov (Skiba, Connors, Jeffries, 2008).

Rôzne zmeny v systéme zdravotnej starostlivosti vedú k potrebe transformácie vzdelávania. V súvislosti so zníženým výskytom niektorých ochorení (napr. vzhľadom na včasný skrínig, vakcináciu a i.) a skracovaním dĺžky hospitalizácie pacientov dochádza k zníženiu príležitosti študentov zúčastniť sa na riešení konkrétnej klinickej situácie počas praktických cvičení. V súčasnosti sa zdôrazňuje aj koncept bezpečnosti pacienta a od zdravotníckych profesionálov sa očakáva celý rad špecializovaných vedomostí a zručností. Zamestnávateľia v tejto súvislosti očakávajú dobre pripravených absolventov na prácu. (Hyland, Hawkins, 2009, s. 14-15, Titzer, Swenty, Hoehn, 2012, s. 325-326, Jeffries, 2005, s. 96, McGrath, Lyng, Hourican, 2012, s. 265-266) Nevyhnutnosť aplikovania IT do výučby súvisí aj so schopnosťou bežnej populácie efektívne využívať tieto moderné technológie. Počítače, video, televízia, internet sa dnes stávajú v rastúcej miere bežnými skutočnosťami životného prostredia detí a mladých ľudí. V tomto kontexte sa hovorí o „net generácii“ (alebo generácii „digitálneho veku“, „digitálni rodičia“). Táto generácia narodená v čase rozvoja informačných technológií (t.j. hlavne po roku 1980, resp. v novom miléniu) predstavuje novú populáciu študentov s rastúcimi požiadavkami na aktívnu a interaktívnu výučbu. (Skiba, Connors, Jeffries, 2008, s. 226, Skiba, Barton, 2006)

## **CIEĽ PRÁCE A METODIKA**

Cieľom práce je na základe obsahovej analýzy textu priblížiť význam využitia IT vo vzdelávaní v študijnom programe ošetrovateľstvo a predstaviť projekt Univerzity Pavla Jozefa



Šafárika v Košiciach (ďalej UPJŠ) *Inovácie pre vedomostnú spoločnosť* (IRES), ktorý prebieha na všetkých fakultách UPJŠ, vrátane lekárskej fakulty (LF).

Hlavným zdrojom dát boli elektronické databázy EBSCO, Science Direct a vyhľadávač Google. Pre vyhľadávanie sme zvolili kľúčové slová v anglickom jazyku: informational technologies – simulation – simulation methods – nursing – teaching – education a v slovenskom jazyku: informačné technológie – simulácie – simulačné metódy – ošetrovatel'stvo – vyučovanie – edukácia. Do obsahovej analýzy sme po podrobnom spracovaní zaradili 17 plno-textových prác publikovaných medzi rokmi 2004 až 2014.

### **Ciele projektu IRES na UPJŠ v Košiciach**

Strategickým cieľom projektu IRES je skvalitnenie vzdelávania na UPJŠ inováciou, vytvorením nových študijných programov, využívaním moderných metódik vzdelávania s podporou IT. Špecifickými cieľmi projektu sú: 1. rozšírenie využívania informačných technológií vo vzdelávaní na UPJŠ a 2. inovácia a vytvorenie nových študijných programov v slovenskom a vybranom svetovom jazyku s dôrazom pre potreby trhu práce a vedomostnej spoločnosti. Aktivita projektu, ktorá je zameraná na vzdelávanie učiteľov všetkých fakúlt UPJŠ s cieľom zabezpečiť širšiu aplikáciu nových technológií vo výučbe nadväzuje na prvý špecifický cieľ. Aktivita zameraná na inováciu študijných programov ošetrovatel'stva, všeobecného lekárstva a zubného lekárstva na UPJŠ LF sa viaže na druhý špecifický cieľ projektu.

### **Vzdelávanie učiteľov a zavádzanie nových metód na báze IT vo vybraných študijných programoch na UPJŠ v Košiciach**

Pedagogické výskumy v oblasti vzdelávacích technológií (Butler, Veltre, Brady, 2009, Cant, Cooper, 2010, McCaughey, Traynor, 2010, Arthur, Cable, Levett- Jones, 2011, Megel et al., 2012, Tosterud, Hedelin, Hall-Lord, 2013, Khalaila, 2014) zdôrazňujú význam interaktivity a hypermediálnej prezentácie poznatkov. V pedagogickom procese dochádza v súčasnosti k stretu dvoch populácií: „net generácie“ študentov a generácie „pred digitálneho veku“<sup>1</sup>, prevažne učiteľov (Skiba, Connors, Jeffries, 2008, s. 226, Skiba, Barton, 2006). Pedagógovia v ošetrovatel'stve, lekárske vedách i v ďalších zdravotníckych profesiách čelia novým požiadavkám učiť v tradičných podmienkach netradičným spôsobom. Očakáva sa, že učители zmenia svoju metodológiu výučby implementáciou nových technológií. V oblasti IT majú

<sup>1</sup> Zástupcovia generácie „pred digitálneho veku“ sú nazývaní aj ako „digitálni imigranti“ – prisťahovalci, ktorí sa viac-menej snažia prispôsobiť novému prostrediu, no vždy sú jednou nohou v minulosti. Sú charakteristickí najmä tým, že napr. Internet využívajú iba ako sekundárny zdroj informácií, skôr čítajú manuál na obsluhu programu, ako by si nejaký program vyhľadali a učili sa s ním pracovať, uprednostňujú úpravu vytlačeného dokumentu manuálne, než jeho editáciu na obrazovke a pod. (Prensky, 2001)

vyučujúci často nedostatočné vedomosti a zručnosti v porovnaní s „net generáciou“ študentov. Požiadavka využívať IT pre pedagógov predstavuje určitú záťaž, ktorá môže v konečnom dôsledku viesť k technologickému stresu. (Burke, 2009, s. 58)

V týchto súvislostiach vzniká celý rad nových didaktických a pedagogických problémov, vrátane prípravy učiteľov. Jednou zo základných aktivít projektu IRES v súvislosti s prvým špecifickým cieľom, je aj zvyšovanie informačnej gramotnosti vyučujúcich UPJŠ. Vyhľadávanie a vytváranie vhodných IT nástrojov a ich implementácia do výučby si vyžaduje odbornú pomoc pri výbere a následnom použití vhodných IT prostriedkov. Preto bola rozšírená pôsobnosť Centra pre inovatívne vzdelávanie (CIV) na celú UPJŠ v Košiciach. Toto CIV poskytuje podporu učiteľom UPJŠ v mnohých oblastiach, napr.:

- pripravovanie školiacich materiálov pre vzdelávanie učiteľov UPJŠ väčšinou na báze „open“ programových prostriedkov IT,
- realizovanie školení, na ktorých učitelia UPJŠ získajú potrebné kompetencie vo využívaní moderných didaktických prostriedkov a technológií vo vysokoškolskom vzdelávaní (napr. školenie pre prácu s interaktívnou tabuľou, vizualizérom, fotoaparátom, digitálnou zrkadlovkou, aplikáciami na úpravu obrázkov, digitálnou videokamerou, aplikáciami na úpravu videí, hlasovacím systémom resp. hlasovanie pomocou webu, Learning management system (LMS<sup>2</sup>) moodle, mixážnym pultom (nahrávanie zvuku), aplikáciami na úpravu zvuku, video-konferenčnými systémami, aplikáciami na video merania, aplikáciami na tvorbu interaktívnych cvičení, tabletom, systémami na efektívnejšie testovanie, interaktívnym dataprojektorom, počítačom podporovaných meraní a ďalšie),
- vytváranie on-line prístupov ku školiacim materiálom, poskytovanie konzultačnej a poradenskej činnosti k novým technológiám,
- poskytovanie konzultačnej a poradenskej činnosti učiteľom UPJŠ pri vytváraní on-line podpory predmetov,
- poskytovanie pomoci učiteľom UPJŠ pri vyhľadávaní a tvorbe podporného e-obsahu pre vyučovanie daného predmetu, ktorý by zvýšil názornosť na prednáškach a cvičeniach (obrázky, videá, zvukové nahrávky, animácie, testy, interaktívne cvičenia, ...),
- poskytovanie pomoci a podpory pri priamej realizácii IT vo výučbe,

<sup>2</sup> LMS je skratka z anglických slov Learning Management System, čo v preklade znamená učebný správny systém. Tento termín je už v odbornej praxi vžitý a neprekladá sa. LMS predstavuje pre študenta virtuálne študijné prostredie (aplikáciu), v ktorom nájde kurzy, študijné texty, testy, pokyny. Môže tu nájsť svoj rozvrh úloh, diskusné fórum, konzultovať niektoré časti výučby tak, akoby sa nachádzal v skutočnom vyučovacom prostredí. (Pokorná, 2010, s. 196)

- pomáhanie pri overovaní efektívnosti implementácie digitalizovanej podpory výučby,
- komunikácia medzi tvorcami IT nástrojov pre predmety a expertmi CIV aj prostredníctvom portálu civ.science.upjs.sk atď.

### **Inovácia študijných programov na UPJŠ LF**

Cieľom tejto aktivity je tvorba metodiky a inovatívnych študijných materiálov vo vybraných predmetoch v rámci bakalárskeho a doktorského stupňa vzdelania v študijnom programe ošetrovateľstvo, všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo na UPJŠ LF s využitím inovatívnych metód a foriem vyučovania, moderných didaktických prostriedkov a IT. Konkrétne metodiky pre predmety Ošetrovateľské techniky, Interná medicína a ošetrovateľstvo a Základy zdravotnej starostlivosti s využitím získaného materiálneho vybavenia a IT vytvoria riešitelia projektu Ústavu ošetrovateľstva UPJŠ LF. Výsledným produktom bude metodická príručka pre každý predmet a inovované študijné materiály pre študentov, ktoré budú zamerané na relevantný obsah k študijnej téme. Inovované učebné texty, rôzne príklady, praktické ukážky, hry, testy, videoklipy, simulácie vytvorené na báze „open“ programových IT budú prístupné v LMS moodle. Pilotná výučba konkrétnych predmetov bude prebiehať prezenčne s využitím off-line, on-line IT a samoštúdiom. Na základe získaných skúseností v rámci pilotného nasadenia vytvorených metodík a IT do praktickej výučby sa dané metodiky upravujú a adaptujú na špecifické podmienky predmetov a schopnosti študentov. Spätnú väzbu získame prostredníctvom ankiet, dotazníkov, diskusného fóra.

Nové technológie predstavujú celý rad nástrojov, foriem, metód, prostriedkov, ktoré vo výučbe môžeme použiť (Pokorná, 2010, Bristol, Zerwekh, 2011). Jednou z najviac využívaných inovačných metód vo výučbe ošetrovateľstva sú simulačné metódy, ktoré sa využívajú už takmer storočie. V poslednom období narastá najmä popularita vysoko-vierohodných, počítačovo riadených simulátorov. (Arthur, Cable, Levett- Jones, 2011, Megel et al., 2012, McGrath, Lyng, Hourican, 2012, Khalaila, 2014) Simulácia je definovaná ako vzdelávacia metóda, ktorá vytvára klinickú skúsenosť prostredníctvom interaktívnej aktivity v bezpečnom prostredí priaznivom pre učenie bez strachu z osobného zlyhania či poškodenia zdravia pacientov (Houghton et al., 2008, s. 53, McCaughey, Traynor, 2010, s. 827). Na základe literárneho prehľadu (Bristol, Zerwekh, 2011, s. 283, Arthur, Kable, Levett-Jones, 2011, s. 220, Tosterud, Hedelin, Hall-Lord, 2013, 262) a podľa webovej stránky Centra simulácií, inovácií a informatizácie Národnej Ligy pre ošetrovateľstvo (<http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php>) sa simulácie môžu klasifikovať podľa miery s akou sa blížia realite na simulácie/simulátory s nízkou (low-fidelity), strednou (medium/moderate-fidelity) a vysokou vierohodnosťou (high-fidelity). Simulácie s nízkou

mierou vierohodnosti sa najmenej približujú realite a nevytvárajú interaktívny vzťah. Umožňujú študentom poznať bližšie určitú klinickú situáciu prostredníctvom riešenia prípadovej štúdie, hrania rolí, resp. nácvikom základných zručností na statických modeloch, тренаžéroch, figurínach. Príkladom môže byť тренаžér na nácvik cievkovania moču, klyzmy, aplikácie injekcií a i. Ďalším stupňom sú simulácie so strednou mierou vierohodnosti. V tomto prípade sa využívajú viac realistické, technologicky vyspelejšie modely riadené počítačovým softvérom s cieľom rozvíjať schopnosti riešiť problém, robiť klinické rozhodnutia a upevňovať zručnosti. Príkladom môže byť simulátor hrudníka umožňujúci auskultáciu srdcových oziev a dychových fenoménov bez realistického dvíhania a klesania hrudníka. Najvyšší stupeň predstavujú simulácie s vysokou mierou vierohodnosti, ktoré sa najviac približujú realite. Umožňujú skutočnú interakciu so simulátorom pacienta v čase. Študenti získavajú skúsenosti z priamej interakcie s počítačovo riadeným simulátorom (s konkrétnymi odpoveďami na činnosti edukanta), štandardizovaným pacientom (dobrovoľníci alebo platení herci znázorňujúci a hrajúci realistického pacienta presne podľa scenára) alebo virtuálnou realitou.

Vyučovanie na báze moderných IT a simulačných metód si vyžaduje vhodné prostredie. V rámci projektu IRES budú inovované simulačné laboratória vybavené modernými zariadeniami a simulátormi s cieľom zefektívniť a zatriktívniť výučbu. Študenti budú mať možnosť precvičiť si rôzne kompetencie a zručnosti opakovane, s okamžitým získaním spätnej väzby v bezpečnom a reálnom prostredí bez pacienta. Výhodou je, že ak študent urobí chybu pri práci so simulátorom, môže ju opraviť, teda učí sa bez rizika poškodenia zdravia pacienta.

Existuje mnoho ďalších dôvodov, ktoré hovoria v prospech využívania rôznych IT a simulácií vo vyučovacom procese v študijnom programe ošetrovateľstva. Vyučovanie na báze moderných technológií a simulácií rozvíja schopnosti zahŕňajúce komunikáciu, empatiu, prácu v multidisciplinárnom tíme, riešenie problému, kritické myslenie, klinické rozhodovanie. Ďalej rozvíja psychomotorické zručnosti, integruje poznatky obsiahnuté v učebných osnovách z rôznych disciplín, prepája teóriu s praxou, posilňuje študentov v sebariadení, sebareflexii, zmierňuje úzkosť študentov z vykonávania klinických procedúr. Je to aktívna, interaktívna metóda učenia, ktorá zefektívňuje samotný proces učenia a prispieva k vyššej spokojnosti účastníkov edukačného procesu. (Lashinger et al., 2008, Butler, Veltre, Brady, 2009, Cant, Cooper, 2010, McCaughey, Traynor, 2010, Arthur, Cable, Levett- Jones, 2011, Megel et al., 2012, Tosterud, Hedelin, Hall-Lord, 2013, Khalaila, 2014)

## ZÁVER

Spoločnosť kladie na ľudí vysoké požiadavky týkajúce sa schopností využívania IT. Potreba technických zručností a skúseností je jednou z hlavných podmienok pre úspešný vstup na trh práce. Integrácia nových technológií do vyučovacieho procesu je preto opodstatnená. Využívanie IT vo vzdelávaní by malo viesť k rozšíreniu digitálnych kompetencií študentov a učiteľov UPJŠ a taktiež k celkovému skvalitneniu pregraduálneho vzdelávania. Považujeme za dôležité, aby bola dostupná odborná príprava zameraná na využívanie nových technológií, lebo len vtedy dokáže zdravotnícky profesionál efektívne, primerane a bezpečne využívať prístupy a technológie, ktoré sú zároveň nástrojom na uľahčenie jeho práce. Inovované a nové študijné programy, vytvorené metodiky vzdelávania by mali zlepšiť konkurencieschopnosť absolventov UPJŠ LF pre uplatnenie sa na trhu práce v prioritných oblastiach rozvoja slovenskej spoločnosti i Európskej únie.

*Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu Inovácie pre vedomostnú spoločnosť (IRES), ITMS kód projektu: 26110230075.*

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ATHUR, C. – KABLE, A. – LOVETT-JONES, T. 2011. Human patient simulation manikins and information communication technology use in Australian schools of nursing: a cross-sectional survey In *Clinical Simulation in Nursing*, 2011, vol. 7, no. 6, pp. e219-e227.
- BRISTOL, T. J. – ZERWEKH, J. 2011. *Essentials of e-learning for nurse educators*. Philadelphia : Davis Company, 2011, 346 p.
- BURKE, M. S. The incidence of technological stress among baccalaureate nurse educators using technology during course preparation and delivery In *Nurse Education Today*, 2009, vol. 29, no. 1, pp. 57-64.
- BUTLER, K. W. – VELTRE, D. E. – BRADY, D. 2009. Implementation of active learning pedagogy comparing low-fidelity simulation versus high-fidelity simulation in pediatric nursing education In *Clinical Simulation in Nursing*, 2009, vol. 5, no. 4, pp. e129-e136.
- CANT, R. P. – COOPER, S. J. 2010. Simulation-based learning in nurse education: systematic review In *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 1, pp. 3-15.
- HOUGHTON, C. E. – CASEY, D. – SHAW, D. 2008. The benefits and challenges of using simulation in nurse education: a review of the literature In *International Journal of Nursing Skills*, 2008, vol 2, no. 1, pp. 53-56.

- HYLAND, J. R. – HAWKINS, M. C. 2009. High-fidelity human simulation in nursing education: A review of literature and guide for implementation In *Teaching and Learning in Nursing*, 2009, vo. 4, no. 1, pp. 14-21.
- JEFFRIES, P. R. 2005. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing In *Nursing Education Perspective*, 2005, vol. 26, no. 2, pp.96-103.
- KHALAILA, R. 2014. Simulation in nursing education In *Nursing Education Today*, 2014, vol. 34, no. 2, pp. 252-258.
- LASCHINGER, S. et al. 2008. Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. In *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2008, vol. 6, no. 3, pp. 278-302.
- McCAUGHEY, C. S. – TRAYNOR, M. K. 2010. The role of simulation in nursing education In *Nursing Education Today*, 2010, vol. 30, no. 8, pp. 827-832.
- McGRATH, M. – LYNG, C. – HOURICAN, S. 2012. From the simulation lab to the ward: preparing 4th year nursing students for the role of staff nurse In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 7, pp. e265-e272.
- MEGEL M. E. et al. 2012. Effect of high-fidelity simulation on pediatric nursing students' anxiety In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 9, pp. e419-e428.
- POKORNÁ, A. Zdroje edukace pacientu na internetu a e-learningove stratégie v edukaci pacientu. In NEMCOVÁ J. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2010, s. 195-218.
- PRENSKY, M. 2001. Digital natives, digital immigrants. In *On the Horizon (NCB University Press)*, 2001, vol. 9, no. 5, pp. 1-6.
- Simulation Innovation Information Centre the National League for Nursing. SIRC – Glossary*. [online]. 2014. [cit. 2014-03-10]. Dostupné na internete: <http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php>.
- SKIBA, D. J. – CONNORS, H. R. – JEFFRIES P. R. 2008. Information technologies and the transformation of nursing education In *Nursing Outlook*, 2008, vol. 56, no. 5, pp. 225-230.
- SKIBA, D. J. – BARTON, A. 2006. Adapting your teaching to accommodate the net generation of learners In *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 2006, vol. 11, no. 2, Manuscript 4.
- TITZER, J. L. – SWENTY, C. F. – HOEHN, W. G. 2012. An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 8, pp. e325-e333.

TOSTERUD, R. – HEDELIN, B. – HALL-LORD, M. L. 2013. Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods In *Nurse Education in Practice*, 2013, vol. 13, no. 4, pp. 262-270.

## **KONTAKT**

**PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.**

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach

Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Trieda SNP 1

040 01 Košice

e-mail: [maria.sovariova.soosova@upjs.sk](mailto:maria.sovariova.soosova@upjs.sk)

## PRACOVNÁ SCHOPNOSŤ SESTIER WORK ABILITY IN NURSES

Mária Sováriová Soósová<sup>1</sup>, Zuzana Majirská<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

<sup>2</sup>Vranovská nemocnica, n. o., Vranov nad Topľou

### Abstrakt

**Ciel':** Posúdiť vzťah medzi pracovnou schopnosťou sestier a ich kvalitou života a vybranými demografickými charakteristikami.

**Metodika:** Súbor tvorilo 147 sestier zamestnaných vo Vranovskej nemocnici n. o. Väčšinu súboru tvorili ženy, priemerný vek bol 41,64±8,94 rokov. Na posúdenie pracovnej schopnosti bol použitý Index pracovnej schopnosti (Work Ability Index, WAI), na posúdenie kvality života vybrané domény dotazníka WHOQoL-100. Zo štatistických metód bol použitý Pearsonov korelačný koeficient a t-test.

**Výsledky:** Celkové priemerné skóre WAI u sestier dosiahlo hodnotu 35,7±6,18. Medzi pracovnou schopnosťou a doménami kvality života WHOQoL100 boli zistené štatisticky významné kladné korelácie ( $p = 0,000$ ). Medzi WAI a vekom, dĺžkou praxe, vzdelaním neboli identifikované signifikantné vzťahy. Rozdiely v pracovnej schopnosti neboli zaznamenané ani podľa typu oddelenia.

**Záver:** Výsledky naznačujú strednú pracovnú schopnosť, čo si vyžaduje intervencie zamerané na zlepšenie pracovnej schopnosti.

**Kľúčové slová:** pracovná schopnosť, kvalita života, sestry

### Abstract

**Aim:** To assess the relationship between work ability of nurses and their quality of life and selected demographic characteristics.

**Sample and methods:** The study group consisted of 147 nurses employed in the Vranov Hospital n. o. Majority were women, mean age 41.64±8.94 years. Work Ability Index (WAI) was used to assess the work ability, the WHOQOL -100 to assess the quality of life. Pearson correlation coefficient and t- test were used for statistical analyses.



**Results:** The total mean score of WAI for nurses reached the value of  $35.7 \pm 6.18$ . Between WAI and quality of life domains WHOQoL100 were found a statistically significant positive strong correlations ( $p = 0.000$ ). Between WAI and age, lengths of experience, education were not identified significant relationships. Differences in work ability according to departments were not detected.

**Conclusion:** The results suggest moderate working ability in our group of nurses, which requires intervention to improve work ability.

**Key words:** work ability, quality of life, nurses

## ÚVOD

Kvalita zdravotnej starostlivosti závisí od mnohých faktorov, medzi inými napr. od retencie alebo fluktuácie, pracovnej spokojnosti, zdravia, kvality života či pracovnej schopnosti zdravotníckeho personálu (Haroková, Gurková, 2013). Podľa OECD (2010, p. 78-79) sestry sú zvyčajne najpočetnejšou profesiou pôsobiacou v oblasti zdravotnej starostlivosti vo väčšine Európskych krajín. Hrajú kľúčovú úlohu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nielen v tradičnom prostredí ako sú nemocnice a inštitúcie dlhodobej starostlivosti, ale aj v primárnej starostlivosti (najmä v starostlivosti o chronicky chorých). Vo všetkých európskych krajinách od roku 2000 počet sestier na obyvateľa vzrástol, s výnimkou Litvy a Slovenskej republiky. Na Slovensku pripadá 6,3 sestier na 1000 obyvateľov, čo je pod priemerom Európskej únie (EÚ, 9,8 sestier/1000 obyvateľov). Jednou z hlavných výziev personálneho manažmentu v súčasnej dobe je aj posúdenie faktorov pracovného prostredia, ktoré vedú k získaniu a udržaniu si kvalifikovaných zamestnancov, ktoré stimulujú alebo bránia rozvoju individuálnych pracovných schopností a kvality života v priebehu kariéry. Pracovná schopnosť môže byť považovaná za dôležitú súčasť širšieho konceptu zamestnateľnosti. Pojem pracovná schopnosť je definovaná ako individuálna schopnosť zamestnanca vykonávať svoju prácu, s prihliadnutím na špecifické pracovné požiadavky, individuálny zdravotný stav, duševné zdroje a pracovný život (Ilmarinen, Rantanen, 1999, p. 22). Poznanie subjektívne vnímanej pracovnej schopnosti môže byť nápomocné pre zvyšovanie kvality práce, ako aj minimalizáciu pracovnej disability zamestnancov (Tuomi et al., 2001, p. 318).

## CIEĽ

Cieľom štúdie bolo posúdiť: a) subjektívnu pracovnú schopnosť sestier pracujúcich vo Vranovskej nemocnici n. o. , b) vzťah medzi pracovnou schopnosťou sestier a ich kvalitou

života, c) vzťah medzi pracovnou schopnosťou sestier a vybranými demografickými a profesionálnymi charakteristikami.

## SÚBOR, METODIKA

Súbor tvorilo 147 sestier zamestnaných vo Vranovskej nemocnici n. o. Hlavným kritériom pre zaradenie do nášho výskumu bolo, aby respondent spĺňal odbornú spôsobilosť na výkon povolania sestry a aby bol aktuálne v pracovnom pomere v zdravotníckom zariadení. Výskum prebiehal vo Vranovskej nemocnici n. o. vo Vranove nad Topľou po získaní súhlasu námestníčky výkonného riaditeľa pre Úsek ošetrovateľstva Vranovskej nemocnice n. o. so sídlom M.R. Štefánika 187/177 B, Vranov nad Topľou. Výskum bol realizovaný v mesiacoch november a december 2012.

Väčšinu súboru tvorili ženy (N = 144, 98 %). Priemerný vek sestier bol 41,64 (SD = 8,94) rokov, najmladšia mala 22 rokov, najstaršia 63 rokov. Väčšina sestier (49 %) dosiahla stredoškolské vzdelanie s maturitou, bakalársky stupeň malo 19,7 %, magisterský stupeň ukončilo 15 % sestier, diplomovanú sestru ukončilo 14,3 %, doktorské vzdelanie bolo uvedené v troch prípadoch. Väčšina sestier (56,5 %) mala ukončené špecializačné štúdium. Priemerná dĺžka praxe sestier bola 20,19 (SD = 10,05) rokov, priemerná dĺžka praxe v aktuálnom odbore bola 14,92 (SD = 10,15) rokov. 98,6 % sestier pracovala na plný úväzok a väčšina (57,1 %) v dvojzmennej prevádzke. 72,8 % sestier pracovalo na štandardných oddeleniach (interné, chirurgické, neurologické oddelenie a pod.), 20,4 % na oddeleniach intenzívnej starostlivosti a 6,8 % na ambulanciách.

Pracovná schopnosť by mala byť meraná pomocou subjektívnych a objektívnych kritérií. Fínsky Ústav ochrany zdravia pri práci (Institute of Occupational Health) vyvinul jeden z najviac vhodných nástrojov na meranie subjektívne vnímanej pracovnej schopnosti: Index pracovnej schopnosti (Work Ability Index, WAI) (Tuomi et al., 1998), o čom svedčí jeho použitie v mnohých štúdiách (Camerino et al., 2003, 2006, Chiu et al., 2007, Golubic et al., 2009, Milosevic et al., 2011). Nástroj sa zameriava na subjektívne hodnotenie pracovnej schopnosti na siedmich škálach (v dlhšej verzii tvorených spolu 51 otázkami). Na každej škále môžu zamestnanci dosiahnuť určité skóre:

1. aktuálna pracovná schopnosť: 0 – 10;
2. pracovná schopnosť vo vzťahu k pracovným požiadavkám (telesným, duševným): 2 – 10;
3. počet existujúcich ochorení diagnostikovaných lekárom: 1 – 7 (7 = žiadne ochorenie, 5 = jedno ochorenie, 4 = 2 ochorenia, 3 = 3 ochorenia, 2 = 4 ochorenia, 1 = 5 a viac ochorení diagnostikovaných lekárom);

4. obmedzenie pracovnej schopnosti kvôli chorobe: 1 – 6 (1 = podľa môjho názoru som úplne neschopný pracovať až 6 neexistujú žiadne prekážky/nemám žiadne ochorenie);

5. práceneschopnosť v priebehu minulého roka: 1 – 5 (1 = 100 – 365 dní, 2 = 25 – 99 dní, 3 = 10 – 24 dní, 4 = do 9 dní, 5 = vôbec neboli práce neschopné);

6. prognóza vlastnej pracovnej schopnosti do 2 rokov: 1 – 7 (1 = nepravdepodobne, 4 = nie celkom iste, 7 = je to pomerne isté, že budú schopné vykonávať svoju prácu o dva roky)

7. duševné zdroje: 1 – 4. Nižšie skóre vždy reprezentuje horšiu pracovnú schopnosť, väčší počet ochorení diagnostikovaných lekármi, horšiu prognózu, resp. horšie duševné zdroje. Dotazník sa vyhodnocuje podľa smernice. Po prepočte môžu zamestnanci získať celkové skóre od minimálne 7 do maximálne 49. Toto skóre je kategorizované takto: 7 – 27: zlá, 28 – 36: stredná, 37 – 43: dobrá a 44 – 49: je výborná pracovná schopnosť. Pre každú kategóriu sú odporúčané aktivity zamerané na obnovu, zlepšenie, podporu, resp. udržanie pracovnej schopnosti. Dotazník je voľne dostupný, pre účely našej štúdie bol preložený dvoma prekladateľmi. Celková reliabilita dotazníka vyjadrená Cronbachovou alfou bola uspokojivá, dosiahla hodnotu 0,64.

Dotazník WHOQOL-100 (The WHOQOL group, 1998, Dragomirecká, Bartoňová, 2006) predstavuje nástroj na posúdenie subjektívnej kvality života. Pozostáva zo 100 položiek, ktoré sú zlúčené do 24 oblastí a tie do 6 domén (Fyzické zdravie, Psychická doména, Stupeň nezávislosti, Sociálne vzťahy, Prostredie, Spiritualita/Viera). Z dotazníka boli vybrané tieto oblasti: Energia a únava, Spánok a odpočinok z domény Fyzické zdravie, Pozitívne city, Myslenie, učenie, pamäť a koncentrácia z Psychologickej domény. WHOQoL-100 je validný a spoľahlivý nástroj na meranie kvality života. Dotazník bol vyhodnotený podľa smernice tak, že výsledné skóre sa vyhodnocuje na škále od 0 do 100, kde 0 znamená najhoršiu kvalitu života a 100 najlepšiu kvalitu života. Celková reliabilita vyjadrená Cronbachovou alfou nami použitých škál bola 0,75. Dotazník bol použitý so súhlasom Kancelárie WHO na Slovensku. Zo štatistických metód boli použité metódy opisnej a induktívnej štatistiky. Z jednoduchých štatistických metód boli použité: absolútny počet (N, frekvencia), percentá (%), frekvenčné tabuľky, medián, aritmetický priemer (M), smerodajná odchýlka (SD), minimálna (Min) a maximálna hodnota (Max). Na posúdenie distribúcie výsledkov bola použitá miera šikmosti (skewness). Z metód induktívnej štatistiky boli použité testy: Pearsonov korelačný koeficient (r) na posúdenie vzťahov medzi premennými WHOQOL-100, vekom, dĺžkou praxe (zvolený vzhl'adom na to, že miera šikmosti – skewness bola v posudzovaných premenných menšia ako 1), Spearmanovo rho medzi WAI a vzdelaním a t-test. Reliabilita bola posudzovaná Cronbachovou alfou.

## VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

Sestry hodnotili svoju pracovnú schopnosť na viacerých škálach (tabuľka 1). Aktuálna pracovná schopnosť bola hodnotená na škále od 0 do 10, kde 0 znamená, že v súčasnej dobe nemôžu vôbec vykonávať svoju prácu a 10 znamená najlepšiu pracovnú schopnosť. Priemerné hodnoty vypovedali o dobrej pracovnej schopnosti sestier. Vo vzťahu k fyzickej a duševnej náročnosti hodnotili sestry svoju pracovnú schopnosť skôr dobre. U sestier sme zaznamenali priemerne dve ochorenia diagnostikované lekárom. Z ochorení diagnostikovaných lekárom boli najčastejšie frekventované ochorenia kostrovo-svalového systému (25,2 %), kardiovaskulárneho systému (21,8 %, prevažne hypertenzia) a endokrinného systému (17,7 %, hlavne ochorenia štítnej žľazy). V otázke obmedzenia pracovnej schopnosti sestry priemerne dosahovali hodnotu 5, čo znamená, že sú stále schopné práce, ale niekedy už s nejakými ťažkosťami, symptómami. Hodnoty mediánu a priemeru hovoria, že sestry boli v priebehu posledného roku úplne práce schopné, resp. neschopné práce do 9 dní. Minimálne hodnoty však vypovedajú o tom, že niektoré sestry boli neschopné práce aj 100 a viac dní. Z hľadiska vlastnej prognózy sestry nie sú si celkom isté, že ešte budú svoje povolanie o dva roky vykonávať. Z hľadiska duševných zdrojov (vychutnávanie si denných aktivít, radosť, čulosť, pocit nádeje do budúcnosti) sa sestry hodnotia skôr negatívnejšie.

Tab. 1 Pracovná schopnosť sestier

Škála (možné skóre)	N	Min	Max	Medián	Priemer	SD	Miera šikmosti
Aktuálna pracovná schopnosť (0 – 10)	147	2,00	10,00	8	7,63	1,75	-0,689
Pracovná schopnosť vo vzťahu k požiadavkám práce (2 – 10)	147	2,00	10,00	7	7,07	1,64	-0,253
Choroby diagnostikované lekárom (1 – 7)	147	1,00	7,00	4	3,82	2,38	0,139
Obmedzenie pracovnej schopnosti kvôli chorobe (1 – 6)	147	1,00	6,00	5	5,02	0,92	-0,903
Práceschopnosť v priebehu uplynulého roka (1 – 5)	147	1,00	5,00	5	4,57	0,86	-2,058
Vlastné prognóza pracovnej schopnosti o dva nasledujúce roky (1 – 7)	147	1,00	7,00	4	5,10	1,93	-0,514
Duševné zdroje (1 – 4)	147	1,00	4,00	2	2,49	0,84	0,138

Celkové priemerné skóre WAI u sestier dosiahlo hodnotu  $35,7 \pm 6,18$  (skewness = -0,189). Po kategorizácii dát (tabuľka 2) môžeme povedať, že sestry našej vzorky mali strednú (44,2 %) až dobrú pracovnú schopnosť (30,6) a iba 12,2 % sestier si uchovalo veľmi dobrú pracovnú

schopnosť. 12,9 % sestier disponovalo veľmi zlou pracovnou schopnosťou. Po dichotomizácii kategórii WAI 42,8 % dosiahlo uspokojivú pracovnú schopnosť ( $WAI \geq 37$ ) a v 57,2 % sme zaznamenali neuspokojivú pracovnú schopnosť ( $WAI < 37$ ). Výsledky v tabuľke 2 hovoria o významných rozdieloch ( $p = 0,000$ ) vo všetkých škálach WAI medzi sestrami, ktoré dosiahli neuspokojivú pracovnú schopnosť oproti sestram s uspokojivou pracovnou schopnosťou. Sestry s neuspokojivou pracovnou schopnosťou ( $WAI < 37$ ) hodnotili svoju aktuálnu i budúcu pracovnú schopnosť významne horšie, mali priemerne viac ako 4 choroby diagnostikované lekárom, boli častejšie práceneschopné.

Tab. 2 Škály WAI podľa dichotomizovaného celkového skóre pracovnej schopnosti

Škála WAI	Pracovná schopnosť		N	Priemer	SD	P
	Neuspokojivá	Uspokojivá				
Aktuálna pracovná schopnosť (0 – 10)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	6,94	1,67	0,000
Pracovná schopnosť vo vzťahu k požiadavkám práce (2 – 10)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	6,31	1,38	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	8,08	1,39	
Choroby diagnostikované lekárom (1 – 7)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	2,69	1,98	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	5,33	2,01	
Obmedzenie pracovnej schopnosti kvôli chorobe (1 – 6)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	4,71	0,86	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	5,43	0,84	
Práceneschopnosť v priebehu uplynulého roka (1 – 5)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	4,32	1,03	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	4,90	0,35	
Vlastné prognóza pracovnej schopnosti o dva nasledujúce roky (1 – 7)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	4,18	1,82	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	6,33	1,26	
Duševné zdroje (1 – 4)	Neuspokojivá	Uspokojivá	84	2,86	0,80	0,000
	Neuspokojivá	Uspokojivá	63	2,49	0,84	

Tabuľka 3 znázorňuje dosiahnuté skóre sestier vo vybraných oblastiach kvality života WHOQoL-100. Priemerné hrubé skóre (rozpätie 4 – 20) bolo pre energiu a únavu 14,56 (SD = 2,93), spánok 14,94 (SD = 3,29), pozitívne city 13,19 (SD = 2,74) a kognitívne procesy 13,95 (SD = 2,60).

Tab. 3 Kvalita života WHOQoL-100

	N	Priemer	Medián	Modus	SD	Min	Max	Skewness
WHOQoL-100 energia a únavu	147	53,95	50,00	50,00	15,74	12,50	100,00	0,475
WHOQoL-100 spánok	147	68,37	68,75	50,00	20,54	12,50	100,00	-0,105
WHOQoL-100 pozitívne city	147	57,44	56,25	50,00	17,13	12,50	100,00	0,178
WHOQoL-100 kognitívne procesy	147	62,20	62,50	50,00	16,23	12,50	100,00	0,108

Medzi pracovnou schopnosťou a doménami kvality života WHOQoL-100 (tabuľka 4) sme zistili štatisticky významné korelácie. Lepšia kvalita života vo fyzickej doméne kladne korelovala s pracovnou schopnosťou. Podobne aj v emocionálnej a kognitívnej oblasti zaznamenávame pozitívnu koreláciu k WAI.

Tab. 4 Vzťah medzi pracovnou schopnosťou a doménami WHOQOL100

	WHOQoL-100 energia a únavu	WHOQoL-100 spánok	WHOQoL-100 pozitívne city	WHOQoL-100 kognitívne procesy
WAI	0,560 <sup>***</sup>	0,466 <sup>***</sup>	0,586 <sup>***</sup>	0,396 <sup>***</sup>

\*\*\* hladina štatistickej významnosti  $p = 0,000$

Sledovali sme aj pracovnú schopnosť sestier podľa typu oddelenia, na ktorom pracovali. Priemerné hodnoty WAI pre štandardné ošetrovacie jednotky (interné, chirurgické, neurologické atď.) boli  $35,62 \pm 6,16$ , na oddeleniach intenzívnej starostlivosti sestry dosiahli skóre  $35,00 \pm 6,52$  a na ambulanciách dosiahli najlepšie priemerné skóre  $38,60 \pm 4,95$ . Štatisticky významné rozdiely vo WAI podľa typu oddelenia sme však nezistili ( $p = 0,274$ ).

Keďže väčšina sestier pracovala na plný úväzok v dvojzmennej prevádzke, vzťah medzi pracovnou schopnosťou a týmito premennými sme nesledovali.

Žiaden štatisticky významný vzťah sme nezaznamenali medzi WAI a vekom ( $r = -0,081$ ), dĺžkou praxe ( $r = -0,096$ ) a vzdelaním (Spearmanovo  $\rho = 0,072$ ).

Musíme upozorniť aj na to, že štúdia mala viaceré limitácie. Prvou je jej prierezový charakter, ktorý zachytáva iba aktuálny stav – aktuálnu pracovnú schopnosť, nie vývoj pracovnej

schopnosti z dlhodobého hľadiska. Druhou limitáciou je použitie iba subjektívnych nástrojov na meranie pracovnej schopnosti. Výber vzorky tiež nereprezentuje populáciu slovenských sestier, štúdia má lokálny charakter. Výsledky preto nemôžeme zovšeobecniť na celú populáciu sestier, sú platné iba v našej vzorke sestier.

Autori Camerino et al. (2003, 2006) v štúdií v 10 európskych krajinách zistili najhoršiu pracovnú schopnosť u sestier žijúcich v Poľsku (WAI = 36,3), Francúzku (WAI = 37,8) a Nemecku (WAI = 37,9), u slovenských sestier bolo priemerné skóre WAI = 39,4. Pracovná schopnosť sestier signifikantne klesala s vekom, no nie vo všetkých krajinách rovnako. Napríklad u sestier Nórska, Holandska, Talianska a Veľkej Británie neboli zistené také výrazné rozdiely v pracovnej schopnosti podľa veku. No u sestier Nemecka, Francúzska, Belgicka, Poľska, ale i Slovenska bol vek významným prediktorom horšej pracovnej schopnosti. Vek nebol prediktorom pracovnej schopnosti v našej vzorke sestier, čo môže samozrejme súvisieť aj so spomínanými limitáciami našej štúdie. Rozdiely môžu byť dané aj časovým horizontom porovnávaných štúdií a zmenami v systéme zdravotnej starostlivosti v danom časovom úseku. Autori Camerino et al. (2003) uvádzajú, že u mužov bola zistená signifikantne lepšia pracovná schopnosť. Túto skutočnosť sme v našej štúdií neoverovali vzhľadom na to, že väčšinu nášho súboru tvorili ženy. Camerino et al. (2003, 2006) ďalej uvádzajú, že nízka pracovná schopnosť sa signifikantne spájala s intenciami sestier opustiť svoju profesiu. Ruka v ruku sa spájala horšia pracovná schopnosť s vyššou mierou stresu a vyhorenia. V štúdií autori Golubic et al. (2009) zistili uspokojivú pracovnú schopnosť (WAI  $\geq$  37) u 65,0 % chorvátskych sestier. Nižšia pracovná schopnosť bola determinovaná najmä nižším – stredoškolským vzdelaním, čo sa v našej štúdií nepotvrdilo. Nižšia pracovná schopnosť bola ovplyvňovaná aj organizáciou práce a finančným ohodnotením, u sestier so stredoškolským vzdelaním aj práca na zmeny a nadčasová práca boli prediktorom horšej pracovnej schopnosti. Podobné výsledky nachádzame aj v štúdií Chiu et al. (2007). Pracovná schopnosť sestier sa znižovala hlavne s vekom, dĺžkou praxe, súvisela aj s typom oddelenia či nemocnice. Prediktorom horšej pracovnej schopnosti u starších sestier bol predovšetkým zdravotný stav a fyzické preťaženie, u mladších sestier najmä psychické požiadavky práce, ktoré kriticky ovplyvňovali pracovnú schopnosť sestier. Silná asociácia bola v danej štúdií zistená aj medzi pracovnou schopnosťou a kvalitou a bezpečnosťou pracovného prostredia a manažmentom aktivít voľného času.

Úroveň kvality života sestier našej vzorky priamo úmerne súvisela aj s ich pracovnou schopnosťou. Nakoľko nám nie sú známe populačné štúdie kvality života u občanov Slovenskej republiky monitorované dotazníkom WHOQOL-100, naše výsledky sme

porovnali, vzhľadom na kultúrnu podobnosť, s populáciou Českej republiky (ČR). Dragomerická, Bartoňová (2006, s. 35) zistili v populácii ČR hrubé priemerné skóre pre energiu a únavu 14,12, pre spánok a odpočinok 16,00, pre pozitívne city 14,14 a pre myslenie, učenie, pamäť a koncentráciu (kognitívne procesy) 13,49. Tieto výsledky sa viac-menej zhodujú s hodnotami zistenými v našej vzorke sestier, až na oblasť spánku, kde sme zistili horšie skóre. Autori Milosevic et al. (2011) zistili nástrojom WHOQOL-BREF strednú hodnotu kvality života vo fyzickej doméne 71,4 a v psychickej 70,8, čo sú celkovo vyššie stredné hodnoty v porovnaní s parciálnymi oblasťami kvality života (nie celou doménou) v našej vzorke sestier. Pracovná schopnosť bola významným prediktorom kvality života u chorvátskych sestier (Milosevic et al., 2011), podobne ako v našej štúdií.

## **ZÁVER**

Pracovná schopnosť sestier našej vzorky je neuspokojivá. Mnohé štúdie hovoria o významnom vplyve stresu, vyhorenia, vyššieho veku, nižšieho vzdelania, práce na zmeny na pracovnú schopnosť zamestnanca. Neuspokojivá pracovná schopnosť následne znižuje afinitu zamestnanca k organizácii a zvyšuje jeho zámery opustiť profesiu. Takáto situácia v organizácii, ktorej zámerom je dlhodobé udržania si zamestnanca, vyžaduje intervenciu na zlepšenie pracovnej schopnosti; ako naznačujú vyššie spomínané štúdie, malo by ísť predovšetkým o stratégie zamerané na zníženie fyzického a psychického preťaženia.

## **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

- CAMERINO, D. – VAN DER HEI JEDEN, B. – KISS, P. – POKORSKI, J. – HASSELHORN H.M. 2003. Work ability in the nursing profession. In *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, Stockholm : National Institute for Working Life and authors, 2003, s. 88-93.
- CAMERINO, D. – CONWAY, P. M. – VAN DER HEI JEDEN, B. I. J. M. – ESTRYN-BEHAR, M. – CONSONNI, D. – GOULD, D. – HASSELHORN, H. M. – THE NEXT-STUDY GROUP. 2006. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. In *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 56, no. 5, pp. 542–552.
- DRAGOMIRECKÁ, E. – BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006, 92 s.



- GOLUBIC, R. – MILOSEVIC, M. – KNEZEVIC, B. – MUSTAJBEGOVIC, J. 2009. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. In *Journal of Advanced Nursing*, 2009, vol. 65, no. 10, pp. 2056-2066.
- HAROKOVÁ, S. – GURKOVÁ, E, 2013. Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti – literární přehled. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2013, roč. 4, č. 2, s. 573-582.
- CHIU, M. C. – WANG, M. J. – LU, C. W. – PAN, S. M. – KUMASHIRO, M. – ILMARINEN, J. 2007. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. In *Nursing Outlook*, 2007, vol. 55, no. 6, pp. 318-26.
- ILMARINEN, J. – RANTANEN, J. 1999. Promotion of work ability during ageing. In *American Journal of Industrial Medicine*, 1999, Suppl. 1, pp. 21–23.
- MILOSEVIC, M. – GOLUBIC, R. – KNEZEVIC, B. – GOLUBIC, K. – BUBAS, M. – MUSTAJBEGOVIC, J. 2011. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. In *Journal of Clinical Nursing*, 2011, vol. 20, no. 19-20, pp. 2931-2938.
- OECD/European Union. [online]. 2010. "Practising Nurses". In *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. pp. 78-79. [cit. 2014-02-28]. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264090316-30-en>.
- TUOMI, K. – ILMARINEN, J. – JAHKOLA, A. – KATAJARINNE, L. – TULKKI, A. 1998. *Work Ability Index*. 2nd revised edn. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998.
- TUOMI, K. – HUUHTANEN, P. – NYKYRI, E. – ILMARINEN, J. 2001. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. In *Occupational Medicine*, 2001, vol. 51, no. 5, p. 318-324.
- THE WHOQOL GROUP. 1998. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. In *Social Science and Medicine*, 1998, vol. 46, no. 12, pp. 1569-1585.

## KONTAKT

**PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.**

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach  
Lekárska fakulta, Ústav ošetrovatel'stva  
Trieda SNP 1  
040 01 Košice  
e-mail: [maria.sovariova.soosova@upjs.sk](mailto:maria.sovariova.soosova@upjs.sk)

# THE ROLE OF NURSE CONTINENCE ADVISOR (NCA) IN IMPROVING EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN DIFFERENT COUNTRIES

Urszula Wójtowicz, Marta Majorczyk, Beata Gibas

Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University, Poland

## Abstract

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is one of the most common chronic diseases mainly among woman. Due to the nature of this disease process, the illness is onerous and significantly impacts on quality of life. Many countries have taken steps to reduce complications of UI and improve effectiveness of treatment. The nurse continence advisor is independent practice role with a focus on educating, advising, managing urinary incontinence.

**Aim and methods:** We present a systematic literature review and meta-analysis with the different looks at the incontinence problem in different countries. It was general survey of important articles, books and other sources pertaining to our research topic. The aim of this review is to investigate the NCA's role in improving effectiveness and management of basic UI treatment procedures in different countries.

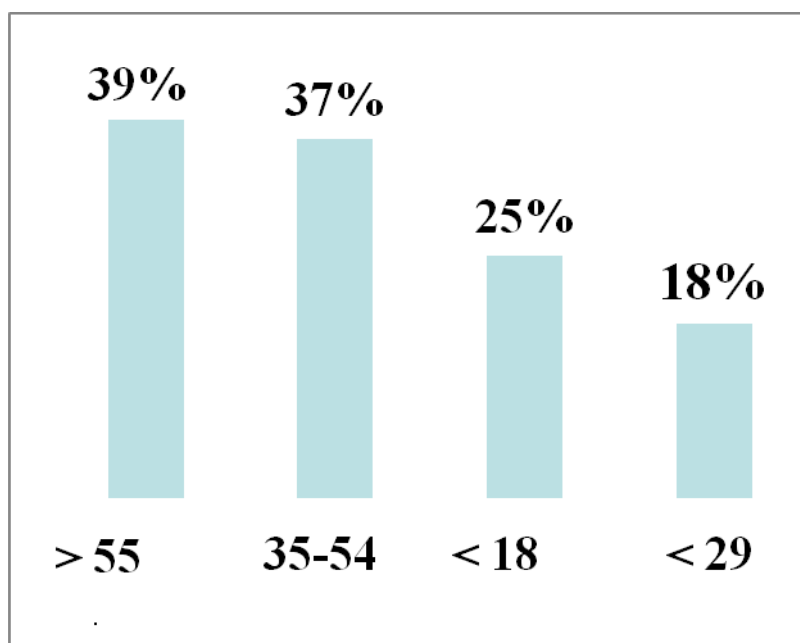
**Conclusions:** Primary prevention of urinary incontinence and patient education will continue in various countries to be important. There is now good evidence to show that introduction nurse continence advisor resulted in improving patient's condition, level of education and prevent the development of UI.

**Keywords:** nurse continence advisor, urinary incontinence

## INTRODUCTION

UI is a common problem respecting 17% to 60% of women (Starczewski, et al. 2008; Chittacharoen, 2005; Surkont, et al. 2003; Rechberger, et al. 2001). Estimated data regarding the frequency of the occurrence of this disorder are divergent, which makes the recognition of the extent of this phenomenon much more difficult. The differences in the results are especially due to the different methodology and model of research studies, and the conclusion from many of the studies is difficult to extrapolate due to the small number of people surveyed. Urinary incontinence is a growing problem affecting women of all ages. As you can see in the chart below [Fig.1] UI incidence increases with age (Hunskarr, et al. 2004).

Fig. 1 The percentage of women with stress urinary incontinence according to age



### Risk factors

The Wójtowicz, et al (2013) study show that the 50% of women had symptoms of urinary incontinence (one third of women aged 31-40 years, and more than half of women in their 40s and 50s). Urinary incontinence occurred in 54% of women who had a newborn with birth weight  $\geq 4000$  g ( $p < 0.05$ ). Symptoms of incontinence also occurred in 62.5% of women who are overweight (BMI  $> 25$  kg/m<sup>2</sup>) and 75% of women in the menopausal period or postmenopausal ( $p < 0.05$ ).

Significant relation between urinary incontinence and such risk factors as the birth of over 3 children and birth of a child with weight over 4000g, A similar risk factors suggest other researchers (Hunskarr, et al. 2004).

### AIM AND METHODS

A systematic literature review was done with the aim to identify all relevant studies that examined the NCA's role in management of basic UI treatment procedures in different countries.

We did computer-aided searches of the following electronic databases: PubMed, BIOSIS preview, Web of Science, Science Direct and Medline. We searched the electronic archives of Continence Foundations Websites, WHO website and dissertations. Books and unpublished documents were considered. The search was conducted using keywords and their combinations: nurse continence advisor, urinary incontinence, management, incontinence,

education, incontinence costs. 93 studies, 13 unpublished documents were identified but 28 studies and 5 documents from websites were choice with inclusion criteria.

Trials were independently assessed for eligibility and methodological quality. Data were extracted then cross-checked. Formal meta-analysis was undertaken. All disagreements were resolved by discussion.

## **RESULTS**

### **Nurse Continence Advisor in Canada and U. S.**

Urinary incontinence affects over 3,3 million Canadians and 29.5 million Americans in all age groups. The cost of treatment is approximately 5,6 billions of dollars yearly in Canada and \$8672/person/year in U.S. It affects both women and men. Incontinence is one of the last health taboos in modern society (The CC Foundation, 2013; Dmochowski, 2004). The Canadian Continence Foundation reported that one in four middle – aged and older women are affected by UI. It's estimated that, the number of women likely to experience UI will increase by 46% until 2050 (Romanzi, 2010).

Studies in several countries show gaps in knowledge of incontinence during the education of nurses. This lack of knowledge concerns on the knowledge and clinical practice related to UI. Nurses must play a pioneering role in incontinence prevention by promoting this problems assessment, treatment and improved incontinence detection (Newman, Palmer, 2003; Palmer, 1995). The problem is further compounded by a lack of knowledge by community in current treatments and products of dealing with UI (Cahill et al. 2010; Swanson et al. 2002). Boblin-Cummings survey's conducted among Canadian urologists, gynecologists, physiotherapists and nurses have revealed different levels of skills and willingness to participate in the care of patients with UI. Over half of the respondents had never consulted a physician about their incontinence (Boblin-Cummings et al, 1998).

A recent study in Canada has shown that nurses can successfully treat many patients without consulting with doctor, which is a waste of time and money. It is very important to reduce the cost of treatment, which amounted approximately 5,6 billions of dollars yearly in Canada (Cahill, et al. 2010; Viktrup, 2005). A nurse is a person who frequently stays with the patient and therefore fulfills a very important role in the diagnosis, education and treatment of patients with urinary incontinence (Kang, 2009; Kim, et al, 2004). According to Moulin, nurses should play the role of incontinence educator. They gain effect short-term benefit for women suffering from UI (Du Moulin, et al. 2007). The involvement of incontinence nurse

specialists was highly appreciated among Canadian patients – 85 confirm that advice and information helped at last to solve their UI problems (Alberts-Heitner, et al. 2008).

The education of Nurse Continence Advisor program was developed in Ontario in 1995. The program lasts 15 months and includes two courses: Continence Promotion and Management of Incontinence and Clinical Practice in Continence Care (The CC Foundation, 2013). Several important solutions were implemented in Canadian health policy, such as: increase education about incontinence for the public and health professionals (Kang, 2009).

It is prevalence, that patients have difficulty identifying the pelvic floor muscles during exercise, therefore supervision is required. It is said that supervised pelvic floor muscle training (PFMT) helps in the treatment and prevention of UI (PALMER M. H. 2008; BOYLE R. 2012.]. Supervised pelvic floor muscle training should be done in the firstline treatment to women with stress or mixed urinary incontinence (Pomfret, Holden, 2007).

Continence nurse specialist can consult with a patient and his family issues connected with fears and worries. She can also teach about appropriate lifestyle, using of PFMT exercises and help with behavioral training (Waterfield, 2011; Pelletier, 2003). It is recommended that women should train on their own too. This may affect result in reducing the risk of urinary incontinence (Pomfret, Holden, 2007; Morkved, et al. 2003]. Costs connected with UI were significantly lower with involving nurse specialists in primary care of UI in 2012 (Alberts-Heitner, et al. 2012).

Urinary Incontinence is a chronic diseases. As studies show, chronic diseases cause of illness, disability and death in the U.S. It was decided to fight with it (Thompson, Smith, 2002). The U. S. government introduced the new strategy of the proceedings with patient with UI: the first one is promoting effective patient self-management and monitoring of UI, this is to make patients active and informed participants in their care. The another thing is to teach problem-solving skills and emphasizes self-efficacy. Outcomes from controlled trials have found that programs teaching self-management skills are more effective than traditional way of information. The nurses have unique position to motivate and educate patients in their own homes. This helps them to adjust their daily routines to avoid illness exacerbations (Clark, Gong, 2000].

### **Nurse Advisor Incontinence In Australia**

Incontinence is a serious problem in Australia. It affects both women and men. People's ability to engage in education, employment and social situations are distracted because of incontinence. This problem concerns people with disability as well as people who are healthy

and take care for themselves. It is also very costly for both sides: patients and government (ACT Government, Continence Foundation of Australia). The health care costs of incontinence in Australia are very high. The expenditures from incontinence health care in 2008 – 2009 were significant - \$201.6 million in comparison to the year 2003 when the costs were about \$157.9 million (AIHW 2012, AIHW, 2006). In Australia there are different organisations (like Continence Foundation of Australia) and services which help people to deal with incontinence problem like primary carers and nurse advisors (AIHW 2013). In year 2009 about 72,900 primary carer helped people to deal with incontinence. The majority of these primary carers (73.0%) reported spending 40 hours or more each week actively caring or supervising the patients (AIHW 2012; AIHW 2006).

In Australia there are a number of health professionals who specialise in the area of continence. Sometimes it is confusing, because the patient doesn't know with whom they should work to defeat the problem. Common information allows to choose different types of health professionals whose skills may be very useful to help dealing with incontinence. It provides some tips on how to approach your first appointment with a health professional. In Australia, The Continence Foundation recommends firstly to have a conversation with a doctor or a continence nurse advisor on the National Continence Helpline. It will help the patient to determine the most suitable health professional to meet their needs, which is an important part of the treatment (AIHW 2012; AIHW 2006).

The Nurse Continence Advisor (NCA) is an independent practice role which is focused on conservative methods of managing urinary and faecal incontinence. It is a registered nurse who has experience in extensive training in continence care. The nurse is able to help patients to have a better condition and self esteem. She can also help to develop a management plan which will suit the patient's needs. Continence nurse advisors may visit patient both at home or in a clinic (Continence foundation of Australia 2013).

In 2008-2009 the total amount of money spent on incontinence was \$1.6 billion, with the largest share spent on residential aged care (\$1.3 billion), followed by hospitals (\$145.5 million). The largest sum of money in 2008-09 was intended for patient admissions in hospitals and their services (\$145.5 million). Additional costs not included in these estimates are personal costs, such as laundry and clothing (ACT Government, Continence Foundation of Australia, AIHW 2012; AIHW 2006).

### **Nurse Advisor Incontinence in United Kingdom**

Urinary incontinence can restrict employment, educational and leisure opportunities, and lead

to social embarrassment and isolation, affecting both physical and mental health. It is vital that people who are incontinent are given every opportunity to regain their continence. High quality comprehensive continence services are an essential part of health care. The key roles of nurses examining their potential influence on continence services- whether in a hospital or the community. In the National Health Service the new Agenda for Change pay for including a job evaluation system to recognize a number of distinct roles where nurses specialize in an area of practice. Among these are: nurse specialist, nurse advanced and nurse consultant.

The post holder will have specialist knowledge across a range of procedures underpinned by theory and also would need to be able to deal with complex facts and situations requiring comparison of a range of options. This role would tend not to be directly supervised but would follow broad occupational policies. They would be required to deal with complex facts or situations requiring analysis, interpretation and comparison of a range of options. They would be responsible for their own professional actions and would be a lead specialist for a defined area. Their professional knowledge could be acquired through degree/diploma supplemented by specialist training. Here they would make operational judgements and reconcile inter and intra professional differences of opinion. On the policy front they would be responsible for establishing how policies should be interpreted. Nurses in continence play a crucial role in ensuring that continence care services are delivered.

Nurses who specialize in continence care should:

- a) be involved with other members of the team in the assessment, planning, delivery and evaluation of initial education to patients, their families and carers about incontinence,
- b) be involved in providing continuing education for all patients with incontinence and planning educational programs for the area. The nurse specialist should also be involved with the team in setting, reviewing and monitoring standards of continence care in the health district,
- c) act as a source of expert advice for all who cope with incontinence – including patients, other nurses, health care staff and any agencies that work with people with incontinence, for example, local voluntary organizations (Dmochowski, 2004).

## **CONCLUSION**

UI have a significant impact on quality of life. The number of patients with this problem rises. It affects more younger women than ever and it is embarrassing for them. Primary prevention of urinary incontinence and patient education will continue in various countries to be important. There is now good evidence to show that introduction nurse continence advisor

resulted in improving patient's condition, level of education and prevent the development of UI.

After pooled analysis of studies it can be assumed, that the introduction of new procedures of treatment for UI (especially in primary care) in Poland, would be benefits. Many women could be managed effectively based on symptoms in primary care. Polish health care should save money to nip symptoms and progression of UI in the bud.

## REFERENCES

ACT Government, Continence Foundation of Australia. Available on:

<http://www.health.act.gov.au/c/health?a=sp&pid=1316133581&site=76755&servicecategory=46>.

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) 2006. Australian incontinence data analysis and development. Cat. no. DIS 44. Canberra: AIHW.

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) 2012. Incontinence in Australia. prevalence, experience and cost 2009. *Bulletin* no. 112. Cat. no. AUS 167. Canberra: AIHW

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) 2013. Incontinence in Australia. Cat. no. DIS 61. Canberra: AIHW

ALBERTS-HEITNER C. P. et al. 2012. Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: An economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Neurourol Urodynam* 2012, vol. 31, no. 4, pp. 526-534.

ALBERTS-HEITNER P., et al. 2008. The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: the Promo Con Study (Promoting Continence). *BMC Health Serv Res* 2008, vol. 8, pp. 84.

BOBLIN-CUMMINGS S. et al. 1998, Reducing barriers in accessing continence care: a population health approach, final report submitted to Health Canada. Ottawa, Ont: *Health Canada*; 1998.

BOYLE R. 2012. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *French Cochrane Centre* 2012, vol. 10.

CHITTACHAROEN A. 2005. How to approach common urogynaecological problems? *J. Med. Assoc. Thai*. 2005, vol. 88, pp. 124-128.

CLARK N & GONG M. 2000: Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *British Medical Jour* 2000, vol. 320, pp. 572-575.



- CONTINENCE FOUNDATION OF AUSTRALIA 2013. Health professionals. Available on: <http://www.continence.org.au/pages/health-professionals.html>.
- DMOCHOWSKI R. R. 2004. Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary. *J Urol*. 2004; vol. 170, no. 1, pp. 1259-63.
- DU MOULIN MF et al. 2007. Effects of introducing a specialized nurse in care of community-dwelling women suffering from urinary incontinence: a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007, vol. 34, pp. 631-640
- HUNSKARR S., et al. 2004. The prevalence of urinary incontinence in woman in four European countries. *BJU Int*. 2004, vol. 93, no. 3, pp. 324-330.
- JACQUELINE CAHILL et al. 2010. Impacts of Incontinence in Canada. the Canadian Continence Foundation 2010.
- KANG Y. 2009. Knowledge and attitudes about urinary incontinence among community-dwelling Korean American women. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009, 36, pp. 194-199.
- KIM JS et al. 2004. Urinary incontinence: prevalence and knowledge among community-dwelling Korean women aged 55 and older. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004, vol. 34, pp. 609-16.
- MORKVED S, et al. 2003. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence. Randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 2003, vol. 101, pp. 313-319.
- NEWMAN D., PALMER M., H. 2003. The State of the Science in Urinary Incontinence Nursing Research. *Am J Nurs* 2003, vol. 7, no. 3, pp. 34 – 42.
- PALMER M. H. 2008. Urinary Incontinence Quality Improvement in Nursing Homes: Where Have We Been? Where Are We Going? *Urol Nurs*. 2008, vol. 28, no. 6, pp. 439-444.
- PALMER M., H. 1995. Nurses knowledge and beliefs about continence interventions in long term care. *J Advanced Nurse* 1995, vol. 21, pp. 1065 – 1072.
- PELLETIER R. 2003. Working Through the Clinical Practice Guidelines for Urinary Incontinence. *Pipeline* 2003.
- POMFRET I., HOLDEN C. 2007. Implementing guidance on pelvic floor exercises. *Nurs Times* 2007, vol 103, no. 19, p. 40.
- RECHBERGER T. et al. 2001. Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie. Red.: Rechberger T, Jakowicki J A. Wyd. BiFolium 2001 Lublin.
- ROMANZI, L. 2010. Vaginal Rejuvenation defined. 2010

STARCZEWSKI A, et al. 2008. Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów dna miednicy u kobiet. *Pol Merk Lek.* 2008, vol. 145, pp. 74 -76.

SURKONT G, et al. 2003. Nietrzymanie moczu u kobiet- problem społeczny, medyczny i naukowy. *Przegląd menopauzalny* 2003, vol. 1, pp. 59-65.

SWANSON J. G. et al. 2002. Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians knowledge, attitudes and practices. *Can Fam Physician.* 2002, vol. 48, pp. 86 – 92.

THE CC FOUNDATION 2013. Impacts of Incontinence in Canada. [online] 2013. Available on: <http://www.canadiancontinence.ca/pdf/impacts-of-incontinence.pdf>. Accessed

THOMPSON D, SMITH D. A. 2002: Continence nursing: A whole person approach. *Holistic Nursing Practice* 2002, vol. 16, pp. 14-31.

VIKTRUP L, 2005.: Stress urinary incontinence in active elderly women. *South Med J* 2005, vol. 1, pp. 79 – 89.

WATERFIELD A 2011. A Community Study of Pelvic Floor Muscle Function in Women, in Peninsula College of Medicine and Dentistry. *Universities of Exeter and Plymouth* 2011, pp. 20 – 25.

WÓJTOWICZ U., et al. 2013. Inkontynencja- cichy problem. Analiza czynników ryzyka. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013, no. 3, pp. 92-97.

## **CONTACT**

**Urszula Wójtowicz**

Mickiewicza 22

32-566 Alwernia, Poland

e-mail: [orsziwojtowicz@gmail.com](mailto:orsziwojtowicz@gmail.com)

**Marta Majorczyk**

Kazimierza Wielkiego 10

34-400 Nowy Targ, Poland

e-mail: [turbacz3@o2.pl](mailto:turbacz3@o2.pl)

**Beata Gibas**

Osiedle Teatralne 18/10

31-946 Kraków, Poland

e-mail: [becia712@wp.pl](mailto:becia712@wp.pl)

# KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASE

**Jana Zálešáková, Radka Bužgová**

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská Fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

### **Abstrakt**

**Cíl:** Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života u onkologicky nemocných v paliativní péči. Zaměřili jsme se na zjištění vztahu mezi demografickými proměnnými (pohlaví, typ zdravotnického zařízení, věk) a kvalitou života pacientů s onkologickým onemocněním v paliativní péči.

**Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 56 pacientů, u nichž byla ukončena kurativní onkologická léčba a byla jim poskytována paliativní péče na onkologickém oddělení Nemocnice Nový Jičín a v Léčebně dlouhodobě nemocných Kopřivnice. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník pro měření kvality života u pacientů s nádorovým onemocněním EORTC QOL-C30 (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life). Výzkum probíhal od 15. 8. 2013 do 15. 2. 2014.

**Výsledky:** Ve funkční škále kvality života hodnotili pacienti nejhůře rolovou funkci (50,6) a fyzickou funkci (51,1). Při hodnocení kvality života hodnotili pacienti celkovou kvalitu života jako sníženou (44,2). Únava (56), nespavost (12,5) a bolest (12,5) působily pacientům největší problémy. Mezi demografickými proměnnými (věk, typ zdravotnického zařízení) a celkovou kvalitou života pacientů nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Mezi celkovou kvalitou života a věkem pacientů byla zjištěna nízká míra korelace ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,01$ ).

**Závěr:** Z našeho výzkumu vyplývá, že pacienti v paliativní péči hospitalizovaní na onkologickém oddělení a v Léčebně dlouhodobě nemocných hodnotili svoji kvalitu života jako sníženou. Nejméně byli spokojeni s rolovou a fyzickou funkcí. Největší problém měli pacienti s únavou. Mezi celkovou kvalitou života a věkem pacientů byla potvrzena nízká míra korelace. Na základě zjištění může být péče o onkologicky nemocné v paliativní péči optimalizována a může být zvolena vhodná intervenční strategie či poradenství. Vhodnějším prostředím poskytované péče by mohla být domácí hospicová péče nebo hospic.

**Klíčová slova:** kvalita života, paliativní medicína, onkologický pacient, ošetrovatelská péče

## **Abstract**

**Aim:** The aim of this article is to find out the quality of life of oncological patients in palliative care. With our research we focused on relation between demographic variables (sex, type of health centre, age) and life quality of the patients with oncological diseases in a palliative care.

**Method:** The sample studied in this research consists of 56 patients whose curative oncological treatment has been finished and who experienced the palliative care on oncology department in the Hospital Nový Jičín in the Department of Long-Term Care and Aftercare in Kopřivnice. For data collection was used standardized questionnaire for measurement quality of life of patients with oncological disease EORTC QOL-C30 (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life). The research was conducted between 15<sup>th</sup> August 2013 and 15<sup>th</sup> February 2014.

**Results:** In functional scale of life quality the patients evaluated role function (50,6) and physical function (51,1) as the worst. In life quality assessment the patients were evaluating the overall quality of life as decreased (44,2). Fatigue (56), insomnia (12,5) and pain (12,5) caused the greatest trouble to patients. It was found only statistically negligible difference between demographic variables (sex, type of health centre) and overall life quality of the patients. Only low rate of correlation between overall life quality and the age of the patients was determined ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusion:** Key fact we learned from our research was that the patients in palliative care who were hospitalized at oncology ward or at Department of Long-Term care and Aftercare have seen their quality of life as reduced. They were least satisfied with their role and physical functions. Their biggest problem was fatigue. Only low rate of correlation between overall life quality and the age of the patients was determined. On the basis of the findings from our research we learned that the care for the oncology patients in palliative care can be optimized and suitable intervention strategies or consultancy can be selected. More suitable environment of provided care could be home hospice care or hospice.

**Keywords:** quality of life, palliative medicine, oncological patient, nursing care

## ÚVOD

V České republice jsou onkologická onemocnění jedním z největších současných zdravotních problémů. Jsou na druhém místě jako příčina smrti. Incidence maligních onemocnění každým rokem stoupá a stoupá i mortalita (Opatrná 2008, s. 11).

U velkého počtu pacientů s nádorovým onemocněním není vyléčení možné a naše působení je možné nazvat jako paliativní. V posledních letech je stále větší pozornost věnována psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Důraz je kladen na pacientovu autonomii, předpokládá se aktivní účast na některých léčebných rozhodnutích a jsou zohledňována pacientova přání. Všechny tyto změny jsou součástí širšího procesu posunu v chápání rolí zdravotníka a pacienta (Slováček, Slováčková 2012, s. 13 – 17). Prožívání kvalitního života u onkologicky nemocných pacientů v paliativní péči se posouvá a mění. Kvalita života úzce souvisí s uspokojováním potřeb. Potřeby nemocných v paliativní péči se mění s průběhem onemocnění, některé mizí a jiné se zase naléhavě objevují. Každý člověk a každá rodina má potřeby trochu jiné, takže i kvalita života v paliativní péči je velmi individuální pojem (Marková 2010, s. 38). Kromě různých tělesných obtíží prodělává onkologický pacient v paliativní péči velmi dramatický proces psychické a existenciální adaptace. Zažívá mnohé ztráty, malá a někdy i velká vítězství, mnoho věcí musí oželeť, mnoho přijmout a mnoho přehodnotit (Sláma, Vorlíček 2004, s. 16 – 18).

Bylo by domýšlivé se domnívat, že zdravotníci všechny výše uvedené procesy vyřeší. Všechny je jistě nevyřeší, ale některé mohou významně ovlivnit. V každém případě jak pacienti, tak ošetrovatelský tým začnou plně spolupracovat až tehdy, pokud se naučí vzájemně hovořit o závažných věcech, jako je nemoc, bolest, umírání, případně smrt. Výsledkem tohoto vývoje je, že zejména v oblasti onkologické paliativní péče nabývá koncept hodnocení kvality života na důležitosti.

## CÍL PRÁCE

Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života u onkologicky nemocných, u nichž byla ukončena kurativní léčba a byla jim poskytována paliativní péče na onkologickém oddělení Nemocnice Nový Jičín a v Léčebně dlouhodobě nemocných Kopřivnice. Dále pak zjistit, zda se celková kvalita života u těchto pacientů liší dle pohlaví, typu zdravotnického zařízení a věku. Jedná se o pilotní výzkum a sběr dat bude dále pokračovat.

## **SOUBOR A METODIKA**

Výzkumný soubor tvořilo 56 onkologických pacientů s ukončenou kurativní léčbou, kterým byla poskytována paliativní péče na onkologickém oddělení Nemocnice Nový Jičín a v Léčebně dlouhodobě nemocných Kopřivnice. Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla: pacient starší 18 let, onkologické onemocnění, léčba s paliativním záměrem, orientace místem, časem a osobou, podpis informovaného souhlasu.

K hodnocení kvality života u onkologicky nemocných byl použit dotazník EORTC QOL-C30 (Aaronson et al. 1993, s. 365 – 372). Dotazník je uveden v české verzi, obsahuje 30 položek, které jsou sdruženy do následujících škál: funkční (15 položek), celková kvalita života (2 položky a symptomatická (13 položek). Funkční škála zahrnuje tyto domény: fyzické funkce, rolové funkce, emocionální funkce, kognitivní funkce a sociální funkce. Respondenti odpovídali na škále 1 (vůbec ne) – 4 (velmi). Celková kvalita života zahrnuje: celkové zdraví a celkovou kvalitu života. Respondenti odpovídali na škále 1 (velmi špatně) – 7 (vynikající). Pro vyhodnocení bylo použito doménové skóre, které se pohybuje v rozpětí 0 – 100. Čím vyšší je hodnota, tím větší je kvalita života. Symptomatická škála zahrnuje tyto symptomy: únavu, nauzeu a zvracení, bolest, dušnost, nespavost, ztrátu chuti, zácpu, průjem a finanční potíže. Respondenti odpovídali na škále 1 (vůbec ne) – 4 (velmi). Pro vyhodnocení bylo použito doménové skóre, které se pohybuje v rozpětí 0 – 100. Čím vyšší hodnota, tím větší jsou potíže se symptomy.

Získaná data byla zpracována pomocí tabulkového procesoru Microsoft Office Excel a pomocí statistického programu OpenEpi v. 2. 3. 1. a Stata v. 10. Při vyhodnocení byla použita deskriptivní statistika. Pro určení významnosti rozdílu celkové kvality života dle pohlaví a dle typu zdravotnického zařízení byly výsledky testovány pomocí dvouvýběrového t-testu. Ke zjištění závislosti mezi celkovou kvalitou života a věkem byla použita korelace. Všechny statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti 5 % (0,05).

## **VÝSLEDKY A INTERPRETACE**

Výzkumný soubor tvořilo 56 pacientů, z nichž bylo 18 (32 %) mužů a 38 (68 %) žen. Průměrný věk pacientů činil 67,8 let, věkové rozpětí 31-85 let. Nejvíce pacientů bylo ve věkové skupině 70-85 let (43 %). V tomto souboru bylo 13 (23 %) pacientů s nádorem prsu, 9 (16 %) pacientů s nehodgkinským lymfomem, 7 (13 %) pacientů s mnohočetným myelomem, 6 (11 %) pacientů s nádorem tlustého střeva, 5 (9 %) pacientů s nádorem prostaty, 4 (7 %) pacienti s nádorem kůže, 3 (5 %) pacienti s nádorem plic, 2 (4 %) pacienti s nádorem močového měchýře, 2 (4 %) pacienti s nádorem dělohy, 2 (4 %) pacienti s nádorem ledvin, 1

(2 %) pacient s nádorem jazyka, 1 (2 %) pacient s nádorem jícnu a 1 (2 %) pacient s nádorem slinivky břišní.

Při hodnocení funkční škály kvality života uvedli pacienti v našem výzkumu na onkologickém oddělení a v Léčebně dlouhodobě nemocných největší spokojenost s kognitivní funkcí (74,4) a emocionální funkcí (68,9) (viz tab. 1). K podobným závěrům dospěli Skinner et al (2008, s. 421 – 423), kteří sledovali kvalitu života u 48 pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním v USA a zjistili vysoké skóre v kognitivní doméně (79). Franceschini et al (2008, s. 387 – 393) sledovali kvalitu života u 57 pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním v Brazílii a zjistili vysoké skóre v emocionální doméně (68,2). Autoři studie se domnívají, že to může být projevem vyrovnání se s nevléčitelným onemocněním. Také Bužgová, Hajnová a Feltl (2013, s. 404 – 408) při hodnocení kvality života u 93 pacientů v paliativní péči na onkologickém oddělení zjistili vysoké průměrné hodnoty v kognitivní doméně (79,3) a emocionální doméně (76,8). Při hodnocení kvality života u 36 pacientů v hospicové péči zjistili Bužgová a Havelková (2012, s. 421 – 423) vysoké skóre v emocionální doméně (66,2).

Pacienti v našem souboru byli nejméně spokojeni s rolovou funkcí (50,6) a fyzickou funkcí (51,1) (viz tab. 1). Tyto výsledky korelují s výsledky dalších výzkumů, které zjišťovaly kvalitu života u onkologicky nemocných v paliativní péči (Skinner et al. 2008, s. 421 – 423; Bužgová, Havelková 2012, s. 421 – 423; Bužgová, Hajnová, Feltl 2012, s. 404 – 408). Nevléčitelné onemocnění znamená pro člověka různě velkou změnu role v rodině, v zaměstnání i na veřejnosti. Zvládnání této role je obtížné a vyžaduje od pacienta vynaložení značného fyzického i psychického úsilí, má-li uspokojivě obstát ve změněných poměrech, které jeho nemoc způsobila (Vymětal 2000, s. 197 – 299). Také Bártlová (2005, s. 44 – 56) uvádí, že pacient s nevléčitelným onemocněním musí být často hospitalizován na různě dlouhou dobu, a to vede k další redukci sociálních rolí a ke změně společenského postavení jedince, jenž přebírá roli pacienta. Jedinec se stává pasivním objektem péče jiných lidí a tento fakt může vnímat jako ztrátu kontroly nad svým životem.

Při hodnocení kvality života hodnotili pacienti v našem výzkumu celkovou kvalitu života jako sníženou (44,2) (viz tab. 1). Toto zjištění se shoduje s výsledkem výzkumu, který byl proveden u pacientů na onkologickém oddělení FN Ostrava, kde celkové skóre kvality života bylo 48,8 (Bužgová, Hajnová, Feltl 2012, s. 404 – 408). Vyšší kvalita života u pacientů v paliativní péči je zjištěna zpravidla v domácí hospicové péči nebo v hospici. To potvrzuje Melin-Johanson et al (2010, s. 243 – 250), kteří zjistili při porovnání kvality života terminálně nemocných pacientů v domácí paliativní péči a v institucionální péči vyšší kvalitu života

pacientů v domácí paliativní péči. U pacientů v hospicové péči v Ostravě zjistily Bužgová a Havelková (2012, s. 190 – 195) celkové skóre kvality života 66,9, tedy vyšší než u pacientů v našem souboru.

Tab. 1 Hodnocení funkční škály kvality života u onkologických pacientů

Domény	Doménové skóre průměr *	Směrodatná odchylka
Fyzická funkce	51,1	22,9
Rolová funkce	50,6	31,9
Emocionální funkce	68,9	27,6
Kognitivní funkce	74,4	22,7
Sociální funkce	53,9	30,5
Celková kvalita života	44,2	16,3

\* Doménové skóre se pohybuje na škále 0 – 100. Čím vyšší je hodnota, tím větší je kvalita života

Při hodnocení symptomatické škály uvedli pacienti v našem výzkumu největší problém s únavou (56) (viz tab. 2). Borneman (2013, s. 77 – 86) uvádí, že únava je jedním ze symptomů, kterého se onkologicky nemocní v paliativní péči nejvíce obávají. Pro pacienty v pokročilých stádiích nádorových onemocnění může být únava symptomem, který negativně ovlivňuje kvalitu života. Naše výsledky se shodují se závěry dalších výzkumů, které zjišťovaly výskyt obtížných symptomů u onkologicky nemocných v paliativní péči (Diaz et al. 2008, s. 753 – 757; Bužgová, Hajnová, Feltl 2012, s. 404 – 408; Bužgová, Macháčková 2012, s. 111 – 116; Paiva, Paiva 2013, s. 1053 – 1060).

Pacienti v našem souboru měli nejmenší problémy s průjmem (12,5) a s nauzeou a zvracením (12,5) (viz tab. 2).

Tab. 2 Hodnocení symptomatické škály kvality života u onkologických pacientů

Symptomy	Doménové skóre průměr *	Směrodatná odchylka
Únava	56,0	22,2
Nauzea a zvracení	12,5	19,7
Bolest	47,0	30,5
Dušnost	26,8	27,3
Nespavost	47,6	36,4
Ztráta chuti	32,1	35,4
Zácpa	17,3	31,1
Průjem	12,5	24,3
Finanční potíže	20,2	26,0

\* Doménové skóre se pohybuje na škále 0 – 100. Vyšší hodnota znamená větší potíže se symptomy



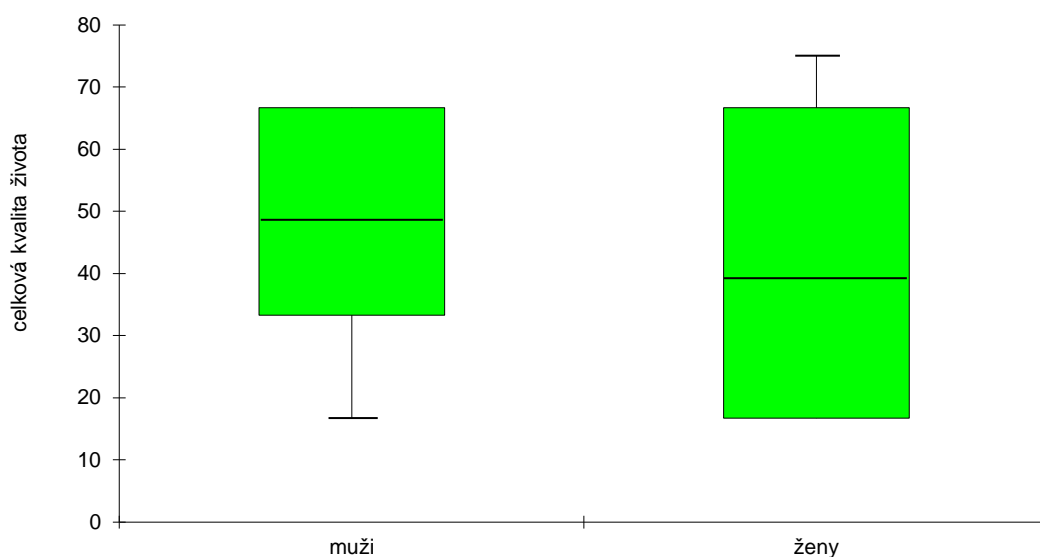
V doméně celkové kvality života byla průměrná hodnota u mužů 49,5 a u žen 41,7. Po statistickém porovnání těchto dvou souborů nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení celkové kvality života mezi oběma soubory ( $p = 0,09$ ) (viz tab. 3, graf 1).

Pacienti z onkologického oddělení Nemocnice Nový Jičín hodnotili doménu celkové kvality života průměrnou hodnotou 46,4 a pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných hodnotili doménu celkové kvality života průměrnou hodnotou 42,9. Mezi jednotlivými pracovišti nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení celkové kvality života ( $p = 0,43$ ) (viz tab 3, graf 2).

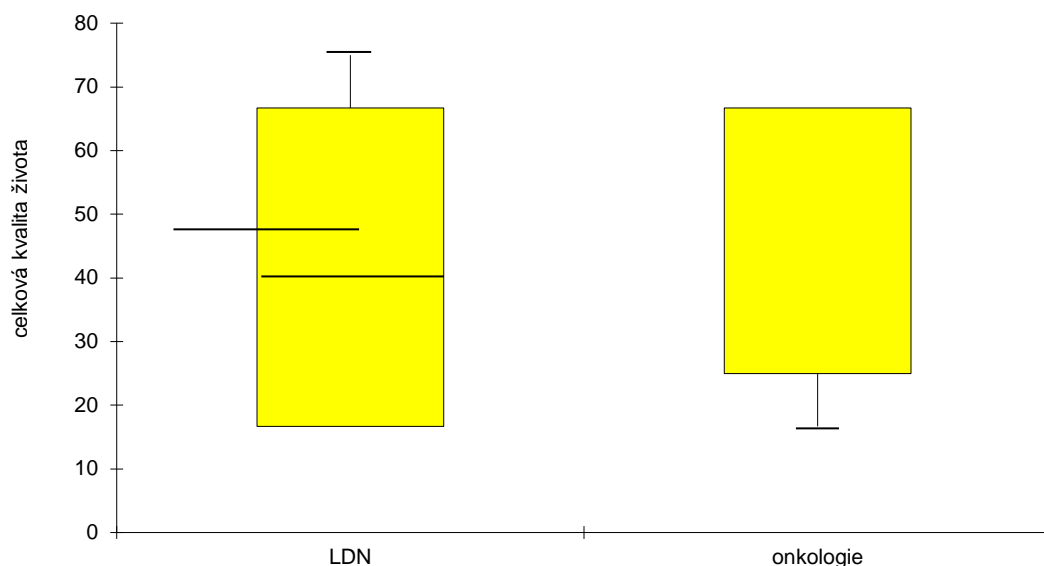
Tab. 3 Kvalita života onkologických pacientů dle pohlaví a typu pracoviště

	Průměr	Směrodatná odchylka	Absolutní četnost	p - hodnota
<b>Pohlaví</b>				
muži	49,5	15,3	18	0,09
ženy	41,7	15,9	38	
<b>Pracoviště</b>				
onkologie	46,4	15,8	21	0,43
LDN	42,9	16,2	35	

Graf 1 Kvalita života onkologických pacientů dle pohlaví



Graf 2 Kvalita života onkologických pacientů dle typu pracoviště



Pro určení závislosti mezi celkovou kvalitou života a věkem byla použita korelace. Byla zjištěna přímá lineární závislost mezi sledovanými znaky. Mezi celkovou kvalitou života a věkem byla potvrzena nízká míra korelace ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,01$ ).

## ZÁVĚR

Pacienti v paliativní péči hospitalizovaní na onkologickém oddělení a v Léčebně dlouhodobě nemocných hodnotili svou celkovou kvalitu života jako sníženou. Nejméně byli spokojeni s rolovou a fyzickou funkcí. Největší problém měli pacienti s únavou. Mezi demografickými proměnnými (věk, typ zdravotnického zařízení) a celkovou kvalitou života pacientů nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Mezi celkovou kvalitou života a věkem pacientů byla potvrzena nízká míra korelace. Na základě zjištění může být péče o onkologicky nemocné v paliativní péči optimalizována a může být zvolena vhodná intervenční strategie či poradenství. Vhodnějším prostředím poskytované péče by mohla být domácí hospicová péče nebo hospic. Většina komplexních dotazníků na kvalitu života onkologicky nemocných je určena pouze pro klinické studie a ne pro běžnou ošetrovatelskou praxi. Přesto mohou tyto dotazníky posloužit jako určitá osnova k rozhovoru o oblastech, které mohou být pro pacienta významné.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

- AARONSON, N., K. et al. 1993. The European Organization for research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. In *J Natl Cancer Institut*, 1993, vol. 85, p. 356-372.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2005. 181 s.
- BORNEMAN, T. 2013. Assessment and Management of Cancer-Related Fatigue. In *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2013, vol. 15, no. 2, p. 77-86.
- BUŽGOVÁ, R. – HAVELKOVÁ, K. 2012. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. In *Časopis lékařů českých*, 2012, roč. 151, č. 4, s. 190-195.
- BUŽGOVÁ, R. – MACHÁČKOVÁ, G. 2012. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. In *Praktické lékařství*, 2012, roč. 92, č. 2, s. 111 – 116.
- BUŽGOVÁ, R. – HAJNOVÁ, E. – FELTL, D. 2013. Hodnocení kvality života pacientů na onkologickém oddělení – pilotní studie. In *Klinická onkologie*, 2013, roč. 26, č. 6, s. 404-408.
- DIAZ, N. et al. 2008. Patients perception of cancer-related fatigue: results of a survey to assess the impact on their everyday life. In *Clinical and Translation Oncology*, 2008, vol. 10, no. 11, p. 753-757.
- FRANCESCHINI, J. et al. 2008. Assessment of the quality of life of patients with lung cancer using the medical outcomes study 36 item short-form health survey. In *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 2008, vol. 34, no. 6, p. 387-393.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2010. 125 s.
- OPATRNÁ, M. 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha : Mladá fronta, 2008. 112 s.
- PAIVA, E., C. – PAIVA, R., S., B. 2012. Prevalence, predictors and prognostic impact of fatigue among Brazilian outpatients with advanced cancers. In *Support Care Cancer*, 2013, vol. 21, no. 4, p. 1053-1060.
- SKINNER, J., K., W. et al. 2008. Preliminary Report on Ongoing Quality of life Evaluation of Patients with Locally Advanced Head and Neck Cancer undergoing Intensity Modulated Radiotherapy with Chemotherapy: The Multidisciplinary Bronx Experience. In *International Journal of Radiation Oncology*, 2008, vol. 72, no. 1, p. 421-423.
- SLÁMA, L. – VORLÍČEK, J. 2004. Co víme o kvalitě života onkologicky nemocných? In *Onkologická péče*, 2004, roč. 8, č. 3, s. 16-18.

SLOVÁČEK, L. – SLOVÁČKOVÁ, B. 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. In *Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2012, roč. 5, č. 1, s. 13-17.

VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. 400 s.

ZIGMOND, A., S. – SNAITH, R., P. 1983. The hospital anxiety and depression scale. In *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1983, vol. 67, no. 6, p. 361-370.

## **KONTAKT**

**Mgr. Jana Zálešáková**

Therápon98 a. s. Léčebna dlouhodobě nemocných

Štefániková 1301

742 21 Kopřivnice

e-mail: [zalesakovajana@centrum.cz](mailto:zalesakovajana@centrum.cz)

**SOCIÁLNA SPÔSOBILOSŤ U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV PRI  
EFEKTÍVNOM ZVLÁDANÍ ZÁŤAŽOVÝCH SITUÁCIÍ  
SOCIAL COMPETENCES OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN EFFECTIVE  
COPING WITH STRESSFUL SITUATIONS**

**Mária Zamboriová<sup>1</sup>, Viera Simočková<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice, SR

<sup>2</sup>Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

**Abstrakt**

**Cieľ:** Sociálne zručnosti umožňujú vytvárať a udržiavať osobné vzťahy, úspešne fungovať v rôznych skupinách, komunikovať, riešiť problémy, ako aj zvládať rôzne situácie. Cieľom tejto práce je posúdiť úroveň sociálnej inteligencie (SI) u sestier poskytujúcich intenzívnu zdravotnú starostlivosť a zdravotníckych záchranárov (ZZ), identifikovať výskyt stresorov a používané stratégie zvládania.

**Súbor a metodika:** Súbor tvorilo 117 profesionálov pracujúcich v zdravotníctve, 62 sestier a 55 záchranárov. Na posúdenie SI bola použitá Tromsøova škála sociálnej inteligencie (Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS) a dotazník vlastnej konštrukcie na posúdenie stresorov a stratégií zvládania. Podľa typu premenných a distribúcie dát bol v rámci indukčnej štatistiky použitý Studentov t-test, Pearsonov chí kvadrát test a G-test.

**Výsledky:** V oblasti vplyvu organizačných stresorov sme zistili, že na zdravotníckych pracovníkov (ZP) pôsobí stresujúco najmä práca v časovej tiesni, smrť pacienta a reakcie rodinných príslušníkov. Pri zvládaní stresu využívajú ZZ najmä analýzu situácie a riešenie problému a sestry najmä sociálnu oporu ( $p = 0,001$ ). Vyššia sociálna spôsobilosť ( $p \leq 0,05$ ) bola zaznamenaná v profesii ZZ, u mužov, zdravotníckych pracovníkov so stredoškolským a vyšším odborným vzdelaním a dĺžkou praxe do 5 rokov.

**Záver:** Sociálna spôsobilosť má nezastupiteľné miesto pri efektívnom zvládaní záťažových situácií u sestier poskytujúcich intenzívnu zdravotnú starostlivosť a záchranárov.

**Kľúčové slová:** stres, zvládanie, sociálna inteligencia, sestry, zdravotnícki záchranári

## Abstract

**Aim:** Social skills enable creating and maintaining of personal relationships, successful functioning in various groups, communication, solving problems, as well as handling different situations. This paper aims to assess the level of social intelligence (SI) in nurses providing intensive care and emergency paramedics, to identify the occurrence of stressors and coping strategies used.

**Sample and methods:** The study group consisted of 117 professionals working in health, 62 nurses and 55 emergency paramedics. Tromsø Social Intelligence Scale (TSIS) was used to assess SI and our questionnaire to assess the stressors and the coping strategies. According to the type of variable and the data distribution Student's t-test, Pearson's chi square test and G-test were used within the inductive statistics.

**Results:** It was found out in the area of the impact of organizational stressors that the stress of health workers (ER) is caused in particular when working under time pressure, by death of a patient and by reactions of patient's family members. To cope with stress ZZ use especially situation analysis and problem solving, and nurses prefer social support ( $p = 0.001$ ). Greater social competences ( $p \leq 0.05$ ) were recorded in the emergency paramedics, men, health workers with secondary or higher medical education and length of experience to 5 years. **Conclusion:** Social competency has a unique place in effective coping with stressful situations by nurses providing intensive care and emergency paramedics.

**Keywords:** stress, coping, social intelligence, nurses, emergency paramedics

## ÚVOD

Zdravotníckí pracovníci, najmä sestry poskytujúce intenzívnu zdravotnú starostlivosť, sú často vystavení palete stresorov, ktoré súvisia s pracovným prostredím a osobnostnými faktormi. V súvislosti so stresormi zo strany organizácie sa najviac hovorí o pracovnom preťažení, smrti, vyrovnávaní sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín, vzťahmi na pracovisku a pod. (McVikar, 2003, s. 635-637; Lambert, Lambert, 2008, s. 40). Zvládanie stresu je negatívne spájané najmä s pasívnymi copingovými stratégiami (Sováriová Soósová, Varadyová, 2012, s. 344, Sováriová Soósová, Sušinková, Cenkerová, 2013, s. 625), ale aj osobnostnými faktormi ako sú neuroticizmus, úzkostné prejavy, hnev, strach, znechutenie, nervozita a i. (Jennings, 2008, s. 4, Radkiewics et al., 2003, s. 64 – 69), nízkou úrovňou

zmyslu života (Škodová, Bánovčinová, 2011, s. 288, 290 – 293), či úrovňou emocionálnej inteligencie (Smitha et al., 2009, Pilárik, Tobakošová, 2013).

V poslednej dobe sa čoraz častejšie diskutuje o sociálnej inteligencii (SI) a jej vplyve na zvládanie náročných životných udalostí. Sociálnej inteligencii bolo venovaných mnoho publikácií a výskumov, z čoho následne pochádza aj viacero teórií, divergencia definícií a klasifikácií. Sociálna inteligencia reprezentuje konštrukt, ktorý v psychológii zaviedol Thorndike a zjednodušene ním označoval „rozumné konanie v ľudských vzťahoch“ (Thorndike, 1920). V nadväznosti na prácu Thorndika boli identifikované jednotlivé aspekty SI – kognitívny (schopnosť rozumieť iným) a behaviorálny (schopnosť efektívne komunikovať). V ďalšom období bola uvedená koncepcia podrobne rozpracovaná avšak k uvedeným komponentom výrazné prínosy nepribudli. (Kentoš, Birknerová, 2011) Odlišným prístupom k skúmaniu SI bol expertný panel, výsledkom ktorého boli tri faktory SI – spracovanie sociálnych informácií, sociálna vnímavosť a sociálne spôsobilosti (Silvera, Martinussen, Dahl, 2001). Spracovanie sociálnych informácií je založené na analýze signálov, najmä neverbálnych, schopnosti komunikovať a vyjadrovať vlastné pocity. Sociálna vnímavosť je proces prostredníctvom, ktorého vnímame iného človeka, skupinu, či dav ľudí, organizáciu, inštitúciu a pod. Vnímavosť pre vnútorné stavy a nálady iných, všeobecná schopnosť sa zaoberať inými ľuďmi umožňuje sestre, záchranárovi pochopiť ako človek reaguje v určitej konkrétnej situácii. Sociálna spôsobilosť je schopnosť človeka regulovať svoje konanie a správanie, spôsobilosť účelne riešiť rôzne sociálne problémy, poznať druhého človeka, zvoliť vhodný spôsob správania voči nemu, rešpektujúc poznané zvláštnosti. (Silvera, Martinussen, Dahl, 2001) Podľa Venglárovej (2011, s. 15) je sociálna inteligencia tvorená schopnosťou sociálnej percepcie (schopnosť vnímať druhých ľudí), špecifickými ľudskými schopnosťami (prívetivosť, sociabilita, komunikatívnosť), schopnosťou tímovej spolupráce (kooperácie) a predpokladom riešenia konfliktov.

## **CIEĽ**

V rámci zdravotnej starostlivosti vstupujú sestry a iní zdravotnícki pracovníci do rôznych sociálnych situácií, nadväzujú a udržiavajú medziludské vzťahy, komunikujú a spolupracujú s ľuďmi. Cieľom štúdie bolo posúdiť sociálnu inteligenciu, stresory pracovného prostredia a používané copingové stratégie v dvoch zdravotníckych profesiách – u sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti a zdravotníckych záchranárov (ZZ).

## SÚBOR, METODIKA

Súbor tvorilo 117 respondentov. Hlavným kritériom pre zaradenie do výskumu bolo, aby respondent spĺňal odbornú spôsobilosť na výkon povolania sestry a zdravotnícky záchranár, vek nad 18 rokov, aktuálny v pracovný pomer v zdravotníckom zariadení v oblasti intenzívnej starostlivosti alebo v záchranej zdravotnej starostlivosti. Výskum prebiehal v Košickom a Prešovskom kraji, do vzorky boli zaradení respondenti, ktorí súhlasili s vyplnením dotazníka. Výskum bol realizovaný od 15. októbra 2011 do 20. februára 2012.

Súbor tvorilo 62 sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti a 55 ZZ, z toho 45 mužov a 72 žien. Z celého výskumného súboru mali najväčšie zastúpenie respondenti vo vekovej skupine 41 – 50 rokov (35,90 %), potom veková kategória od 31 – 40 rokov (31,62 %) a najmenej zastúpená bola veková kategória od 20 do 30 rokov (23,08 %). Väčšina sestier (N = 23) mala ukončené vysokoškolské vzdelanie I. stupňa (VŠ I.), potom úplné stredoškolské (SZŠ) (N = 14), vyššie odborné (VOV) (N = 13) a nakoniec vysokoškolské II. stupňa (VŠ II.) (12). U ZZ prevažovalo úplné stredoškolské (N = 20) alebo vyššie odborné štúdium (N = 15), potom vysokoškolské vzdelanie I. stupňa (N = 14) a najmenej bo ZZ s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (N = 6). Väčšina respondentov žila v manželskom zväzku (N = 54). Dĺžka praxe v zdravotníckom zariadení bola u 57 respondentov do 10 rokov, 60 respondentov pracovalo v zdravotníckej starostlivosti viac ako 10 rokov.

Na posúdenie SI bola použitá Tromsøova škála sociálnej inteligencie (Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS) (Silvera, Martinussen, Dahl, 2001). Tento nástroj je tvorený 21 položkami, ktoré sú hodnotené na Likertovej škále od 1 – vystihuje ma to veľmi slabo do 7 – vystihuje ma to veľmi dobre. Položky dotazníka sú zamerané na spracovanie sociálnych informácií (social information processing SP, napr. rozumiem pocitom iných ľudí), sociálnu spôsobilosť (social skills – SS, napr. som úspešný pri nadväzovaní nových vzťahov) a sociálnu vnímavosť (social awareness – SA, napr.: Často som prekvapený, ako iní ľudia reagujú na moje konanie).

Na posúdenie stresových situácií v zdravotníckom povolaní a zvládania záťažových situácií v profesii bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie. Väčšina položiek bola dichotomického charakteru.

V rámci štatistickej analýzy boli použité metódy opisnej a induktívnej štatistiky. Z jednoduchých štatistických metód boli použité: absolútny počet (N, frekvencia), percentá (%), frekvenčné tabuľky, medián, aritmetický priemer (M), smerodajná odchýlka (SD). Distribúcia dát bola posudzovaná mierou šikmosti (skewness). Z metód induktívnej štatistiky boli použité testy: analýza rozptylu (ANOVA), Pearsonov chí kvadrát a G-test podľa typu



a distribúcie premenných. Výsledky boli spracované v programe MS Excel a The Statistical Package for Social Sciences, verzia 20.

## VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA

V oblasti vplyvu organizačných stresorov sme v rámci faktorov pracovného preťaženia zistili štatisticky významné rozdiely medzi sestrami a ZZ ( $p = 0,000$ ). Sestry považovali za viac vyčerpávajúcu prácu v časovej tiesni ( $N = 25$ ), na ZZ pôsobil stresujúco najmä strach z ohrozenia vlastnej osoby ( $N = 32$ ) a sťažené pracovné podmienky ( $N = 21$ ). Vo svojom povolání sa sestra často stretáva s nárazovým charakterom práce, často býva zavalená zložitými, často nezlučiteľnými úlohami. Záchranári prichádzajú na miesto udalosti do neznámeho prostredia, neistého terénu, vstupujú do súkromia pacienta. Poskytujú neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri úrazových stavoch po fyzickom násilí, poskytujú zdravotnú starostlivosť pri nehodách s hromadným postihnutím osôb, kedy môžu byť aj sami v ohrození.

V oblasti starostlivosti o pacienta boli významnými stresormi smrť pacienta, starostlivosť o kriticky chorých najmä u sestier a resuscitácia dieťaťa a reakcie rodinných príslušníkov na poskytovanú starostlivosť najmä u ZZ ( $p = 0,002$ ). Sestry pri poskytovaní intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sú v neustálom kontakte s pacientom. Neustále vyvíjajúci sa zdravotný stav, spôsobuje neustálu zmenu potrieb, menia sa nároky na ošetrovateľskú starostlivosť. Ak napriek všetkej vynaloženej snahe zo strany sestry pacient zomrie, považuje sestra tento okamih za vyčerpávajúci. V súbore záchranárov pôsobili stresujúco reakcie v správaní sa rodinných príslušníkov. Spolupráca s rodinnými príslušníkmi môže na mieste udalosti predstavovať psychickú záťaž pre zdravotníckeho záchranára. Príbuzní pacienta pod vplyvom emócií, môžu znemožňovať, alebo zabraňovať poskytnutiu prvej pomoci, resuscitačným činnostiam. Rodinní príslušníci sa nachádzajú v stresovej situácii z dôvodu strachu o život svojho blízkeho. Tieto emócie môžu brániť a obmedzovať poskytovanie prvej pomoci na mieste zásahu. Naše výsledky sú v zhode s inými štúdiami (Sováriová Soósová, Vradýová, 2012, s. 343-344, McVikar, 2003, s. 636 – 640; Lambert, Lambert, 2008, s. 39 – 40, Dimunová, Kalátová, 2010, Camerino et al., 2007, s. 35 - 50), ktoré uvádzajú, že pracovné preťaženie, nedostatok personálu, časová tieseň, smrť pacienta a vzťahy s rodinnými príslušníkmi sú najčastejšími dôvodmi stresu až syndrómu vyhorenia v povolání sestier.

Zaujímalo nás, aké stratégie zvládania používajú sestry a ZZ bezprostredne po stresujúcej situácii. Z výsledkov vyplynulo, že využívajú predovšetkým aktívne stratégie zvládania – analyzujú situáciu a snažia sa problém riešiť ( $N = 32$ ) alebo vyhľadávajú sociálnu oporu ( $N = 22$ ), najmenej často reagujú sebakritikou ( $N = 5$ ) a negatívnymi emóciami (hnev, emocionálne

výbuchy, krik, plač) (N = 6). V oblasti aktívnych stratégií sestry častejšie využívajú sociálnu oporu (N = 14) a zdravotnícki záchranári analýzu problému a jeho riešenie (N = 23) ( $p = 0,001$ ). Môžeme konštatovať, že sestry využívajú bezprostredne po stresovej situácii príklonové stratégie – vyhľadávanie sociálnej opory. Zdravotnícki záchranári taktiež reagujú vo väčšine príklonovou stratégiou, kde dominuje zameranie sa na problém bez emócií. K podobným výsledkom dospeli aj autori Sováriová Soósová a Varadyová (20, s. 344), ktorí zistili, že sestry v stresových situáciách využívali viac príklonové stratégie, ktoré predstavujú aktívne zvládanie stresujúcej udalosti, a to najmä aktívnym riešením problému, kognitívnu reštrukturalizáciou (vybavenie si situácie a jej analýza) a sociálnu oporu. Aj iní autori (Laal, Aliramaie, 2010, s. 171-178; Lambert, Lambert, 2008, s. 38-44) uvádzajú, že ZP väčšinou využívajú pri zvládaní stresu aktívne copingové stratégie.

V oblasti sociálnej inteligencie sme zaznamenali na škále SP celkové priemerné skóre  $M = 4,77$  ( $SD = 0,89$ ), na SS skóre  $M = 4,85$  ( $SD = 0,94$ ) a na SA  $M = 4,54$  ( $0,94$ ). Výrost a Baumgartner (2006, s. 67) uvádzajú podobné priemerné skóre v jednotlivých škálach SI v populácii dospelých z Prešovského a Košického kraja – pre škálu SP –  $4,81 \pm 0,82$ , SS –  $4,79 \pm 1,15$ , SA –  $4,60 \pm 0,96$ .

V spracovaní sociálnych informácií a sociálnej vnímavosti sme medzi profesiami nezachytili štatisticky významné rozdiely, až na oblasť sociálnej spôsobilosti s vyšším skóre u ZZ oproti sestrám (tabuľka 1).

Tab. 1 Sociálna inteligencia u zdravotníckych pracovníkov podľa vykonávanej profesie

	Sestry M (SD)	Zdravotnícki záchranári M (SD)	P
Spracovanie sociálnych informácií (SP)	4,67 (0,81)	4,88 (0,97)	0,203
Sociálna spôsobilosť (SS)	4,63 (0,89)	5,10 (0,92)	0,007
Sociálna vnímavosť (SA)	4,46 (0,93)	4,62 (0,95)	0,856

Podľa veku sme v našom súbore nezistili žiadne štatisticky významné rozdiely (tabuľka 2).

Tab. 2 Sociálna inteligencia u zdravotníckych pracovníkov podľa veku

	20 - 30 rokov M (SD)	31 - 40 rokov M (SD)	41 - 50 rokov M (SD)	51 a viac rokov M (SD)	P
Spracovanie sociálnych informácií (SP)	4,91 (0,92)	4,65 (0,88)	4,73(0,95)	4,96 (0,95)	0,584
Sociálna spôsobilosť (SS)	5,01 (0,89)	4,75 (0,89)	4,82 (1,05)	4,94 (0,87)	0,741
Sociálna vnímavosť (SA)	4,47 (0,93)	4,69 (1,06)	4,49 (0,73)	4,23 (1,27)	0,716

Muži dosiahli signifikantne vyššie skóre v oblasti sociálnej spôsobilosti oproti ženám (tabuľka 3). Muži v našom súbore vykonávali najmä prácu ZZ (N = 39) a v profesii sestry dominovalo ženské pohlavie (N = 56). Kentoš, Birknerová (2011) posudzovali sociálnu inteligenciu medzi ženami a mužmi v Prešovskom a Košickom regióne. Z výsledkov ich výskumu nevyplývali štatisticky významné rozdiely v rámci škál SI medzi pohlaviami.

Tab. 3 Sociálna inteligencia u zdravotníckych pracovníkov podľa pohlavia

	Ženy M (SD)	Muži M (SD)	P
Spracovanie sociálnych informácií (SP)	4,75 (0,84)	4,81 (0,97)	0,722
Sociálna spôsobilosť (SS)	4,70 (0,90)	5,10 (0,96)	0,024
Sociálna vnímavosť (SA)	4,48 (0,99)	4,63 (0,85)	0,423

Vyššiu sociálnu spôsobilosť sme zistili u zdravotníkov s úplným stredným odborným vzdelaním (resp. s pomaturitnou špecializáciou v profesii ZZ) a VOV oproti zdravotníckym pracovníkom s vysokoškolským vzdelaním (tabuľka 4). Na ďalších škála SI sme nezachytili signifikantné rozdiely.

Tab. 4 Sociálna inteligencia u zdravotníckych pracovníkov podľa vzdelania

	SZŠ M (SD)	VOV M (SD)	VŠ I. M (SD)	VŠ II. M (SD)	P
Spracovanie sociálnych informácií (SP)	4,76 (0,92)	4,97 (0,89)	4,68(0,89)	4,65 (0,86)	0,561
Sociálna spôsobilosť (SS)	5,05 (0,99)	5,08 (0,94)	4,71 (0,83)	4,42 (0,93)	0,049
Sociálna vnímavosť (SA)	4,56 (0,88)	4,31 (1,00)	4,54 (0,92)	4,84 (0,98)	0,325

U zdravotníkov s dĺžkou praxe do 5 rokov sme zaregistrovali signifikantne vyššiu sociálnu spôsobilosť oproti profesionálom s praxou viac ako 6 rokov (tabuľka 5).

Tab. 5 Sociálna inteligencia u zdravotníckych pracovníkov podľa dĺžky praxe

	Do 1 roka M (SD)	1 – 5 rokov M (SD)	6 – 10 rokov M (SD)	11 – 20 rokov M (SD)	Viac ako 20 rokov M (SD)	P
Spracovanie sociálnych informácií (SP)	4,77 (0,92)	4,96 (0,92)	4,71(1,02)	4,71 (0,90)	4,62 (0,85)	0,620
Sociálna spôsobilosť (SS)	5,47 (0,74)	5,14 (0,99)	4,74 (1,03)	4,59 (0,83)	4,64 (87)	0,030
Sociálna vnímavosť (SA)	4,31 (0,94)	4,59 (0,83)	4,34 (1,10)	4,80 (0,92)	4,41 (0,96)	0,402

## ZÁVER

Práca záchranára a sestry je mimoriadne psychicky a fyzicky náročná. Pri veľkom fyzickom a psychickom zaťažení vidí sestra a záchranár okrem úspechov a radosti zo záchrany života i mnohé prípady neúspechov a úmrtí pacientov a to napriek nadľudsky vynaloženej snahe zdravotného tímu. To pôsobí často demotivujúco, frustrujúco, depresívne a narúša radosť z práce zdravotníckeho povolania. Týmto záťažovým situáciám dokáže zdravotník odolávať a stres prekonávať pomocou volenia vhodných stratégií zvládania záťaže či využívaním efektívnych sociálnych zručností. Ide o proces, na ktorom sa zúčastňuje snaha o riešenie konfliktu a snaha o emocionálnu reguláciu. Preto sociálna spôsobilosť má nezastupiteľné miesto pri efektívnom zvládaní záťažových situácií. V rámci sociálnej spôsobilosti je potrebné zamerať sa na sociálnu komunikáciu, upevnenie interpersonálnych vzťahov, napr. využívať asertívne techniky, iniciovať zavedenie kaučingu, budovať istotu a kvalitu medziľudských vzťahov, realizovať teambuilding, spoznať hlbšie seba aj svojich spolupracovníkov.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BRATSKÁ, M. a kol. 2003. Osobnosť v situáciách psychickej záťaže FF UK [online]. 2003. [cit. 2012-03-02]. Dostupné na internete: <http://www.cdvuk.sk/blade/files/UTP/bratskatetyosobnost-v.doc>.
- CAMERINO, D. ET AL. 2008. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. In *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no. 1, pp. 35–50.
- DIMUNOVÁ, L. – KALÁTOVÁ, D. 2010. Výskyt syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na oddeleniach intenzívnej starostlivosti. In *Zdravotníctví a sociální práce*. 2010, vol. 5, no. 3-4, pp. 36–39.
- JENNINGS, B. M. 2008. Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions In HUGHES. R. G. (Ed.): *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: Vol. 1, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services [online]. 2008, Chapter 26., p. 1–22. [cit. 2014-03-10]. Dostupné na internete: <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>.
- KENTOŠ, M. – BIRKNEROVÁ, Z. 2011. Emocionálna a sociálna inteligencia mužov a žien. In *Človek a spoločnosť*. [online]. 2011, vol. 14, no. 4. [cit. 2014-03-10]. Dostupné na internete: <http://www.saske.sk/cas/zoznam-rocnikov/2011/4/5954/>.

- LAAL, M. – ALIRAMAIE, N. 2010. Nursing and coping with stress. In *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2010, vol. 2, no. 5, pp. 168–181.
- LAMBERT, V. A. – LAMBERT, C. E. 2008. Nurses' workplace stressors and coping strategies. In *Indian Journal of Palliative Care*. [online]. 2008, vol. 14, no. 1, pp. 38–44. [cit. 2014-03-10]. Dostupné na: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934>.
- McVICAR, A. 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. In *Journal of Advanced Nursing*. 2003, vol. 44, no. 6, pp. 633–642.
- RADKIEWICZ, P. et al. 2003. Affectivity as individual factor influencing the intent to leave the nursing profession. In HASSELHORN, H.-M., TACKENBERG, P., MÜLLER, B. H. (eds.). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Nurses earlier exit study (NEXT)*. Wuppertal: University of Wuppertal, 2003. p. 64–69.
- SILVERA, D. H. – MARTINUSSEN, M. – DAHL, T. 2001. The Thomso Social Intelligence Scale, a self-report measure of Social Intelligence. In *Scandinavian Journal of Psychology*, 2001, vol. 42, pp. 313-319.
- SMITHA, K. B. – PROFETTO-MCGRATHA, J. – CUMMINGS, G. G. 2009. Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. In *International Journal of Nursing Studies*, 2009, vol. 46, pp. 1624–1636.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. – VARADYOVÁ, A. 2012. Stres v práci sestry v anesteziologickej a intenzívnej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2012, vol. 3, no. 1, pp. 340-347.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. – SUŠINKOVÁ, J. – CENKNEROVÁ, M. 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2013, vol. 4, no. 3, pp. 622-627.
- ŠKODOVÁ, Z. – BÁNOVČÍNOVÁ, Ľ. 2011. Osobnostné prediktory syndrómu vyhorenia u študentov pomáhajúcich profesií. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, vol. 2, no. 4, pp. 288–294.
- PILÁRIK, Ľ – TOBÁKOŠOVÁ, Z. 2013. Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2013, vol.3, no.1, pp. 5-10.
- THORNDIKE, E. L. Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 1920, vol. 140, pp. 227-235.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2011. *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha : Grada, 183 s.

VÝROST, J. – BAUMGARTNER, F. 2006. K otázkam výskumu sociálnej inteligencie, sociálnych kompetencií a múdrosti. In RUISEL, I. et al. *Úvahy o inteligencii a osobnosti*. Bratislava : Slovak Academic Press, 2006, s. 60-89.

## **KONTAKT**

**doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.**

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach

Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Trieda SNP 1

040 01 Košice

e-mail: [maria.zamboriova@upjs.sk](mailto:maria.zamboriova@upjs.sk)

# HODNOTENIE VÝUČBY A SUPERVÍZIE V KLINICKEJ OŠETROVATELSKEJ PRAXI

## EVALUATION OF TEACHING AND SUPERVISION IN CLINICAL NURSING PRACTICE

**Mária Zanovitová, Martina Lepiešová, Radka Kurucová, Katarína Žiaková, Ivan Farský**

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

### **Abstrakt**

**Ciel':** Cieľom bolo zistiť ako študenti 3. ročníka študijného programu Ošetrovateľstvo hodnotia klinickú prax pod vedením mentora a na základe získaných údajov zistiť ako sa hodnotenie klinickej praxe študentmi odlišuje v rámci jednotlivých pracovísk.

**Metodika:** Použili sme štandardizovaný dotazník *Clinical Learning Environment and Supervision evaluation scale (CLES)*, vytvorený pre hodnotenie klinickej praxe študentmi. Zber údajov prebiehal po ukončení klinickej praxe vedenej mentormi. Dotazník vyplnilo 36 študentov 3. ročníka študijného programu Ošetrovateľstvo.

**Výsledky:** Spokojnosť študentov sa v jednotlivých subškálach dotazníka pohybovala od 82,6 % po 89,8 % čo môžeme interpretovať ako vysokú spokojnosť. Najlepšie hodnotili subškálu vzťah mentor – študent (4,49). Najnižšie priemerné skóre bolo v subškále vyučovanie na oddelení (4,13). Celkovo 86 % študentov bolo spokojných s vedením klinickej praxe formou supervízie. Študenti vo všetkých subškálach dotazníka hodnotili klinickú prax lepšie a pozitívnejšie na oddeleniach chirurgických disciplín a pracoviskách intenzívnej starostlivosti ako na oddeleniach internistických disciplín. Štatisticky významné rozdiely medzi pracoviskami sme zaznamenali v subškálach ošetrovateľská starostlivosť a vzťah mentor – študent.

**Záver:** Vzhľadom k výsledkom hodnotenia vedenia klinickej praxe na základe CLES, konštatujeme celkovú spokojnosť študentov. Naše zistenia môžu byť argumentáciou požiadavky udržať vysokú úroveň spolupráce mentorov a pedagógov zodpovedných za klinickú prax. Je nevyhnutné zabezpečiť takúto stratégiu klinickej výučby aj ďalším študentom ošetrovateľstva.

**Kľúčové slová:** študent, klinická prax, supervízia, mentor, hodnotenie, CLES

## Abstract

**Aim:** The purpose of the study was to find out how final year nursing students evaluate their clinical placement under the supervision of mentor and to identify the differences in students' evaluation based on specific clinical placements.

**Method:** We had used standardized questionnaire *Clinical Learning Environment and Supervision evaluation scale (CLES)* constructed for nursing students to evaluate their clinical placements. Data collection had been performed after finishing their clinical practice under mentor's supervision. Questionnaire was completed by 36 final year nursing students.

**Results:** Students' satisfaction in questionnaire subscales ranged from 82,6 % to 89,8 % that can be interpreted as high satisfaction. Subscale *Supervisory Relationship* was evaluated the best (4,49). The lowest score was achieved in subscale *Learning on the Ward* (4,13). 86 % of nursing students declared overall satisfaction with clinical practice supervised by the mentors. In each subscale of CLES students' satisfaction was higher and practice was evaluated better in surgical and intensive care placements rather than in internal medicine placements. Significant differences based on the place of clinical practice (discipline / workplace) have been identified in subscales *Nursing Care on the Ward* and *Supervisory Relationship*.

**Conclusion:** Based on the results of CLES we conclude overall students' satisfaction with their clinical placement. The findings justify the call to maintain high level cooperation within the relationship between mentors and lecturers responsible for clinical placements. It is crucial to ensure such strategy of clinical learning for further nursing students.

**Keywords:** student, clinical placement, supervision, mentor, evaluation, CLES

## ÚVOD

Súčasnú reformnú snahu v pedagogike podporujú učenie zamerané na študenta – tzv. student – centered learning. (Rohlíková, Vejvodová, 2012, s.22) Tieto snahy sa dotýkajú aj didaktiky vysokých škôl. Mení sa rola učiteľa a študenta v tom zmysle, že poznávacie procesy zahŕňajú vyššiu mieru aktivity študenta, ich samostatnosť, kreativitu a rozvoj kritického a klinického myslenia v ošetrovatel'stve. Pri vzdelávaní budúcich sestier sa najvýraznejšie tieto zmeny dotýkajú klinickej praxe.



Klinická prax je špecifická forma študijnej praxe, ktorá umožňuje študentom aplikovať v podmienkach klinických zdravotníckych pracovísk teoretické vedomosti a praktické zručnosti, ktoré získali študenti štúdiom teoretických a teoreticko-praktických disciplín v učebniach a laboratórnych podmienkach. Poskytuje priestor pre zdokonaľovanie zručností a návykov, učí študentov samostatnosti, zodpovednosti a práci v interdisciplinárnom tíme. Prebieha pod vedením pedagóga alebo kvalifikovaného mentora. (Rohlíková, Vejvodová, 2012, s. 71). Forma supervízie je práve jednou z takýchto výučbových stratégií, ktorú uplatňujeme u študentov ošetrovateľstva najmä v predmete Ošetrovateľská prax. Ošetrovateľská prax vykonávaná pod vedením mentora zabezpečuje objektívnejšie hodnotenie študentov a lepšiu koordináciu výučby v reálnych podmienkach klinickej praxe. Pozitívne vplýva aj na začlenenie študentov do interdisciplinárneho tímu daného pracoviska. Vzdelávanie sestier prešlo zásadnými zmenami v mnohých krajinách a v rámci tohto procesu sa zmenili aj spôsoby vedenia klinickej praxe a supervízie v klinickej praxi. Úloha učiteľa – odborného asistenta je síce dôležitá, ale v klinickej odbornej praxi sa znížila a úloha sestry – mentorky sa zvýšila (Saarikoski, 2008, s. 9).

Na Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine bol v roku 2008 akreditovaný študijný program sústavného vzdelávania v kategórii sestra: Mentor klinickej praxe v odbore ošetrovateľstvo. V rámci tohto programu bolo vyškolených 90 sestier, ktoré vedú študentov ošetrovateľstva počas klinickej praxe. V súčasnosti pracuje na výučbových pracoviskách UNM (Univerzitná nemocnica Martin) 92 sestier – mentoriek, z toho 83 sestier absolvovalo program sústavného vzdelávania. Ostaní mentori pracujú mimo UNM, prevažne v sfére komunitnej starostlivosti. Aby sa zabezpečila kvalita a efektívnosť výučby v klinickej praxi je potrebné realizovať spätnú väzbu. Hodnotenie by malo byť významnou súčasťou vzdelávania v klinickej praxi. Pokiaľ nie je činnosť mentora hodnotená, môže dochádzať k znižovaniu kvality výučby klinickej praxe (Gopee, 2011, p. 237). V našom príspevku sme sa zamerali práve na spokojnosť študentov s realizáciou klinickej praxe pod vedením mentora.

## **CIEĽ**

Cieľom prieskumu bolo zistiť ako študenti 3. ročníka študijného programu Ošetrovateľstvo hodnotia klinickú prax pod vedením mentora v sledovaných oblastiach: atmosféra na oddelení, štýl vedenia vedúcej sestry, ošetrovateľská starostlivosť na oddelení, výučba na oddelení, vzťah medzi mentorom a študentom. Na základe získaných údajov sme chceli zistiť ako sa hodnotenie klinickej praxe študentmi odlišuje v rámci jednotlivých pracovísk.

## METODIKA

V metodike sme sa snažili nadviazať na skúsenosti fínskych autorov Saarikoski & Leino Kilpi a na základe ich súhlasu sme použili štandardizovaný dotazník *Clinical Learning Environment and Supervision evaluation scale (CLES)*, špeciálne vytvorený pre študentov. Dotazník je delený do piatich subškál: atmosféra na oddelení, štýl vedenia vedúcej/staničnej sestry na oddelení, ošetrovateľská starostlivosť na oddelení, výučba na oddelení a vzťah medzi mentorom a študentom. Jednotlivé položky boli hodnotené na päťstupňovej Likertovej škále (1= úplne nesúhlasím až 5= úplne súhlasím). Zber údajov prebiehal po ukončení klinickej praxe (v predmete Zimná prax) v zimnom semestri akademického roku 2013/2014. Dotazník vyplnilo 36 študentov 3 ročníka študijného programu Ošetrovateľstvo.

### Štatistické metódy

Empirické údaje jednotlivých dotazníkov boli okódované a následne prevedené do elektronickej podoby v programe MS Excel 2007. Na štatistické spracovanie boli použité štatistické funkcie MS Excel 2007 a softwarový program SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, verzia 20.

Použili sme metódu deskriptívnej a indukčnej štatistiky. Pre hodnotenie celej vzorky v rámci každej položky dotazníka CLES a jeho subškál bolo zistené priemerné skóre a smerodajná odchýlka (SD). Spokojnosť študentov v jednotlivých subškálach sme vyjadrili percentuálne.

Na vyjadrenie štatisticky významných rozdielov medzi intervalovými závislými premennými (priemerné hodnoty subškál dotazníka CLES) a kategorickými premennými s 3 hodnotami (typ pracoviska študenta a mentora) bol použitý neparametrický Kruskal-Wallis ANOVA - P(K-W) na hladine významnosti 5 %.

### VÝSLEDKY

Z výsledkov deskriptívnej štatistiky vyplýva, že študenti najlepšie hodnotili subškálu vzťah mentor – študent ( $4,49 \pm 0,63$ ). (Tab. 1) Táto subškála pozostávala z 8 položiek, najvyššie priemerné skóre bolo zaznamenané v položkách *Moja mentorka mala k supervízii kladný vzťah* ( $4,61 \pm 0,69$ ), *Mal/a som pocit, že mentorka ku mne pristupovala individuálne* ( $4,61 \pm 0,69$ ), *Celkovo som bol/a so supervíziou spokojný/á* ( $4,61 \pm 0,73$ ), *Supervízia bola založená na vzťahu rovnosti a prehĺbila úroveň mojich vedomostí a zručností* ( $4,61 \pm 0,60$ ), *Vzťah sa vyznačoval vzájomnou spoluprácou* ( $4,61 \pm 0,73$ ). Naopak najnižšie skóre v tejto subškále pozorujeme v položke *Vzťah bol založený na dôvere* ( $3,97 \pm 1,00$ ).

Tab. 1 Výsledky hodnotenia jednotlivých subškál

Subškály	priemer	SD	%
Atmosféra	4,22	0,57	84,4
Štýl vedenia	4,21	0,68	84,2
Ošetrovateľská starostlivosť	4,39	0,41	87,8
Vyučovanie na oddelení	4,13	0,59	82,6
Vzťah mentor - študent	<b>4,49</b>	0,63	<b>89,8</b>
Celková spokojnosť	4,30	0,41	86,0

Druhou subškálou, ktorú študenti hodnotili pozitívne bolo poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na oddelení ( $4,39 \pm 0,41$ ). Táto subškála pozostávala zo 4 položiek, najvyššie priemerné skóre dosiahla položka *S odovzdávaním informácií dotýkajúcich sa starostlivosti o pacientov neboli žiadne problémy* ( $4,58 \pm 0,60$ ). Najnižšie hodnoty dosiahla položka *Ošetrovateľská dokumentácia bola jasná. (napr. ošetrovateľské plány, denné záznamy ošetrovateľských postupov)* ( $4,22 \pm 0,83$ ).

Tretou najlepšie hodnotenou subškálou bolo hodnotenie atmosféry ( $4,22 \pm 0,57$ ), ktorá pozostávala z 5 položiek. Najvyššie priemerné skóre pozorujeme v položke *Na oddelení panovala dobrá atmosféra* ( $4,44 \pm 0,91$ ). Najnižšie skóre v tejto subškále dosiahla položka *V priebehu pracovných stretnutí (napr. odovzdávanie služby) som sa bez problémov zapájal/a do rozhovoru* ( $3,91 \pm 0,99$ ).

Nižšie priemerné skóre dosiahli respondenti v subškále štýl vedenia ( $4,21 \pm 0,68$ ), ktorá pozostávala zo 4 položiek. Najvyššie priemerné skóre bolo v položke *Vedúca sestra pozerá na personál na svojom oddelení ako na kľúčový prvok starostlivosti* ( $4,69 \pm 0,52$ ). Naopak najnižšie skóre v tejto subškále bolo zaznamenané v položke *Snaha jednotlivých sestier bola ocenená* ( $3,66 \pm 0,95$ ).

Subškála vyučovanie na oddelení, ktorá pozostávala zo 6 položiek, dosiahla najnižšie priemerné skóre ( $4,13 \pm 0,59$ ). Najvyššie priemerné skóre pozorujeme v položke *Oddelenie môže byť považované za dobré prostredie pre výučbu* ( $4,55 \pm 0,69$ ). Naopak najnižšie skóre v tejto subškále bolo v položke *Personál poznal meno každého študenta* ( $3,38 \pm 1,27$ ).

Pri hodnotení klinickej praxe študenti uvádzali aj pracovné zaradenie ich mentorov. Najväčšie zastúpenie mali sestry (21). Na výučbe sa ďalej podieľalo 9 vedúcich sestier, 5 sestier – špecialistiek a 1 zástupkyňa vedúcej sestry.

V rámci supervízie študenti hodnotili aj metódu supervízie pričom 1 študentka uviedla možnosť *Osobná mentorka mi bola pridelená, no náš vzťah počas praxe nefungoval*, 1 študentka uviedla možnosť *Mentorky sa menili podľa zmien a pracovísk*, ostatné študentky

(34) uviedli možnosť *Bola mi pridelená osobná mentorka a náš vzťah počas praxe fungoval.*

Pri hodnotení individuálnych stretnutí s mentorom 7 študentiek uviedlo, že individuálne stretnutia neprebiehali *vôbec*, 12 študentiek uviedlo, že stretnutie sa uskutočnilo *jeden či dvakrát počas kurzu*, 1 študentka uviedla, že stretnutia prebiehali *menej ako raz za týždeň*, 3 študentky, že asi *jedenkrát za týždeň* a 13 študentiek uviedlo, že individuálne stretnutia prebiehali *častejšie*.

Pri vyhodnocovaní získaných údajov sme chceli tiež zistiť ako sa hodnotenie klinickej praxe študentmi odlišuje v rámci jednotlivých pracovísk. (Tab. 2)

Tab. 2 Hodnotenie jednotlivých subškál CLES podľa typu pracoviska

Subškály	Chirurgické disciplíny		Internistické disciplíny		Pracoviská intenzívnej starostlivosti		
	priemer	SD	priemer	SD	priemer	SD	p(K-W)
Atmosféra	4,33	0,52	4,01	0,62	4,50	0,37	0,112
Štýl vedenia	4,34	0,76	4,18	0,65	3,96	0,58	0,374
Ošetrovateľská starostlivosť	4,53	0,48	4,23	0,32	4,67	0,82	<b>0,032</b>
Vyučovanie na oddelení	4,33	0,43	3,88	0,63	4,30	0,62	0,102
Vzťah mentor - študent	4,77	0,17	4,20	0,82	4,60	0,38	<b>0,048</b>

V tabuľke č. 2 uvádzame výsledky deskriptívnej a induktívnej štatistiky v jednotlivých subškálach CLES z hľadiska pracoviska, na ktorom študenti vykonávali klinickú prax. Z výsledkov priemerného skóre môžeme konštatovať, že najnižšie priemerné skóre dosiahli mentori z pracovísk internistických disciplín vo všetkých subškálach, v porovnaní s mentormi z pracovísk chirurgických disciplín, pracovísk intenzívnej starostlivosti a jednotiek intenzívnej starostlivosti a kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny.

V subškálach atmosféra a ošetrovateľská starostlivosť hodnotili študenti najlepšie klinickú prax a supervíziu na pracoviskách intenzívnej medicíny. V subškálach štýl vedenia, vyučovanie na oddelení a vzťah mentor - študent pozorujeme najvyššie priemerné skóre u mentorov z pracovísk chirurgických disciplín.

Štatisticky významné rozdiely medzi uvedenými skupinami pozorujeme len v subškálach ošetrovateľská starostlivosť a vzťah mentor – študent.

## INTERPRETÁCIA

U študentov, ktorí hodnotili priebeh klinickej praxe a supervíziu sa spokojnosť v jednotlivých subškálach pohybovala od 82,6 % po 89,8 % čo môžeme interpretovať ako vysokú spokojnosť.

Ako sme už uviedli v interpretácii výsledkov bola študentmi najlepšie hodnotená subškála vzťah mentor – študent, ktorá nám vypovedá o vzťahu medzi mentorom a študentom, o individuálnom prístupe mentora k študentovi, ako aj o spätnej väzbe. Táto subškála je dôležitá aj z hľadiska výpovednej hodnoty spokojnosti sú supervíziou, ale aj vzájomnou úctou, uznaním, dôverou a prehĺbením študentových vedomostí a zručností. Respondenti hodnotia vzťah medzi mentorom a študentom pozitívne vo väčšine položiek tejto subškály, napríklad *Moja mentorka mala k supervízii kladný vzťah* (hodnoty 4,61 na 5 –stupňovej Likertovej škále), okrem položky *Vzťah bol založený na dôvere* (3,97). Pri hodnotení supervízie len 1 študentka uviedla možnosť *Osobná mentorka mi bola pridelená, no náš vzťah počas praxe nefungoval*. Podobne aj pri hodnotení výučby a supervízie v klinickej ošetrovateľskej praxi v akademických rokoch 2008/2009 a 2009/2010 patrí táto subškála k najlepšie hodnoteným subškálam (Žiaková a kol., 2010a, s. 76) Naopak v podobnom hodnotení klinickej výučby (Skřivánková, 2012, s. 284) patrila táto subškála k najhoršie hodnoteným (3,7). Práve vzťah medzi mentorom a študentom sa považuje za najdôležitejší faktor priebehu a riadenia klinickej praxe.(Warne et al., 2010, s. 814, Jokelainen et al., 2011, s. 2863, Löfmark et al., 2012, s. 167).

Najnižšie priemerné skóre pozorujeme v subškále vyučovanie na oddelení (4,13), ktorá predstavuje informovanosť študenta o praxi a angažovanosti celého personálu. Taktiež sa zameriava na prítomnosť rôznych situácií, z ktorých sa môže študent učiť a o vhodnosti celého prostredia pre výučbovú základňu. Najvyššie priemerné skóre pozorujeme v položke *Oddelenie môže byť považované za dobré prostredie pre výučbu* (4,55±0,69). Naopak najnižšie skóre v tejto subškále pozorujeme v položke *Personál poznal meno každého študenta* (3,38±1,27). Spokojnosť študentov s vyučovaním na danom pracovisku oproti roku 2008 narástla. (Žiaková a kol., 2010b, s. 29) Je to aj vďaka tomu, že klinická prax v UNM Martin prebieha formou supervízie už od roku 2008 a tam kde prebieha odborná prax pracuje dostatočný počet vyškolených mentorov. Ostaný personál je tak viac oboznámený o priebehu vyučovania na oddelení, o prítomnosti študentov a o ich „kompetenciách“ a pod. Aj keď je s oddelením ako výučbovou bázou spokojných 82,6 % študentov je potrebné zamerať sa zlepšenie podmienok na oddelení pre výkon klinickej ošetrovateľskej praxe tak, aby sa zefektívnilo vedenie študentov na praxi a tým sa zabezpečil profesijný rast každého študenta.

Jednou z možností zlepšenia by mohlo byť aj organizovanie pravidelných pracovných stretnutí mentorov a pedagógov zodpovedných za klinickú prax študentov. Na to , aby sa zabezpečila efektivita a individuálny prístup mentora k študentovi je potrebné zvýšiť počet sestier UNM, ktoré majú záujem pracovať ako mentor, aby tým boli pokryté požiadavky vzdelávacej inštitúcie a aby na jedného mentora pripadal jeden študent.

S problematikou vyučovania na oddelení veľmi úzko súvisí aj a to, aká je atmosféra na oddelení, kde študent vykonáva klinickú prax. Pozitívna atmosféra má veľký význam pre pôsobenie študentov na pracovisku, nakoľko zlé interpersonálne vzťahy a nevhodná atmosféra pôsobia negatívne nielen na výkon študenta ale aj na mentora. Z našich výsledkov vyplýva, že s atmosférou na oddelení je spokojných 84,4 % študentov, čo sa v konečnom dôsledku prejavuje aj vo výsledkoch celkovej spokojnosti študentov. Podobné výsledky sme zaznamenali aj v predchádzajúcich rokoch (Žiaková a kol., 2010a, s. 76).

Nižšia spokojnosť sa prejavovala so štýlom vedenia na oddelení s najnižšie hodnotenou položkou *Snaha jednotlivých sestier bola ocenená* ( $3,66 \pm 0,95$ ). Dosiagnuté výsledky môžu súvisieť aj s tým, že študenti sa s vedúcou sestrou pravdepodobne nestretávali až tak často (napr. ak študent pracoval presne podľa rozpisu služieb mentorky), aby mohli objektívne hodnotiť ako bola oceňovaná práca sestier.

Respondenti vyjadrili čiastočnú spokojnosť až spokojnosť s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti na pracovisku.

Celkovo 86 % študentov bolo spokojných s vedením klinickej praxe formou supervízie. Uvádzajú pozitívne hodnotenie s priemerným skóre 4,30 na 5 stupňovej Likertovej škále. Študenti, ktorí absolvujú klinickú prax pod vedením mentora sú stále viac spokojnejší. Napr. oproti výsledkom z roku 2008 je to viac ako 26% nárast, oproti roku 2009 narástla spokojnosť študentov o 4 % (Žiaková a kol., 2010a, s. 76; Žiaková a kol., 2010b, s. 29).

Saarikoski (2008, s.9) uvádza , že 53% študentov hodnotilo supervíziu pozitívne.

Pri náraste percent študentov, ktorí sú spokojní s realizáciou klinickej praxe pod vedením mentora môžeme uvažovať o tom, že je to spôsobené s čoraz väčším počtom vyškolených mentorov, ktorí pôsobia na výučbových základniach a majú viacročné skúsenosti. K pozitívnemu hodnoteniu prispieva aj fakt, že študenti sa s takouto formou individuálnej supervízie stretávajú na klinickej praxi počas celého štúdia. Tak ako nadobúdajú mentori skúsenosti so supervíziou, tak sú spokojnejší aj študenti. Pre študenta vedenie klinickej praxe mentorom nie je ničím neznámym a stáva sa tak „štandardnou“ výučbovou stratégiou, ktorá zlepšuje odbornú pripravenosť študenta pre budúce povolanie.

Pri hodnotení klinickej praxe študentmi sme sa zamerali aj na to, ako sa hodnotenie klinickej praxe študentmi odlišuje v rámci jednotlivých pracovísk. Pracoviská sme rozdelili na pracoviská internistických disciplín, pracoviská chirurgických disciplín, pracoviská intenzívnej starostlivosti.

Študenti prakticky vo všetkých subškálach hodnotili klinickú prax a supervíziu lepšie a pozitívnejšie na oddeleniach chirurgických disciplín a pracoviskách intenzívnej starostlivosti ako na oddeleniach internistických disciplín. Výsledky pripisujeme dvom skutočnostiam. Prvé skúsenosti s mentormi a mentoringom máme práve na chirurgických oddeleniach, na ktorých aj v súčasnosti pracuje v rámci UNM najviac vyškolených mentorov (42 z celkového počtu 92). Mentori na týchto pracoviskách majú už viacročné skúsenosti s vedením študentov. Druhou skutočnosťou, ktorá sa podpísala pod pozitívnejšie hodnotenie pracovísk chirurgických disciplín a pracovísk intenzívnej starostlivosti môže byť samotné zameranie oddelenia. Chirurgické pracoviská sú viac zamerané na určitú akčnosť, zručnosti, častejšie zmeny, striedanie pacientov a na oddeleniach internistických disciplín je starostlivosť viac konzervatívnejšia. Podobné výsledky boli potvrdené aj v iných štúdiách (Murphy et al., 2012, s. 173; Saarikoski et al., 2003, s. 1019).

Štatisticky významné rozdiely medzi uvedenými skupinami sme zaznamenali v subškálach ošetrovateľská starostlivosť a vzťah mentor – študent. Saarikoski et al. (2003) realizoval štúdiu, v ktorej boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely vo všetkých subškálach CLES. Podobne v štúdiu Skřivánkovej (2012, s.386) bol zaznamenaný signifikantný rozdiel v hodnotení kvality klinickej praxe na internom a chirurgickom oddelení len v subškále vzťah mentor – študent, lepšie však boli hodnotené pracoviská internistických disciplín.

Aj napriek pozitívnemu hodnoteniu klinickej praxe a supervízie je potrebné naďalej zefektívňovať aktívnu spoluprácu sestier – mentorov, pedagógov zodpovedných za klinickú prax, ale aj študentov. Naším cieľom je posilňovať vzťahy medzi vzdelávacími inštitúciami a výučbovými pracoviskami, nakoľko klinická prax vedená pod mentorom nemá význam len pre študenta, ale aj pre samotné pracovisko (zlepšenie výberu a udržania zamestnancov, stabilizácia ľudských zdrojov, zlepšenie interpersonálnych vzťahov a pod.).

## **ZÁVER**

V profesionálnej príprave sestier sa za najdôležitejšie považuje získavanie zručností v praktických podmienkach, v rámci klinickej praxe. Cieľom klinickej praxe študentov ošetrovateľstva je zaistiť efektívne a vysoko odborné prostredie pre možnosť získavania, upevňovania a precvičovania si autonómnych a súčinných činností/intervencií sestry. Klinická

prax vykonávaná pod vedením mentora zabezpečuje objektívnejšie hodnotenie študentov a taktiež zabezpečuje lepšiu koordináciu výučby v reálnych podmienkach klinickej praxe. Veľmi pozitívne vplýva na integráciu študentov do interdisciplinárneho tímu pracoviska klinickej výučby.

To ako klinická prax prebieha, ako sa realizuje ošetrovateľská starostlivosť na pracovisku, aká tam panuje atmosféra, odbornosť mentorov, poskytovanie spätnej väzby študentom výrazne ovplyvňuje študentov ošetrovateľstva v rozhodovaní pri výbere budúceho pracoviska. Vzhľadom k výsledkom hodnotenia spokojnosti študentov s vedením klinickej praxe je dôležité aj naďalej udržať poskytovanú kvalitu práce mentorov ako aj pedagógov zodpovedných za klinickú prax a zabezpečiť takúto stratégiu výučby aj ďalším študentom ošetrovateľstva.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

GOPEE, N. 2011. *Mentoring and Supervision in Healthcare*. SAGE Publications, 2011. 304 p.

JOKELAINEN, M. et al. 2011. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. In *Journal Clinical Nursing*, 2011, vol. 20, no. 19-20, pp. 2854-2867.

LÖFMARK, A. et al. 2012. Nursing students' satisfaction with supervision from preceptors and teachers during clinical practice. In *Nurse Education in Practice*, 2012, vol.12, no.3, pp. 164- 169.

MURPHY, F. et al. 2012. Nursing students' experiences and preferences regarding hospital and community placements. In *Nurse Education in Practice*, 2012, vol.12, no.3, pp. 170-175.

ROHLÍKOVÁ, L. – VEJVODOVÁ, J. 2012. *Vyučovací metody na vysoké škole*. Praha : Grada, 2012, 281 s.

SAARIKOSKI, M. 2003. Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. In *The international journal of psychiatric nursing research*, 2003, vol.9, no. 1, pp. 1014-1022.

SAARIKOSKI, M. 2008. A cross-cultural perspective to mentorship: Description of clinical supervision practices of nursing students in eight nursing schools in Europe. In *Sociokulturní – právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Olomouc : 2008. pp. 7-16.

WARNE, T. et al. 2010. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. In *Nurse Education Today*, 2010, vol.30, no.8, pp.809-815.



ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2010a. Achieving proficiency in clinical practice – satisfaction of nursing students and nurses with mentorship. In Contemporary issues of nursing education and practice. Stavanger: Stavanger University, 2010, s.75-80.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2010b. Evaluation of clinical practice and supervision. In Profesionálna príprava sestier: Professional preparation of nurses. Martin: univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2010, 26-31.

## **KONTAKT**

**Mgr. Mária Zanovitová, PhD.**

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

e-mail: [zanovitova@jfmed.uniba.sk](mailto:zanovitova@jfmed.uniba.sk)

# DIGITÁLNA GRAMOTNOSŤ A JEJ VÝZNAM V EDUKÁCII SENIOROV

## DIGITAL LITERACY AND ITS SOUND IN SENIOR'S EDUCATION

**Katarína Zrubáková, Vladimír Littva**

Fakulta zdravotníctva, Katolícka Univerzita, Ružomberok

### **Abstrakt**

**Úvod:** súčasná doba prináša so sebou množstvo vylepšení po technickej a komunikačnej stránke. Digitálne médiá využíva predovšetkým mladá generácia a dospelí v strednom veku. Avšak v staršom dospelom veku a v senu, digitálna gramotnosť klesá. V príspevku sa preto venujeme digitálnej gramotnosti vo vyššom veku, ako aj využitiu informačných technológií pri edukácii seniorov.

**Ciel':** zistiť úroveň digitálnej gramotnosti seniorov, úroveň používania informačno-komunikačných technológií a záujem seniorov vzdelávať sa prostredníctvom informačných technológií.

**Súbor a metodika:** výskumný súbor tvorili seniori z okresu Ružomberok, v počte 102. Výber respondentov bol neproporčný, stratifikovaný. Hlavnou metódou výskumu bol štandardizovaný dotazník na určenie základných zručností v práci s informačnými technológiami.

**Výsledky:** Pri spracovaní výsledkov sme použili deskriptívnu štatistiku- absolútny počet, percento a analýzu stredných hodnôt v sledovaných oblastiach. Pri vyhodnotení jednotlivých oblastí dotazníka sme zistili slabé vedomosti a zručnosti v základných nástrojoch, informačných procesoch a komunikácii, všeobecných aspektoch. Nedostatočné vedomosti a zručnosti pri špecifickom využívaní informačno-komunikačných technológií.

**Kľúčové slová:** edukácia, digitálna gramotnosť, senior, projekt Grundtvig

### **Abstract**

**Introduction:** actual age brings a lot of improvements in technical and communication site. First of all digital technology is used by young generation and adult in middle age. Digital literacy is decreased by adult in older age and seniors.

Therefore, in contribution we focus on digital literacy in seniority and as well on using information technology in formal and informal education.

**Aim:** was to find out level of digital literacy by seniors and their interest in education through information technologies.

**Research group and methods:** the research group was consisted of seniors from Ružomberok region, in amount of 102. The selection of respondents was disproportionate, stratified. The main method of research was a standardized questionnaire: Questionnaire to determine the basic information and communication technologies skills.

**Results:** in the processing of the results, we used the descriptive statistics- the absolute amount, percentage and analysis of mean values of the concerned areas. By the assessment of each areas of the questionnaire, we found a sufficient knowledge's and skills in basic instruments, the information and communication process and in general aspects. In the area specialized on specific using of information and communication technology were insufficient knowledge's and skills.

**Keywords:** education, digital literacy, senior, project Grundtvig

## ÚVOD

Problematika vzdelávania starších ľudí sa zaraďuje medzi aktuálne otázky súčasnosti. Dôvodom je nárast očakávanej dĺžky života, stúpajúci počet starších ľudí, zvyšujúci počet ľudí v najstarších vekových skupinách, ale aj dopyt seniorov po informáciách a spoločenskom uplatnení z dôvodu vyššieho vzdelania a uvedomelosti. Celoživotné vzdelávanie je zároveň najvyššou prioritou Európskej únie, ktorá v dokumente Memorandum o celoživotnom vzdelávaní (2000, s. 2), uvádza: „*Európa postúpila smerom k vzniku spoločnosti a ekonomiky založenej na vedomostiach. Dnešní Európania žijú v zložitom spoločenskom a politickom svete. Viac než kedykoľvek predtým si jednotlivci chcú plánovať svoj život, očakáva sa od nich aktívny príspevok pre spoločnosť. Vzdelanie v najširšom zmysle slova je kľúčom k vedomostiam a pochopeniu, ako sa vysporiadať s týmito výzvami.*“

Podľa uvedených kritérií edukácia vo vyššom veku môže prebiehať formálne/inštitucionálne na pôde vzdelávacích inštitúcií, neformálne tzv. záujmovým vzdelávaním a informálne- učením sa zo skúseností. Vzdelávanie prebieha tradičným spôsobom, ale aj s využitím informačných technológií (počítač, dataprojektor, televízor, internet...). Dôležitou podmienkou pre formálnu, ale i neformálnu edukáciu seniorov prostredníctvom informačných technológií (ďalej len IKT) je primeraná úroveň digitálnej gramotnosti. Digitálna gramotnosť

má aj u seniorov stúpajúcu tendenciu napríklad podľa štúdie Martina (2009, s. 12) stúpla schopnosť seniorov pracovať s počítačom a internetom od roku 1996 do 2006 o 32%, kedy v roku 1996 to boli len 2% a 2006- 34%. Podľa výskumu, ktorý realizoval Inštitút pre verejné otázky (IVO) u obyvateľov Slovenskej republiky z roku 2013, seniori dosiahli úroveň 37%, pričom u študentov 14-17 ročných to bolo 100% (In. Velšic, 2013). Digitálnu gramotnosť vo vyššom veku ovplyvňuje zdravotný stav seniora, úroveň kognitívnych funkcií, sociálno-ekonomický status, prístup k informačným technológiám. Informačné technológie sa využívajú rôznym spôsobom, pri individuálnej edukácii je to predovšetkým práca s počítačom, vyhľadávanie informácií, demonštrovanie praktických činností prostredníctvom internetu- on-line poradenstvo, telefonické služby (Nemcová, 2010, s. 196).

Pri formálnom vzdelávaní je to e-learning, prezentácia na počítači, práca s elektronickou učebnicou, využívanie tradičných médií ako televízia, video, rádio a podobne.

### **Využitie informačných technológií pri vzdelávaní seniorov prostredníctvom projektu GRUNDTVIG 13412 0715 Učiace sa partnerstvá**

Medzinárodný projekt zastrešujú partnerské inštitúcie: Univerzita v Almerí – Španielsko, MEE Zeeland – Holandsko, FAROS – Grécko, Univerzita v Nyíregyháze – Maďarsko, Univerzita v Katánii – Taliansko a Casa Corpului Didactic Dolj – Rumunsko.

Cieľom projektu je: reálne spoznať, aký prístup k využívaniu moderných technológií majú seniori v denných stacionároch, v daných európskych krajinách. Poukázať na možnosti riešenia výzvy moderných technológií v rámci vzdelávania v Európe. Pomôcť starším ľuďom získať a zlepšiť zručnosti a poznatky v danej oblasti. Zlepšiť kvalitu spolupráce medzi organizáciami zaoberajúcimi sa edukáciou seniorov. Pomôcť starším ľuďom s nižším vzdelaním získať vedomosti, aby zlepšili svoje možnosti zapojenia sa do spoločnosti. Povzbudiť rozvoj inovatívnych metód v rámci vzdelávania starších. Navrhnuť nový edukačný program – materiál na podporu využívania moderných technológií na základe potrieb seniorov. Vypracovať edukačné materiály a príručky.

### **CIEĽ VÝSKUMU V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

1. Zistiť úroveň digitálnej gramotnosti seniorov.
2. Zistiť úroveň používania informačno- komunikačných technológií.
3. Zistiť, aké je využitie IKT pri edukácii seniorov.

## **SÚBOR A METODIKA**

Údaje sme získali od 102 respondentov- seniorov z okresu Ružomberok. Výber respondentov bol stratifikovaný. Predpokladom pre zaradenie do výskumu bol vek nad 60 rokov<sup>1</sup>, navštevovanie inštitúcie záujmového vzdelávania alebo pobyt v zariadení sociálnych služieb (ďalej ZSS). V našom prípade sme do výskumu zaradili seniorov navštevujúcich Univerzitu tretieho veku Katolíckej univerzity v Ružomberku, členov Jednoty dôchodcov v Ľubeli, obyvateľov Zariadenia sociálnych služieb Liptovské Sliache, Senires v Ružomberku a ZSS v Likavke.

### **Základné charakteristiky výskumného súboru**

U seniorov sme zisťovali nasledovné socio-demografické údaje: vek, pohlavie, vzdelanie, ekonomický status a bydlisko (mesto, dedina). Priemerný vek respondentov bol 65 rokov. Do výskumu sa zapojilo 78 mužov a 24 žien. Najviac respondentov- 35, malo stredoškolské vzdelanie a ekonomický status skôr nižší- 47. Až 87 respondentov bývalo v meste.

## **VÝSKUMNÁ METÓDA**

Hlavnou výskumnou metódou bol štandardizovaný dotazník- Questionnaire to determine the basic ICT skills.

Dotazník obsahoval 47 položiek, ktoré boli rozdelené do oblastí:

1. Základné nástroje- počítačový systém, operačný systém.
2. Informačné procesy a komunikácia- vyhľadávanie a triedenie informácií z internetu, osobná komunikácia a spolupráca prostredníctvom siete, textový editor Word, grafické spracovanie, vyjadrenia- multimedialná tvorba, výpočty a štatistické grafy, databázy.
3. Iné špecifické použitie informačno- komunikačných technológií- zábava, učenie sa pomocou nových technológií, on-line platby.
4. Všeobecné aspekty- všeobecné postoje pri práci s IKT, etika.

Na jednotlivé položky respondenti odpovedali prostredníctvom škály: nič- 1, trochu- 2, dosť- 3, veľa- 4.

## **VÝSLEDKY A INTERPRETÁCIA**

Výskum sme začali realizovať od novembra 2013 analýzou dokumentu. Vo februári 2014 sme administrovali dotazníky do jednotlivých lokalít v Slovenskej republike. Ako prvé sa vyzbierali dotazníky v okrese Ružomberok, preto vo výsledkoch výskumu uvádzame údaje

<sup>1</sup> Akceptovali sme pokyny a kritéria hlavného riešiteľa projektu

z tejto lokality. Pri spracovaní číselných údajov sme využili deskriptívnu štatistiku. Výsledky uvádzame v absolútnych číslach, percentách, dopĺňame analýzou stredných hodnôt vybraných otázok. Najdôležitejšie oblasti hodnotenia sme spracovali do tabuliek, dopĺňame komparáciou a slovným komentárom.

### Oblasť 1. Základné nástroje

V prvej oblasti boli dva okruhy otázok- počítačový a operačný systém. V tabuľke 1 uvádzame prvý okruh.

Tab.1 Počítačový systém

Pč.	Alternatívy odpovedí	nič		trochu		dost'		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Poznáte základné počítačové nástroje a funkcie?	33	33	32	31	28	27	9	9
2	Viete zapojiť zariadenia ako je tlačiareň, myš a urobiť základnú údržbu?	47	46	22	22	22	22	11	10
3	Viete zapnúť a vypnúť počítač?	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>39</b>	<b>38</b>
4	Vedeli by ste nainštalovať počítačový program sledujúc inštrukcie na obrazovke?	52	51	26	25	14	14	10	10

Pri vyhodnotení údajov sme zistili najnižšiu úroveň v položke 2- zapojenie zariadenia a inštalácii počítačového programu. 47 respondentov (46%) nevie zapojiť zariadenia, ako je tlačiareň, myš. 52 respondentov- 51% nevie nainštalovať počítačový program. Najlepšie výsledky boli v schopnosti zapnúť a vypnúť počítač- 39 respondentov (38%) ovláda túto funkciu.

V otázkach 1-4 sme ráтали aritmetický priemer, prvá položka mala 2,12. Druhá položka 1,97. Tretia položka 2,69 a štvrtá položka 1,82. Podľa uvedených čísel môžeme konštatovať, že v oblasti Základné nástroje bola najčastejšie uvádzaná alternatíva trochu.

Podobné výsledky boli publikované v projekte Sokrates Grundtvig 2 realizovaným European Federation of Older Students Enlargement and Cooperation (EFOSEC), kde ovládalo prácu s počítačom len 7,3 % oslovených seniorov, návštevníkov Univerzity Tretieho veku v Bratislave, Wiedni, Brne, Dresdene, Kiel, Magdeburgu a Wroclave (EFOSEC, [www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf](http://www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf)).

## Oblasť 2. Informačné procesy a komunikácia

Druhá oblasť obsahovala 7 okruhov otázok (celé znenie je pri popise metódy). Vyhodnotené 3 okruhy otázok uvádzame v tabuľkách 2-4.

Tab. 2 Vyhľadávanie a triedenie informácií z internetu

Pč.	Alternatívy odpovedí	nič		trochu		dost'		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
11.	Poznáte kritéria na hodnotenie hodnovernosti nájdených informácií?	48	47	33	32	20	20	1	1
12.	Používate prehliadač, viete ako surfovať na internete, ukladať a nájsť informácie?	44	43	18	18	27	26	13	13
13.	Používate prehliadač na nájdenie špecifických informácií?	44	43	20	20	25	24	13	13
14.	Viete určiť cieľ a surfovať na hypertextové odkazy pre prácu, ktorú chcete robiť?	55	54	22	22	13	13	12	12

Pri vyhodnotení sme zistili, že pomerne veľký počet respondentov uviedlo prvú alternatívu. Pri zrátaní aritmetického priemeru podľa čísel položiek. Mala položka 11. aritmetický priemer 1,74, položka 12.- 2,08, položka 13.- 2,07 a 14.- 1,8.

Pri celkovom zhodnotení odpovedí opäť prevláda alternatíva trochu. Uvedené položky sme porovnávali so štatistickými údajmi v Českej republike, s výsledkami projektu organizácie EFOSEC, ako aj výsledkami globálneho prieskumu Digital life. V Českej republike používa internet 25 % osôb vo vekovej skupine 60 a viac, v krajinách Európskej únie 15% a 10% nad 65 rokov. V projekte Sokrates Grundtvig to bolo 12,2 % seniorov.

Tab. 3 Osobná komunikácia a spolupráca prostredníctvom siete: internet, mobil, telefón

Pč.	Alternatívy odpovedí	nič		trochu		dost'		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
15.	Poznáte a dodržiavate pravidlá slušnosti a Korektnosti pri komunikácii na internete?	39	38	14	14	29	28	20	20
16.	Viete ako prijať a poslať e-mail, usporiadať adresár a pridať prílohy?	44	43	16	16	21	20	21	20
17.	Viete sa nalogovať do siete na osobnú komunikáciu cez chat a fórum?	56	55	16	16	16	16	14	14
18.	Viete používať mobil, textové a hlasové schránky pri volaní na linky pomoci?	22	22	18	17	29	28	33	32

Z tabuľky 3 vyplýva, že najviac negatívnych odpovedí bolo pri položke 17, alternatívu nič označilo 56 (55%) respondentov. Najviac pozitívnych odpovedí bolo pri položke 33.

Pri zrátaní aritmetického priemeru podľa čísel položiek 15-18, mala položka 15 priemer 2,29, položka 16.- 2,18, položka 17- 1,88 a položka 18.- 2,71. Pri celkovom zhodnotení odpovedí prevládala alternatíva trochu. Využívanie informačných technológií pri osobnej komunikácii patrilo k pomerne často vyhodnocovanej oblasti v podobných typoch výskumov v Slovenskej republika, ale i v zahraničí. Napríklad pri hodnotení digitálnej gramotnosti Európanov, 30 % internet nikdy nepoužilo, túto skupinu tvorili z väčšej časti osoby vo veku 65 až 74 rokov (Baláž a kol, 2013, s. 69). V štúdií Dobiášovej, Herdovej (2002) pri zisťovaní úrovne ovládania telekomunikačných prostriedkov seniormi, pri veľkosti súboru 2 495 osôb prezentovali nasledovné údaje: mobil- 36,8%, počítač- 7,3%, internet- 6,2%, e-mail- 6,2%. Pri analýze výsledkov projektu Sokrates Grundtvig 2 (EFOSEC, [www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf](http://www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf)) sme zistili výsledky: 61% seniorov nevie pracovať s počítačom a 81% nepravidelne používa internet.

Tab. 4 Textový editor Word

Pč.	Alternatívy odpovedí	nič		trochu		dost'		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
19.	Rozumiete základnej terminológii v textovom editore?	45	44	23	22	18	18	16	16
20.	Viete použiť základné funkcie textového editora?	41	40	22	22	16	16	23	22
21.	Viete upraviť vnútornú štruktúru dokumentu s použitím kopírovania, vyrezania a prilepenia?	51	50	15	15	13	13	23	22
22.	Viete formátovať text?	56	55	15	15	12	12	19	19
23.	Viete vkladať obrázky a iné grafické zobrazenia?	<b>61</b>	60	12	12	10	10	19	19
24.	Používate funkciu kontroly písania na kontrolu pravopisu?	45	44	21	21	15	15	21	21
25.	Viete používať klávesnicu?	32	31	15	15	11	11	44	43

Pri poslednej tabuľke z druhej oblasti sme zistili najviac negatívnych odpovedí v položke 23. Až 61 respondentov (60%) označilo prvú alternatívu. Najviac pozitívnych odpovedí bolo uvedených v 25. položke, kde 44 respondentov (43%) označilo poslednú možnosť veľa. Pri zrátaní aritmetického priemeru podľa čísel položiek 19-25, mala položka 19.-2,04, položka



20.- 2,20, položka 21- 2,07, položka 22- 1,94, položka 23.- 1,87, položka 24.- 2,11 a posledná položka **2,65**. Pri uvedených položkách opäť prevládala alternatíva trochu, ale posledná položka dosiahla úroveň dost'.

K zisťovanej oblasti sme našli štúdiu, ktorá bola súčasťou projektu E-Learning in Later Life (In Lipták, 2008, s. 9), kde v skupine seniorov- vynálezcov, 90% ovláda základné funkcie textového editoru.

### Oblasť 3. Iné špecifické využitie informačno-komunikačných technológií

Tretiu oblasť tvorili rovnako tri okruhy otázok, v tabuľke 5 uvádzame vyhodnotenie prostrednej oblasti. Daná oblasť bola cielene zameraná na učenie sa prostredníctvom nových technológií.

Tab. 5 Učenie sa pomocou nových technológií

Pč.	Alternatíva odpovedí	nič		trochu		dost'		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
38.	Poznáte zdroje o kurzoch dostupných na internete?	69	68	22	22	8	8	3	3
39.	Viete ako funguje kurz- učenie na diaľku?	70	69	19	19	9	9	4	4
40.	Používate pomocníka ako manuály a programy?	59	58	20	20	17	17	6	6

V predposlednej tabuľke vidíme, aké možnosti uvádzali seniori pri položkách zameraných na edukáciu prostredníctvom nových technológií. Pri všetkých troch položkách veľké percento respondentov uviedlo prvú možnosť- **nič**. Pri komplexnom zrátaní aritmetického priemeru položiek 38-40. Mala položka 38. aritmetický priemer 1,46, položka 39.- 1,48 a položka 40.- 1,70. Pri celkovom zhodnotení odpovedí prevládali alternatívy nič a trochu.

Záujem seniorov o nové spôsoby edukácie hodnotili autori Zaťková, Hostovecký (2011, s. 811) u seniorov v zariadeniach sociálnych služieb, pričom zistili rovnako nízke percento, v ich prípade 5%. Vo výskume už spomínanej Dobiášovej, Herdovej (2002) záujem o vzdelávanie prejavilo 23% respondentov.

#### Oblasť 4. Všeobecné aspekty

Posledná oblasť mala len jeden okruh otázok, vyhodnotenie prezentuje tabuľka 6.

Tab. 6 Všeobecné postoje pri práci s IKT, etika

Pč.	Alternatíva odpovedí	nič		trochu		dosť		veľa	
		n	%	n	%	n	%	n	%
44.	Máte kritický postoj pri obsahu a zábave cez IKT?	38	37	23	23	35	34	6	6
45.	Máte schopnosti sa ďalej vzdelávať?	40	39	19	19	30	29	13	13
46.	Poznáte rizika, keď porušujete pravidlá a zákony?	37	36	27	26	25	25	13	13
47.	Ste opatrný pri používaní nových technológií a informácií?	39	38	24	24	25	25	14	14

V poslednej tabuľke sme najviac negatívnych odpovedí zaznamenali pri položke 45. 40 respondentov (39%) uviedlo prvú alternatívu, Najviac pozitívnych odpovedí- avšak len 14, mala položka 47.

Pri vyráтанí aritmetického priemeru položiek, mala položka 44- 2,08, položka 45- 2,15, položka 46- 2,13 a rovnako tak položka 47. Pri celkovom hodnotení v oblasti prevládala alternatíva trochu. K oblasti Všeobecné aspekty môžeme podľa dostupných zdrojov zhodnotiť len položku 45. „*Máte schopnosti sa ďalej vzdelávať?*“ Pozitívne svoje schopnosti hodnotia účastníci formálneho vzdelávania, takmer na 100% (Hrapková, 2011), inak je to u seniorov žijúcich v domácom prostredí a v zariadení sociálnych služieb. Záujem a schopnosti ďalej sa vzdelávať uviedlo 23% respondentov vo výskumnej štúdií Dobiášovej, Herdovej (2002, s. 12) a len 12 % obyvateľov ZSS vo výskume Zaťkovej a Hostoveckého (2011, s. 812) a rovnako nízke percento- 8% obyvateľov ZSS vo výskume Cubovej (2008, s. 155).

Jednotlivé odpovede sme porovnávali s demografickými charakteristikami a vo všetkých oblastiach najčastejšie alternatívu **nič** uvádzali seniori po 70 roku, obyvatelia dedín s nižším ekonomickým statusom. Najlepšie odpovede uvádzali seniori navštevujúci Univerzitu tretieho veku a seniori s vysokoškolským vzdelaním. Práve z tohto dôvodu je väčšina aktivít spojených s využívaním digitálnych médií realizovaná so seniormi mladšími, ako 70 rokov a so stredoškolským alebo vysokoškolským vzdelaním. Pozitívnu skúsenosť majú realizátori programu E-Learning in Later Life (In Lipták, 2008, s. 9), ako aj realizátori projektov Európska federácia starších študentov, jej rozšírenie a spolupráca, Európska knižnica pre

seniorského čitateľa, Projekt spolupráce pri tvorbe dištančného vzdelávania pre seniorov (In Hrapková, 2011).

## **ZÁVER**

10 % svetovej populácie má viac ako 60 rokov, čo je najviac ovplyvnená skupina v rámci digitálnej priepasti. Je ľahké odvodiť, že existuje dôležité riziko marginalizácie starších osôb, pretože sú často krát vylúčení z informačnej spoločnosti a nie sú schopní prispôbiť sa novým technológiám. Napríklad z 27 miliónov bežných užívateľov internetu, iba 28,1 % sú viac ako 45 roční a percento sa výrazne znižuje s vekom (Baláž a kol., 2013, s.69). Preto je dôležité nebrániť nezávislosti, mobilite a odstrániť komunikačné bariéry u seniorov. Technická revolúcia v dnešnej dobe (počítače, tablety, mobilné telefóny) musí slúžiť ľuďom bez ohľadu na vek a obmedzenie. Musíme sa vyhnúť situácii, aby digitálne návyky, podporovali odstup medzi generáciami. Pretože senior, ktorí dokáže pracovať s médiami sa nielen učí, ale primeraná digitálna gramotnosť ovplyvňuje jeho zdravotný stav a kognitívne funkcie.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

BALÁŽ, V. a kol. 2013. Stratégia aktívneho starnutia - podkladová štúdia. Bratislava:

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny, 2013. 95 s.

CUBOVÁ, M. 2008. Vzdelávanie seniorov v problematike zdravého starnutia. 2008, s. 148-156. On-line. [cit. 2013-11-20]. Dostupné na internete

[http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf\\_doc/cubova.pdf](http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf_doc/cubova.pdf).

DOBIÁŠOVÁ, V., HERDOVÁ, O. 2002. Vyhodnotenie prierezovej štúdie „Seniori v rodine a spoločnosti“. 2002, 42 s. . On-line. [cit. 2014-02-23]. Dostupné na internete

[http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Vyhodnotenie\\_Seniori\\_v\\_rodine.pdf](http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Vyhodnotenie_Seniori_v_rodine.pdf).

EFOSEC- European Federation of Older Students- Enlargement and Cooperation. On- line.

[cit. 2014-02-23]. Dostupné na internete: [www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf](http://www.efos-europa.eu/efosec-d/downloads/questionalyzed.pdf).

HRAPKOVÁ, N. *Integračné vzťahy a kontakty vo vzdelávaní seniorov*. On-line. [cit. 2. 9. 2010]. Dostupné z. : [http://www.pulib.sk/dpub2/FF/Balogova1/pdf\\_doc/5.pdf](http://www.pulib.sk/dpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/5.pdf).

MARTIN, A. 2009. Digital Literacy for the Thirst Age. In *Elearning Papers*. N. 12, February 2009, s. 1-14.

LIPTÁK, J. 2008. Skusenosti s kurzom informačných technológií a internetu pre seniorov v rámci programu E-LiLL. In *Knižnica*, 2008, roč. 9, č.3. s. 9-13 .

Memorandum o celoživotnom vzdelávaní sa. Brusel, 30.10.2000. SOC/COM/00/075. On-line. [cit. 2013-10-23]. Dostupné na internete. [http://nuczv.sk/wp-content/uploads/8\\_memorandum.pdf](http://nuczv.sk/wp-content/uploads/8_memorandum.pdf)

NEMCOVÁ, J. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s.

TNS Digital Life. The largest global study into people's attitudes and behaviours online. On-line [cit. 2014-02-23]. Dostupné na internete: <http://www.tnsdigitallife.com/>.

VELŠIC, M. 2013. *Digitálna gramotnosť na Slovensku 2013*. Bratislava: IVO, 2013. 15 s.

ZAŤKOVÁ, T., HOSŤOVECKÝ, M. 2011. Význam vzdelávania seniorov v kontexte celoživotného vzdelávania. In *Sociálne poslanstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet..* Ružomberok: Verbum. 2011. ISBN 9-788-08084-737-1. s. 809-817.

## **KONTAKT**

**PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.**

Fakulta zdravotníctva KU

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: [zrubakova@ku.sk](mailto:zrubakova@ku.sk)

## **TEÓRIA, VÝSKUM A VZDELÁVANIE V OŠETROVATEĽSTVE**

Vydavateľ: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,

Ústav ošetrovateľstva

Vydanie: prvé

Náklad: 150 ks

Rozsah: 365 strán

Rok vydania: 2014

Technické spracovanie: Matej Pliešovský

ISBN 978-80-89544-68-4

EAN 9788089544684