



**FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI**

**Cesta poznávání a vzdělávání v ošetřovatelství X.
a jarní konference ČAS Region plzeňský
„Péče o pečující“**

RECENZOVANÝ SBORNÍK Z KONGRESU S MEZINÁRODNÍMI PŘÍSPĚVKY

**Jiří FREI
A KOLEKTIV AUTORŮ**

Kongres s mezinárodními příspěvky, konaný v Plzni dne 7. 5. 2019.
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence FZS ZČU v Plzni

Kongres s mezinárodními příspěvky, Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství X. a jarní konference ČAS Region plzeňský „Péče o pečující“ – Recenzovaný sborník příspěvků a abstrakt.

Jiří Frei a kolektiv autorů

Editor: PhDr. Jiří Frei, Ph.D.
Vydavatel: Západočeská univerzita v Plzni, Univerzitní knihovna
Odd. vydavatelství a tiskových služeb
Univerzitní 8, 306 14 Plzeň
Tel.: +420 377 631 951
e-mail: vydavatel@vyd.zcu.cz

Grafické zpracování a redaktor: PhDr. Jiří Frei, Ph.D.
Vyšlo: srpen 2019
Vydání: 1. vydání
Nositelé autorských práv: autoři
Počet stran: 264

Vědecký výbor konference: prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.
Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
PhDr. Jiří Frei, Ph.D.
PhDr. Jitka Krocová
PhDr. Petra Bejvančická

Recenze: PhDr. Jiří Frei, Ph.D.
PhDr. Jitka Krocová
MUDr. Sam Hofman
Mgr. Jaromír Doležal
Mgr. Romana Freiová
Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Organizační výbor: PhDr. Petra Bejvančická
PhDr. Jitka Krocová
PhDr. Jiří Frei, Ph.D.
Mgr. Jaroslava Nováková

ISBN 978-80-261-0861-0

<https://doi.org/10.24132/CPVO.2019.10.1-264.26108610>



Česká Komora
Porodních Asistentek, z.s.

Kongres byl organizován Katedrou Ošetrovatelství a porodní asistence FZS ZČU v Plzni za spolupráce Západočeské univerzity v Plzni, Fakultní nemocnicí Plzeň, České asociace sester a České komory porodních asistentek. Všem spoluorganizátorům, autorům příspěvků a dalším zúčastněným patří dík za aktivní podporu a účast.

Tato publikace ani žádná z jejích částí neprošla jazykovou a redakční úpravou. Za jazykovou úpravu a obsah odpovídají autoři textu jednotlivých příspěvků.

OBSAH

PŘEDMLUVA	6 – 7
Z RECENZNÍHO ŘÍZENÍ	8
CIZOJAZYČNÉ A PLNÉ TEXTY PŘÍSPĚVKŮ	
NON-PHARMACOLOGICAL SOLUTION TO PREVENTION OF DIAPER RASH IN INFANTS PhDr. Kristina Janoušková; doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.	10 – 19
PARENTERAL NUTRITION – TYPES OF CENTRAL VENOUS ACCESSES AND PATIENT CARE Mgr. Bc. Ludmila Maffei Svobodová	20 – 30
AN ASSISTANCE OF PODANÉ RUCE WHILE DEALING WITH A SITUATION AFTER THE END OF A PRISON SENTENCE Mgr. Anastázie Bohanesová; Mgr. Kateřina Nina Červinková; Bc. Michal Ošťádal	31 – 36
POTŘEBY KLIENTŮ SENIORSKÉHO VĚKU V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH Marschalková Kateřina; Mgr. Kroupová Lenka	37 – 43
OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT PŘI DISPENZARIZACI PACIENTŮ S HYPERTENZÍ V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE Bc. Radka Synáčová; PhDr. Petra Bejvančická	44 – 49

METODA ECMO VE FN PLZEŇ Bc. Anna Slachová	50 – 65
ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE Bc. Iveta Böhmová, DiS.	66 – 80
LÉČBA INFEKCE HIV/AIDS V KONTEXTU ADHERENCE PhDr. Jiří Frej, Ph.D.; Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.	81 – 88
MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ V PROBLEMATICE PREVENCE INFEKČÍ MOČOVÝCH CESTA SOUVISEJÍCÍ S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE Jitka Krocová; Radka Prokešová	89 – 96
POHĚD ŽIEN NA VÝZNAM PREVENČIE PhDr. Andrea Lajdová, PhD.	97 – 103
BEZPEČNOST ANESTEZIOLOGICKE PÉČE V ČESKÉ REPUBLICKE Petra Bejvančická; Iva Brabcová	104 – 119
RIZIKOVÉ FAKTORY OSTEOPORÓZY V SLOVENSKEJ POPULÁCIÍ 40 A VIACROČNÝCH Spáčilová Zuzana; Zrubcová Dana; Tináková Simona	120 – 137
VÝZNAMNOSŤ OŠETROVATEĽSKÝCH INTERVENCIÍ PRI CHRONICKEJ BOLESTI Ľubica Poledníková; Alica Slamková; Alexandra Archalousová; Diana Eremiášová	138 – 162
OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA ZVÝŠENÝ OBJEM TEKUTÍN 00026 V KARDIOLOGICKOM OŠETROVATEĽSTVE Líšková Miroslava; Mesárošová Jozefína	163 – 179

VALIDACE VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ V RÁMCI KURRIKULA SESTER - OBLAST SLEDOVÁNÍ A ZÁZNAMU BOLESTI ARCHALOUSOVÁ Alexandra; FREI Jiří; KRIŠTOFOVÁ Erika; PAVELOVÁ Ľuboslava	180 – 195
CHRONICKÁ BOLEŠŤ PRI GYNEKOLOGICKO-ONKOLOGICKÝCH OCHORENIACH Alica Slamková; Ľubica Poledníková; Alexandra Archalousová	169 – 211
VALIDACE VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ V RÁMCI KURRIKULA SESTER OBLAST DOKUMENTACE ARCHALOUSOVÁ Alexandra; POLEDNÍKOVÁ Ľubica; SLAMKOVÁ Alica	212 – 228
ABSTRAKTA A ANOTACE PŘÍSPĚVKŮ	
ETICKÁ TÉMATA A MORÁLNÍ DISTRES ZDRAVOTNÍKŮ V KLINICKÉ SUPERVIZI Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.	230 – 231
VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V KONTEXTU FENOMÉNU 4.0. Mgr. Jaroslava Nováková; PhDr. Jitka Krocová	232 – 233
OSOBITOSTI ANESTÉZIE U DETSKÉHO PACIENTA Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.	234 – 236
HODNOCENÍ PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU Šalanská E.; Lamková I.; Burešová I.	237 – 240

NÁVŠTEVY CHORÝCH V NEMOCNICIACH V MEDZIVOJNOVOM OBDOBÍ Jana Boroňová	241 – 243
ÚRAZY A PÁDY SENIOROV V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM Andrea Botíková; Alena Dziacka; Eva Tomíková	244 – 247
VALIDÁCIA AKO SPÔSOB KOMUNIKÁCIE S DEZORIENTOVANÝMI ĽUĎMI Andrea Botíková; Oľga Kabátová; Silvia Puteková; Jana Martinková; Šárka Tomová	248 – 251
KOLOREKTÁLNY KARCINÓMOM Z POHLADU OŠETROVATEĽSTVA Andrea Botíková; Lucia Hriczová	252 – 254
KVALITA ŽIVOTA IMOBILNÉHO GERIATRICKÉHO PACIENTA A JEHO RODINY PhDr. Bc. Anetta Dubrovayová; PhDr. Alena Dziacka, PhD.	255 – 257
ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ PACIENT A DIALYZAČNÍ LÉČBA Nachtmannová Kristýna; Mgr. Kroupová Lenka	258 – 260
POSTERY	
HODNOCENÍ PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU Šalanská E.; Lamková I.; Burešová I.	262
MONITORING VYBRANÝCH HEMODYNAMICKÝCH METOD V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI Kroufková Karolína	263

PŘEDMLUVA

Dne 7. 5. 2019 se v aule FN Plzeň uskutečnil již desátý jubilejní ročník kongresu Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství a jarní konference ČAS, Region plzeňský s podtitulem „Péče o pečující“. Akce byla určena pro studenty oboru ošetrovatelství a porodní asistence, všeobecné sestry, porodní asistentky a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky i osoby vzdělávající nelékařské zdravotnické pracovníky. Kongresu se zúčastnilo devět desítek účastníků nejenom z České republiky a kvalitní složení vědeckého výboru kongresu předurčovalo jeho zdárný průběh.

Jedním z hlavních témat, které propojovaly prezentované příspěvky, byla „Péče o pečující.“ Na kongresu zaznělo mnoho odborných příspěvků a navštívilo jej 95 účastníků. Vzácnými hosty kongresu byli např. Mgr. Helena Michálková, Ph.D. a doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D. Paní docentka PhDr. Marie Trešlová, Ph.D., přednesla prezentaci o akci „Nursing Now“, zmínila hlavní pilíře vývoje ošetrovatelství, mezníky moderního ošetrovatelství a také mýty českého ošetrovatelství (doba a systém vzdělávání a další). Prezentovala i dílčí výsledky z výzkumu Mgr. Maňhalové, Ph.D., který trval 3 roky, šetření probíhalo u laické veřejnosti a všeobecných sester a mapovalo pohled na profesi všeobecné sestry. Paní docentka zmínila, že cílem akce „Nursing Now“ je zviditelnit význam ošetrovatelství, podpořit image sester, zlepšení úrovně praxe, vzdělávání, zvýšení vlivu sester na zdraví populace a také cílení na komunitní péči. V diskusi zaznělo, že do akce se zapojují nejen profesní organizace, ale také Ministerstvo zdravotnictví ČR a je podporována i významnými osobnostmi. Podporu této

akci vyslovili zpěváci Štefan Margita a Hana Zagorová, které oslovila Česká asociace sester. Na mnoha místech ČR budou probíhat vernisáže a jsou vítané další nápady od sester, které mohou směřovat k vedení SVVS, ČAS i Hlavní sestře MZ ČR. Cílem je zapojit se a zaujmout veřejnost!

Pozvání na kongres přijali i hosté ze Slovenska - do posterové sekce přispěly svými příspěvky kolegyně z Trnavské univerzity v Trnavě paní doc. PhDr. A. Botíková, PhD., a doc. S. Putekova, PhD., doc. PhDr. J. Boroňová, Ph.D., PhDr. Andrea Lajdová, PhD. a další. Příjemným zpestřením hlavního programu konference byla aktivní účast studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni a SZŠ a VOŠ v Plzni.

Jako čestný host v závěru kongresu vystoupila doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., se svojí prezentací „Co dělá člověka zdravějšího a šťastnějšího“.

Velmi kvalitně připravený a realizovaný byl i 5. blok kongresu, který proběhl v rámci FZS ZČU v Plzni a anglickém jazyce. Závěrem lze konstatovat, že kongres byl opět velmi úspěšný. Organizátoři tímto všechny srdečně zvou na 11. ročník, který proběhne v květnu 2020, kdy zároveň oslavíme dvousté výročí narození Florence Nightingalové a celosvětová akce „Nursing Now“ bude vrcholit.

PhDr. Jitka Krocová
vedoucí Katedry ošetřovatelství a porodní asistence
FZS ZČU v Plzni

Z RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

Oblast péče o pečující je v posledních letech stále aktuálnějším tématem nejenom ve zdravotnické a sociální sféře. Jeho přesah je tak naprosto zřejmý a dopady pro další vývoj zásadní. Z tohoto pohledu je samotné téma, zaměření kongresu a jeho aktuálnost velkou předností. V publikovaných příspěvcích jsou uváděny jak různé úhly pohledů na daná i související témata, tak různé názorové postoje k popisované a přidružené problematice, včetně navazujících oblastí. Fakt, že všechna uváděná data jsou vhodným způsobem argumentována, kriticky analyzována a vhodně citována, podtrhuje kvalitu obsahu. Autoři příspěvků tak prokazují dobrý přehled v dané oblasti a znalosti na výborné odborné úrovni. Důležitý je i aspekt propojení teorie s praxí, který je zde rovněž patrný. Sborník příspěvků tak bude pro čtenáře zajímavý jak z teoretického, tak praktického hlediska. Uplatnění si ale najde i na úrovni teoretického bádání, aplikovaného výzkumu či přímo klinické praxe.

PhDr. Jiří Frei, Ph.D.^{1,2)}

PhDr. Jitka Krocová¹⁾

Mgr. Jaromír Doležal⁴⁾

MUDr. Sam Hofman^{3,4)}

Mgr. Romana Freiová⁴⁾

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová¹⁾

1) *Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni*

2) *Zdravotnická záchranná služba Plzeňského Kraje*

3) *EUMATEC, s.r.o.*

4) *Fakultní nemocnice Plzeň*

CIZOJAZYČNÉ A PLNÉ TEXTY PŘÍSPĚVKŮ

NON-PHARMACOLOGICAL SOLUTION TO PREVENTION OF DIAPER RASH IN INFANTS

PhDr. Kristina Janoušková; doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

*Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a
porodní asistence*

INTRODUCTION

The most common problem of neonatal and infant age is diaper rash. Human skin was not designed to withstand long-term contact with the diaper that contains urine and faeces. The skin is exposed to higher moisture, pH changes, maceration. Diaper rashes occur in at least 50% of infants wearing diapers. Infant prevalence estimates range from 7% to 35%. Influencing factors of sore rash include age, lack of protective creams, diarrhea, type of diapers, cosmetics used, hygiene, nutrition, and breastfeeding. Therefore, it is important to educate parents about the care of the infant's skin in the diaper area, suitable cosmetics and diapers. A practical non-pharmacological solution for both prevention and treatment can be easily summarized in the "ABCDE" approach, which includes air, barrier, cleaning, diaper and education.

"ABCDE" approach:

AIR: Detecting the diaper area in the air reduces the time when the skin surface stays in contact with urine, faeces, moisture, and other irritants. Diaper removal allows the skin to dry and also reduces friction on the skin in contact with the diaper. It is a simple, safe and effective way to reduce the impact of irritants on the baby's skin (Merrill 2015, p. 331).

BARRIER: Barrier creams are both prevention and treatment of diaper dermatitis. Numerous barrier products for the treatment of diaper dermatitis are available in the consumer market. However, at present, most barrier formulations contain zinc oxide and petroleum jelly as an active ingredient that have been effective in the treatment and prevention of diaper dermatitis (Merrill, 2015, p. 331).

Studies have been identified (Bartels, 2010, pp. 1–8, Muggli, 2009, pp. 43–46) analyzing the impact of different diaper care regimens such as ointments, oils, and creams on the incidence and severity of diaper dermatitis and also on the skin function. The treatment period was between 8 and 12 weeks. There were no differences in the severity score of diaper dermatitis between ointments, oils and creams in the comparative tests. The application of baby cream twice a week after bathing did not change the incidence of diaper dermatitis, but slightly reduced TEWL values

during the 8 weeks. There was a decrease in the incidence of diaper dermatitis, from a baseline of 50% or more to 2% using protective creams, ointments and oils. The use of ointments containing humectants and preparations that improve skin barrier function is recommended. However, the application of antiseptic-containing agents exacerbates the natural protective bacterial flora of the skin.

CLEANSING: Over the past decade, a range of wet wipes with various additives has been developed as an alternative to traditional water and cloth cleaning methods for the diaper area. Systematic review of the efficacy of nonlinear skin care procedures in diapers in term newborns has shown that wet wipes or water and fabric have a comparable effect and skin barrier function. Wet skin cleansing of the diaper using wet wipes has proven equally effective in hydrating the skin, pH, erythema and microbes (Merrill, 2015, p. 332).

8 studies have been identified to compare the use of commercially available baby wet wipes with water and fabric. All wet wipes used were water based, but varied widely in additives such as plasticizers, preservatives, fragrances, and pH. Six studies analyzed healthy infants aged 1 to 24 months and two studies examined only newborns. In two studies, erythema was observed in the diaper area more frequently where water and fabric were used for hygiene. The use of a washcloth has led to increased skin friction in the diaper area

than when using baby wipes. Visscher et al. (2009, 226-234) compared wet wipes with clean water (n = 131 neonates in the neonatal intensive care unit). Perineal erythema and transepidermal water loss (TEWL) were significantly lower in wet wipes compared to pure water. Bartels et al. (2012, p. 270-276) also compared baby wipes with clean water in a study in 44 newborns. Significantly lower TEWL was found in the buttock area in a group of children using wet wipes. In both groups, the physiological course of the stratum corneum hydration and skin pH was observed; microbial colonization was also comparable. In a large randomized controlled trial in 280 newborns, Lavender et al. (2012) found no difference between the severity of diaper dermatitis and TEWL and skin pH in children treated with wet wipes or water. When comparing four different napkin brands according to additives and pH, Priestley et al. (1996) found no difference in the severity of diaper dermatitis after 8 weeks of use. Adam et al. (2009) found that both soap and wet wipes have a direct effect on the pH of the skin surface. It has been shown that the use of wet wipes for 2 weeks increases the pH of the skin surface significantly less than just cleaning with water and fabric. The resulting pH of the skin varied significantly between the markers. Total skin pH values remained within the range found in healthy infants. In neonates, the pH of the skin decreased during the first 4 weeks of life regardless of the product used. In a study (Barlets, 2012,

270-276), significantly lower TEWL levels on buttocks were found after 4 weeks of wet wipes, but in two other studies (Lavender, 2012, Odio, 2001), TEWL values were between wipes and similar to water. Cleaning with wet wipes or only with water has a comparable effect on the hydration of the stratum corneum in newborns. None of the skin cleansing regimens affected the microbiological colonization of the perianal region by coliforms or Candida (Blume et al. 2014, 413-429).

Bartels et al. (2012, 270-276) investigated the long-term effects of bathing on the skin barrier function in a prospective study with 64 newborns during the first 8 weeks of life. Children bathed twice a week with different types of treatments: only in clean water or using a washing gel, with or without a baby cream. In bath comparisons with and without wash gel, the incidence of diaper dermatitis was low during the study period (0-12.5%) and was not affected by the cleanser. After weeks 8, the skin's pH at all places, including buttocks, differed significantly with the wash gel and water, but the cleaners did not alter other influencing variables.

DIAPER: With the development of disposable diaper technology and advanced design features, diaper absorbability and moisture avoidance have been significantly improved. Therefore, some experts today do not recommend infant with diaper dermatitis

cloth diapers. Disposable diapers aim at limiting contact with irritants, preventing excessive skin hydration, maintaining pH levels, and preventing skin barrier interruption. Baby powder is also not recommended for use today because it promotes the growth of bacteria and yeast and may impair the course of diaper dermatitis (Merrill 2015, p. 332).

Superabsorbent polymers, such as cross-linked sodium polyacrylate, form a gel in the diaper core upon contact with urine, resulting in reduced skin hydration, friction, and normalization of skin pH. In a retrospective evaluation of clinical trials (Van Gysel, 2012, 31-34), the frequency of mild to severe diaper dermatitis was shown to decrease by 50% following the introduction of these absorbent gels.

In a research conducted in India in intensive care units, they compared disposable diapers to substance based on nosocomial infections. Research suggests that cloth diapers do not have an absorbent capacity and must be replaced soon after contamination. Great attention is also paid to washing and ironing. Disposable diapers compared to nappies have excellent ability to store urine and faeces, thereby reducing contamination and transmission of infection. They also contain superabsorbent material that successfully reduces the appearance of rash. The study evaluated the role of disposable diapers in preventing nosocomial infection.

Reducing the likelihood of nosocomial infections associated with the use of disposable diapers is attributed to less frequent neonatal contamination by faeces and urine and lower colonization of the diaper area by faecal organisms (Chowdary 2015, p. 250-254). Disposable diapers can pose significant environmental hazards, so routine use of disposable diapers at home is not recommended.

EDUCATION: Diaper hygiene is an important part of parent education. All parents should be familiar with common ways to reduce the likelihood of diaper rash by maintaining good hygiene and careful skin care. Measures to restore healthy skin and prevent recurrent episodes of diaper rashes can be ensured safely at home. Parents should be reminded to wash their hands before and after each diaper change. Once the diaper is contaminated with urine or faeces, the diaper should be replaced as soon as possible to minimize contact with irritants. This means that diapers need to be replaced at least every 1 to 3 hours during the day and at least once per night. It is recommended to clean with warm water and cloth or with a soft wet wipe to remove skin irritants. Parents should gently wipe the genital area from front to back. If a barrier cream is used, the stool should be carefully removed from the barrier cream on the baby's skin before trying to completely remove the skin barrier cream. Allowing the skin to vent helps to prevent and treat diaper dermatitis.

If the area is still red, parents can apply an additional layer of barrier cream to the remaining barrier cream to strengthen it. Parents are encouraged to continue these steps until the nappies are gone and seek advice from the health care provider if the nappies do not respond to these strategies or worsen after a few days (Merrill 2015, p. 332-333).

Conclusion: Diaper rash is one of the most common skin problems in infants wearing diapers. Although not a serious disease, they cause discomfort to the child and stress to the parents. Thus, when caring for an infant, it is important to know the influencing factors of diaper rash and preventive strategies that can be of great importance in the care of the infant's skin.

REFERENCES

BARTELS, G. et al. Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatric Dermatology*. 2010, 27, 1–8. ISSN 0736-8046.

BLUME PEYTAVI, U. et al. Prevention of Diaper Dermatitis in Infants — a Literature Review. *Pediatric Dermatology*. 2014. [online]. 4. 413-429. [cit. 8.12.2018]. ISSN ISSN 0736-8046. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/pde.12348>.

CHOWDARY, B. et al. Disposable diapers decrease the incidence of neonatal infections compared to cloth diapers in a level II neonatal intensive care unit, *Journal of Tropical Pediatrics*, [online]. 61, 4, 250–254. [cit. 26.11.2018]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmv022>

LAVENDER, T. et al. Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [online]. 2013, 42. [cit. 16.12.2017]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1552-6909.12015/full>

MERRILL, L. Prevention, treatment and Parent Education for Diaper Dermatitis. *Nursing for Women's Health*. 2015, 19, 326-337. ISSN 1751-4851

MUGGLI, R. Natural management of napkin rash. *European Journal of Pediatric Dermatology*. 2009, 19, 43–46. ISSN: 1122-7672.

ODIO, M. et al. Diaper dermatitis and advances in diaper technology. *Current opinion in Pediatrics*. 2000, 12, 342-346. ISSN 1040-8703.

PRIESTLEY, GC. et al. Changes in skin pH after the use of baby wipes. *Pediatric Dermatology*, 1996, 13, 14–17. ISSN: 0736-8046

VAN GYSEL, D. et al. Skin Care and Environmental Sustainability Improvements with Baby Diaper Developments Post-natal Care.

European Obstetrics & Gynaecology [online]. 2012, 7, 31-34. [cit. 25.2.2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/267959714_Skin_Care_and_Environmental_Sustainability_Improvements_with_Baby_Diaper_Developments_Post-natal_Care

VISSCHER, M.O. et al. Vernix caseosa in neonatal adaptation. J Perinatol. [online]. 2005, 25, 440-446. [cit. 25.2.2019]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/7211305>

CONTACT

PhDr. Kristina Janoušková

E-mail: stichenwirthovakristina@seznam.cz

PARENTERAL NUTRITION – TYPES OF CENTRAL VENOUS ACCESSES AND PATIENT CARE

Mgr. Bc. Ludmila Maffei Svobodová

Ústav biofyziky a informatiky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy

ANNOTATION

Parenteral nutrition is a moderately common treatment for people who are unable to be fed by mouth or for people who have diseases affecting their nutrition provision and needs, hence required to be on parenteral nutrition for long periods.

No short term parenteral nutrition will be dealt with in this article. Focus and emphasis will be placed on long term parenteral nutrition, relevant to patients affected by Crohn's disease, carcinoma of intestine, metabolic complications.

All patients affected by the aforementioned diseases need support and supplementary nutrition. Such patients get familiar with nutrition support therapies at hospitals, where they are educated and advised with the aim to understanding and practicing how to care for and administer parenteral nutrition via central lines autonomously.

Home care agencies provide support to more and more people with the parenteral nutrition needs, however the majority of patients are able to effectively care for their Parenteral Nutrition Access (hereinafter, “PNA”) autonomously.

KEY WORDS: Parenteral nutrition – Central venous access – PICC – Port – Broviac – Home Care – Education – CVA – Patient Care.

INTRODUCTON

In the Czech Republic, approximately 78 683 patients (2015) were supported by parenteral nutrition therapy. Parenteral nutrition is intravenously patients’ feeding with nutrients and supplements their body need, such as vitamins, minerals, carbohydrates, proteins, etc...), bypassing the normal process of feeding by mouth (“per os”). It is not unusual that patients who are able to eat are also supplemented with parenteral nutrition.

INDICATION

Parenteral nutrition (hereinafter, “PN”) is essential where normal feeding is not possible, or enteral feeding is either unsuitable or is contraindicated.

The most common indications for full PN are malnutrition, digestive complications, malabsorption, mental anorexia, organic anorexia, intestinal malabsorption, stenosis on gastrointestinal tract (GIT), ileus, extensive surgery on GIT, intestine inflammations (Crohn`s disease, Ulcerosis colitis), polytrauma, sepsis, peritonitis, head injuries, burns, pancreatitis, liver failure and kidney failure.

The main objective of full parenteral nutrition is for the patient to absorb its necessary nutrient elements in the long period. If the patient is well fed by the parenteral way, he is also well covered against infections.

Parenteral nutrition also helps long term care specialists to stabilize patient` inner side balance. Nutrition is administered via central lines (CVA) or peripheral lines, depending on the extent the use of the lines is necessary and also on the osmolarity of the infusions. Patients can also be equipped with a special infusion pump enabling the regulation of the speed of the infusion solution.

PN administration can be “full” (all by parenteral way) or as complementary support when the patient is fed by enteral feeding. Moreover, depending on timing of administration, PN can also be short or long term.

Catheter Types

Catheter Type	Access	Placement	Advantages	Disadvantages
Percutaneous nontunneled central catheter	Central	Jugular, femoral, subclavian vessels	Economical, easily removable, can be replaced over guide-wire, useful in acute care and short duration therapies	Catheter breakage not repairable, patient self-care difficult, requires sutures to prevent dislodgment, high risk for
Tunneled cuffed catheters	Central	Percutaneous placement via subclavian or jugular vessels OR; cephalic, jugular vein cutdown	Long-term usage, home care, dressings and sutures can be removed after 1 month, self-care easy, repair kit available	catheter-related infections Operating room or specialized room for placement, requires small procedure for removal
Peripherally inserted central catheter (PICC)—nontunneled	Central	Percutaneous placement via a peripheral vein	Used in acute and home care for therapies ranging from several weeks to months, low risk of placement complications, placement occurs	Blood sampling not always feasible, self-care may be difficult with antecubital placement, extended home care, repair kits
Implanted ports	Central	Percutaneous venous placement via subclavian, jugular or peripheral vessels	anywhere from radiology suite to patient bedside Used for long-term therapies, site care only when accessed, monthly heparin flush, body image intact, no external segment for breakage	may not be available Needle access required, needle dislodgment can result in infiltration, placement in operating room or specialized room, surgical procedure for removal

(6)

American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. The A.S.P.E.N. nutrition support core curriculum: a case-based approach – the adult patient. Ed. MM Gottschlich. ASPEN, Spring Field, MD: 2007.

Schedule 1: View of Catheters types

CONTRAINDICATIONS

- ⇒ For the PICC – AV shunt
- ⇒ Axillar lymphadenectomy
- ⇒ Venous lumen characterized by an average smaller than 3mm
- ⇒ Deep venous thrombosis
- ⇒ Necessary urgent CVA
- ⇒ Intermittent treatment with the intervals exceeding 1 week

CENTRAL VENOUS ACCESS

Various options are available as far as access for Parental Nutrition is concerned. In the Czech Republic, many patient receiving treatment have a Central Venous Catheter (CVC), Broviac, PICC or Port Catheter.

Catheters are divided into tunnelled or non-tunnelled. Tunnelled catheters are Broviac, PICC and Port.

Long Term Vascular Access for Parenteral Nutrition

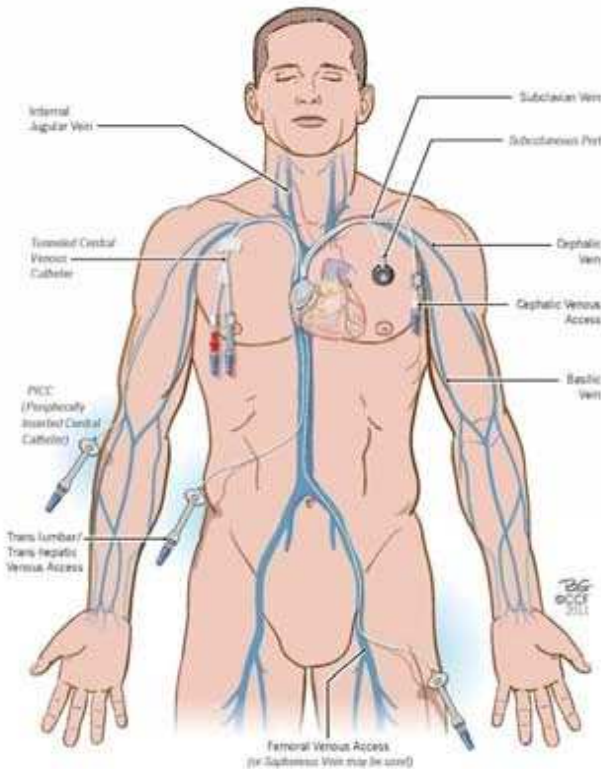


Figure 1: Long Term Vascular Access for Parenteral Nutrition

A **Central Venous Catheter** (CVC) is usually inserted into the right subclavian vein, therefore it may cause several complications, such as higher risk of thromboembolism. For the long term use, special catheters called “tunneled” are inserted. A Dacron cuff may

be used to prevent extraluminal infection and also an accidental displacement of the inserted catheter.

In certain types of catheters, a valve within prevents the blood back flow. The cuff is placed approximately 2 centimeters from the entrance of the catheter on the skin surface and its end is placed in the inferior *vena cava* entering the right atrium, under strict sciascopy control.

On a different note, the Percutaneous Insertion Central Catheter (PICC) is inserted into the *vena brachialis* under the guidance of ultrasonic probe. The end of the catheter is also placed into the *vena cava superior*, same as the CVC. Very good results make unnecessary the use of Heparin medication: it is sufficient clean sterile liquid as Physio or Aqua pro injection solutions. It is not necessary to immobilize the PICC catheter with surgical stiches. This type of catheter can be used in areas of diagnosis such as oncology, intensive care, parenteral nutrition and during the peri-transplantation period.

The **Broviac Catheter** is another type of central venous catheter providing access for parenteral nutrition for periods longer than 2 months.

The **Port Catheter** is a central venous access which is implanted on the skin and has a small chamber through which the Huber needle is punctured (picture 1).

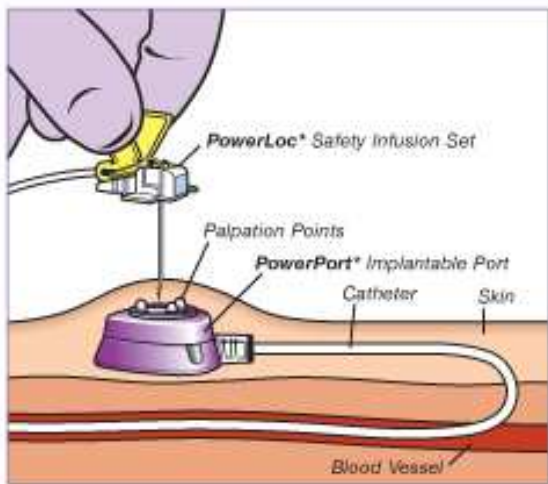


Figure 2: Port catheter with the Huber needle

PATIENT CARE OF CENTRAL VENOUS ACCESS (CVA)

The patient care is indeed very important. The Nurse is the specialist who usually educate and advise the patient on how to autonomously care for and administer parenteral nutrition via central lines. The patient is not released from the hospital until robust knowledge and comprehension of CVA care is achieved. It usually takes 1 or 2 weeks of education.

Strict hygienic standards governing aseptic techniques apply in every manipulation. A Physio solution is necessary to ensure aseptic techniques are effective.

In order to prevent clotting, a central line must be flushed every day applying the START and STOP method 4 times at a minimum (according to this method, Physio Solution flushing creates a vortex in the catheter, perfectly unclutting all sides of the catheter). It is necessary to use 10 or 20ml syringes, smaller ones will not generate enough pressure for properly flushing.

For long term use, special catheters called tunnelled are inserted. A Dacron cuff may be used to prevent extraluminal infection and also an accidental displacement of the inserted catheter.

In certain types of catheters, a valve within prevents the blood back flow. The cuff is placed approximately 2 centimeters from the entrance of the catheter on the skin surface and its end is placed in the inferior *vena cava* entering the right atrium, under strict sciascopy control.

PASV VALVE TECHNOLOGY **PASV Valve Technology**
 The PASV (Pressure Activated Safety Valve) Valve is a direction-specific valve located in the proximal end of the BioFlo PICC so that it does not interfere with blood flow or catheter trimming.

PASV Valve Technology is Designed to:

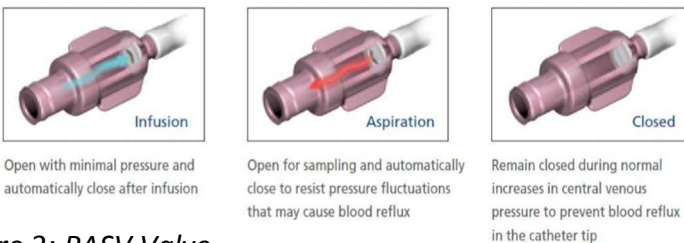


Figure 3: PASV Valve

CONCLUSION

Parenteral nutrition is a clinically important therapy which is becoming a common treatment benefiting an increasing number of patients who are able to autonomously care for and administer parenteral nutrition in the privacy of their homes, enjoying a normal life. In the past, parenteral nutrition required hospitalization for weeks or even months. Nurses with the specialization in the parenteral nutrition are capable to educate and train the patient (patient care for each of the CVA, work with the special pump for home or drops infusion set, etc...). Home Parenteral Nutrition Care is not only positively contributing to greater well-being, morale and convenience of the patient, but also promotes economic prosperity and management of the Health System resources, as patients admissions in hospitals for administering PN are declining.

REFERENCES

Everything you need to know about parenteral nutrition in intensive care: <https://www.tribune.cz/clanek/42452-vse-co-potrebuji-vedet-o-parenteralni-vyzive-v-intenzivni-peci>.

<https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/18023/BP%2BVaitov%20a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Picture of Hubert`s needle <https://www.nqvascular.com.au/services/vascular-access/portacaths-implantable-device/>.

<https://www.crbard.com/CRBard/media/ProductAssets/BardPeripheralVascularInc/PF10023/en-US/6we8o29hec19xduy8lew1cena50ldx1o.pdf>

http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/autorska-dila/lekari/soucasne_trendy_v_klinicke_vyzyve/soucasne_trendy_v_klinicke_vyzyve.html s. 47).

<http://www.skvimp.cz/pracovni-skupiny/domaci-parentalni-vyziva/>

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*, Grada, 2008, ISBN: 9788024770291.

KOHOUT, Pavel, KOTRLÍKOVÁ, Eva: *Základy klinické výživy*. Forsapi, 1. vydání, 2009. ISBN 978-80-87250-05-1.

CHARVÁT, J. aj. *Praktikum umělé výživy*. Praha: Karolinum, 2006.

VENOUS ACCESS FOR PN

<http://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/Documents/CNW/Intravenous%20Access%20Slide%20Handouts.pdf>

AN ASSISTANCE OF PODANÉ RUCE WHILE DEALING WITH A SITUATION AFTER THE END OF A PRISON SENTENCE

**Mgr. Anastázie Bohanesová; Mgr. Kateřina Nina Červinková;
Bc. Michal Ošťádal**

Společnost Podané ruce, o.p.s.

A parole represents both hope and fear of the unknown for many convicted people. This is an issue especially for those convicted who have been condemned a longer sentence. The biggest problem is insecurity caused by a world which have changed during their prison time – sometimes more and sometimes less, but it is always new and unfamiliar in some regards. It is a world that they often enter with hope, unrealistic expectations and carefreeness. A convicted man who has been imprisoned already for two years now expressed a main problem with the following words: *‘What rubs you out in a jail is that you don’t have any worries. You care about nothing. But it gets nuts once you’re out. You don’t know that world anymore.’*

In order to prevent return to the society from being such a big unknown for a person restricted on freedom, there are programmes in the Czech Republic which target on people restricted on freedom and those who are released after their prison sentence. One of the main aims is to prepare a person restricted on freedom for leaving a jail in a case of both suspended and unsuspended sentence. The most important task is to draw up a plan that is focused on the first 48 hours immediately after leaving a prison, but the plan can include a longer time period as well. It is in the first place a convicted person who works with the plan, the person is thus aware of issues which are crucial after his / her leaving prison in regard of social security and in regard of securing others, potentially risk situations. One possibility of how to support a person with a suspended sentence is to use a probation and resocialization programme that intensively, purposefully and in the long terms works with such person. We are going to briefly introduce the Probation and Resocialization Programme and present a short case history in the following lines.

The Probation and Resocialization Programme is intensively in touch with probation and mediation officers in Olomouc region (but also in other regions, if necessary) and their common aim is a high-quality support, assistance and control of people with suspended sentence. A worker of the Probation and Resocialization Programme

is also the first contact person and the first person with whom a person released from a prison communicates and cooperates if he / she has to cooperate with the Probation and Mediation Service. This worker maps an overall situation of a client and informs him about all services provided by the company Společnost Podané ruce o.p.s. and remains in a position of a client's communication worker. The main aim is complexity of services which are covered by this worker. If a client fits in a target group of the Probation and Resocialization Programme, he / she cooperates with the worker in the field of resocialization after prison release (clients with a suspended release) or in the field of stabilization of social areas (clients with a suspended sentence). A worker and a client can focus on problems with accommodation, job possibilities, debts and also family relationships. Workers of the programme are also interested in their clients' leisure time activities. The worker's task is to map all social areas of a client's life and to be helpful while dealing with all matters related to them. The aim of the programme is to lead a client towards stabilization of his social field, a field of social and family relationships and also towards a better balance while returning to the society from a prison. Cooperation between a worker of the programme and a client is intensive – they meet once a week for 2 hours which leads to an efficient and brisk solution of a contract given by a court, the Probation and Mediation Service or the client himself. A team

consists of both a social worker and a therapist which is very useful for complex issues that often arise in the Probation and Mediation Programme.

We would like to share with you a story of Mr. H. as an example of a good practice. He entered the programme in May 2018 since he had been suspendedly released in spring. Mr. H. had managed to gain a promise of both work and flat after his release. He is in debt, but he had started to work on his debt situation with an assistance of a social curator before he entered the Probation and Resocialization Programme. Thanks to problems that Mr. H. managed to deal with himself or with help of other services or his family, it was possible to focus on his personal issues in the context of resocialization and renewal of relationships which was the most important task for the client in that moment. His contracts in the programme were to continue being a teetotaller, stabilization of a relationship with his former mate (with whom he has two children) and reconnection with his children. Another client's issue was how to deal with a situation after being released from a prison. Mr. H. spoke about alienation and insecurity he felt towards both his social environment and close people. He started to work on the fore mentioned issues with a worker – a therapist – of the Probation and Resocialization Programme. An enhancement therapy was used as a

method of cooperation. Development of cooperation can be divided into three parts. The first part focused on stabilization and anchoring of a present situation. This part included dealing with demands in a new job, meeting new colleagues and bonding with them, renewal of relationships with his social surroundings and working on establishment of work-life balance. The second part dealt with finding an effective communication way with an ex-partner, a way of contact with children, dealing with current problems and finding more active manners of spending leisure time. In this part, Mr. H. also focused on a relationship and communication with his mother. The third part was about deepening of understanding of all fore mentioned topics and realization of client's behaviour patterns and thinking in such situations.

Mr. H. managed to stabilize himself in his social surroundings during our cooperation. Within a half of a year, his debts will be payed and communication with a former mate has become significantly more stable once custody of children was arranged. Mr. H. now sees his children nearly every day as he spends his free time with them. Twice or three times a month, the kids are in his place from Friday to Sunday. He gained more security in maintaining his abstinence. According to his own words, the most significant success was coming to terms with feelings of alienation. With a feeling that he does not

belong among 'normal' people. Thanks to all these achievements, Mr. H. is thinking about finding a new partner, reconstruction of his place and about active planning of his close future.

REFERENCES

Manuál Práce s klienty v konfliktu se zákonem - Probačně resocializační program, Společnost Podané ruce o.p.s., Olomouc, 2018.

Zákon o Probační a mediační službě č. 257/2000 Sb.

Možnosti a problémy resocializace vězňů, účinnost programů zacházení, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha, 2011, ISBN 978-80-7338-115-8

CONTACT

Mgr. Anastázie Bohanesová
vedoucí centra/sociální pracovnice
Společnost Podané ruce o.p.s.
Práce s klienty v konfliktu se zákonem
Opletalova 1, 779 00 Olomouc
E-mail: bohanesova@podaneruce.cz

POTŘEBY KLIENTŮ SENIORSKÉHO VĚKU V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Marschalková Kateřina; Mgr. Kroupová Lenka

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

SOUHRN

Práce se zabývá problematikou saturace potřeb seniorů ve vybraných sociálních zařízeních. Jsou popisovány základní pojmy senior, stáří, stárnutí a potřeby. Zabývám se konkrétními sociálními zařízeními, kde senioři žijí. Senior je vnímán jako bio-psycho-sociální bytost a dle toho je sestaven dotazník pro hodnocení uspokojování potřeb. Pozornost je věnována také náladám, se kterými se senioři potýkají, jsou otestovány Beckovou stupnicí pro hodnocení deprese.

KLÍČOVÁ SLOVA: Senior – potřeby - sociální zařízení - deprese.

ÚVOD

Předložená práce se zabývá problematikou saturace potřeb seniorů ve vybraných sociálních zařízeních. Uvedenému tématu jsem se rozhodla věnovat větší pozornost, jelikož se stává stále více a více

aktuálnějším. Populace neustále stárne. Pro představu v roce 2016 žily na území České republiky necelé dva miliony obyvatel starších 65 let. Za poslední deset let se jedná o dynamicky nejvíce se rozvíjející věkovou kategorii (ČSÚ, 2016). Stále méně a méně seniorů dožívá svůj život doma, i tak jich ale žije poměrně dost v domácím prostředí, které je pro seniora nevyhovující. Pro seniory bývá domov často jejich poslední jistotou. Většinou se ze zdravotních důvodů koncentrují do domovů pro seniory, kde nejsou výjimkou dlouhé čekací listiny pro přijetí. Pobyt v domovech pro seniory má samozřejmě své výhody i nevýhody. Výhody lze spatřit v sociální interakci s vrstevníky, permanentním zdravotním dohledu nebo dennímu režimu přizpůsobenému seniorskému věku. Jednoznačnou nevýhodou je, že senior přijde o dosavadní domov a vše nač je zvyklý, se změní. V teoretické části práce popisují základní pojmy senior, stáří, stárnutí a potřeby. Dále se také zabývám konkrétními sociálními zařízeními, kde senioři žijí, etickými aspekty v péči o seniory a psychickou zátěží pracovníků.

Seniora vnímám jako bio-psycho-sociální bytost a dle toho jsem sestavila dotazník pro hodnocení uspokojování potřeb. Na seniory bývá někdy nahlíženo jako na ekonomický a sociální problém. Ve své práci poukazuji na to, že i senior má své potřeby jako každý jiný člověk. Praktickou část práce tvoří jednotlivé vyhodnocení otázek

dotazníku pomocí grafů či tabulek. Vlastní dotazník se lehce dotýká všech sfér potřeb člověka.

CÍL PRÁCE

Zjistit, jaké jsou potřeby klientů seniorského věku v sociálních zařízeních.

METODIKA VÝZKUMU

V bakalářské práci byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, uskutečněna pomocí dotazníkového šetření. Dotazník č. 1 obsahuje 23 otázek, je anonymní a polostrukturovaný. Jednotlivé části dotazníku jsou věnovány konkrétním potřebám v různých oblastech. První část dotazníku je zaměřena na získávání demografických údajů o respondentech. V další části se dotazují na biologické potřeby, které tvoří pilíř pro uspokojování ostatních potřeb. Dále se v dotazníku prolínají otázky, pomocí kterých zjišťují psychické a sociální potřeby klientů žijících v domovech pro seniory. Poslední část dotazníku se snaží identifikovat spirituální potřeby klientů. Získaná data jsou zpracována použitím programu Microsoft Office Exel 2010, prezentována a interpretována pomocí grafů a slovních komentářů.

Dále byl využit dotazník č. 2 Beckova stupnice pro hodnocení deprese, jehož data jsou prezentována v tabulce.

PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkum byl prováděn celkem ve dvou zařízeních. Jedno ze zařízení se nachází v malém městě Podbořany, konkrétně se jedná o Domov pro Seniory Podbořany. Druhá polovina výzkumu probíhala v Domově svatého Jiří v Plzni. Jednotlivá zařízení jsem mezi sebou porovnávala a jako zajímavost lze považovat skutečnost, že jedno zařízení se nachází na periferii a druhé ve velkém městě. V Podbořanech žije přibližně 6500 obyvatel. Několikanásobně víc obyvatel žije v Plzni, konkrétně tj. přibližně 170 000 obyvatel. Výsledky některých částí dotazníku vyšly relativně shodně, jiné jsou velice odlišné. Podobné výsledky se vyskytly například u otázky týkající se respektování soukromí klientů, konkrétně v Domově pro seniory Podbořany vyjádřilo spokojenost s respektováním soukromí celkem 50 (100%) respondentů, v Domově svatého Jiří o 48 (96%). Podstatně rozdílné výsledky lze pozorovat v oblasti uspokojování biologických potřeb, konkrétně v oblasti stravování. Z výsledků grafů je patrné, že spokojenost se stravováním je podstatně vyšší v Domově pro seniory Podbořany, jasně zde vítězí možnost výběru jídla. Z odpovědí na otázky týkajících se trávení volného času vyplývá, že senioři v plzeňském domově preferují individuální aktivity, naopak v Podbořanech se senioři účastní raději skupinových aktivit, při kterých udržují kontakty s vrstevníky.

Z důvodu výskytu vysokého počtu respondentů se smutnou náladou, byl v oblasti psychických potřeb doplněn ve výzkumném šetření standardizovaný dotazník – Beckova stupnice pro hodnocení deprese. Depresivní rozlady jsou u seniorů dle výsledků výzkumného šetření časté. Dohromady 60 (60%) z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných trpí nějakou formou deprese. Nejčastější stupeň deprese je tzv. mírná deprese a to v celkovém počtu 38 (38%) respondentů, střední stupeň deprese vyšel u 22 (22%) seniorů. Dle mého úsudku se jedná o poměrně vysoké číslo, avšak těmto depresivním rozladám není věnována dostatečná pozornost.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby klientů, kteří žijí v sociálních zařízeních. Informace o respondentech jsem získávala ve dvou zařízeních (Domov pro seniory Podbořany a Domov svatého Jiří v Plzni). Z výzkumného šetření práce plyne, že většina seniorů je s žitím v uvedených dvou zařízeních celkově spokojená. Biologické potřeby v oblasti stravování jsou lépe uspokojovány v Domově pro seniory v Podbořanech. Naopak s potřebami v oblasti hygieny jsou více spokojeni klienti z Domova svatého Jiří. V oblasti psychických potřeb jsou potřeby více saturovány v DpS Podbořany. V obou uvedených zařízeních personál věnuje dostatečnou pozornost klientům při problematických situacích. Uspokojování potřeb

v sociální oblasti je na vysoké úrovni v obou městech. Z důvodu pestré nabídky volnočasových aktivit, si každý může vybrat aktivitu pro něj nejvhodnější. Klienti mají možnost hovořit o svých duchovních potřebách, každý ale tuto možnost nevyužívá. Poskytované služby v Domově pro seniory Podbořany a Domově svatého Jiří jsou na vysoké úrovni a přístup ke klientům je zde profesionální.

Výsledky Beckovy stupnice pro hodnocení deprese lze dále použít jako podklad dalšího šetření. Uvedeným dotazníkem č. 2 bylo prokázáno, že senioři depresemi trpí. Konkrétně se deprese vyskytuje celkem u 60 (60%) seniorů ze 100 (100%) dotazovaných. Další výzkumné šetření by mělo být zaměřeno na příčiny a mírnění duševní poruchy. Pro saturaci potřeb klienta je v ošetrovatelské praxi v sociálních zařízeních nutno na problematiku poukázat a snažit se zvýšit kvalitu života klientů. Všeobecná sestra by měla sledovat stav klienta, umět navázat vztah a v komunikaci pomocí otevřených otázek zjistit poruchu nálady klienta. Může pomoci i psycholog nebo psychoterapeut a sestra by měla znát zásady komunikace s pacientem trpícím depresí.

POUŽITÉ ZDROJE

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

KONTAKT

Mgr. Kroupová Lenka

e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT PŘI DISPENZARIZACI PACIENTŮ S HYPERTENZÍ V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Bc. Radka Synáčová^{1,2)}; PhDr. Petra Bejvančíková¹⁾

1) Západočeská univerzita Plzeň, Fakulta zdravotnických studií

2) Moje ambulance a.s., týmová praxe praktických lékařů

SOUHRN

Práce je zaměřena na problematiku prevence a léčby arteriální hypertenze v oblasti primární péče. Arteriální hypertenze představuje významný rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárního onemocnění a s ohledem na vysokou prevalenci v dospělé populaci představuje velký zdravotní i ekonomický problém. V teoretické části diplomové práce je definována diagnóza arteriální hypertenze, jsou popsány rizikové faktory vzniku, možnosti prevence a léčby hypertenze a správná technika měření krevního tlaku. Pozornost je věnována roli sestry v péči o hypertoniky. V praktické části jsou zjišťovány motivační faktory k léčbě z pohledu pacienta a z pohledu sestry. Na základě výzkumného šetření byly zjištěny rozdíly v motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze z pohledu sestry a

z pohledu pacienta. Jako nejvíce problematická byla stanovena oblast dodržování zásad zdravého stravování, udržení přiměřené tělesné hmotnosti, dostatečné fyzické aktivity a vyhýbání se stresu.

KLÍČOVÁ SLOVA: Arteriální hypertenze - měření krevního tlaku - dispenzární péče - rizikové faktory - všeobecná sestra.

ÚVOD

Arteriální hypertenze je v současné době aktuální a velmi diskutované téma. V průmyslově vyspělých zemích se vyskytuje u 20-50 % dospělých osob. Je významným rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění. V současném zdravotnictví představuje podstatný zdravotní i ekonomický problém. Majoritní podíl v péči o pacienty s diagnózou arteriální hypertenze by měli mít poskytovatelé primární péče, tj. praktičtí lékaři pro dospělé, ev. praktičtí lékaři pro děti a dorost. Je nutné aktivní vyhledávání pacientů s arteriální hypertenzí a následná péče o ně. Lékař a sestra by měli při poskytování dispenzární péče tvořit tým, postupovat jednotně, organizovaně a systematicky. Jen koordinovaná péče může oddálit či zcela zabránit vzniku komplikací nemoci a snížit tak náklady na poskytovanou péči. Významnou úlohu v dispenzární péči o pacienty s arteriální hypertenzí mají i všeobecné sestry. Vhodnými intervencemi mohou pacienta získat ke spolupráci a posílit jeho

aktivní účast na léčbě. Sestra je schopna provádět zdravotní výchovu stejně kvalitně jako lékař.

HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU

Zjistit, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. S ohledem na doporučené postupy a přání pacientů nastavit optimální dispenzární péči týkající se těchto pacientů

METODIKA VÝZKUMU

K získání požadovaných dat od pacientů i sester jsme zvolili kvantitativní metodu výzkumného šetření za použití strukturovaného dotazníku. První soubor tvořili pacienti registrováni ve vybraných pobočkách týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. Podmínkou zařazení do souboru byla dispenzarizace pro diagnózu arteriální hypertenze v ambulanci praktického lékaře Moje ambulance a.s. a možnost elektronické komunikace. Druhý soubor tvořili všeobecné (praktické) sestry pracující v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance a.s.

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Úloha praktického lékaře v léčbě arteriální hypertenze je nezastupitelná. 60 % dotázaných pacientů se léčí s diagnózou

arteriální hypertenze pouze u praktického lékaře. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že existují statisticky významné rozdíly v hodnocení důležitosti motivačních faktorů z hlediska pacientů a z hlediska sester. Pacienti a sestry se shodují na důležitosti režimových a léčebných opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze. Pacienti si ve shodě s názorem sester nejvíce stěžují na problém s udržení tělesné hmotnosti, na nedostatečnou pohybovou aktivitu, na dodržování zdravého stravování a neumí se vyhýbat stresu. Nejmenší problém jim činí pravidelné užívání léků. Alarmující je zjištění, že nejsou sestrami v dostatečné míře dodržovány zásady správného měření TK. Dále je třeba intenzivněji doporučovat domácí měření TK, včetně nácviku správné techniky měření a pomoci při výběru měřicího přístroje. Nejvíce aktivitu sester, dle jejich tvrzení, tlumí nedostatek času.

ZÁVĚR

Výstupem diplomové práce bude vytvoření standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí v ambulanci praktického lékaře. Na základě Doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře, týkajících se péče o pacienty s arteriální hypertenzí, vytvoříme optimální strategii dispenzární péče s přihlédnutím na informace opatřené dotazníkovým šetřením v souvislosti s diplomovou prací. Věříme, že takto nastavený plán

ošetřovatelské péče bude kladně přijat sestrami i pacienty a pomůže zlepšit kvalitu poskytované péče. Potěšilo by nás, kdyby naše zkušenosti byly inspirací i pro některé další ambulance praktických lékařů. Závěrem je třeba zdůraznit, že samotná léčba, i přes veškerou aktivitu zdravotníků, nestačí. Pacienti si musí uvědomit, že je třeba zamítnout své špatné návyky. Velký vliv na cílové hodnoty TK a celkový zdravotní stav pacientů má způsob jejich života. Pacienty je třeba vést ke spoluúčasti na léčbě a k odpovědnosti za svůj zdravotní stav.

POUŽITÉ ZDROJE

BÝMA, Svatopluk, HRADEC, Jaromír. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Prevence kardiovaskulárního onemocnění. Novelizace 2018.* Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2018. 13 s. ISBN 978-80-86998-95-4.

ROSOLOVÁ, Hana et al. *Preventivní kardiologie v kostce.* Praha: Axonite CZ, 2013. 248 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-5-0.

SEIFERT, Bohumil et al. *Všeobecné praktické lékařství. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, 2013. 673 s. ISBN 978-80-7262-934-3.

SOVOVÁ, Eliška et al. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství. 2. rozš. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. 255 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4823-8.

STERGIOU, George, S. et al. *Home blood pressure monitoring in the 21st century*. [online], 2018, [cit.01.03.2019]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.13284>

KONTAKT

Bc. Radka Synáčová

e-mail: rsynacova@seznam.cz

mobil: 737 483 151

METODA ECMO VE FN PLZEŇ

Bc. Anna Slachová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

Fakultní nemocnice Plzeň

ANOTACE

Metoda extrakorporální membránové oxygenace (ECMO) umožňuje prostřednictvím přístrojové podpory dočasně nahradit selhávající vitální funkce. Cílem práce je určení hlavních rizik metody ECMO a nalezení optimálního řízení těchto rizik v konkrétním zdravotnickém zařízení. Empirická část byla rozdělena na dotazníkové šetření u NELZP, kteří pečují o ECMO pacienty, a na rozhovory s vedoucími lékaři těchto NELZP. Výzkumem jsme zjistili, že NELZP vnímají potřebu dalšího vzdělávání v problematice ECMO a mají o něj zájem, lékaři si také přejí další formy vzdělávání pro NELZP. Shodně zdravotníci uvedli, že výhodná by byla přítomnost perfuziologa ve zdravotnickém zařízení nepřetržitě. Výstupem práce je soubor doporučení a návrhů, jak optimalizovat podmínky poskytování

metody ECMO prováděné mimo trvalý dohled perfuziologa v konkrétním zdravotnickém zařízení. Retrospektivní analýza souboru dat pacientů napojených na ECMO podporu ve FN Plzeň v letech 2014 – 2018 prokázala soustavné navyšování frekvence použití ECMO a rozšíření indikací metody.

KLÍČOVÁ SLOVA: ECMO – riziko - klinický perfuziolog – komplikace - ošetrovatelská péče - nelékařský zdravotnický pracovník.

ÚVOD

Extrakorporální membránová oxygenace – ECMO je metoda mimotělní podpory funkce srdce a plic prostřednictvím mechanického zařízení. Patří do komplexu vysoce specializované péče pro pacienty s oběhovým a ventilačním selháním, kde ostatní léčebné metody selhaly. Metoda je invazivní, s potenciálem častých a závažných komplikací, náročná na technické zázemí, ale především na erudovanost zdravotnického personálu v péči o pacienta napojeného na ECMO.

Prvně byla ECMO metoda použita v modifikaci V-A v roce 1966 doktorem Hillem u 24letého pacienta. Indikací bylo posttraumatické ventilační selhání, nezvládnutelné konvenční terapií. ECMO byla úspěšně odpojena po 75 hodinách a pacient se úplně zotavil (Hill et

al., 1972, s. 630)

Od dalšího používání této metody u dospělých pacientů se přechodně upustilo po publikování randomizované multicentrické studie „Ectracorporeal membrane oxygenation in severe acute respiratory failure.“, kde autoři vyjádřili názor, že ECMO není vhodnou metodou léčby akutního selhání plic u dospělých pacientů (Zapol et al., 1979). Byla zde používána modifikace V-A ECMO při plicních indikacích, což ve světle dnešních poznatků je neopodstatněné.

Randomizovaná multicentrická studie CESAR z let 2001 až 2006 (Peek et al., 2009) naopak doložila, že léčba pacientů s akutním selháním plic pomocí podpory ECMO má výrazně lepší výsledky než při použití konvenčních postupů léčby, zejména co se týká přežití bez výrazného neurologického postižení. Pandemie chřipky typu H1N1 v roce 2009 a zvýšení incidence těžkého respiračního selhání dospělých upevnilo pozici V-V ECMO v léčebných intervencích. Zdokonalování a zmenšování rozměrů oxygenátoru, centrifugálních pump, ale i použití heparinem potaženého vnitřního povrchu hadic výrazně snížilo výskyt komplikací (Sangalli, 2014, s. 8). Po zkonstruování systému sloužícího primárně pro náhradu plicních funkcí došlo k rychlému rozšíření přístroje do klinické praxe.

Trendem posledních let je snaha dát šanci k přežití nemocnému s akutním oběhovým selháním, refrakternímu ke konvenční terapii. ECMO tak v modifikaci V-A přebírá v různé míře

funkci srdce i funkci plic, bývá stále častěji používána jako záchranný postup při probíhající KPR, jako její součást. V této souvislosti byl do praxe zaveden výraz ECPR (extracorporeal cardiopulmonary resuscitation) a CCPR (conventional cardiopulmonary resuscitation). Jelikož je takto využívaná ECMO metoda velmi invazivní, finančně nákladná a také náročná na technické a organizační aspekty, zaobírá se odborná veřejnost opodstatněním takového postupu.

Do prospektivní kohortové studie zabývající se rozdílem v přežití u pacientů s náhlou zástavou oběhu v nemocničním zařízení při využití ECPR nebo CCPR (Chen et al., 2008) bylo zařazeno 172 pacientů. Výsledky studie demonstrovaly benefity ECMO terapie na parametru propuštění pacienta s dobrým neurologickým stavem, tj. CPC1-2 (Cerebral performance category - skóre mozkové výkonnosti, je používáno s cílem posoudit neurologický výsledek po zástavě srdce), kde u ECPR větve bylo propuštěno do domácí péče 30,4 % (n=14), u větve CCPR bylo toto číslo o polovinu menší 15,2 % (n=7). Srovnatelné výsledky uvádí i retrospektivní kohortová studie, provedená týmem odborníků v čele s Tae Gun Shinem. Tato studie potvrdila, že výsledky léčby refrakterních zástav pomocí ECMO jsou lepší, než pokud je nemocný léčen standardně – zejména u dlouhodobého přežití (Shin et al., 2013). Další retrospektivní kohortová studie, kterou v roce 2015 publikoval tým autorů z německého Kerckhoff Heart and Thorax center, na vzorku 353

pacientů potvrdila, že přesně vymezená skupina nemocných může profitovat z léčby pomocí ECMO. Ta je spojená s dlouhodobě lepším procentem přežití i neurologickým stavem (Blumenstein et al., 2015).

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je konkretizovat rizika metody ECMO ve zdravotnickém zařízení a navrhnout vhodné opatření k eliminaci rizik pro dané zdravotnické zařízení. Dalším cílem je provést retrospektivní analýzu dat pacientů napojených na ECMO podporu ve FN Plzeň v letech 2014 – 2018.

METODOLOGIE VÝZKUMU

Úvod empirické části práce je věnován retrospektivní analýze dat pacientů napojených na metodu ECMO v daném zdravotnickém zařízení za pětileté období. Jádrem empirické části práce je dotazníkové šetření u NELZP, které je doplněno o rozhory s lékaři. Je zaměřeno na revizi stávajících podmínek poskytování metody ECMO v daném zdravotnickém zařízení.

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Prvním cílem této práce bylo podání zprávy o poskytování ECMO podpory v daném zdravotnickém zařízení prostřednictvím

retrospektivní analýzy dat pacientů napojených na ECMO podporu ve FN Plzeň v letech 2014 – 2018. Důvodem vytvoření analýzy byla snaha zdokumentovat různorodost pacientů, o které NELZP v daném zdravotnickém zařízení pečují na oddělení Kliniky anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče, dále na kardiologické jednotce intenzivní péče, kardiochirurgické pooperační jednotce intenzivní péče a metabolické jednotce intenzivní péče. Uvedené pětileté období bylo určeno s ohledem na dostupnost informací potřebných k analýze, zahrnuje data 83 pacientů. Zajímali jsme se o počet a věk pacientů na ECMO v jednotlivých letech a jejich rozvržení na různá oddělení JIP. Také jsme se zabírali vývojem indikací k napojení podpory a modifikací, jakou byl systém napojen, pro názornost bylo použito grafické vyobrazení. Při hodnocení výsledků metody jsme použili parametr propuštění do domácí péče s dobrým neurologickým nálezem (CPC 1-2). Výčet komplikací metody zahrnoval rok 2018. Součástí analýzy jsou také krátké kazuistiky zajímavých nebo okrajových případů, uvedené zde pro ilustraci ECMO programu v daném zdravotnickém zařízení. Z provedené analýzy dat je zřejmý nárůst indikací pro ROCS a celkově navýšení potřeby ECMO podpory v daném zdravotnickém zařízení. Mortalita je srovnatelná s ostatními kardiocentry v podmínkách České republiky (Šimek a spol., 2018, s. 166).

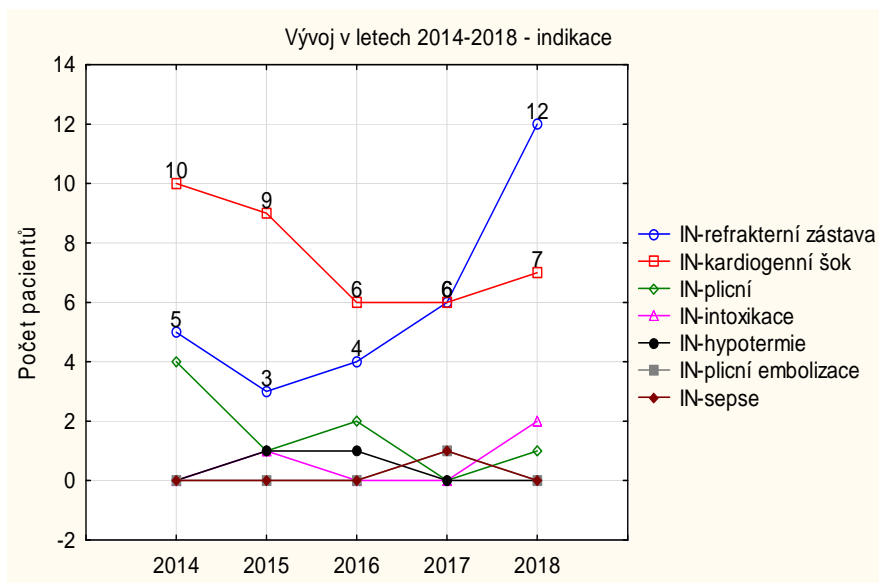
Nejčastější indikací k napojení V-A ECMO bylo až do roku 2016 (46 % všech indikací napojení ECMO v roce 2016) kardiogenní selhání v souvislosti s dlouhým a komplikovaným kardiochirurgickým výkonem, buď bezprostředně po operaci na operačním sále, nebo v časném pooperačním období. Důvodem byl vzestup počtu náročných operací, často emergentních, u kterých byl dříve volen konzervativní postup. Roli hraje i aktivní přístup kardiochirurgů k používání ECMO metody. V roce 2017 bylo v Plzni ECMO indikováno shodně 6x pro kardiogenní selhání (43 % případů) v souvislosti s kardiochirurgickým výkonem a 6x indikováno v rámci ECPR (43 % případů) pro refrakterní srdeční zástavu. V roce 2018 je indikace z důvodu ECPR zajištění nejpočetnější, s počtem 12 (55 %), indikace po kardiochirurgické operaci klesly na 6 případů (27 %), jak je patrné z grafu č. 3. Jako sedmý případ napojení pro kardiogenní šok byl zařazen v roce 2018 pro potřeby vedení statistiky hypoxický kardiogenní šok, tzn. ne po kardiochirurgické operaci.

Další vývoj je těžko predikovatelný. Lze očekávat pokračující četné tendence napojit ECMO jako záchranný postup při zástavě oběhu refrakternímu na léčbu, zejména u mladších pacientů, kde je naděje na uzdravení. Při rozvaze ECMO týmu hraje roli věk nemocného, známé předchorobí, zda byla zástava oběhu zastižená či nikoliv a zda byla poskytována účinná první pomoc. Toto vše je zvažováno již Zdravotnickou záchrannou službou, která v ideálním

případě uvědomí ECMO centrum o možném kandidátovi pro ECMO (Řízená dokumentace FN Plzeň). Dalším faktorem je délka probíhající kardiopulmonální resuscitace (KPR), která by neměla trvat déle než 45 minut do napojení ECMO, a srdeční rytmus v průběhu KPR (výhodnější je intermitentní fibrilace komor, než bezpulzová elektrická aktivita či asystolie). Výhodou je vstupní hypotermie pacienta, která díky sníženým metabolickým nárokům mozku dává naději na přežití s dobrým CPC. Při zástavě oběhu mimo zdravotnické zařízení (OHCA – Out of hospital cardiac arrest) se často diagnóza stanoví, respektive potvrdí až po zavedení metody ECMO. Zajištění oxygenace a účinného oběhu pomocí ECMO dává prostor pro absolvování diagnostických i terapeutických intervencí – důvodem selhání oběhu může být také plicní embolizace (1 případ v roce 2017), či intoxikace kardiodepresivními léky (2 případy v roce 2018). Indikace pro V-V ECMO z důvodů respiračního selhání se pohybuje průměrně kolem 2 případů ročně.

Ne vždy je možno jednoduše určit indikaci k napojení ECMO metody, což demonstrujeme na kazuistice 30-ti leté ženy, účastnici autonehody s tonutím, iniciálně bez srdeční aktivity, hypotermická (22°C), přítomná mydriáza a anizokorie. Doba tonutí nejasná, odhadem asi 60 minut. Po KPR oběh obnoven, známky masivní aspirace, zajištěna UPV. Při transportu několikrát nutná KPR pro fibrilaci komor, doba jednotlivých KPR nejasná, oběh se podařilo

obnovit, pacientka hospitalizována na KARIM. Po šesti hodinách dochází z respiračních důvodů ke zhroucení oběhu a kardiálnímu šoku na podkladě hypoxickém. Indikováno V-A ECMO. Došlo zde ke kumulaci dějů, kde 4 z nich by izolovaně sloužily jako indikace k napojení na ECMO (akcidentální hypotermie, tonutí, respirační selhání, kardiální selhání). Tento případ byl zařazen pro potřeby statistiky do množiny indikací kardiogenního šoku. Pro implantaci metody ECMO se tým rozhodl navzdory malé naději na vyléčení, rozhodující byla hypotermie a také nízký věk pacientky. Byla propuštěna s CPC 1.



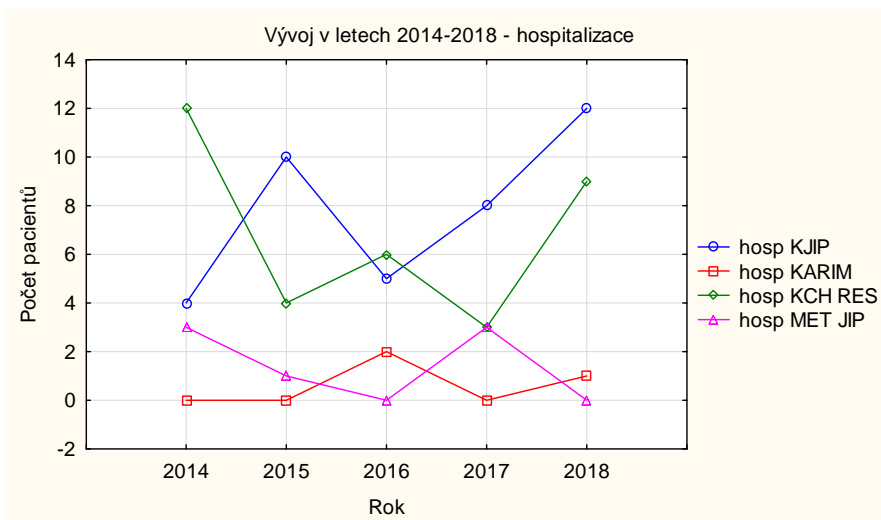
Graf 1: Vývoj indikací k ECMO podpoře - vývoj v letech 2014 – 2018

Vývoj umístění pacientů na jednotlivých jednotkách intenzivní péče ve FN Plzeň koreluje s vývojem indikací k napojení. Důvodem je

předem jasně daná strategie umístění pacientů ve zdravotnickém zařízení dle indikace k napojení – pacienti s V-A ECMO jsou vždy umístěni na oddělení kardiocentra. Pacienti s V-A ECMO pro kardiogenní šok v souvislosti s kardiochirurgickou operací jsou hospitalizováni na KCH – RES (resuscitační péče kardiochirurgického oddělení) pro potřeby vysoce specializované pooperační péče. Také všichni nemocní s centrální kanylací ECMO jsou hospitalizováni na KCH – RES. Všichni ostatní nemocní s V-A ECMO (pro refrakterní zástavu oběhu, intoxikace léky, plicní embolie, sepse) jsou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče kardiocentra, tedy KJIP (koronární jednotka intenzivní péče). Na lůžkovém oddělení KARIM (klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny) mohou být hospitalizováni pacienti napojení na V-V ECMO z důvodu respiračního selhání, stejně tak na MET – JIP (metabolická jednotka intenzivní péče). Ještě v roce 2017 byli na MET – JIP hospitalizováni také pacienti s V-A ECMO pro septický stav a pro embolizaci plicnice, od roku 2018 platí strategie hospitalizovat všechny V-A ECMO na KJIP. V jednom případě bylo ve stejném roce na lůžkách MET – JIP napojeno V-A ECMO z důvodu refrakterní srdeční zástavy (IHCA - Intra hospital cardiac arrest).

Graf č. 2 ilustruje vývoj hospitalizace pacientů s ECMO na jednotlivých odděleních. V roce 2014 je ještě patrná převaha hospitalizací na KCH – RES (63 % z celkového počtu ECMO), v dalších

letech stoupá počet hospitalizovaných na KJIP, v roce 2018 je to již 55 % (n=12) ze všech pacientů napojených na ECMO. Důvodem je rozšíření indikačních kritérií, i zvyšující se zájem lékařů v intenzivní péči o tuto metodu. Frekvence hospitalizací na lůžkách MET – JIP a na lůžkách KARIM osciluje kolem 2 pacientů ročně.



Graf 2: Hospitalizace pacientů na jednotlivých odděleních - vývoj v letech 2014 - 2018

Dotazníkové šetření zahrnovalo NELZP, kteří pracují na odděleních KCH RES, KJIP, MET JIP a lůžkové části KARIM. Z celkového počtu 160 dotazníků rozdělených mezi 4 oddělení rovnoměrně po 60 kusech, se jich vrátilo vyplněných 101 (návratnost 63 %). Celkem bylo vyhodnoceno 94 validně vyplněných dotazníků. Sesterské šetření bylo doplněno o rozhovory s vedoucími lékaři oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s ECMO. Rozhovory byly vedeny postupně se

4 respondenty.

Pomocí sesterského dotazníkového šetření byl stanoven řebříček udávaných komplikací metody ECMO z pohledu četnosti. Vyplynulo, že nejčastěji se sestry v souvislosti s péčí o pacienta na ECMO setkávají s krvácením, dále se sníženým průtokem krve v systému, ischemií dolní končetiny a se zavzdušněním systému. Komplikace metody byly řešeny nejčastěji ve spolupráci s perfuziologem a s lékařem na oddělení. V položce, která se věnuje zdroji informací o metodě, byla nejčastěji (35% všech odpovědí) označena možnost „na oddělení“. Druhým nejčastějším zdrojem (18 %) je sdělení „od sloužícího perfuziologa“.

Názor na možnost stále přítomnosti perfuziologa na pracovišti byl celkem jednoznačný - 89 % dotazovaných zdravotníků si myslí, že perfuziolog má být dostupný 24 hodin denně na pracovišti. Odpověď „nevím“ uvedlo 5 % respondentů, zatím co 6% NELZP zvolilo možnost „spíše ne“.

Z rozhovorů provedených s lékaři dotčených oddělení plyne, že všichni oslovení preferují stálou přítomnost perfuziologa na pracovišti, jak z důvodu eliminace rizika prolongovaného napojení ECMO metody, tak z důvodu řešení vzniklých komplikací u probíhající metody.

Další konfrontované výroky nabízeli respondentům myšlenku vzdělávání sester a tréninku péče o pacienta s ECMO formou

„periodického semináře“, souhlasilo 59 % a spíše souhlasilo 32 % dotazovaných, anebo možnost vytvoření pozice „ECMO specialista“, v rámci které by studiem certifikovaného kurzu nabyli jasně stanovené kompetence v souvislosti s ECMO metodou. Také převažovala souhlasná stanoviska, bylo zaznamenáno 40 % odpovědí *určitě ano* a 37 % odpovědí *spíše ano*. Možnost *určitě ne* neuvedl nikdo. Z uvedeného je zřejmý velký zájem NELZP o vzdělávání ohledně metody ECMO.

Lékaři při provedeném rozhovoru reagovali také na výrok, zda si myslí, že by NELZP měli mít pravidelné školení o ECMO metodě. Všichni respondenti by tuto možnost uvítali.

ZÁVĚR

Poskytování ECMO metody je záležitost finančně nákladná, technicky i logisticky náročná a přináší řadu komplikací. Vyžaduje si speciálně vyškolený personál z řad lékařů i nelékařů a úzkou mezioborovou spolupráci – specialistu na intenzivní medicínu, perfuziologa, dále kardiologa a kardiochirurga. I přesto se stává standardní součástí léčby kriticky nemocných pacientů a je patrný nárůst počtu zavedení ECMO i rozšiřování indikačních možností. Výrazně k tomu přispívá zdokonalování samotných přístrojů - nejnovější modely jsou malé, kompaktní, s jednodušší obsluhou a s možností automaticky monitorovat množství parametrů.

ECMO je technologicky závislá terapie využívaná u kriticky nemocných pacientů. Úspěšný výsledek použití této metody je vysoce závislý na bezpečnosti programu ECMO, proto je neustálé aktivní zvyšování úrovně znalostí a dovedností v zájmu pacientů i zdravotníků.

POUŽITÉ ZDROJE

1. BLUMENSTEIN, J., LEICK J., LIEBETRAU C., et al. Extracorporeal life support in cardiovascular patients with observed refractory in-hospital cardiac arrest is associated with favourable short and long-term outcomes: A propensity-matched analysis. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. [online] 2015, [cit. 2019-03-22]. DOI: 10.1177/2048872615612454. ISSN 20488726. Dostupné z: <http://acc.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2048872615612454>
2. HILL D., O'BRIEN T., MURRAY J., DONTIGNY L., BRAMSON M. ACGI, OSBORN J. et F. GERBODE. Prolonged extracorporeal oxygenation for acute post-traumatic respiratory failure (shock-lung syndrome) use of the Bramson membrane lung. *The New England Journal of Medicine*. [online] 1972; 286:629-634[cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1056 / NEJM197203232861204Prolonged. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197203232861204>

3. CHEN, Yih-Sharnq, LIN Jou-Wei, YU Hsi-Yu, et al. Cardiopulmonary resuscitation with assisted extracorporeal life-support versus conventional cardiopulmonary resuscitation in adults with in-hospital cardiac arrest: an observational study and propensity analysis. *The Lancet*. [online] 2008, 372(9638), 554-561 [cit. 2019-03-20]. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60958-7. ISSN 01406736. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608609587>
4. OŠŤÁDAL, Petr, BĚLOHLÁVEK Jan, BALÍK Martin a Hynek ŘÍHA. ECMO: extrakorporální membránová oxygenace: manuál pro použití u dospělých. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. Jessenius. ISBN 978-80-7345-591-0.
5. PEEK, G., MUGFORD M., TIRUVOIPATI R., WILSON A., ALLEN E., THALANANY M., HIBBERT C., TRUESDALE A., CLEMENS F., COOPER N., FIRMIN R. et D. ELBOURNE. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*. [online]. 2009, 374 (9698), 1351-1363. [cit. 2019-02-10] DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61069-2 Dostupné z: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/28697/>
6. SANGALLI F., PATRONITI N. et A. PESENTI. ECMO- History of extracorporeal life support in adults. Springer, Milano 2014 *Ecmo-*

extracorporeal life support in adults. 2014, New York: Springer, ISBN 978-88-470-5426-4. DOI: https://doi.org/10.1007/978-88-470-5427-1_1

7. SHIN TAE GUN, JO IK JOON, SIM MIN SEOB, et al. Two-year survival and neurological outcome of in-hospital cardiac arrest patients rescued by extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Cardiology* [online] 2013, 168(4), 3424-3430 [cit. 2016-03-22]. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.04.183. ISSN 01675273. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527313008504>
8. SIMEK, Martin, ZUSCICH Ondrej, LANGOVA Katerina, CHUDOBA Adam, HAJEK Roman, HUTYRA Martin, KLEMENTOVA Olga, SANTAVY Petr et Vladimir LONSKY. Extracorporeal membrane oxygenation at the University hospital of Olomouc. Establishing a service and results. *Perfusion*, 2018. 33(IS), 166-167
9. ZAPOL W. M., SNIDER M. T., HILL J. D., FALLAT R. J., BARTLETT R. H., EDMUNDS L. H. et R. G. MILLER Jr. Extracorporeal membrane oxygenation in severe acute respiratory failure. A randomized prospective study. *The Journal of the American Medical Association*. (1979). 242(20), 2193-2196.

ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Bc. Iveta Böhmová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence Fakulta Zdravotnických studií ZČU v Plzni

SOUHRN

Tématem diplomové práce je elektronická zdravotnická dokumentace a její zavedení do provozu poskytovatele zdravotní péče. Téma je aktuální, neboť pokrok ve světě informačních technologií, který můžeme v posledním desetiletí sledovat, významně proniká také do oblasti zdravotnické evidence a dokumentace. Tato skutečnost by měla s sebou přinášet mnoho nesporných výhod jako je například předávání dat o pacientovi mezi zdravotníky, jejich organizace, archivování a maximální flexibilita komunikace mezi zdravotníky bez nutnosti fyzické přítomnosti pacienta či papírové dokumentace. Má však také svá úskalí zejména v oblasti bezpečnosti, funkční stability, ceny a kompatibility jednotlivých systémů různých pracovišť.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část diplomové práce se zabývá náležitostmi papírové

dokumentace s postupným elektronizováním, zároveň je nastíněna i problematika ochrany dat společně s ochranou pacienta. Praktická část obsahuje výsledky výzkumu na II. Interní klinice a chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

KLÍČOVÁ SLOVA: Elektronizace – Legislativa - Přenos dat – Ochrana dat - Zdravotnická dokumentace.

ÚVOD

Zdravotnická dokumentace je důležitým nástrojem pro poskytování zdravotní péče. Lze z ní získat informace o zdravotním stavu pacienta a v neposlední řadě slouží jako průkazný materiál o poskytnuté péči. Vedení pouze papírové formy dokumentace je již dávno minulostí. V současné progresivní době je snaha o digitalizaci zdravotnické dokumentace s cílem oproštění se od papírové formy. Elektronická dokumentace s sebou přinesla nespočetně výhod. Jsou jimi například permanentní dostupnost, čitelnost záznamů, rychlejší předávání dat o pacientech na další klinická pracoviště, dohledatelnost osoby, která se záznamy pracovala a menší organizační a prostorové nároky na archivaci.

Téma elektronická zdravotnická dokumentace je velice aktuální, proto sloužilo jako námět pro tvorbu diplomové práce.

CÍL PRÁCE

Srovnání názorů všeobecných sester ve Fakultní nemocnici v Plzni na elektronickou zdravotnickou dokumentaci. Průzkumem jsme zjišťovali benefity a negativa, která s sebou přinesla rozvíjející se elektronická zdravotnická dokumentace. Dalším bodem výzkumu byl názor všeobecných sester na celkovou stabilitu elektronického systému a přehled o legislativě týkající se elektronické dokumentace.

METODIKA VÝZKUMU

Metodou průzkumu byl zvolen polostandardizovaný rozhovor, který nabízel prostor pro vyjádření vlastního názoru a pohledu na kladenou otázku. Otázky k výzkumu byly předem připraveny a rozhovor probíhal individuálně s každým respondentem zvlášť. Doba trvání rozhovoru byla v průměru 20 minut. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně převedeny do písemné formy. Respondenti byli předem seznámeni s účelem výzkumu a rozhovor poskytli dobrovolně.

PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

1. Otázky zaměřené na údaje o respondentovi:

Veškerí oslovení respondenti byli zaměstnanci Fakultní nemocnici v Plzni na pozici všeobecná sestra. Věkové rozmezí dotazovaných se pohybovalo od 23 let do 56 let. Nejdelší délka praxe na oslovovaných pracovišti byla 26 let a nejkratší 3 měsíce. Z celkového počtu mělo 9 respondentů vysokou školu s titulem bakalář, 6 respondentů vyšší odbornou školu a 5 respondentů střední zdravotnickou školu. Mezi oslovenými všeobecnými sestrami byly 2 staniční sestry.

2. Otázky zaměřené na vedení elektronické zdravotnické dokumentace:

Bylo předpokládáno, že respondenti budou považovat za nevýhodu nečitelnost a nepřehlednost záznamů v ručně psané dokumentaci. Většina oslovených všeobecných sester považovala čitelnost záznamů v elektronické formě jako jeden z největších přínosů elektronické zdravotnické dokumentace. Respondenti rovněž uvedli jako benefit elektronické formy její permanentní dostupnost všem zdravotníkům společně s rychlým předáváním informací o pacientovi na jiná pracoviště bez nutnosti přítomnosti pacienta či papírové dokumentace. Někteří respondenti ocenili to, že již

nehrozí ztráta některé části dokumentace a nejsou shromažďovány archy papírů, jak tomu bylo v časech minulých. Čtvrtina dotazovaných nepovažují elektronickou dokumentaci za přínos, ale naopak za velké stěžení. Respondenti byli vyzváni, aby zhodnotili negativa týkající se elektronické formy zdravotnické dokumentace. Polovina všeobecných sester považovala za největší problém duplicitu záznamů, která vznikala při používání obou forem zdravotnické dokumentace. Dotazovaní také pozorovali větší časový nárok na vyhotovení elektronických záznamů, ovšem jako řešení by považovali přenosné počítače, aby záznamy mohli zapisovat již u lůžka pacienta. Dalším nevyhovujícím parametrem jsme z rozhovorů vyhodnotili nevyhovující elektronické formuláře, které některým respondentům připadají moc složité, nepřehledné a limitující. Oslovené všeobecné sestry by uvítaly možnost soubor uložit jako rozepsaný, protože v situacích, které bránily dokončení záznamu, musely složku zavřít, čímž ztratily veškerá již vytvořená data.

Předpokládaným zjištěním bylo, že všeobecné sestry pozorovaly větší časový nárok na vedení ošetrovatelské zdravotnické dokumentace v elektronické podobě.

Většina respondentů se shodla, že na vytvoření elektronické ošetrovatelské dokumentace potřebují více času, než na tištěnou formu. Pouze jedna všeobecná sestra uvedla, že na vytvoření záznamů, které musí psát ručně, potřebuje větší časovou dotaci.

Tři respondenti neviděli rozdíl v elektronické a papírové formě, protože na vytvoření záznamů potřebují stejnou dobu.

Byl předpoklad, že všeobecné sestry upřednostňují pro záznam ošetrovatelské činnosti papírovou formu zdravotnické dokumentace před elektronickou formou. Tato domněnka byla vyvrácena pouze jedním respondentem, který preferuje elektronickou zdravotnickou dokumentaci. Ostatní dotazovaní výhradně upřednostňují papírovou zdravotnickou dokumentaci.

Respondenti byli dotazováni, zda někdy selhali ve vedení papírové dokumentace a zda, elektronickou formu zdravotnické dokumentace považují jako prevenci pochybení. Tři čtvrtě dotazovaných si byli vědomi, že udělali někdy chybu při vedení papírové dokumentace a považovali za prevenci pochybení výhradně čitelnost záznamů. Zbývající respondenti elektronickou dokumentaci nepovažovali za prevenci pochybení, protože byli přesvědčení, že pochybit se dá v obou formách dokumentace shodně.

3. Otázky zaměřené na stabilitu elektronického systému:

Bylo předpokládáno, že všeobecné sestry považují stabilitu elektronického systému za dostačující. Nadpoloviční většina dotazovaných pokládají stabilitu elektronického systému v počítači na jejich pracovišti za vyhovující. Respondenti byli dotázáni, zda se jim

někdy stalo, že elektronická zdravotnická dokumentace selhala na podkladě systému. Pouze čtyři všeobecné sestry se s problémem nikdy neselekaly. Zbylí dotazovaní uvedli, že dříve se s potížemi setkávali mnohem častěji, ale v současnosti pouze zřídka. Nastalý problém polovina respondentů řešila za pomoci IT techniků Fakultní nemocnice. Druhá polovina dotazovaných restartovala počítač, čímž byla ztracená veškerá neuložená data.

4. Otázky zaměřené na legislativu elektronické zdravotnické dokumentace:

Respondenti byli tázáni, zda byli seznámeni s legislativou týkající se elektronické zdravotnické dokumentace. Přepokládaným zjištěním bylo, že všeobecné sestry neprokázaly znalost legislativy týkající se elektronické zdravotnické dokumentace. Výlučně čtyři respondenti znali tyto dokumenty a považovali je za dostačující. Zbývající dotazovaní nebyli s legislativou seznámeni, ale pozitivním zjištěním a zároveň předpokladem bylo, že věděli, kde tyto písemnosti hledat. Dva respondenti by potřebné informace hledali na veřejně přístupném internetu a šestnáct všeobecných sester by nahlídly do Řízené dokumentace, která je jim nepřetržitě dostupná v pracovním počítači. Respondenti byli dále vyzváni k uvedení rizik spojená s elektronickou zdravotnickou dokumentací. Pouze jeden

dotazovaný považoval elektronickou dokumentaci za naprosto bezpečnou, ostatní především považovali za největší hrozbu napadení dokumentace zvenčí hackery. Dále dotazovaní považovali za hrozbu výpadek elektriny, živelné pohromy, zneužití dat jiným zdravotníkem, záměna pacienta a nestabilita systému.

Respondenti byli dotazováni, zda považovali elektronickou zdravotnickou dokumentaci jako dostačující právní ochranu zdravotnického pracovníka. Tři dotazovaní považovali elektronickou dokumentaci za dostatečnou ochranu u forenzních sporů.

Všeobecné sestry, které nepovažovaly elektronickou dokumentaci za dostačující právní ochranu, odpověděly, že důležité informace, které jsou třeba zaznamenat, stále zapisují pouze do papírové dokumentace.

ZÁVĚR

Praktická část diplomové práce směřovala k názorům všeobecných sester na elektronickou zdravotnickou dokumentaci. Výzkum probíhal v prosinci 2018 a lednu 2019 formou polostandardizovaných rozhovorů. Průzkumu se zúčastnilo 10 všeobecných sester z II. Interní kliniky a 10 všeobecných sester z Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Veškerí respondenti

poskytli rozhovor dobrovolně a vstřícně vyjádřili svůj názor na nově vznikající elektronickou dokumentaci ve Fakultní nemocnici.

Všeobecné sestry poskytly vlastní názory na výhody a nedostatky elektronické dokumentace, zkusily odhadnout, jak velkou časovou dotaci potřebují na vytvoření kompletní elektronické a papírové příjmové ošetrovatelské dokumentace. Vondráček (2009) ve své publikaci uvádí, že všeobecné sestry svoji administrativu rozšiřují, než aby se ji snažily redukovat. S tímto názorem nesouhlasíme a přikláníme se k názoru Štěpanyové (2018), která pozoruje výrazný nárůst administrativy, kterou dlouhodobě kritizují lékaři i všeobecné sestry. Výhodiskem pro vzniklou situaci považuje vydáním novely vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která by s sebou měla přinést menší nároky na vedení zdravotnické dokumentace. Problematikou časové náročnosti na vedení dokumentace se ve své práci věnovala Trylčová (2013), která uvádí, že všeobecné sestry třetinu své pracovní doby stráví vedením zdravotnické dokumentace. Nováková (2014) považuje za největší problém ve vedení zdravotnické dokumentace duplicitu. Zaměřuje se na duplicitní záznamy související s hodnocením bolesti, rizikem dekubitů, nutričním screeningem, zaznamenáváním zavedených katétrů a rizikem pádu. Opakující se zápisy vyžadují větší časovou

náročnost a tím nastává přetěžování sester. Stejný názor má polovina respondentů v našem průzkumu.

Myslíme si, že duplicita ve zdravotnické dokumentaci vzniká tím, že všeobecné sestry pracují s dvěma formami dokumentace a zároveň s dalšími formuláři. Používání pouze jedné z možných variant zdravotnické dokumentace by mohlo přispět k menšímu časovému nároku na vedení zdravotnické dokumentace. Solomon (2014) publikuje výsledky vlastního šetření, kde sděluje, že více jak polovina oslovených respondentů by uvítala na svém pracovišti přenosný počítač. Stejného výsledku jsme dosáhli my ve vlastním průzkumu. Zjistili jsme, že nadpoloviční většina by kladně přivítala elektronickou dokumentaci v přenosném tabletu, čímž by se snížila časová dotace na přepisování identických údajů z papíru do počítače a nevznikala by duplicita. Myslíme si, že přenosné elektronické zařízení, které by disponovalo zdravotnickou dokumentací, by byl velkým benefitem pro zdravotnické pracovníky i pacienty, ovšem aplikace by měla vyhovovat zdravotnickým pracovníkům. Pivovar (2016) popisuje vývoj aplikace MediTab a pilotní studii, která se uskutečnila roku 2016 ve Fakultní nemocnici v Plzni. Projekt nebyl dokončen, protože nastaly problémy v již zmíněné aplikaci a všeobecné sestry nebyly spokojeny s položkami, které tablet nabízel. Rovněž nebyl prostor pro zpětné dopisování důležitých údajů a vznikaly fiktivní záznamy. Zjistili

jsme, že aplikace byla zdokonalena a v době psaní diplomové práce byly na různá pracoviště nemocnice umístěny tablety s již aktualizovanou verzí elektronické dokumentace.

Dále bylo stanovováno, zda všeobecné sestry někdy pochybily ve vedení papírové dokumentace, a jestli považují zavedením elektronické formy jako prevenci pochybení zdravotnického pracovníka. Gutová a Šupíková (2017) zastávají názor, že elektronizováním zdravotnické dokumentace se předešlo pochybení v podávání léčiv, a to díky čitelnosti naordinovaných léků. Naším zjištěním bylo, že většina oslovených všeobecných sester považují čitelnost záznamů jako prevenci pochybení.

Následující skupina otázek byla orientovaná na stabilitu elektronického systému. Respondenti vyjadřovali vlastní zkušenosti se selháním elektronické dokumentace na podkladě systému, včetně východiska, které bylo stanoveno k obnově činnosti celého počítače. Nováková (2012) ve své práci uvádí, že všeobecné sestry se setkávají s problémy elektronického systému. Tento názor utvrzujeme v našem výzkumu, kde všeobecné sestry popisují nestabilitu systému na jejich pracovišti.

Poslední, a to čtvrtý blok, obsahoval otázky, které byly směřovány na legislativu elektronické zdravotnické dokumentace. Cílem bylo zjistit, zda oslovení respondenti byli obeznámeni se

zákonodárstvím elektronické dokumentace, popřípadě, zda vědí, kde tyto podstatné dokumenty hledat. Trylčová (2013) publikuje ve své práci výsledky šetření, kde všichni oslovení respondenti znají legislativu zdravotnické dokumentace. Náš průzkum ukázal neznalost legislativy elektronické zdravotnické dokumentace všeobecnými sestrami. Pozitivním zjištěním bylo, že všichni oslovení respondenti vědí, kde tyto důležité dokumenty v případě potřeby nalézt.

V neposlední řadě bylo zjišťováno, zda oslovené všeobecné sestry znají potencionální rizika spojená s elektronickou zdravotnickou dokumentací a jestli tuto formu dokumentace považují za dostatečnou právní ochranu zdravotnického pracovníka. Žornová (2015) tvrdí, že největší problém informačních systémů je v zabezpečení proti úniku citlivých dat pacientů. Myslí si, že uživatelé mají laxní přístup k dodržování bezpečnostních pravidel, jako je například sdílení přístupových hesel nebo neodhlašování se ze systému. Stejný názor zastává Šupšáková (2017), která jako častý zlozvyk považuje přihlašování se do systému pod cizím uživatelským účtem a to ve vztahu všeobecná sestra a lékař. Kaščáková (2016) popisuje případ vnějšího napadení hackery a zároveň paralyzování celého systému zdravotnického zařízení. V tomto případě nemocnice nebyla schopna zpřístupnit systémy, proto se přiklonila k nejrychlejšímu řešení formou výkupného. Středa a Hána (2016)

považují zdravotnická data za velmi citlivá a myslí si, že je nelze nikdy zabezpečit na sto procent. Souhlasíme s jejich názorem, že internetové pirátství se vyvíjí stejnou rychlostí jako zabezpečovací systémy.

POUŽITÉ ZDROJE

1. GUTOVÁ, Lenka a Martina ŠOPÍKOVÁ. *Bezpečná manipulace s léčivý.* [online]. 2017, [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4081375.
2. KAŠČÁKOVÁ, Dáša. *Zdravotnická zařízení se stávají novým cílem hackerů.* Medical Tribune: Tribuna lékařů a zdravotníků. [online]. 2016, [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/39196-zdravotnicka-zarizeni-se-stavaji-novym-cilem-hackeru>.
3. NOVÁKOVÁ, Kateřina. *Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry.* České Budějovice, 2014. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

4. NOVÁKOVÁ, Petra. *Elektronická versus písemná forma ošetrovatelské dokumentace - názory a preference sester*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
5. PIVOVAR, David. *Tabletová aplikace pro jednotku intenzivní péče*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta aplikovaných věd. Katedra informatiky a výpočetní techniky.
6. SOLOMON, Tesfaye. *Využití nemocničního informačního systému v práci všeobecných sester*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.
7. STŘEDA, Leoš a Karel HÁNA. *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5764-3.
8. ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. *Ministerstvo zdravotnictví výrazně zjednodušuje zdravotnickou dokumentaci*. [online]. 2018, [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyrazne-zjednodusujezdravotnickou-dokumentaci_15721_1.html.
9. ŠUPŠÁKOVÁ. Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

10. TRYLČOVÁ, Marie. *Zdravotnická dokumentace*. Plzeň, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
11. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
12. ŽORNOVÁ, Dominika. *Projekt elektronické ošetrovatelské dokumentace v kontextu eHealth*. Praha, 2015. Diplomová práce (Ing.). Vysoká škola ekonomická v Praze. Fakulta managementu v Jindřichově Hradci. Katedra exaktních metod.

KONTAKT

Email: bohmova.iveta@email.cz

Mob.: 774 526 647

LÉČBA INFEKCE HIV/AIDS V KONTEXTU ADHERENCE

PhDr. Jiří Frei, Ph.D.¹⁾; Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.²⁾

¹⁾ Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

²⁾ Fakultní nemocnice Plzeň, Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny

SOUHRN

Moderní medicína má k dispozici celou řadu léčebných a ošetrovatelských postupů pro zvládnutí infekce HIV/AIDS. Díky tomu je možné účinně eliminovat progresy této infekce a tak předcházet i dalším komplikacím s tím souvisejícím. HIV pozitivní pacienti tak dnes již standardně netrpí mnoha vedlejšími účinky spojenými s terapií tohoto onemocnění. I přesto je však onemocnění AIDS doposud standardně nevléčitelné a jeho průběh a trvání závisí na mnoha faktorech. Sledování a hodnocení adherence léčby u HIV pozitivních pacientů a monitorování kvality jejich života je tak v současnosti rovněž jednou z priorit ve strategii léčebně ošetrovatelského procesu.

KLÍČOVÁ SLOVA: Adherence – AIDS – HIV – Léčba – Prevence – Virus.

CÍLE

Cílem je poukázat na nové trendy a možnosti zejména v oblasti léčby a léčebných strategií HIV/AIDS, s důrazem na jejich adhezenci. Trendem posledních let je léčbu HIV maximálně zefektivňovat a optimalizovat tak, aby byla pacienty dobře tolerována. Pokud je celková terapie pro HIV pozitivní pacienty jednoduchá a akceptovatelná, je lépe tolerována, dodržována a zvyšuje se tím i celková adherence.

ÚVOD

Léčba onemocnění HIV/AIDS se od svých počátků velmi zdokonalila, nicméně zcela vyléčit HIV pozitivní pacienty je stále nemožné. Cílem je tak především suprese replikace HIV, což znamená maximálně eliminovat koncentraci HIV RNA v krvi nakažených osob (3). Zásadní vliv v tomto procesu hraje i adherence pacientů směrem k léčebnému procesu. Je prokázáno, že u adherentních pacientů dochází ke snížení jejich morbidit a mortality a zároveň i k poklesu rizika dalšího šíření HIV v populaci (11). Strategiemi v problematice HIV/AIDS jsou tak zejména účinná prevence a včasná diagnostika s léčbou, která bude kontinuální a povede k již zmiňované vysoké adhezenci (3).

METODY

Jednou se základních metod pro hodnocení adherence léčby HIV/AIDS je využití sledování vybraných biometrických markerů metodou HPLC. K analýze se obvykle využívá konkrétně moč HIV pozitivních, léčených pacientů, která je testována na přítomnost substancí obsažených v užívaných antiretroviroticích. Data jsou následně statisticky zpracována a pro úplnost v požadovaných případech konfrontována s dalšími metodami.

LÉČBA

V současnosti je léčba HIV/AIDS na velmi dobré úrovni, a je tak možné dosahovat dlouhodobého poklesu virémie v organismu infikovaného až na nedetekovatelné hranice. Vždy je však zásadní její včasné zahájení. Nové léky v rámci antiretrovirové terapie výrazně zvyšují kvalitu života pacientů, a to i vzhledem k tomu, že se jejich nežádoucí účinky razantně snížily (2,4). Dobrá adherence léčby přináší ještě další velmi pozitivní a zásadní přínos (1). Předpokládá se, že v brzké době budou nová antiretrovirotika působit i v dalších fázích replikačního cyklu HIV a díky jejich novým vlastnostem bude možné prodloužit i jejich intervaly dávkování v rádech týdnů až měsíců (5,8).

K běžně využívaným antiretrovirotikům dnes patří

- Inhibitory integrázy – např.: raltegravir, elvitegravir, dolutegravir.
- Inhibitory reverzní transkriptázy - např.: zidovudin, tenofovir, abactavir, rilpivirin, etravirin.
- Inhibitory proteázy - např.: ritonavir, duranavir, atazanavir apod.

Standardně jsou tak k dispozici dvojkombinace nebo trojkombinace jednotlivých léčiv (6). Příkladem dvojkombinace může být např. přípravek Descovy, který obsahuje emtricitabin a tenofovir nebo Kaletra, která obsahuje lopinavir a ritonavir. Za trojkombinace lze uvést např. Odefsey, který obsahuje emtricitabin, rilpivirin a tenofovir AF, nebo Triumeq, který obsahuje abacavir, dolutegravir a lamivudin (7).

Posunem dále je také zjištění, že antiretrovirová terapie se dá využít nejenom k léčbě infekce HIV, ale i profylakticky (8).

Péče o HIV pozitivní pacienty a důležitost adherence léčebně ošetrovatelského procesu

Oproti letům dřívějším, se naprostá většina péče o HIV pozitivní pacienty přesunula do ambulantní sféry, popř. dispenzarizace. Pouze v případě výskytu zdravotních komplikací,

keré nemůžže HIV pozitivní osoba zvládnout vyřešit v domácím prostředí, je nutnost takové pacienty hospitalizovat (10).

Výzkumným šetřením, zaměřeným zejména na kvalitu života HIV pozitivních pacientů a adherenci jejich léčby, v rámci Infekční kliniky FN Plzeň, bylo prokázáno, že sociální podmínky HIV pozitivních pacientů mají vliv na subjektivní vnímání kvality jejich života. Bylo také zjištěno, že subjektivní vnímání kvality života non-adherentních pacientů je nižší než subjektivní vnímání kvality života adherentních pacientů (2).

DISKUSE

Zejména v posledních letech se ukázalo jako podstatné nejenom vytváření nových léčebných, ošetrovatelských a preventivních postupů, ale zejména jejich zefektivnění tak, aby byla zajištěna adherence jejich aplikace na cílovou populaci. Studie z Houston Health Services Research and Development Center of Excellence rovněž prokazuje, že adherence léčby HIV/AIDS a kvalita života je závislá na selfmonitoringu pacientů. Tento údaj se velmi přibližuje i šetření provedenému v rámci Infekční kliniky FN Plzeň. (8,9)

Sledování a hodnocení adherence se ukázalo být jako nepostradatelné, a to jak z důvodů zdravotních, tak i ekonomických.

POUŽITÉ ZDROJE

- 1) LOW A, GAVRIILIDIS G, LARKE N, et al. Incidence of Opportunistic Infections and the Impact of Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Adults in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Infect Dis 2016; 62: 1595-1603.
- 2) FREI, JIŘÍ; SEDLÁČEK DALIBOR. Vliv adherence léčby na kvalitu života HIV pozitivních pacientů. In: Sborník vědeckých abstrakt: Sborník k Mezinárodnímu sympoziu Věda a výzkum v ošetrovatelství, konané dne 26. 9. 2014 v Brně. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Vydal: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, s. 22-24., počet stran 120, Výrobní číslo: 58/2014, ISBN 978-80-7013-570-9.
- 3) COHEN MS, CHEN YQ, MCCAULEY M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. N Engl J Med 2011; 365: 493-505.
- 4) PRICE JC, SEABERG EC, PHAIR JP, et al. Highly Active Antiretroviral Therapy Mitigates Liver Disease in HIV Infection. J Acquir Immune Defic Syndr 2016; 72: 319-323.

- 5) LUNDGREN JD, BABIKER AG, GORDIN F, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med* 2015; 373: 795-807.
- 6) GÜNTHARD HF, SAAG MS, BENSON CA, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults 2016. Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA* 2016; 316: 191-210.
- 7) ROUZINE IM, WEINBERGER LS. Design Requirements for Interfering Particles To Maintain Coadaptive Stability with HIV-1. *J Virol* 2013; 87: 2081-2093.
- 8) ROZSYPAL, H.; STAŇKOVÁ, M.; SEDLÁČEK, D. et al. 2010. Doporučený postup komplexní péče o dospělé infikované HIV. Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně, *Klin. mikrobiol. inf. lék.* 2010, roč. 16, č. 5, s. 181-189. ISSN 1211-264X.
- 9) NELSEN A., 2013. NELSEN A, GUPTA S, TRAUTNER BW, PETERSEN NJ, GARZA A, GIORDANO TP, NAIK AD, RODRIGUEZ-BARRADAS MC. Intention to adhere to HIV treatment: a patient-centred predictor of antiretroviral adherence. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [databáze online]. PubMed. doi:

10.1111/hiv.12032.

Dostupné

z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23551395>.

10) WATSON, RONALD R., ed. *Health of HIV infected people: food, nutrition and lifestyle with antiretroviral drugs*. Amsterdam: Elsevier, 2015. ISBN 978-0-12-800769-3.

11) MAARTENS G, CELUM C, LEWIN SROV. HIV Infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *Lancet* 2014; 384: 258-271.

KONTAKT

PhDr. Jiří Frei, Ph.D.

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Husova 11, 301 00 Plzeň 3

e-mail: frei@fzs.zcu.cz

MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ V PROBLEMATICE PREVENCE INFEKČÍ MOČOVÝCH CESTA SOUVISEJÍCÍ S KATETRIZACÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Jitka Krocová ^{1,2)}, Radka Prokešová¹⁾

¹⁾ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice, Česká republika.

²⁾ Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Plzeň, Česká republika.

SOUHRN

Infekce močových cest tvoří zhruba třetinu infekcí spojených se zdravotní péčí (Healthcare-associated Infections – HAI). Více než 80 % těchto infekcí vzniká v souvislosti se zavedeným močovým katetrem (Carter et al., 2014; Jindrák et al., 2014; Powers, 2016; Underwood, 2015; Yatim et al., 2016), riziko močových infekcí související se zdravotní péčí (Catheter-associated urinary tract infection – CAUTI) se zvyšuje o 5 % za každý den katetrizace (Underwood, 2015) a po třiceti dnech katetrizace je riziko téměř 100 % (Andreessen et al., 2012; Jain et al., 2015; Jindrák et al., 2014). Používáním správných preventivních postupů lze předejít 20–70 % CAUTI (AACN Practice Alert, 2016; McNeill, 2017; Podrazilová, 2016).

Hodnocením rizik CAUTI byly za zásadní oblasti určeny prolongovaná katetrizace, vyšetřovací či operační výkony v oblasti urogenitálního traktu, dále opakované rozpojení drenážního systému, nekompetentní zdravotnický pracovník, nízká kvalita ošetrovatelské péče a samotný pacient (Andreessen et al., 2012; Jain et al., 2015; Jindrák et al., 2014; Jirouš, 2012; Sujijantararat et al., 2005; Underwood, 2015). Z uvedeného vyplývá, že rizika vzniku CAUTI vycházejí z více oblastí, preventivní opatření musejí být tedy řešeny komplexně.

KLÍČOVÁ SLOVA: Prevence – infekce - katetrizace močového měchýře – vzdělávání – e-learning.

ÚVOD

Zásadními kroky prevence infekcí močových cest souvisejících se zdravotní péčí se jeví především zavedení tzv. „balíčků opatření“, což jednoznačně vychází z potřeby řešit danou problematiku komplexně. Faktory prevence jsou především relevantní indikace ke katetrizaci, správná technika zavádění močových katetrů a odpovídající, dle standardních postupů prováděná ošetrovatelská péče o močové katetry (Jindrák et al., 2014; Jirouš, 2012; Podrazilová, 2016). Vzdělávání v oblasti prevence infekcí močových cest související se zdravotní péčí, jako jednoho z aspektů preventivních

opatření, musí zahrnovat oblast výkonu katetrizace močového měchýře, péče o pacienta se zavedeným močovým katetrem a zásady prevence těchto infekcí. Jirouš (2012) doporučuje vzdělávání zdravotníků vstupní (v rámci adaptačního procesu), periodické a také jednorázové v případě vzniku mimořádných událostí. Oman et al., (2012) prezentuje výstupy studie probíhající v roce 2009, součástí implementovaných opatření v rámci studie byla i realizace edukačního programu pro nelékařský zdravotnický personál (vč. fyzioterapeutů, pracovníků dopravy, radiologických asistentů...). Při hodnocení efektivity zavedených opatření se ukázalo, že v závislosti na zavedení intervencí v rámci studie, došlo k úspoře 52 000 dolarů za 6 měsíců (snížení doby hospitalizace, snížení nákladů na léky, snížení počtu katetrových dnů), nelékařský zdravotnický personál byl proškolen komplexně v 96 % a jeho znalosti byly ověřeny (Oman et al., 2012).

VÝSLEDKY

V roce 2018 byl v rámci projektu „Zvýšení bezpečí pacientů v rámci ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení“, číslo projektu 12/18/BKZP, realizován za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR edukační program týkající se uvedené problematiky.

Hlavním cílem projektu bylo vypracovat specifický a na dvě oblasti (pády pacientů, prevence uroinfekce) zaměřený edukační materiál zohledňující aktuální vědecká doporučení.

Výstupem byl e-learningový program vytvořený v prostředí Learning Management System Moodle a na podkladě Evidence Based Healthcare (Practice), který slouží jako výukový materiál pro nelékařský personál poskytovatelů zdravotních služeb v plzeňském kraji a studenty oboru Všeobecná sestra (prezenční a kombinovaná forma studia) a navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství. Takto zpracovaná edukační podpora nebyla v současné době v uvedené lokalitě plzeňského kraje s kumulací nemocnic a vzdělávacích zařízení NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník) dostupná. Důvodem využití moderní technologie je i zvyšující se počítačová a informační gramotnost populace. Umožněním této formy vzdělávání jsme předpokládali zlepšení dostupnosti, přehlednosti a flexibilnější možnost zapojení účastníků. V konečném důsledku byl i předpoklad podpory koncepce bezpečí pacientů v prostředí zdravotnické/ošetřovatelské péče.

Do systému LSM Moodle bylo zřízeno 275 přístupů pro nelékařské zdravotnické pracovníky (všeobecné sestry) zaměstnané u poskytovatelů zdravotní péče v plzeňském kraji – tyto přístupy byly plně využity.

Dále byl přístup do e-learningového kurzu otevřen studentům bakalářského studia Všeobecná sestra (prezenční a kombi forma) a navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství – cca. 60 studentů, tyto přístupy byly využity ze zhruba 82 %. Přístup do e-learningového prostředí Moodle byl umožněn účastníků kurzu po přihlášení.

ZÁVĚR

Konečné vyhodnocování výsledků evaluačních hodnocení účastníků ještě probíhá, resp. jeho statistické zpracování. Nicméně již dílčí výsledky prokázaly potřebnost a zájem o uvedený kurz. Ze stran poskytovatelů zdravotní péče zájem o kurz trvá a další zájem projeví i další. Studenti Fakulty zdravotnických zařízení využili kurz k rozšíření znalostí získaných během výuky, zpětné hodnocení účastníků bylo pozitivní.

POUŽITÉ ZDROJE

AACN PRACTICE ALERT (2016). Prevention of catheter-associated urinary tract infections in adults. Crit Care Nurse 36(4): e9–e11. DOI: 10.4037/ccn2016208.

ANDREESSEN L, WILDE P, HERENDEEN P (2012). Preventing catheter-associated urinary tract infections in acute care. J Nurs Care Qual 27(3): 209–217. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e318248b0b1.

CARTER EJ, PALLIN DJ, MANDEL L, SINNETTE C, SCHUUR JD (2016). A qualitative study of factors facilitating clinical nurse engagement in emergency department catheter-associated urinary tract infection prevention. *J Nurs Adm* 46(10): 495–500. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000392.

CARTER NM, REITMEIER L, GODLOE LR (2014). An evidence-based approach to the prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Urol Nurs* 34(5): 238–245. DOI: 10.7257/1053-816X.2014.34.5.238.

JAIN M, DOGRA V, MISHRA B, THAKUR A, LOOMBA PS (2015). Knowledge and attitude of doctors and nurses regarding indication for catheterization and prevention of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary care hospital. *Indian J Crit Care Med* 19(2): 76–81. DOI: 10.4103/0972-5229.151014.

JINDRÁK V, HEDLOVÁ D, URBÁŠKOVÁ P (2014). Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2819-8.

JIROUŠ J (2012). Prevence infekce močových cest. Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny.

MAREČKOVÁ J, KLUGAROVÁ J, KLUGAR M, JAROSOVA D, ZELENIKOVA R, GURKOVA E (2015). Evidence-Based HealthCare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

MCNEILL L (2017). Back to basics: How evidence-based nursing practice can prevent catheter-associated urinary tract infections. *Urol Nurs* 37(4): 204–206.

OMAN KS, MAKIC MB, FINK R, SCHRAEDER N, HULETT T, KEECHT T, WALD H (2012). Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *Ame J Infect Control* 40(6): 548–553. DOI: 10.1016/j.ajic.2011.07.018.

PODRAZILOVÁ P (2016). Minimalizace rizika vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí u permanentního močového katétru pomocí rozhodovacího procesu. *Urol praxi* 17(1): 40–44.

POWERS J (2016). Impact of an aseptic procedure for breaking the integrity of the urinary drainage system on the development of catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 37: 82–85. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.06.003.

SUJIJANTARARAT R, BOOTH RZ, DAVIS LL (2005). Nosocomial urinary tract infection nursing-sensitive quality indicator in a Thai hospital. *J Nurs Care Qual* 20(2): 134–139.

UNDERWOOD L (2015). The effect of implementing a comprehensive unit-based safety program on urinary catheter use. *Urol Nurs* 35(6): 271–279.

YATIM J, WONG K-S, LING M-L, TAN S-B, TAN K-Y, HOCKENBERRY M (2016). A nurse-driven process for timely removal of urinary catheters. *Int J Urol Nurs* 10(3): 167–172. DOI: 10.1111/ijun.12113.

KONTAKT

Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Husova 11

301 00, Plzeň

E-mail: krocovaj@kos.zcu.cz.

POHĽAD ŽIEN NA VÝZNAM PREVENČIE

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita

ÚVOD

Aktívny postoj k zdraviu, zdravotná kultúra a zodpovednosť sú nevyhnutnou súčasťou života každého človeka.

V súčasnej modernej spoločnosti narastá škála problémov, ktoré oslabujú adaptačný mechanizmus jedincov v súvislosti s meniacimi sa životnými a pracovnými podmienkami, čo prináša vznik mnohých závažných ochorení, ktoré často menia kvalitu života človeka z dlhodobého hľadiska. Uvedené problémy sa týkajú aj zdravia žien, ktorých poslanie sa v súčasných životných podmienkach oproti minulosti mení. Väčšina žien pracuje, nielen z dôvodu emancipácie, ale i pod tlakom spoločenských podmienok a udržania určitého štandardu celej rodiny. Po skončení práce vykonáva ďalšie aktivity spojené s chodom domácnosti a výchovou detí. Organizmus ženy tento nápor často dešifruje ako chronický stres, ktorý sa prejaví

prejedaním sa, konzumáciou povzbudzujúcich látok, nedostatkom pohybu, čo môže viesť k vzniku závažných ochorení. Existuje tu veľa ďalších faktorov, ktoré vplývajú na zdravie žien v negatívnom zmysle a postupne vedú k vzniku závažných ochorení, ktoré sa vo výraznej miere podieľajú na ich morbidite a mortalite. Z gynekologicko – pôrodnického hľadiska ide najmä o rakovinu krčka maternice, tela maternice, vaječníkov a karcinóm prsníka.

Mnohým týmto ochoreniam sa dá predchádzať účinnou prevenciou, ktorá je zo strany odborníkov a zákonodarcov legislatívne upravená. Jej úspešnosť závisí od postoja žien k vlastnému zdraviu. Významnú úlohu v postoji k zdraviu zohrávajú generačné rozdiely medzi ženami a výchova k zdraviu v rodine, výchovných inštitúciách a celej spoločnosti.

Ženy sa starajú o zdravie svojich detí, svojho partnera, ale často zabúdajú na zdravie vlastné. Napriek tomu, že väčšina z nich je vzdelaných a dostatočne informovaných, vyhľadávajú lekára až keď sa objavia určité príznaky ochorenia.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: Žena – zdravie – prevencia - preventívne - prehliadky.

JADRO

Cieľom našej práce bolo zistiť, aký postoj ženy zaujímajú k svojmu zdraviu, či sú dostatočne zodpovedné nielen k sebe, ale aj svojej rodine, okoliu a celej spoločnosti. Skúmali sme 4 oblasti:

1. OBLASŤ: Postoje k zdraviu
2. OBLASŤ: Aktivita v zdraví
3. OBLASŤ: Zodpovednosť k zdraviu
4. OBLASŤ: Vedomosti o príznakoch nádorových ochorení

Výber respondentov bol zámerný, nakoľko sme ho špecifikovali podľa pohlavia. Veková hranica bola bez obmedzenia.

Výsledky, ktoré sme získali, sme vyhodnotili v absolútnych číslach a percentuálne. Na overenie stanovených hypotéz sme použili nepárovaný t-test (f-test). Pre vyhodnotenie podobnosti a súvisu otázok medzi sebou sme použili faktorovú analýzu. Pre vyhodnotenie hladiny významnosti rozdielov jednotlivých odpovedí od náhodného rozdelenia sme použili chí-kvadrát test.

ZHRNUTIE VÝSLEDKOV VÝSKUMU

- existuje vzťah medzi sebaopoznaním a seba hodnotením v oblasti postojov k zdraviu. Kladne hodnotila svoj postoj k zdraviu väčšina respondentov – 82%,

- do súvisu s účasťou na preventívnych prehliadkach nemôžeme dávať životný štýl žien, ale najmä ich názor na význam preventívnych prehliadok a strach zo závažného ochorenia, čo nás vedie k myšlienke, že je naďalej potrebné ženy informovať o rizikách v súvislosti s výskytom závažných ochorení, ale zároveň o spôsoboch ako im predchádzať, teda o možnostiach prevencie, pričom ako najúčinnnejšie sa ukazuje priame oslovenie respondentov, napríklad formou pozvánky na preventívnu prehliadku.
- k absolvovaniu preventívnych prehliadok vedie ženy strach z ochorenia, naopak ženy, ktoré neuvádzali zdravotné ťažkosti, preventívne prehliadky absolvujú menej často, alebo vôbec.
- 65% žien uviedlo, že ovláda metódu samo vyšetrovania prsníkov spoľahlivo, ale pravidelne (1x za mesiac) si vyšetruje prsníky iba 28% z nich,
- viac vedomostí preukázali ženy o príznakoch nádorového ochorenia prsníka, čo pravdepodobne súvisí s poskytovaním väčšieho množstva informácií práve o tomto ochorení.
- Čo sa týka vedomostí o súčasných možnostiach prevencie rakoviny prsníka viac žien pozná vek (67%), od ktorého sa robí mamografické vyšetrenie prsníkov, menej z nich (50%) pozná frekvenciu vyšetrenia. Rozdiely v odpovediach sa vyskytli z

hľadiska vzdelania pri hladine významnosti 5%, kedy ženy so vzdelaním základným a stredným uvádzali viac nesprávnych odpovedí ako ženy s vyšším a vysokoškolským vzdelaním.

ZÁVER

Závažné gynekologické ochorenia často zasahujú ženu v najproduktívnejšom období jej života a majú zásadný dopad na rodinný, pracovný a spoločenský život. Frekvencia výskytu týchto ochorení je obrazom životnej úrovne spoločnosti, zdravotného uvedomenia obyvateľstva a úrovne zdravotnej starostlivosti v oblasti prevencie. Aj keď na Slovensku preventívny program máme, štatistické ukazovatele hovoria o tom, že ho využíva iba malé percento žien (25 - 30%). Preto sa vynára požiadavka organizovaného skríningu, ktorá naráža na ťažkosti legislatívneho charakteru. Vychádzajúc z uvedených faktov je žiaduce, aby ženy venovali svojmu zdraviu maximálnu pozornosť, poznali preventívne programy, ale čo je najdôležitejšie – aby ich aj využívali. Mali by mať základné vedomosti o príznakoch gynekologických chorôb a v prípade ťažkostí včas vyhľadať odbornú pomoc. Musia sa samy naučiť byť dobrými manažérkami nielen svojho zdravia, ale i každodenných aktivít bežného života, ktoré s ním súvisia.

POUŽITÉ ZDROJE

BÁNSKA, K. Na zmenu v sekundárnej gynekologickej prevencii je potrebná zmena hierarchie hodnôt. In: *Lekárske listy*, odborná príloha Zdravotníckych novín, ISSN 0044-1996, 2008, roč. XIII/LVII, č. 8, s. 27-29.

LIBA, J. *Zdravie v kontexte edukácie*. Prešov: Prešovská univerzita, 2007, 254 s., ISBN 978-80-8068-539-3.

MARTINICKÝ, D.: Algoritmus systémovej terapie karcinómu prsníka. In: *Lekárske listy*, 2009, č. 31, s. 12.

PAYNE, J., *Kvalita života a zdravia*. Praha: Triton, 2005, 629 s., ISBN 80-7254-657-0.

POTANČOK, B. - SADOVSKÝ, O. Súčasný skríning rakoviny krčka maternice na Slovensku a návrh na celoplošný skríning. In: *Praktická gynekológia*, ISSN 1335 – 4221, 2004, roč. 11, č. 1, s. 4 – 11.

VOJTEKOVÁ, I. Výchova k zdraviu. In: *Sestra*, ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 1, s. 11.

ZIKMUND, V. Základy a prejavy zdravia. In: *Medicínsky monitor*. ISSN 1335-0951, 2005, č. 4, s. 5.

ŽULTÁKOVÁ, S., KOHANOVÁ, T.: Rizikové faktory vzniku rakoviny cervixu a možnosti ich eliminácie z pohľadu pôrodnej asistentky. In:

Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, ISSN 1336-183 X, 2009, roč. 7.

č. 2, s. 15.

KONTAKT

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

Trnavská univerzita

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovateľstva

andrea.lajdova@truni.sk

BEZPEČNOST ANESTEZIOLOGICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE

Petra Bejvančická^{1,2)}; Iva Brabcová¹⁾

1) Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice, Česká republika

2) Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň, Česká republika

ABSTRAKT

Zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotnické péče je celosvětovým trendem, kterému je v posledních letech věnována výrazná pozornost Ministerstva zdravotnictví České republiky a odborných lékařských společností. Aktualizovaný doporučený postup ČSARIM (České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) Zásady bezpečné anesteziologické péče, který je v současnosti zaváděn do klinické praxe, vychází z Luxemburské a Vídeňské deklarace, reflektuje závěry Helsinské deklarace a další zákonné normy a nařízení. K popisu současného stavu v oblasti bezpečnosti a anesteziologické péče v České republice byly využity existující zákonné normy a vyhlášky, analýza vybrané dostupné

literatury a doporučení odborných společností vztahující se k problematice. Snahou příspěvku je poukázat na důležitost bezpečnosti pacientů podstupujících anesteziologickou péči a na zásadní roli anesteziologického odborníka.

ABSTRACT

Improving the safety and quality of health care is a global trend, which has been paid in recent years to the Ministry of Health of the Czech Republic and specialized medical companies. Updated CSARIM recommended practice The principles of safe anesthetic care currently applied to clinical practice are based on the Luxembourg and Vienna Declarations, reflects the conclusions of the Helsinki Declaration and other statutory standards and regulations. To describe the current state of safety and anesthetic care in the Czech Republic, the existing legal norms and decrees, the analysis of selected available literature and the recommendations of professional companies related to the issue were used. The aim of the paper is to highlight the importance of the safety of patients undergoing anesthetic care and the essential role of the anaesthesiologist.

KLÍČOVÁ SLOVA: Anestezie - Anesteziologická péče - Bezpečnost pacienta.

ÚVOD

Bezpečnost pacientů ve zdravotnických zařízeních a minimalizace rizik pochybení jsou v současné době často diskutovaná témata nejen v českém zdravotnictví, ale v celém světě. Anesteziologická péče zahrnuje léčebně preventivní péči v průběhu léčebných nebo diagnostických výkonů operační či neoperační povahy. Do anesteziologické péče patří celková a/nebo regionální anestezie nebo tzv. monitorovaná anesteziologická péče (anesteziologický dohled). Bezpečnost pacienta v průběhu anesteziologické péče je základním a obecným požadavkem, na který reagovala ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) aktualizací doporučeného postupu Zásady bezpečné anesteziologické péče (12/2017) a který je v současnosti zaváděn do klinické praxe.

VLASTNÍ TEXT PRÁCE

Popis současného stavu v oblasti poskytování bezpečné anesteziologické péče v průběhu celého perioperačního období v souladu s platnou legislativou v České republice.

K popisu současného stavu a východisek byly využity existující zákonné normy a vyhlášky, analýza vybrané dostupné literatury a doporučení odborných společností vztahující se k problematice.

Celosvětovým trendem je zajištění bezpečné a kvalitní zdravotní péče. Minimalizace rizik a prevence rizikových faktorů spojených s poskytováním zdravotní péče vedou ke snížení nákladů a ke zvýšení spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí [1]. Bezpečnost pacienta (patient safety) je dle WHO (Světová zdravotnická organizace) definována jako prevence chyb a nežádoucích událostí způsobených pacientovi poskytováním zdravotní péče. WHO působí na mezinárodní úrovni a podporuje mnoho projektů spojených s bezpečností pacientů. WHO, chirurgické a anesteziologické společnosti, společnosti sester a pacientů připravily a v roce 2008 uvedly iniciativu „Save Surgery Saves Lives“ (Bezpečný operační výkon zachraňuje životy). Proces probíhá i v Evropě a zaměřuje se na minimalizaci rizik spojených s chirurgickou péčí, byly stanoveny minimální bezpečnostní požadavky, které jsou závazné pro všechny členské státy WHO, a určeny oblasti, ve kterých je možné významně zlepšovat bezpečnost pacienta na operačním sále: Prevence infekce operační rány, bezpečná anestezie, bezpečné chirurgické týmy a jejich spolupráce. Dalším cílem, který se snaží WHO prosadit, je celosvětové používání bezpečnostního „checklistu. Na evropské úrovni shromažďuje data a vydává doporučení a strategie týkající se bezpečnosti pacienta Evropská komise, která uvádí, že 8-12 % pacientů přijatých k hospitalizaci je obětí zdravotnické chyby [2].

Na základě výzkumů potřeby a důležitosti snížení množství nežádoucích událostí ve zdravotnictví byla v roce 2005 přijata Lucemburská deklarace (Luxembourg Declaration on Patient Safety), zaměřená na bezpečnost pacientů. Byly zavedeny nástroje, které předcházejí pochybení a podporují zavedení takzvané kultury bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních členských zemí EU [3]. Kultura bezpečí je stav, kdy všichni pracovníci zdravotnických zařízení a také pacienti budou vnímat bezpečí jako prioritu [4].

Dokumentem významným pro intenzivní péči je Vídeňská deklarace (Patient safety in intensive care medicine : the Declaration of Vienna, 2009), která klade důraz na zlepšení komunikace mezi lékařskými a nelékařskými členy multidisciplinárního týmu; zvýšení povědomí o příčinách a důsledcích rizik v bezpečnosti pacientů; otevřenou komunikaci při případných chybách, nežádoucích událostech; zavedení a vyhodnocování indikátorů bezpečnosti, které posuzují míru bezpečnosti pacienta; bezpečnost léčivých přípravků a zdravotních technologií [5].

Helsinská deklarace (Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, 2010) shrnuje zásady, na kterých se shodli odborníci Evropské anesteziologické společnosti a jsou závazné pro všechny signatářské země. Důraz je kladen na spolupráci mezi chirurgy, anesteziology, sestrami a dalšími klinickými pracovníky; dodržování minimální monitorace; provádění kontroly přístrojového vybavení a

léků (použití checklistu); spolupráci s WHO. Každá země by také měla vydat výroční zprávu o opatřeních, která byla přijata, o dosažených výsledcích zvyšování bezpečnosti pacienta na národní úrovni, o morbiditě a mortalitě v jejich zemi [6]. Reprezentanti evropských anesteziologických společností se shodli na těchto zásadách: Pacienti mají právo očekávat bezpečnou perioperační péči a ochranu před poškozením během zdravotní péče. Anesteziologové hrají klíčovou roli ve zlepšování bezpečnosti pacienta během perioperační doby. Plně podporujeme Mezinárodní standardy bezpečné anesteziologické péče vytvořené Světovou anesteziologickou federací (World Federation of Societies of Anaesthesiologists International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia): Pacienti se podílejí na bezpečné péči, a proto by měli být adekvátně informováni. Poskytovatel zdravotní péče má právo očekávat, že anesteziologická péče bude bezpečná a současně k tomu musí poskytnout dostatečné zdroje. Vzdělávání hraje zásadní roli ve zlepšování bezpečnosti pacienta. Lidský faktor je důležitou součástí poskytování bezpečné péče a je nutná spolupráce se zkušenými kolegy z chirurgického, ošetrovatelského nebo jiného klinického oboru [7]. Deklarace dále stanovuje hlavní požadavky, prostřednictvím kterých bude zajištěna minimální úroveň bezpečné anesteziologické péče.

Kvalitě a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb je v posledních letech věnována značná pozornost i v ČR. Ve shodě s požadavky Evropské unie, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví ji zajišťuje MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) pomocí Akčního plánu č. 9, který je složen ze čtyř ústředních priorit, v roce 2010 zavedlo systémová opatření zaměřující se na bezpečnost a kvalitu zdravotní péče. Bezpečnostní rezortní cíle jsou preventivní mechanismy, díky kterým se má předcházet nežádoucím událostem a snížit nejčastější rizika zdravotní péče. V říjnu 2015 byla vydána ve Věstníku MZČR metodika s minimálními požadavky na zavedení interního hodnocení kvality a bezpečnosti péče. Jelikož metodika vychází z dokumentů EU, bude možné se výhledově zapojit i do evropských srovnávacích studií [8].

Pro poskytovatele zdravotnické péče je zavazující Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (č. 372/2011 Sb.), který dává poskytovateli za povinnost odůvodnit případy, kdy se péče odchyluje od medicínského standardu; zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Z legislativy vyplývá povinnost sledování nežádoucích událostí, Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče byla vydána ve Věstníku MZČR z roku 2012 [9]. V ČR není v současné době žádné systematické sledování nežádoucích událostí na národní úrovni specifické pro perioperační péči. Zdravotnická

zařízení nevydávají žádná oficiální prohlášení, kde by hodnotila a prezentovala své výsledky v oblasti bezpečnosti poskytované péče [10].

Kromě zákona č. 372/2011 Sb. legislativní rámec poskytování anesteziologické péče upravují další zákonná nařízení a vyhlášky a stanoviska a doporučené postupy odborných společností:

- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění
- Vyhláška č.102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- Věstník MZ ČR částka 1/2018- Doporučený postup interního předoperačního vyšetření před elektivními operačními výkony

Stanoviska a doporučené postupy ČSARIM:

- Stanovisko k používání pojmu vitální indikace při poskytování anesteziologické péče (2017)
- Doporučený postup zásady bezpečné anesteziologické péče (2017)
- Stanovisko výboru ČSARIM k zajišťování odborného dozoru podle novely zákona 95/2004 Sb.
- Stanovisko k přístrojové monitoraci hloubky nervosvalové blokády (2017)
- Doporučený postup pro léčbu anafylaktické nebo anafylaktoidní reakce v průběhu anesteziologické péče (2013)
- Doporučený postup při výskytu maligní hypertermie (2013)
- Doporučený postup kontrola před zahájením anesteziologické péče (2012)
- Zásady bezpečné anesteziologické péče (2012)
- Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí (2011)
- Doporučení pro poskytování poanestetické péče (2011)
- Indikátory kvality anesteziologické péče (2008)
- Doporučený postup „Předanestetické vyšetření“ (2006)
- Doporučený postup „Předanestetické vyšetření dětský pacient“ (2006)

V současné době je do klinické praxe zaváděn aktualizovaný doporučený postup ČSARIM Zásady bezpečné anesteziologické péče (12/2017). K formulování jednotlivých doporučení/stanovisek byly využity existující zákonné normy a vyhlášky, systematická/kritická analýza vybrané dostupné literatury vztahující se k problematice jednotlivých doporučení, systematická/kritická analýza dostupných doporučení zahraničních odborných společností.

Doporučení se týkají oblastí:

- Organizace anesteziologické péče a kontrola kvality: standard, indikátory kvality, WHO surgical safety checklist
- Před zahájením anestezie: kontrola anesteziologického přístroje a dostupnosti všech nezbytných přístrojů, pomůcek a farmak, monitorování základních fyziologických funkcí
- Monitorování v průběhu anestezie: parametry monitorace, monitorace hloubky nervosvalové blokády a hloubky anestezie přístrojovou metodou
- Monitorování v průběhu zotavování z anestezie
- Monitorování po anestezii v průběhu transportu
- Vedení dokumentace o anestezii: položky/součásti dokumentace, údaje o fyziologických/orgánových funkcích pacienta, způsob zajištění dýchacích cest a přístupu do krevního oběhu, poloha pacienta a prevence tlakového poškození, nastavení dýchacích plynů a inhalačních anestetik, kapnometrie, hloubka anestezie zjišťovaná

přístrojovou metodou, léky, infuzní a transfuzní léčba, použití zdravotnických pomůcek, přístrojů, atypický průběh/komplikace anestezie, doba trvání anestezie, operace a času předání pacienta do péče jiného zdravotnického pracovníka.

Každé pracoviště poskytující anesteziologickou péči by mělo mít vypracovaný standardizovaný postup pro poskytování anesteziologické péče, který musí zahrnovat povinné náležitosti standardu a být v souladu s uvedenými normami.

V ČR je kladen důraz na sledování nežádoucích událostí. V roce 2012 byla ve Věstníku MZČR vydána Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, která navazuje na Doporučení Rady EU a na §47 odst. 3 písmeno b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde je zmiňována. Nežádoucí události jsou definovány jako události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout; poškození pacienta psychické nebo socioekonomické; poškození poskytovatele zdravotních služeb nebo jeho pracovníka; neočekávané zhoršení klinického stavu s trvalým poškozením či následkem smrti; události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž dosud není známo, zda jim bylo možné zabránit. Další situace, které se budou považovat za nežádoucí událost, si může určit sám poskytovatel zdravotních služeb [9].

Výzkumy potvrzují, že pouze minimum vzniklých chyb vede k poškození pacienta [11,12]. Ale i „nepoškozující“ chyby mohou velice dobře ukázat na slabé stránky systému a jejich došetření může vést k zásadním změnám. Malé množství „poškozujících chyb“ je bohužel často interpretováno jako úspěch systému a riziko vzniku chyby je ignorováno. Výzkumy ukazují, že jedna chyba většinou nevede ke vzniku nežádoucí události, že je potřeba dalších přispívajících faktorů, aby byl zaznamenán negativní důsledek na pacienta. Zásadní myšlenkou všech moderních systémů hlášení nežádoucích událostí je identifikovat příčiny vzniku chyby včetně souvisejících faktorů, které umožní, aby chyba ovlivnila stav pacienta. Tím je možné zamezit nebo snížit riziko vzniku nežádoucí události. Protože jsou nežádoucí události v anestezii stále ještě podhodnocovány, přesná míra nehod a chyb v anesteziologické péči zůstává nejasná. Studie zaměřené na úplnost přípravy anesteziologického pracoviště před uvedením pacienta do anestezie odhalily, že v 10-17 % případů nejméně jedna důležitá položka chyběla nebo byla nefunkční, což znamená, že nedostatečné kontroly anesteziologického pracoviště měly za následek 22-33 % kritických událostí během indukce do anestezie[13]. Data ukázala, že se tyto incidenty nestávají v důsledku nedostatečných kompetencí personálu, ale jsou důsledkem dočasného nebo atypického polevení ostražitosti. Dalšími lidskými faktory jsou spěch, rozptýlení, únava, nepozornost, nuda a

neschopnost kontroly. Těmto faktorům autor přičítá až 60 % vzniku kritických nehod v anestezii, kterým lze předcházet dokonalou kontrolou či systémem.

ZÁVĚR

Cílem anesteziologického týmu je, aby podaná anestezie byla co nejbezpečnější. Nezbytnou podmínkou je odborná, fyzická a psychická připravenost personálu, vhodné prostředí včetně dostupnosti přístrojů a pomůcek. Ve Vídeňské deklaraci se ČR jako signatářská země zavázala ke zlepšení organizační a procesní stránky zdravotní péče. Za účelem ujasnění zásad bezpečné anestezie vznikla Helsinská deklarace, ke které se připojila i Česká republika prostřednictvím ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) a zapracovala ji do svých doporučených postupů. Helsinská Deklarace je výsledkem snah odborníků v anesteziologii poukázat na důležitost bezpečnosti pacientů a na zásadní roli anesteziologického odborníka.

Prostředí operačních sálů je velmi specifické. Každý člen skupiny má specifickou roli, ale nemůže dokonale pracovat bez součinnosti ostatních členů. Tato skupina musí pracovat jak při rutinních výkonech, tak v urgentních a rizikových situacích. Nikde jinde není pacient více odkázaný na precizní práci zodpovědného personálu.

POUŽITÉ ZDROJE

1. BRABCOVÁ I, BÁRTLOVÁ S, TÓTHOVÁ V, SVOBODOVÁ D. Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. *Onkologie*. 2014;8(4):178-181.
2. EUROPEAN COMMISSION. Patient safety and quality of healthcare. 2010. [online]. http://www.ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf. Accessed July 28 2018.
3. TURUNEN H, PARTANEN P, KVIST T, MIETTINEN M, VEHVILÄINEN-JULKUNEN K. Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International journal of nursing practice*. 2013;19(6), 609-617.
4. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2010. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html. Accessed July 25, 2018.

5. MORENO RP, RHODES A, DONCHIN Y. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine*. 2009; 35(10), 1667-1672.
6. GROCHOVÁ M. Helsinská deklarácia a aktivita Svetovej zdravotníckej organizácie Bezpečný operačný výkon zachraňuje životy – prvé skúsenosti z praxe [online]. Solen. 2012. <http://www.solen.sk/pdf/82361b61c0537abf78da66b1ffef557f.pdf>. Accessed July 24, 2018.
7. MELLIN-OLSEN J, STAENDER S, WHITAKER DK, SMITH AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology [online]. *European Journal of Anaesthesiology*. 2010. <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>. Accessed July 26, 2018.
8. Ministerstvo zdravotníctví České republiky. Věstník MZČR 6/15 [online]. Ministerstvo zdravotníctví České republiky. 2015. https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c6/2015_10291_3242_11.html. Accessed July 28, 2018.
9. Ministerstvo zdravotníctví České republiky. Věstník MZČR 8/12 [online]. Ministerstvo zdravotníctví České republiky. 2012. https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html. Accessed July 29, 2018.
10. FILKA J. Systém řízení nežádoucích událostí [online]. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2010. <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence->

urazu-otrav-a-

nasili/administrace/clankyfile/20120509140240606218.pdf.

Accessed July 20, 2018.

11. FARUP PG. (2015). Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC health services research*. 2015;15(1), 186.

12. HEIDEVELD-CHEVALKING AJ, CALSBEEK H, DAMEN J, GOOSZEN H, WOLFF AP. The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events [online]. *Patient Safety in Surgery*. 2014. <http://www.pssjournal.com/content/8/1/46>. Accessed July 24, 2018.

13. KROMBACH JW, MARKS JD, DUBOWITZ G, RADKE OC. Development and implementation of checklists for routine anesthesia care: a proposal for improving patient safety. *Anesthesia & Analgesia*. 2015;121(4), 1097-1103.

KONTAKT

pbejvanc@kos.zcu.cz

RIZIKOVÉ FAKTORY OSTEOPORÓZY V SLOVENSKEJ POPULÁCII 40 A VIACROČNÝCH

Spáčilová Zuzana; Zrubcová Dana; Tináková Simona

*Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

ABSTRAKT

Osteoporóza predstavuje celosvetovo závažný zdravotný problém, ktorý vzhľadom na vysoký výskyt zlomenín výrazne prispieva k chorobnosti, úmrtnosti a zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť. *Cieľ:* Zmapovať výskyt ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy v slovenskej populácii 40 a viacročných v závislosti od pohlavia. *Metódy:* Pri získavaní empirických údajov sme použili dotazník, ktorý vychádzal z bleskového dotazníka osteoporózy od Spoločnosti pre osteoporózu a metabolické ochorenia kostí, o.z. Slovenskej lekárskej spoločnosti. Výskumný súbor tvorilo 119 respondentov, z toho bolo 58 (48,74 %) žien a 61 (51,26 %) mužov. *Výsledky:* Vyšší počet neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy bol u žien v porovnaní s mužmi. Naopak celkovo vyšší počet ovplyvniteľných faktorov osteoporózy sa

vyskytoval u respondentov mužského pohlavia. *Záver:* Odporúčame zamerať sa na edukáciu širokej verejnosti o rizikových faktoroch osteoporózy a o možnostiach eliminácie ovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy.

Kľúčové slová: osteoporóza, rizikový faktor

ÚVOD

V odbornom usmernení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) pre diagnostiku a liečbu osteoporózy (2006) je osteoporóza charakterizovaná ako systémové ochorenie skeletu, ktoré sa definuje ako zníženie obsahu kostnej hmoty a narušenie mikroarchitektúry kostného tkaniva zapríčiňujúce zvýšenú fragilitu, čo rezultuje do zvýšeného rizika zlomenín už pri minimálnej traume. Klinický význam osteoporózy spočíva v jej nepriaznivých klinických prejavoch, predovšetkým zlomeninách (Dungl et al., 2014). Payer, Baqi a Killinger (2006) rozdeľujú rizikové faktory osteoporózy na ovplyvniteľné a neovplyvniteľné. Medzi neovplyvniteľné patrí vek, pohlavie a genetická predispozícia. Vek je najväčší rizikový faktor, pretože osteoporóza je prirodzeným prejavom starnutia. Vo vyššom veku dochádza i k obmedzenému prijímaniu nutritientov a k jednostrannej málo pestrej strave (Fojtík et al., 2009). Z hľadiska pohlavia je rizikové hlavne ženské pohlavie. Muži vstupujú do obdobia dospelosti s vyššou hodnotou kostnej hmoty než ženy a k ich

úbytku súvisiacemu s vekom dochádza o niekoľko rokov neskôr ako u žien. Nárast počtu osteoporotických fraktúr je u mužov približne o desať rokov neskôr než u žien (Suchý, Vyskočil, 2012). Genetické a etnické vplyvy, resp. dedičnosť sa uplatňuje u oboch pohlaví, pričom rizikovejšia skupina sú belosi a ázijská populácia (Sotorník, 2016). Nemenej dôležitá je pozitívna rodinná anamnéza zlomenín u najbližších príbuzných ako sú rodičia, starí rodičia a súrodenci (Šteňová et al., 2008).

Medzi ďalšie rizikové faktory osteoporózy patrí dlhodobé užívanie niektorých medikamentov v spojitosti s ochoreniami v minulosti ako aj v súčasnosti (glukokortikoidy, tyreoidálne hormóny, cytostatiká, atď.), ktoré môžu byť príčinou patologických zmien skeletu. Takisto aj nízkomolekulárny heparín má vo svojich nežiaducich účinkoch uvedený vplyv na kostný metabolizmus s rizikom osteoporózy. Predčasná menopauza vždy vzbudzuje podozrenie na osteoporózu. Gravidita a dojčenie v kombinácii s dlhodobou prevenciou nízkomolekulárnym heparínom môže toto riziko na konci šestonedelia vystupňovať (Hajšmanová et al., 2012; Šteňová et al., 2008). Taktiež diabetes mellitus je považovaný za rizikový faktor osteoporózy. Pri hyperglykémii dochádza k poklesu svalovej hmoty, najmä v dolných končatinách čo môže ďalej prispievať k zlej kvalite kostí u žien s druhým typom diabetu (Raška et al., 2017).

Medzi ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy patria: chyby vo výžive (hlavne nízky prívod vápnika stravou), fyzická inaktivita, fajčenie a nadmerný príjem alkoholu.

Na vznik osteoporózy negatívne pôsobia redukčné diéty spôsobujúce podvýživu, hlavne v mladosti (mentálna anorexia). Nízka hmotnosť má za dôsledok nižšiu záťaž kostí, ktorá je základným stimulom jej obnovy (Fojtík et al., 2009). Dôležitú úlohu zohrávajú aj návyky pacienta v príjme vápnika a iných minerálov a hladina vitamínu D. Pri nadbytočnom prísune bielkovín dochádza k zvýšenej kyslosti vnútorného prostredia pri ich metabolizme a tým nastáva zvýšené odbúravanie kostí. Nadpriemerný príjem sacharidov zvýši straty vápnika močom. Pri zvýšenom príjme tukov dôjde k vzniku nerozpustných vápnikových mydiel, vtedy sa nevstrebateľné kalcium vylučuje stolicou. Vápnik sa horšie vstrebáva zo stravy pri nadmernom prísune kyseliny fytovej, šťaveľovej, vlákniny, solí horčíka, fosforu, draslíka a sodíka (Šteňová et al., 2008). Tvorba vitamínu D v koži závisí od dĺžky expozície slnečnými lúčmi, od ročného obdobia, pigmentácie kože a od veku pacienta. Dospelí potrebujú 400 – 800 IU vitamínu D3 denne, starší nad 50 rokov 800 – 1000 IU (Šteňová et al., 2008). Údaje však poukazujú na nízku saturáciu vitamínom D tiež u mladých ľudí (Palička et al., 2011).

Negatívne na vznik osteoporózy vplýva chronický abúzus alkoholu a fajčenie. V tabaku obsiahnutý alkaloid nikotín má

antiestrogénny účinok, redukuje kostnú densitu rušivým efektom na metabolizmus kostných buniek, predovšetkým osteoblastov. Znižuje sa vstrebávanie kalcia v čreve a u žien nastupuje menopauza skôr s následným rizikom zlomenín (Sotorník, 2016). Negatívne sa javí dominujúci sedavý spôsob života či dlhodobá imobilizácia, následkom pádu vo vyššom veku. Poúrazové znehybnenie končatiny je sprevádzané rádiologicky preukázateľnou demineralizáciou už v priebehu 1–2 týždňov (Sotorník, 2016). Redukcia fyzickej aktivity zastáva dôležitú úlohu v rozvoji osteopénié a osteoporózy. Zvýšenie fyzickej aktivity u chorých zabezpečí nižší pokles kostnej denzity a rizika fraktúr (Kmečová, 2008).

CIEĽ

Cieľom bolo zmapovať výskyt ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy v slovenskej populácii 40 a viacročných v závislosti od pohlavia.

SÚBOR A METÓDY

Základný súbor tvorili obyvatelia Slovenskej republiky (SR) vo veku 40 a viac rokov s nediagnostikovanou osteoporózou. Výskumný súbor tvorilo 119 respondentov, ktorí splnili zaraďujúce kritériá: vek 40 rokov a viac, pohlavie (muž, žena), nediagnostikovaná osteoporóza, ochota spolupracovať. Vylučujúcim kritériom bola

diagnostikovaná osteoporóza a vek menej ako 40 rokov. Súbor tvorilo 58 (48,74 %) respondentov ženského pohlavia a 61 (51,26 %) respondentov mužského pohlavia. Najmladší respondent mal 40 rokov a najstarší mal 86 rokov (aritmetický priemer 53, medián 51, modus 49, smerodajná odchýlka $\pm 10,04$).

Pri získavaní empirických údajov sme použili výskumnú metódu dotazník, ktorý vychádzal z bleskového dotazníka osteoporózy od Spoločnosti pre osteoporózu a metabolické ochorenia kostí, o.z. Slovenskej lekárskej spoločnosti (dostupný na stránke www.osteoporozas.sk). Dotazník obsahoval 25 položiek, ktoré boli rozdelené na: základné a demografické údaje (pohlavie, vzdelanie, bydlisko, vek, výška, váha, diagnostikovaná osteoporóza), údaje o rodičoch, údaje o respondentoch - neovplyvniteľné rizikové faktory, údaje o respondentoch - ovplyvniteľné rizikové faktory, otázky pre ženy a otázka pre mužov.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Osteoporóza je jedno z civilizačných ochorení, ktoré je v skorých štádiách skryté. Postihuje kosti a kostný metabolizmus jedinca v dospelosti a k vzniku prispievajú rizikové faktory ochorenia. V nasledujúcom texte prezentujeme výsledky týkajúce sa cieľa príspevku.

Zisťovali sme prítomnosť neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy u 61 mužov (51,26 %) a 58 žien (48,74 %), ktoré boli spoločné pre obe pohlavia. Podľa Zajíčkovej a Žofkovej (2007) je dedičnosť osteoporózy jedným z najdôležitejších neovplyvniteľných rizikových faktorov. Sú známe štúdie, kde sa v rodinách preukázala dedičnosť v 60-80 % prípadov. Z nášho výberového súboru uviedlo 9 mužov (14,75 %) a 9 žien (15,52 %), že u jedného z rodičov bola diagnostikovaná osteoporóza.

Medzi neovplyvniteľné riziká zaraďujeme okrem prítomnosti osteoporózy u rodičov aj výskyt zlomenín po malom úraze a prítomnosť zhrbeného chrbta u otca alebo matky respondentov. Prekonanú zlomeninu kosti rodiča po malom úraze uviedlo 6 (9,84 %) respondentov mužskej a 9 (15,52 %) respondentov ženskej populácie. Zhrbený chrbát u svojich rodičov spozorovalo 6 (9,84 %) mužov a 6 (10,34 %) žien. Autorka Rychtaříková (2009) vo svojom výskume zaznamenala zo 100 žien v menopauze až u 43 z nich výskyt osteoporózy alebo zlomenín u rodičov.

Podľa Růžičkovej a Zeleníkovéj (2017), ktoré sledovali výskyt pádov v zdravotníckych zariadeniach u seniorov, malo vysoké obavy z pádu 23 % mužov a až 42 % žien. Aj v našom prieskume sme zistili vyšší počet pádov či strach z pádu viac u žien (12,07 %) ako u mužov (1,64 %).

Ďalším neovplyvniteľným rizikovým faktorom sú zlomeniny kosti po malom úraze. V našom výskumnom súbore uviedlo prítomnosť tohto faktora 11,48 % mužov a 18,97 % žien. Zlomeniny boli časté aj u nadpolovičnej väčšiny respondentiek v menopauze (Rychtaříková, 2009).

Podľa Rovenského (2008) sa reumatoidná artritída vyskytuje častejšie u žien v pomere 2-4 prípady: 1 nad mužmi, čo sa potvrdilo aj v našom výskume, kde reumatoidnú artritídu uviedlo 3,28 % mužov a 10,34 % žien. Užívanie kortikosteroidov dlhšie ako 3 mesiace môže negatívne ovplyvniť hustotu kostí – v našom súbore tento rizikový faktor osteoporózy uviedlo 10,34 % žien a 1,64 % mužov. Zvýšenú činnosť štítnej žľazy a prítomnosť teliesok udával 1 z mužov (1,64 %) a 7 žien (12,07 %). Vysoký výskyt vyššie spomenutých rizikových faktorov v ženskej populácii potvrdzuje vo svojom výskume aj Rychtaříková (2009).

Tabuľka č. 1: Spoločné neovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy podľa pohlavia

Neovplyvniteľné rizikové faktory	Pohlavie	Prítomné RF n (%)	Neprítomné RF n (%)	Spolu n (%)
	muži	36 (6,56)	513 (93,44)	549 (100)
	ženy	67 (12,84)	455 (87,16)	522 (100)

Neovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy boli vyhodnocované z deviatich otázok dotazníka, ktoré boli spoločné pre obe pohlavia. Každá otázka predstavovala jeden neovplyvniteľný rizikový faktor. Za prítomné rizikové faktory osteoporózy u respondentov sme považovali odpoveď áno. Za neprítomné rizikové faktory sme považovali odpoveď nie. Z celkového počtu 549 (100 %) odpovedí 61 mužov na 9 otázok z dotazníka, bolo 36 (6,56 %) pozitívnych, t.j. prítomných neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy. Priemerne vychádzalo na 1 muža 0,59 neovplyvniteľných rizikových faktorov. 58 respondentov ženského pohlavia odpovedalo na 9 rovnakých otázok ako muži. Z celkového počtu 522 (100 %) odpovedí, bolo 67 (12,28 %) pozitívnych, t.j. prítomných rizikových faktorov. Priemerne vychádzalo na 1 ženu 1,15 neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy.

Medzi ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy zaraďujeme konzumáciu alkoholu. Alkohol v rebríčku preventabilných rizikových faktorov zdravia zaujíma 3. miesto v Európe i vo svete. Až 15 % Európanov konzumuje alkohol v nadmernej dávke (viac ako 40 g/deň pre mužov; viac ako 20 g/ deň pre ženy) ohrozujúcej zdravie, pričom častejší konzum evidovali u mužskej populácie (Szántová, 2013). Podľa Asociácie klubov abstinujúcich Slovenska (2016) mužská populácia vypije ročne 20,1 litra alkoholu, u žien je priemer 6,1 litra. V našej práci sme zistili, že až 24,59 % mužov uviedlo pravidelnú

konzumáciu alkoholu v nadmernom množstve (0,5 litra piva, alebo 2 dcl vína alebo 0,5 dcl tvrdého destilátu). U žien to bolo iba 5,17 % respondentiek.

Fajčenie sa zaraďuje medzi ďalšie ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy. Podľa odhadu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2013) jasne prevažujú muži (34 %), ktorí tvoria viac ako dvojnásobok výskytu fajčenia ako ženy (16 %) (Baška, 2015). Najnovšie výsledky z EHIS 2014 ukazujú, že na Slovensku predstavuje podiel fajčiarov, ktorí fajčia denne bez ohľadu na druh tabakového výrobku hodnotu 22,9 %, pričom z pohľadu každodennej spotreby cigariet dominujú jednoznačne muži (Velčická, 2015). Kimáková et al. (2012) udáva, že trendom je postupné znižovanie počtu fajčiarov v mužskej populácii, u žien sa počet fajčiarok naopak zvyšuje. Skríning MZ SR v roku 2003 ukázal, že do veku 64 rokov je počet mužov, ktorí fajčia 24,4 % a 17,7 % žien. Podobné výsledky sme zistili aj v našom prieskume, kde 19,67 % mužov a 18,97 % žien boli fajčiari. Zistené výsledky považujeme za negatívne, nakoľko fajčenie nie je len rizikovým faktorom osteoporózy, ale sa podieľa aj na vzniku onkologických, respiračných a kardiovaskulárnych ochorení, či ochorení kože (Bernadič et al., 2008).

Nízka telesná hmotnosť je významným rizikovým faktorom osteoporózy. U žiadneho zo 61 mužov (100 %) a 58 žien (100 %) sme

nezaznamenali BMI < 18,5 (podvýživa). Aj napriek tomu, že žiadny z našich respondentov nemal nízke BMI (podvýživu), viac ako polovica respondentov (mužov aj žien) malo BMI vyššie ako 24,9, teda nadhmotnosť a obezitu. Minimálna hodnota BMI v celom súbore bola 19,1, maximálna hodnota BMI nameraná u respondenta z celého súboru bola 37. Priemer BMI v celom súbore bol 26,11, u mužov bol 26,55 a u žien 25,67.

Nedostatočný pohyb je podľa Ukropcovej et al. (2015) jeden z hlavných rizikových faktorov chronického metabolického ochorenia kostí. Väčšina svetovej populácie a až dve tretiny Slovákov trpia nedostatočnou fyzickou aktivitou. Podobná situácia je aj v USA a iných industrializovaných krajinách, kde odborníci nedostatočnú pohybovú aktivitu označujú ako najväčší zdravotnícky problém 21. storočia. Program CINDI na Slovensku zistil, že iba 31 % mužov a 29 % žien vykonáva telesnú aktivitu viackrát v týždni (Benčeková, 2014). Rychtaříková (2009) uvádza, že 47 % žien v menopauze má nedostatočnú pohybovú aktivitu. V našom výskumnom súbore nedostatok fyzickej aktivity (menej ako 30 minút denne) uviedlo 18,97 % žien a iba 9,84 % mužov. Ich pohybová aktivita nepresiahla 30min/deň.

Medzi ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy patrí tiež stravovanie. Mlieko a mliečne výrobky sú u osôb, ktoré ich tolerujú, preventívnym faktorom pre vznik osteoporózy. V roku 2012 bola v SR

spotreba mlieka a mliečnych výrobkov 158,6 kg na obyvateľa za rok, pričom odporúčaná dávka mlieka a mliečnych výrobkov je 220 kg (Adámková, 2011; Sitárová, 2013). V našej vzorke nekonzumuje mlieko a mliečne výrobky viac mužov ako žien. Mlieku a mliečnym výrobkom bez náhrady vápnika sa vyhýbalo 6 mužov (9,84 %) a 4 ženy (6,90 %). V zimnom období trpíme nedostatkom vitamínu D skoro všetci. Rychtaříková (2009) zaznamenala u 31 % žien nedostatočné vystavenie sa slnečnému žiareniu po dobu 10 minút denne, prípadne užívanie výživových doplnkov. Podobne aj v našom výskume 36,21 % respondentiek uviedlo nedostatočný pobyt na slnku (menej ako 10 minút denne) a neužívanie vitamínu D, pričom u mužov to bolo až 42,62 %.

Tabuľka č. 2: Ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy podľa pohlavia

Ovplyvniteľné rizikové faktory	Pohlavie	Prítomné RF n (%)	Neprítomné RF n (%)	Spolu n (%)
	muži	65 (17,76)	301 (82,24)	366 (100)
	ženy	50 (14,37)	298 (85,63)	348 (100)

Ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy boli vyhodnocované zo 6 položiek dotazníka, ktoré boli spoločné pre obe pohlavia. Každá položka predstavovala jeden ovplyvniteľný rizikový

faktor. Za prítomné ovplyvniteľné rizikové faktory osteoporózy u respondentov sme považovali odpoveď áno, za neprítomné rizikové faktory sme považovali odpoveď nie a v prípade BMI bol rizikovým faktorom výsledok $BMI < 18,5$. Z celkového počtu 366 (100 %) rizikových faktorov vo výskumnom súbore mužskej populácie sa vyskytovalo 65 (17,76 %) pozitívnych tj. prítomných rizikových faktorov. U žien sa z celkového počtu 348 (100 %) odpovedí, vyskytovalo 50 (14,37 %) kladných odpovedí, t.j. prítomných ovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy. U mužov aj u žien sa v priemere vyskytoval 1 ovplyvniteľný rizikový faktor osteoporózy na každého respondenta.

ZÁVER

Z nášho výskumu sme zistili, že v ženskej populácii sa vyskytovali z neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy hlavne pozitívna rodinná anamnéza (u rodičov diagnostikovaná osteoporóza a zlomenina kostí u rodičov) a zlomeniny po malom úraze. V mužskej populácii sa vo zvýšenej miere vyskytovala diagnostikovaná osteoporóza u rodičov. Celkovo však môžeme skonštatovať vyšší počet neovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy u žien v porovnaní s mužmi. Naopak celkovo vyšší počet ovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy sa vyskytoval u respondentov mužského pohlavia. Konkrétne u mužov z

ovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy prevažovali, v porovnaní so ženami, konzumácia alkoholu v nadmernom množstve, fajčenie, nedostatočná konzumácia mliečnych výrobkov a neužívanie doplnkov vápnika, nedostatočný pobyt na slnku. Ženy naopak uvádzali nedostatok pohybu. Na základe nášho výskumu odporúčame zamerať sa na edukáciu širokej verejnosti o rizikových faktoroch osteoporózy a o možnostiach eliminácie ovplyvniteľných rizikových faktorov osteoporózy.

POUŽITÉ ZDROJE

ADÁMKOVÁ, V. 2011. Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi – strava jako prevence civilizačních chorob. In *Interní medicína pro praxi*, roč. 13, 2011, č.11, s. 427–430. ISSN 1212-7299.

BAŠKA, T. 2015. Užívanie psychoaktívnych látok. In *Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov*. Ed. Madarasová Gecková, A.- Dankulincová, Z. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2015, s. 62-99. ISBN 978-80-971997-1-5.

BENČEKOVÁ, A. 2014. Rizikové faktory životného štýlu. In *Logos polytechnikos*, roč. 5, 2014, č. 1, s. 124-131. ISSN 1804-3682.

BERNADIČ M. a kol. 2008. Fajčenie ako závislosť, rizikový faktor a diagnóza. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika* [online]. 2008, roč. 15, č. 2, s. 117-126. [cit. 2019-03-10]. ISSN 1338-7030.

Dostupné na internete: www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2008/PSY2-2008-cla4.pdf

DUNGL, P. et al. 2014. *Ortopedie: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

FOJTÍK, P. et al. 2009. Výživa a sekundární osteoporóza. In *Interní medicína pro praxi*. roč.11, 2009, č.12, s.561-568. ISSN 1212-7299.

HAJŠMANOVÁ, Z. et al. 2012. Ovlivňuje preventivní dávka nízkomolekulárního heparinu kostní metabolismus těhotných žen?. In *Sekundární osteoporóza*. Ed. V. VYSKOČIL, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2012, s. 50. ISBN 978-80-87118-06-1.

KLIMÁKOVÁ, T. et al. 2012. Fajčenie ako jeden z najzávažnejších celospoločenských zdravotníckych problémov súčasnej doby. In *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, roč. 19, 2012, č.3, s.19-26. ISSN 1338-7022.

KMEČOVÁ, Z. 2008. Sekundárna osteoporóza pri zápalových chorobách čreva. In *In Via practica*, roč. 5, 2008, č.11, s. 469–471. ISSN 1336-4790.

Odborné usmernenie MZ SR pre diagnostiku a liečbu osteoporózy zo dňa 1. Marca 2006, Vestník MZ SR, ročník 54, čiastka 9-16, vydané 1.marca 2006. 2006. s. 1-10.

PALIČKA, V. et al. 2011.*Osteoporóza. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: Novelizace 2011.*

Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011.12 s. ISBN 978-80-86998-44-2.

PAYER, J. - BAQI, L. - KILLINGER, Z. 2006. KLIMAKTÉRIUM A KOSTĚ
Hormonálna substitučná liečba v prevencii a liečbe osteoporózy. In *Via practica*, roč. 3, 2006, č. 6, s.290-292. ISSN 1336-4790.

RAŠKA, I. et al. 2017. Body Composition is Associated With Bone and Glucose Metabolism in Postmenopausal Women With Type 2 Diabetes Mellitus. In *Physiological Research*. 2017, Vol. 66, No. 1, p. 99-111. ISSN 1802-9973.

ROVENSKÝ, J. 2008. Reumatoidná artritída–klinický obraz, diagnostika a liečba. In *In Via practica*, roč. 5, 2008, č.1, s. 6–13. ISSN 1336-4790.

RŮŽIČKOVÁ, V. – ZELENÍKOVÁ, R. 2017. Strach z pádu u seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], roč.7, 2017, č. 1 [cit. 2019-02-17]. s. 6-11. Dostupné na internete: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2017/01/6-strach-z-padu-u-senioru-ve-zdravotnickych-a-socialnich-zarizenich.pdf. ISSN 1338-6263.

RYCHTAŘÍKOVÁ, T. 2009. *Výskyt osteoporózy u žen v menopauze* : diplomová práca. Pardubice : FZS, UPCE, 2009. 66 s.

SITÁROVÁ, T. 2013. *Spotreba potravín v SR 2012: Food consumption in the SR 2012*. Bratislava : Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2013. 29s. ISBN 978-80-8121-231-4.

SOTORNÍK, I. 2016. *Osteoporóza – epidemiologie a patogeneze*. [online] [citované 2018-07-17]. Dostupné na internete: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitрни-lekarstvi-clanek/osteoporoz-a-epidemiologie-a-patogeneze-60103?confirm_rules=1.

SUCHÝ, D. - VYSKOČIL, V. 2012. Mužská osteoporóza z pohledu revmatologa a osteologa. In *Sekundární osteoporóza*. Ed. V. VYSKOČIL, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2012, s. 56. ISBN 978-80-87118-06-1.

SZÁNTOVÁ, M. 2013. Alkohol a pečeň pohľadom hepatológa. In *Psychiatria pre prax*, roč.14, 2013 č. 3, s.114–119. ISSN 1339-4258.

ŠTEŇOVÁ, E. - ŠTEŇO, B. - BAGI, L. 2008. Možnosti prevencie a liečby primárnej osteoporózy v ambulancii lekára prvého kontaktu. In *Ambulantná terapia*, roč. 6, 2008, č. 1, s. 19-22. ISSN 1336-6750.

UKROPCOVÁ, B. et al. 2015. Motivujme pacientov k pohybu: Význam pohybovej aktivity pre zdravie, prevenciu a liečbu obezity. In *Via practica*, roč. 12, 2015, č.4, s.146-150. ISSN 1336-4790.

VELČICKÁ, J. 2015. Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014). Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2015. s. 38. ISBN 978-80-8121-465-3.

ZAJÍČKOVÁ, K. - ŽOFKOVÁ, I. 2007. Polymorfizmy v kandidátných genech pro osteoporózu a jejich asociace nejen s kostním metabolismem. In *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*, roč. 10, 2007, č.2, s.84-88. ISSN 1211-9326.

KONTAKT

PhDr. Zuzana Spáčilová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1

949 74 Nitra

zspacilova@ukf.sk

VÝZNAMNOSŤ OŠETROVATEĽSKÝCH INTERVENCIÍ PRI CHRONICKEJ BOLESTI

**Ľubica Poledníková; Alica Slamková; Alexandra Archalousová;
Diana Eremiášová**

*Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF
v Nitre*

ABSTRAKT

Úvod: Častým symptómom ochorení vyššieho veku je chronická bolesť, ktorej liečenie je v rukách celého zdravotníckeho tímu. Cieľ: Zistiť, ktoré ošetrovateľské činnosti sa používajú v klinickej praxi SR pri ovplyvňovaní bolesti u seniorov a porovnať ich s činnosťami, ktoré sú zahrnuté vo vybraných súboroch ošetrovateľských intervencií NIC (Nursing Interventions Classification). Metódy: Na získanie údajov bol použitý dotazník, ktorý obsahoval merací nástroj s činnosťami vybraných súborov NIC (2018): 1415 - Manažment chronickej bolesti, (24 činností) a 2210 - Podávanie analgetík (44 činností). Úlohou sestier expertiek bolo retrospektívne sa vyjadriť k tomu, v akej miere v ošetrovateľskej praxi

vykonávajú jednotlivé ošetrovateľské činnosti vybraných súborov NIC u seniorov s ošetrovateľskou diagnózou Chronická bolesť (NANDA 2015-2017), s použitím Likertovej škály. Výberový súbor tvorilo 27 sestier – expertiek. Výsledky: Sestry expertky označili v súbore NIC 1415 8 činností za často používané (hlavné), 14 činností za menej používané (vedľajšie) a 2 činnosti označili za nepoužívané v klinickej praxi. Z druhého vybraného súboru NIC 2210 označili 26 činností za často používané (hlavné) a 18 činností za menej používané (vedľajšie) v klinickej praxi na Slovensku. *Záver:* Vzhľadom na výsledky nášho výskumu odporúčame pri prijíme pacienta komplexne zhodnotiť prítomnosť bolesti. Pre jednotnosť informácií a uľahčenie práce sestram navrhujeme používať validný nástroj na hodnotenie chronickej bolesti.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: Ošetrovateľské intervencie. Senior. Chronická bolesť.

ABSTRACT

Introduction: A common symptom of the diseases in older age is chronic pain, whose healing is in the hands of the entire medical team. Objective: To determine which nursing activities are used in the clinical practice in the SR in influencing pain in the elderly, and compare them with the activities included in the selected sets from the Nursing Interventions Classification (NIC). Methods: To obtain

data, we used a questionnaire which contained a measurement instrument with the activities from the selected NIC sets (2018): 1415 Pain Management: Chronic (24 activities) and 2210 Analgesic Administration (44 activities). The role of nurses – experts was to retrospectively comment on the extent to which they performed individual nursing activities from the selected NIC sets in the elderly with the nursing diagnosis Chronic Pain (NANDA 2015-2017) in their clinical practice, using the Likert-type scale. The sample consisted of 27 nurses – experts. Results: In the NIC set 1415, the nurses – experts rated eight activities as frequently used (major), 14 activities as less frequently used (minor) and two activities as not used in the clinical practice. In the NIC set 2210, they rated 26 activities as frequently used (major) and 18 activities as less frequently used (minor) in the clinical practice in Slovakia. Conclusion: Based on the results of our research, we recommend a comprehensive assessment of pain in patients during their admission. For the uniformity of information and to facilitate the work of nurses, we suggest to use a valid instrument to assess chronic pain.

KEYWORDS: Nursing interventions. Elderly. Chronic pain.

ÚVOD

Chronická bolesť sa vyskytuje vo vyššom veku viac ako v iných vekových obdobiach. Pre náročnosť zistenia jej prítomnosti u seniorov býva bolesť často opomenutá a neriešená. Chronická bolesť ovplyvňuje negatívne kvalitu života seniorov v somatickej, psychickej a sociálnej rovine. Môžeme ju označiť za jedno z civilizačných ochorení a taktiež patrí k trom z najčastejších problémov pacientov nad 65 rokov. Bolesť je definovaná ako nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá je spojená s akútnym alebo potenciálnym poškodzovaním tkanív (Rokyta, 2009). Za vhodnejšiu definíciu z pohľadu zdravotníckej praxe možno považovať definíciu podľa autora McCafferyho (1997), ktorý uvádza, že bolesť je to, čo hovorí pacient, a existuje, keď to tvrdí pacient (Kozierová et al., 1995). Chronická bolesť je definovaná ako bolesť, ktorá trvá dlhšie, ako je potrebné na zotavenie sa z ochorenia či poranenia, ktoré ju vyvolalo a často nemá jednoznačne definovanú príčinu. Obyčajne trvá dlhšie ako 3 až 6 mesiacov, prejavy sa vracajú počas mesiacov a rokov, alebo je spojená s chronickým ochorením (Kulichová, 2008). Bez ohľadu na to, či je príčina bolesti alebo ide o bolesť bez zrejmej organickej podstaty, chronická bolesť prestáva byť symptómom ochorenia a stáva sa samostatnou chorobou (Kulichová, 2008). Bolesť vo vyššom veku sa stáva celosvetovým problémom,

vzhľadom aj na rastúcu populáciu seniorov. Podľa Sorkin, Rudy, Hanlon (1990) chronickú bolesť udáva až 80 % starších ľudí. Patel et al. (2013) zistili výskyt bolesti u 52,8 % starších dospelých Američanov. Kanadská štúdia Ramage-Morin (2008) zaznamenala výskyt chronickej bolesti u 38 % inštitucionalizovaných seniorov a 27 % seniorov v domácnosti. Podľa Hegyiho, Krajčíka (2010) udáva chronickú bolesť až 80% starších ľudí. V súvislosti s bolesťou u seniora je možné na základe výsledkov zahraničných štúdií vysloviť predpoklady, že s vekom narastá množstvo bolestivých podnetov, zvlášť v pohybovom systéme, starší ľudia bolesť menej vnímajú a lepšie znášajú aj pri menších dávkach analgetík, pritom bolesť v tomto veku nie je liečená dostatočne, hlavne u dementných, s poruchou komunikácie a veľmi starých (Kalvach et al., 2004). Prípadne bolesť nie je včas rozpoznaná pre nezáujem, podceňovanie alebo strach seniorov zo zistenia závažného ochorenia.

Ak má byť liečba bolesti účinná, je potrebná úzka spolupráca seniora s lekárom a sestrou, prípadne s fyzioterapeutom, psychológom či kňazom. Sestry majú zodpovednosť pri hodnotení bolesti, podieľajú sa na vytváraní liečebného plánu, uplatňujú sa v oblasti farmakoterapie, nefarmakologických postupov a v edukácii pacienta a jeho rodiny. Pravidelné zhodnotenie bolesti prispieva ku kvalite komunikácie medzi sestrou a pacientom (Richard, Edwards,

2004). Autori Mareš, Otterová (2001) udávajú, že sestra svojím správaním a komunikáciou s pacientom môže ovplyvňovať jeho nádej alebo beznádej a tým prispieť aj k zvládaniu bolesti. Dôležitou vlastnosťou sestier je umenie počúvať a byť empatická. Bolesť predvídať, sledovať a hodnotiť. Poznať a vedieť použiť dostupné spôsoby liečby, mať prehľad o nových trendoch a vedieť odovzdať všetky potrebné informácie pacientovi a jeho rodine (Kašpárková, Fessler, 2006). Systematický prístup pri ovplyvňovaní bolesti ponúka Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií (NIC – Nursing Interventions Classification), ktorý má vypracovaných niekoľko súborov ošetrovateľských činností, zameraných na potláčanie bolesti, ako sú Manažment bolesti, Manažment liečenia, Aktívne počúvanie, Rozptýlenie, Náladový manažment, Aplikácia analgetík a ďalšie. Vybraný súbor Manažment chronickej bolesti 1415 je v klasifikačnom systéme ošetrovateľských intervencií NIC (2018) definovaný ako: zmiernenie alebo zníženie pretrvávajúcej bolesti, ktorá je prítomná počas liečebného obdobia, ktoré trvá najmenej tri mesiace, na úroveň, ktorá je pre pacienta prijateľná. Obsahuje 24 ošetrovateľských činností, ktoré sú zamerané na bolesť holisticky od jej posúdenia, ovplyvnenia kvality života, podania analgetík s pozorovaním prípadných nežiaducich účinkov až po začlenenie rodiny a blízkych osôb pacienta (Butcher, et al., 2018, s. 66-67). Vybraný súbor Podávanie analgetík 2210, ktorú NIC (2018) definuje

ako podávanie farmakologických látok na zníženie alebo odstránenie bolesti, zahŕňa 44 ošetrovateľských činností, ktoré sú zamerané na včasné určenie nástupu bolesti a s tým súvisiace podanie analgetík, pri čom sa sústreďujú na predchádzajúce dávky liekov, vhodnosť podania analgetík, alergologickú anamnézu a bezpečnosť podania opiátov pacientovi. (Butcher, et al., 2018, s. 282). Moderný prístup manažmentu chronickej bolesti je multimodálny, zahŕňuje farmakologickú liečbu, psychologickú liečbu, periférnu stimuláciu, intervenčnú terapiu, aktívnu fyzioterapiu, športový tréning a edukáciu pacienta (Žiaková, 2010).

CIEĽ

Cieľom výskumu bolo zistiť, ktoré činnosti vybraných súborov ošetrovateľských intervencií Manažment Chronickej bolesti 1415 a Podávanie analgetík 2210 (NIC, 2018) sestry považujú za významné (často používané), menej významné (menej používané) a nevýznamné (nepoužívané) v klinickej praxi na Slovensku.

SÚBOR A METÓDY

Výber výskumného súboru bol zámerný a uskutočnil sa na základe stanovených kritérií. Oslovených bolo 40 sestier z klinickej praxe. Za expertov sme považovali sestry, ktoré získali minimálne 4 body podľa modifikovaných Fehringových kritérií (Zeleníková et al., 2010, s. 409). 13 sestier bolo vylúčených zo súboru z dôvodu

nesplnenie stanovených kritérií. Výberový súbor tvorilo 27 sestier – expertiek z klinickej praxe pracujúcich na internej, ortopedickej a onkologickej klinike FN v Nitre. Charakteristiky súboru zahŕňajú:

	N	%		
Pohlavie				
Žena	27	100		
Muž	0	0		
Vzdelanie				
Mgr./PhDr./PhD.	2	7		
Bc.	15	56		
SZŠ/VOŠ	10	37		
Klinická prax				
Min. 1 rok	0	0		
Viac ako 5 rokov	11	41		
Viac ako 10 rokov	16	59		
Doplňujúce kritériá				
Špecializácia / certifikácia	6	22		
Diplomová / rigorózna práca	0	0		
Publikovaný článok	0	0		
Doktorandská dizertačná práca	0	0		
	AM	SD	Min	Max
Vek	41,63	9,65	27	62
Modifikované skóre pre experta	4,74	1,02	4	7

pohlavie, vzdelanie, pracovisko, špecializáciu, vek, počet rokov klinickej praxe, skóre podľa modifikovaných kritérií a ďalšie (Tab. 1).

Tab. 1 Charakteristika súboru sestier - expertov (n = 27)

n= počet, AM= aritmetický priemer, SD= smerodajná odchýlka

V súbore bolo zastúpené len ženské pohlavie. Z 27 sestier absolvovalo najviac (56%) prvý stupeň vysokoškolského vzdelania; 59% pracovalo v odbore viac ako 10 rokov a 22% získalo špecializáciu. Priemerný vek vzorky bol 41,63 rokov a priemerné skóre podľa modifikovaných kritérií pre výber expertov bolo 4,74.

Na získanie údajov bol použitý dotazník, ktorý obsahoval merací nástroj s činnosťami vybraných súborov NIC - Manažment bolesti 1415 (24 činností) a Podávanie analgetík 2210 (44 činností). Úlohou sestier expertiek bolo retrospektívne sa vyjadriť k tomu, v akej miere v ošetrovateľskej praxi vykonávajú jednotlivé ošetrovateľské činnosti vybraných súborov NIC s použitím Likertovej škály. Škála obsahovala 5 stupňov hodnotenia s významom: 1 – nevykonávaná - žiadna významnosť, 2- veľmi málo vykonávaná - malá významnosť, 3- málo vykonávaná - stredná významnosť, 4- často vykonávaná - veľká významnosť a číslo 5- veľmi často vykonávaná - najväčšia významnosť. Súčasťou dotazníka boli identifikačné dáta pre sestru experta. Pre každú ošetrovateľskú činnosť boli vypočítané základné štatistické hodnoty - aritmetický priemer (\bar{x}), smerodajná odchýlka (SD) a vážené skóre (VS). Vážené skóre bolo vypočítané súčtom hodnôt priradených každej odpovedi a jeho vydelením počtom odpovedí. Hodnoty boli odpovediam pridelené nasledovne: 5=1; 4=0,75; 3=0,5; 2=0,25; 1=0 (Fehring, 1986, s. 188). Za významné

(najčastejšie vykonávané) ošetrovateľské činnosti boli považované tie, ktoré dosiahli hodnotu VS viac ako 0,75, za stredne významné (menej často vykonávané) tie, ktoré boli v rozmedzí 0,5 – 0,75. Ošetrovateľské činnosti, ktoré mali hodnotu 0,50 a menej boli minimálne vykonávané. Výskum prebiehal v mesiacoch november 2018 až marec 2019. Hodnotiaci nástroj bol distribuovaný medzi sestry osobným kontaktom autorov výskumu a sprostredkované cez poverenú osobu.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Na základe analýzy odpovedí sestier sme vytvorili tabuľky, v ktorých uvádzame ošetrovateľské činnosti vybraných súborov NIC - Manažment chronickej bolesti 1415 a Podávanie analgetík 2210 v poradí podľa využívania (významnosti) od najvyššieho až po najnižšie vážené skóre (VS).

Pri hodnotení vybraného súboru Manažment chronickej bolesti sestry označili z celkového počtu 24 položiek 8 za významné (najčastejšie vykonávané) ošetrovateľské činnosti. Sú to: Pýtať sa pacienta na úroveň bolesti (0,95); Pýtať sa pacienta na bolesť v pravidelných intervaloch (0,94); Zabezpečiť rýchlu analgetickú starostlivosť (0,91); Skontrolovať faktory prostredia (0,9); Vyhodnotiť účinnosť opatrení (0,86); Vyhodnotiť spokojnosť pacienta (0,84);

Predchádzať nežiaducim účinkom liečby (0,83); Modifikovať opatrenia na kontrolu bolesti (0,76) (Tab. 2).

Tab. 2 Ošetrovateľské činnosti identifikované expertmi ako významné (najčastejšie používané) zo súboru Manažment chronickej bolesti

1415 – Manažment chronickej bolesti			
Činnosti	AM	SD	VS
Pýtať sa pacienta na úroveň bolesti	4,81	0,56	0,95
Pýtať sa pacienta na bolesť v pravidelných intervaloch	4,74	0,59	0,94
Zabezpečiť rýchlu analgetickú starostlivosť	4,63	0,56	0,91
Skontrolovať faktory prostredia	4,59	0,64	0,9
Vyhodnotiť účinnosť opatrení	4,44	0,7	0,86
Vyhodnotiť spokojnosť pacienta	4,37	0,79	0,84
Predchádzať nežiaducim účinkom liekov	4,33	0,83	0,83
Modifikovať opatrenia na kontrolu bolesti	4,04	0,65	0,76

AM= aritmetický priemer, SD= smerodajná odchýlka, VS= vážené skóre

Ako vedľajšie ošetrovateľské činnosti (menej používané) sestry označili 14 položiek, z ktorých najvyššiu hodnotu váženého skóre získala činnosť: Komplexné posúdenie bolesti s cieľom zahrnutia miesta, začiatku, trvania, frekvencii a intenzity bolesti, ako aj zmierňujúce a zrážajúce faktory (0,75) a najnižšiu hodnotu získala činnosť: Vyhodnotiť s pacientom účinnosť opatrení na kontrolu bolesti v minulosti (0,5) (Tab. 3).

Tab. 3 Vedľajšie (menej používané) ošetrovateľské činnosti súboru Manažment chronickej bolesti.

1415 – Manažment Chronickej bolesti			
Činnosti	AM	SD	VS
Komplexné posúdenie bolesti	4	0,83	0,75
Vyberať a implementovať možnosti zásahu	3,93	0,62	0,73
Spolupracovať s pacientmi, rodinou a ďalšími zdravotníkymi pracovníkmi	3,89	0,85	0,72
Vyhnúť sa používaniu analgetík, ktoré môžu mať nežiaduce účinky	3,89	0,8	0,72
Zvážiť odporúčenie podporných skupín	3,89	1,01	0,72
Využiť multidisciplinárny prístup	3,81	0,96	0,7
Povzbudzovať pacienta	3,59	0,57	0,65
Určiť účinok bolesti na kvalitu života	3,56	0,51	0,64
Podporovať vhodné používanie nefarmakologických techník	3,52	0,98	0,63
Sledovať príznaky úzkosti alebo strachu	3,44	0,64	0,61
Sledovať príznaky depresie	3,33	0,96	0,58
Informovať pacienta a rodinu	3,26	0,59	0,56
Začleniť rodinu do spôsobu úfavy	3,22	0,7	0,55
Vyhodnotiť účinnosť opatrení	3	0,62	0,5

AM= aritmetický priemer, SD= smerodajná odchýlka, VS= vážené skóre

Z vybraného súboru 1415 – Manažment chronickej bolesti boli podľa sestier – expertiek vyradené 2 činnosti, ktoré získali hodnotu VS menej ako 0,5: Používanie platného a spoľahlivého nástroja na hodnotenie chronickej bolesti (napr. krátky formulár bolesti - skrátaná forma, formulár McGillovej bolesti- skrátaná forma, dotazník o vplyve fibromyalgie) a Preskúmať vedomosti a názory pacientov o bolesti vrátane kultúrnych vplyvov.

Pri hodnotení vybraného súboru Podávanie analgetík sestry označili z celkového počtu 44 položiek 26 za významné (najčastejšie vykonávané) ošetrovateľské činnosti. Sú to: Zapísať aplikované narkotiká a iné obmedzené lieky, Skontrolovať lekárom predpísaný liek, dávku a frekvenciu (0,97); Spolupracovať s lekárom o predpísaní analgetík (0,95); Vyberať vhodné analgetiká alebo kombináciu analgetík (0,94); Dokumentovať odpovede pacienta (0,92); Zaviesť opatrenia na zníženie škodlivých stimulov v prostredí (0,91); Monitorovať vitálne funkcie, Zaistiť presné 24-hodinové dávkovanie (0,9); Vyhodnotiť a dokumentovať úroveň zmiernenia bolesti, Podávať analgetiká nepretržite, najmä pri silnej bolesti, Zabezpečiť holistický prístup k manažmentu bolesti (0,88); Dokumentovať všetky zistenia z monitorovania bolesti (0,87); Poučiť pacienta aby požiadal o lieky skôr, než bude bolesť závažná, Zaznamenať úroveň bolesti (0,85); Určiť predchádzajúcu odpoveď pacienta na analgetiká, Určiť výber analgetík na základe typu a závažnosti bolesti, Vyhodnotiť účinnosť analgetika, Podávať lieky na zmiernenie nežiaducich účinkov (0,82); Pomôcť pacientovi pri výbere nefarmakologických aktivít, Zvoliť i.v. aplikáciu pred i.m (0,81); Určiť predchádzajúce dávky liekov pacienta a spôsoby analgetického podania, Zaviesť opatrenia na zníženie nežiaduceho účinku analgetík, Informovať pacienta (0,79); Aplikovať aktivity, ktoré pomáhajú uvoľniť pacienta

(0,77); Zabezpečiť, aby pacient nebol ohrozený používaním opiátov (0,76) (Tab. 4).

Tab. 4 Ošetrovateľské činnosti identifikované expertmi ako významné (najčastejšie používané) zo súboru Manažment chronickej bolesti

2210 – Podávanie analgetík			
Činnosti	AM	SD	VS
Zapísať aplikované narkotiká a iné obmedzené lieky	4,89	0,32	0,97
Skontrolovať lekárom predpísaný liek, dávku a frekvenciu	4,89	0,32	0,97
Spolupracovať s lekárom o predpísaní analgetík	4,81	0,48	0,95
Vyberať vhodné analgetiká alebo kombináciu analgetík	4,78	0,51	0,94
Dokumentovať odpovede pacienta	4,67	0,55	0,92
Zaviesť opatrenia na zníženie škodlivých stimulov v prostredí	4,63	0,56	0,91
Monitorovať vitálne funkcie	4,59	0,69	0,9
Aplikovať analgetiká pred procedúrami alebo aktivitami, ktoré spôsobujú bolesť	4,59	0,5	0,9
Zaistiť presné 24-hodinové dávkovanie	4,6	0,75	0,9
Vyhodnotiť a dokumentujte úroveň zmiernenia bolesti	4,52	0,7	0,88
Podávať analgetiká nepretržite, najmä pri silnej bolesti	4,52	0,75	0,88
Zabezpečiť holistický prístup k manažmentu bolesti	4,52	0,7	0,88
Dokumentovať všetky zistenia z monitorovania bolesti	4,48	0,94	0,87
Poučiť pacienta aby požiadal o lieky skôr, než bude bolesť závažná	4,41	0,64	0,85
Zaznamenať úroveň bolesti	4,41	0,69	0,85
Určiť predchádzajúcu odpoveď pacienta na analgetiká	4,3	0,61	0,82
Určiť výber analgetík na základe typu a závažnosti bolesti	4,3	0,82	0,82
Vyhodnotiť účinnosť analgetika	4,3	0,72	0,82
Podávať lieky na zmiernenie nežiaducich účinkov	4,3	0,54	0,82
Pomôcť pacientovi pri výbere nefarmakologických aktivít	4,26	0,9	0,81
Zvoliť intravenóznou aplikáciu pred intramuskulárnou	4,22	0,89	0,81
Určiť predchádzajúce dávky liekov pacienta a spôsoby analgetického podania	4,15	0,77	0,79
Zaviesť opatrenia na zníženie nežiaduceho účinku analgetík	4,15	0,72	0,79

Informovať pacienta	4,15	0,53	0,79
Aplikovať aktivity, ktoré pomáhajú uvoľniť pacienta	4,07	0,78	0,77
Zabezpečiť, aby pacient nebol ohrozený používaním opiátov	4,04	1,02	0,76

AM= aritmetický priemer, SD= smerodajná odchýlka, VS= vážené skóre

Ako vedľajšie ošetrovateľské činnosti (menej používané) sestry označili 18 položiek, z ktorých najvyššiu hodnotu váženého skóre získala činnosť: Vyhnúť sa i.m. podaniu u seniorov (0,75) a najnižšiu hodnotu získala činnosť: Zvážiť použitie kontinuálnej infúzie (0,59) (Tab. 5).

Tab. 5 Menej používané ošetrovateľské činnosti vybranej intervencie:
Podávanie analgetík

2210 – Podávanie analgetík

Činnosti	AM	SD	VS
Vyhnuť sa intramuskulárnemu (i.m.) podaniu u seniorov	4	1,07	0,75
Skontrolovať alergickú anamnézu, ako aj drogový abúzus	3,93	1,14	0,73
Zabezpečiť vhodnosť dávky opiátov	3,93	0,62	0,73
Upraviť dávkovanie pre deti a starších ľudí	3,89	0,64	0,72
Podat pomocné analgetiká a lieky na potenciovanie analgézie	3,89	0,58	0,72
Určiť uprednostňované analgetikum	3,89	0,58	0,72
Určiť nástup bolesti	3,81	0,79	0,7
Zapojiť pacienta do výberu analgetík	3,81	0,83	0,7
Uistiť sa, že pacient nie je ohrozený používaním analgetík	3,74	1,16	0,69
Určiť súčasnú úroveň komfortu pacienta	3,7	0,87	0,68
Zaviesť bezpečnostné opatrenia	3,7	0,78	0,68
Informovať pacienta a rodinu o použití analgetík	3,67	0,55	0,66
Aplikovať techniky monitorovania bolesti	3,59	0,57	0,65
Edukovať o nesprávnych predstavách a mýtoch	3,56	0,7	0,64

Titrovať opioid na požadovaný účinok	3,56	0,5	0,64
Zapojiť rodinu / inú významnú osobu/osoby do opatrení na kontrolu bolesti	3,52	0,75	0,63
Nastaviť pozitívne očakávania týkajúce sa účinnosti analgetík	3,44	0,7	0,61
Zvážiť použitie kontinuálnej infúzie	3,37	0,74	0,59

AM- aritmetický priemer, SD- smerodajná odchýlka, VS- vážené skóre

Z vybraného súboru ani jedna činnosť nezískala hodnotu VS menej ako 0,5 a nebola označená sestrami – expertkami za nepoužívanú.

Liečbe bolesti v zdravotníckych zariadeniach je venovaná pozornosť u pacientov s bolesťou od začiatku hospitalizácie až po jej koniec s následnou edukáciou pacientov, rodinných príslušníkov či opatrovateľov o tom, ako správne a efektívne potláčať bolesť. Vybraný súbor slovenských sestier – expertov (n = 27), ktorí spĺňali modifikované Fehringove kritériá, na základe doterajšej klinickej praxe, v ktorej boli kontaktovaní s bolesťou, za významné (najčastejšie používané) ošetrovateľské činnosti vybraného súboru NIC Manažment chronickej bolesti 1415 označili 8 činností a 14 činností hodnotili ako vedľajšie (menej často používané). Najvyššie hodnotenie dosiahli činnosti zameraná na informovanie o bolesti, jej príčinách, trvaní a očakávanom diskomforte, ako aj zistenie o faktoroch ovplyvňujúcich bolesť a doteraz používaných technikách na jej potlačanie a elimináciu. Rokyta (2006) považuje za primárny cieľ získať čo najväčšie množstvo informácií o súčasnom algickom

stave seniora. Pravidelné zhodnotenie bolesti prispieva ku kvalite komunikácie medzi sestrou a pacientom (Richard, Edwards, 2004). Podľa Pokornej et al. (2013) si hodnotenie bolesti v klinickej praxi vyžaduje špecifický prístup zo strany zdravotníckeho personálu. Štúdia autorov Rokyta, Kršiak, Kozák (2006) poukazuje na fakt, že vzťah medzi tým, ako hodnotí bolesť pacient a ako ju hodnotia zdravotnícki pracovníci je problematický, z dôvodu podceňovania intenzity bolesti zo strany zdravotníkov. Kozierová (1995) uvádza dôležitosť komunikácie sestry so seniorom, rovnako ako Plevová (2011), ktorá za dôležitý faktor ošetrovateľskej starostlivosti považuje rozhovor. Sestra sa v rozhovore zameriava na zber údajov a monitorovanie aktuálneho stavu pacienta, berie do úvahy všetky informácie, ktoré sa týkajú bolesti, usiluje sa o jej zmiernenie svojou prítomnosťou, trpezlivosťou, pozorným ošetrovaním, rešpektovaním individuality pacienta, zabezpečením pokojného prostredia a uložením pacienta do úľavovej polohy (Musilová, 1993). U krehkých, rizikových pacientov, akými často seniori sú, predovšetkým tí so závažnou pohybovou, komunikačnou alebo mentálnou limitáciou, treba po bolesti aktívne pátrať a častejšie potvrdiť jej existenciu, ako aj ďalšie ťažkosti, ktoré bolesť spôsobuje (Zadák, 2004). Multimodálne prístupy zamerané na zmiernenie bolesti, účasť pacientov a zlepšenie vlastného účinkovania sú dôležité pre liečbu chronickej bolesti. Ošetrovateľské činnosti zahŕňajúce

farmakologické aj nefarmakologické prístupy za aktívnej účasti pacientov a ďalších významných osôb boli sestrami zaradené medzi hlavné. Zo štúdie autorov Takai et al. (2015) vyplynulo, že jednotlivcom s chronickou bolesťou stratégie vrátane farmakoterapie, telesnej aktivity, sociálnej podpory od priateľov a rodiny, akupunktúry, zohrievania, odpočinku, stravovania alebo zmien životného štýlu pomohli účinne zvládnuť ich bolesť. Podľa Kalvacha et al. (2004), by mala byť liečba bolesti aj v starobe komplexná, zahŕňajúca analgetiká, antidepresíva, fyzikálnu terapiu, aj kognitívno behaviorálnu liečbu.

V rámci druhého vybraného súboru NIC 2210 – Podávanie analgetík, ktorý obsahuje 44 položiek, sestry označili 26 za najčastejšie používané (významné) a 18 činností ako menej používané (vedľajšie). Najvyššie skóre získala položka - Zapísať aplikované narkotiká a iné obmedzené lieky. Vyhláška MZ SR č. 158/2010 Z.z. o knihe omamných látok a o evidencií... uvádza povinnosť: *„zabezpečiť bezodkladné zapísanie každého príjmu a výdaja omamnej a psychotropnej látky I. skupiny a II. skupiny do knihy omamných látok a viesť evidenciu dokladov preukazujúcich príjem a výdaj omamných a psychotropných látok“*. Ďalšia činnosť v poradí s druhým najvyšším skóre bola činnosť: Skontrolovať lekárom predpísaný liek, dávku a frekvenciu predpísaných analgetík. Podľa autorov Rokyta (2009) a

Gulášovej (2008) je základom liečby chronickej bolesti farmakoterapia. Medikamentózna liečba obsahuje určité pravidlá, ktoré by mali dodržiavať zdravotnícky personál a tiež aj pacient, aby bol účinok liečby pozitívny. V súčasnosti sa uplatňuje trojstupňový analgetický rebríček podľa WHO, ktorý zahŕňa postupnú aplikáciu analgetík podľa stupňa bolesti od neopiátových, cez slabé opiáty až k silným opiátom (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007). Pri liečbe bolesti sa používajú aj lieky, ktoré nie sú zaradené do skupiny analgetík, sú to adjuvanciá, antidepresíva, benzodiazepíny, hormóny apod. (Rokyta, 2009, Gulášová, 2008). Pokorná et al. (2013) uvádza, že bolesť riadi lekár a sestry sa podieľajú na vytváraní liečebného plánu, uplatňujú svoje skúsenosti a vedomosti, predovšetkým je povinnosťou sestry sledovať nežiaduce účinky medikamentózne liečby. Podľa zahraničných štúdií v súvislosti s bolesťou u seniorov možno konštatovať, že seniori vnímajú bolesť menej aj pri nižších dávkach analgetík, s vekom narastá počet bolestivých podnetov, bolesť u seniorov nie je dostatočne liečená (Kalvach et al, 2004). Medzi významné činnosti sestry v našom výskume zaradili položky týkajúce sa predchádzania a sledovania nežiaducich účinkov analgetík. Slamková et al (2017) uvádza, že pri aplikácií opioidov sa u pacientov vyskytujú nežiaduce účinky ako zápcha, nevoľnosť, vracanie, útlm, zmätenosť, svrbenie a myoklonus. Z toho dôvodu sú často aplikované v rámci prevencie pomocné liečivá. Patria k nim

antiemetiká, gastroprotektíva či laxatíva Napriek tomu, že učebnice medzi najzávažnejšie nežiaduce účinky zaraďujú útlm dychového centra, je toto riziko u dlhodobo liečených pacientov opioidmi veľmi nízke (Sláma et al., 2007). Kalvach (2004), Hegyi, Krajčík, (2010) uvádzajú, že analgetiká sú u starších ľudí najužívanejšou skupinou liekov, pritom ich podávanie musí byť regulované, aby sa predišlo predávkovaniu s dopadom na vedomie seniora, vznik závratov s pádmi a ďalšiemu významnému výskytu nežiadúcich účinkov. Cieľom je dosiahnutie tolerovateľnej intenzity bolesti a predchádzanie vzniku silnej bolesti podľa možnosti s aktívnym zapojením pacienta – pacientom riadená analgézia (ovládanie dávkovača, možnosť úpravy dávkovania). Schopnosti spolupráce so starším pacientom sú neprávom podceňované, pritom posilnenie autonómie vedie obvykle k ukludneniu chorých a k zníženiu spotreby opiátov (Kalvach, 2004).

V práci sme boli limitovaní veľkosťou vzorky a orientáciou len na jeden región Slovenskej republiky. V rámci ďalšieho výskumu je potrebné sa zamerať na hodnotenie významnosti ďalších vybraných súborov ošetrovateľských intervencií, ktoré sú zamerané na potláčanie bolesti ako aj zisťovanie efektívnosti ich použitia v podmienkach Slovenskej republiky.

ZÁVER

V našom výskume sme zistili, že sestry expertky, ktoré sú konfrontované so staršími pacientmi trpiacimi bolesťou v klinickej ošetrovateľskej praxi, aplikujú takmer všetky (okrem dvoch) činnosti vybraných súborov NIC. Tieto majú charakter závislých, nezávislých aj kooperatívnych ošetrovateľských zásahov, ktoré sú zamerané na komplexné posúdenie bolesti a faktorov, ktoré ju ovplyvňujú aj na jej priebežné monitorovanie, aplikáciu farmakologických aj nefarmakologických opatrení na potláčanie bolesti, edukáciu pacienta a rodiny, terapeutickú komunikáciu a zisťovanie efektivity zásahov. Potláčanie bolesti u seniorov sa môže líšiť podľa toho, aká je ich schopnosť participovať na starostlivosti, ktorá však nesmie byť podceňovaná. Všeobecne však môžeme povedať, že aplikácia preventívneho prístupu zainteresovaním seniora a pravidelný monitoring bolesti sú cestou k efektívnej starostlivosti. Aby bola starostlivosť o pacientov s bolesťou v súlade s najnovšími zisteniami založenými na dôkazoch, je potrebná systematická edukácia zdravotníckych pracovníkov o predmetnej problematike zabezpečená odborníkom - algeziológom v jednotlivých zariadeniach.

POUŽITÉ ZDROJE

BUTCHER, H.K., BULECHEK, G. M., DOCHTERMAN, J.M., WAGNER, CH.M. 2018. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7. ed. St. Louis : Missouri, 2018. 489 p. ISBN 978-0-323-58342-8.

FEHRING, RJ. 1986. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley ME, editor. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth Conference*. St. Louis : Mosby, 1986. p. 183 – 190.

GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Boleť ako ošetrovateľský problém*. 1. vyd. Martin : Osveta. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. 2004. *Geriatríe a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KAŠPÁRKOVÁ J., FESSL V. 2006. Chováme se k nemocným s bolestí správně aneb léčíme správně bolest? In *Bolest*, 2006, roč. 9, č. 3, s. 159-163. ISSN 1212-6034.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 2*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1471 s. ISBN 80-217-0528-0.

KULICHOVÁ, M. 2008. Bolest' – definícia, patofyziológia, terminológia. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2008, roč. 3, s. 109-111, ISSN 1339-4193.

MAREŠ, J., OTTEROVÁ, E. 2001. Naděje jako moderátor bolesti. In *Bolest*. 2001, roč. 4, č. 3, s. 138-148. ISSN 1212-0634.

MUSILOVÁ, M. 1993. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1993. 226 s. ISBN 802-17-05736.

PATEL KV, GURALNIK JM, DANSIE EJ, TURK DC. 2013. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. In *Pain* [online]. Dec. 2013, vol. 154, no. 12, p. 2649-57. [cit. 2019-05-10]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24287107>.

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, A. 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

RAMAGE-MORIN P.L. 2008. Chronic pain in Canadian seniors. In *Health Rep* [online]. Mar. 2008, vol. 19, no. 1, p. 37-52. [cit. 2019-05-

10]. Dostupné na internete:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18457210>.

RICHARD A., EDWARDS S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada: Publishing a.s. 376. s. 2004. ISBN 80-247-09325.

ROKYTA, R. 2009. *Bolešť a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. – KRŠIAK, M. – KOZÁK, J. 2006. *Bolest*. Praha: Tigis, 2006. 686s. ISBN 978-80-903750-0.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLAMKOVÁ, A. et. al. 2017. *Paliativná starostlivosť v holistických dimenziách*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre, 2017. 232 s. ISBN 978-80-558-1170-3.

SORKIN, B.A., RUDY, T.T., HANLON, R. et al. 1990. Chronic pain in old and young patients: differences appear less important than similarities. *In: J. Gerontol.*, 45, 1990, no. 2, p. 64-68. ISSN 0022-1422.

TAKAI, Y., YAMAMOTO-MITANI, N., ABE, Y., SUZUKI, M. 2015. Literature review of pain management for people with chronic pain. *In: Jpn J Nurs Sci* [online]. Jul 2015, vol. 12, no. 3, p. 167-83. [cit. 2019-05-10]. Dostupné na internete:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25407249>.

*Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 158/2010
Z.z. o knihe omamných látok a o evidencií dokladov omamných látok.*

ZELENÍKOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y.
2010. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských
diagnóz v ČR a SR. In *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 407-413. ISSN
1212-4117.

ŽIAKOVÁ, M. 2010. Nový prístup k liečbe chronickej bolesti. In: *Via
practica*, roč. 5, 2010, s. 241-242. ISSN 1336-4790.

KONTAKT

PhDr. Ľubica Poledníková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva,

FSVaZ, UKF v Nitre

Krasková 1

949 74 Nitra

lpolednikova@ukf.sk

OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA ZVÝŠENÝ OBJEM TEKUTÍN 00026 V KARDIOLOGICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Líšková Miroslava; Mesárošová Jozefína

*Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF
v Nitre*

ABSTRAKT

Cieľ: práce bol potvrdiť platnosť ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026 u kardiologických pacientov s vybranými diagnózami a zistiť, či existujú rozdiely v hodnotení určujúcich znakov uvedenej diagnózy medzi sestrami a pacientmi.

Metóda: na získavanie údajov bola modifikovaný merací nástroj podľa Fehringovho modelu diagnostickej validity, a to na pacienta zameraný model klinickej diagnostickej validity, na získanie informácií od pacientov a sestier sme použili dotazník a obsahovú analýzu dokumentov-chorobopisov.

Výsledky: Zistili sme, že ošetrovateľská diagnóza zvýšený objem tekutín sa u kardiologických pacientov vyskytuje len veľmi málo. Zistili sme aj to, že za hlavný určujúci znak bol u pacientov hodnotený prírastok telesnej hmotnosti v krátkom časovom období

a za menej závažné pocit neklľudu, nadmerný pocit smädu, vplyv genetickej dispozície a zmeny psychického stavu. U sestier nebol ani jeden určujúci znak hodnotený za hlavný ani za menej závažný, všetky boli hodnotené za vedľajšie. Rozdiely v hodnotení u pacientov a sestier boli výrazné. Zhodli sa len v 7 z 29 určujúcich znakov diagnózy a aj to s menšími hodnotovými odchýlkami.

Záver: Určujúce znaky ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026 sú podľa zistení validné u kardiologických pacientov. Odporúčame výraznejšie využívať danú ošetrovateľskú diagnózu v klinickej praxi.

ABSTRACT

The aim of the work was to confirm the validity of the nursing diagnosis Excess fluid volume 00026 in cardiological nursing with selected diagnoses and to find out whether there are differences in the assessment of the determinants of the mentioned diagnosis between nurses and patients. The method for obtaining data was a modified measuring tool according to the Fehring model of diagnostic validity, a patient-oriented model of clinical diagnostic validity, we used a questionnaire and content analysis of documents-medical records to obtain information from patients and nurses. Results: We found that nursing diagnosis of Excess fluid volume is very low in cardiac patients. We also found that the main determinant of

patients was the increase in body weight in a short period of time and the less severe feeling of numbness, excessive thirst, the effect of genetic disposition and changes in mental state. For nurses, there was neither one determining attribute considered to be a major nor a minor one, all of which were evaluated as secondary. Differences in evaluation in patients and nurses were significant. Only 7 out of 29 identifying features of the diagnosis were agreed, with minor value deviations. Conclusion: Determining features of nursing diagnosis Excess fluid volume 00026 is found to be valid in cardiologic patients. We recommend to use the given nursing diagnosis more strongly in clinical practice.

KEY WORDS: Excess fluid volume 00026, nursing diagnosis, diagnosis, cardiological nursing, validation

ÚVOD

Ošetrovateľská diagnóza Zvýšený objem tekutín je v tejto podkapitole definovaná viacerými autormi. Opisujeme a charakterizujeme tu aj jej určujúce znaky, súvisiace faktory a príčiny vzniku. *„Definícia: Zvýšená izotonická retencia tekutín. Určujúce znaky: cudzie (patologické zvukové fenomény) - zvuky pri dýchaní, zmena krvného tlaku, zmena psychického stavu, zmena tlaku v pľúcnici, zmena vzorca dýchania, zmena hustoty moču, anasarka,*

úzkosť, azotémia, znížený hematokrit, znížený hemoglobín, dyspnoe, opuch, nerovnováha elektrolytov, hepatomegália, zvýšený centrálny žilový tlak, príjem tekutín prevyšujúci výdaj, distenzia kŕčových žíl, oligúria, ortopnoe, paroxysmálna nočná dušnosť, pleurálny výpotok, pozitívny hepatojugulárny reflux, upchatie pľúcnice, nepokoj, tretia srdcová ozva, prírastok telesnej hmotnosti v krátkom časovom období. Súvisiace faktory: oslabený regulačný mechanizmus, nadmerný príjem tekutín a nadmerný príjem sodíky“ (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 155).

Zvýšený objem tekutín je zvýšené hromadenie izotonických tekutín v tele. Ide o zvýšený objem (retenciu, hypervolémiu) izotonickú, intracelulárnu alebo intersticiálnu tekutinu.

Príčinami vzniku sú nadmerný príjem tekutín, zvýšený príjem sodíku, medikácia - napríklad kortikoidy, porucha regulačných mechanizmov, zvýšený účinok antidiuretického hormónu, nižšia hladina plazmových proteínov, stavy podvýživy, popáleniny, orgánové zlyhávanie.

Určujúce znaky poznáme subjektívne (dušnosť, úzkostné stavy) a objektívne (príjem tekutín je vyšší ako výdaj, vyššia telesná hmotnosť - počas krátkej doby, opuchy, prekrvenie pľúc – možný pleurálny výpotok, posluchové dýchacie fenomény, zmeny dýchania - ortopnoe, dyspnoe, zmeny krvného tlaku - hypertenzie, zmeny tlaku v pľúcnici, zmeny CVT - zvýšenie, nižšia hladina hemoglobínu

a hematokrytu, zmeny v hladine elektrolytov, zmeny špecifickej hmotnosti moču, oliguria, azotemia, zmeny duševného stavu, zvýšená náplň jugulárnych žíl) (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

CIEĽ

Cieľom práce bolo potvrdiť platnosť ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026 u kardiologických pacientov s vybranými diagnózami a zistiť, či existujú rozdiely v hodnotení určujúcich znakov uvedenej diagnózy medzi sestrami a pacientmi.

SÚBOR A METÓDY

Na získanie údajov sme použili modifikovaný merací nástroj podľa Fehringovho modelu diagnostickej validity, a to na pacienta zameraný model klinickej diagnostickej validity. Fehring (1986, 1994), *„Tento modifikovaný Fehringov model využíva informácie získavané priamo od pacientov. Pacienti hodnotia zoznam definujúcich charakteristík - ako jednotlivé charakteristiky zodpovedajú ich pocitom a správaniu“* (Jarošová a kol., 2012, s. 34). Na získanie informácií od pacientov i sestier sme použili dotazník. Dotazník obsahoval 29 otázok, ktoré tvorili určujúce znaky ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín (00026). Zo všetkých otázok dotazníka dokázali respondenti sami identifikovať iba 14 určujúcich znakov. Odpoveď na výskyt ostatných 15 určujúcich znakov (zmeny

tlaku v pľúcnicí, zmeny hustota moču, anasarka, azotémia, hematokrit, znížený hemoglobín, hepatomegália, zvýšený centrálny žilový tlak, prevýšený príjem nad výdajom, distenzia kŕčovných žíl, oliguria, nadmerné množstvo pleurálneho výpotku, pozitívny hepatojugulárny reflux, upchatie pľúcnice a výskyt tretej srdcovej ozvy) sme získali z obsahovej analýzy dokumentov pacientov (chorobopisov). Pre účely hodnotenia jednotlivých otázok sme použili Likertovu škálu s nasledujúcim významom: 1 – rizikový faktor nebol vôbec prítomný, 2 – rizikový faktor bol veľmi málo prítomný, 3 – rizikový faktor bol málo prítomný, 4 – rizikový faktor bol významne prítomný, 5 – rizikový faktor bol veľmi často prítomný. Výpočet váženého skóre pre každú charakteristiku sme získali súčtom hodnôt priradených každej odpovedi a jeho následným vydelením celkovým počtom odpovedí. Hodnoty boli odpovediam pridelené nasledovne: 5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,5; 2 = 0,25; 1 = 0. Charakteristiky, ktoré mali hodnotu 0,5 a menej boli vyradené. Charakteristiky, ktoré dosiahli hodnotu nad 0,75 boli považované za hlavné. Charakteristiky v rozmedzí 0,75 až 0,5 boli vedľajšie. Celkové DCV skóre sa získalo súčtom ohodnotení individuálnych charakteristík a vypočítaním priemeru, pričom sa do celkového skóre nezapočítavali charakteristiky s hodnotou 0,5 a menej. Prieskumu sa zúčastnili dva výberové súbory. Prvý výberový súbor tvorilo 50 pacientov (z toho 38 žien vo veku 50-75 rokov a 12 mužov vo veku 65-73 rokov)

hospitalizovaných na Kardiologickej klinike v Nitre. Kritériá výberu respondentov boli: vek nad 50 rokov, minimálne stredoškolské vzdelanie a porozumenie všetkým termínom v dotazníku. Druhý výberový súbor tvorilo 11 sestier (vo veku 33-62 rokov s dĺžkou odbornej praxe od 2-40 rokov) pracujúcich na Kardiologickej klinike v Nitre.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Aanalyzovali sme vyjadrenia pacientov a sestier k určujúcim znakom ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026 v kardiologickom ošetrovatelstve. Konkrétne číselné údaje váženého skóre sú uvádzané v tabuľke č. 1. Creason (2004) uvádza, že pri validácii ide najmä o skúmanie, či sú zastúpené všetky dôležité diagnostické prvky ako sú určujúce znaky v diagnóze.

Tabuľka 1 Určujúce znaky diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026 sestrami a pacientmi

Určujúce znaky diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026		Vážené skóre (VS)	
		pacienti	sestry
	Vplyv diagnózy na výšku krvného tlaku	0,495	0,500
	Vplyv diagnózy na telesnú hmotnosť	0,705	0,610
	Význam monitorovania telesnej hmotnosti	0,630	0,540
	Nadmerný pocit smädu	0,455	0,610
	Vplyv genetickej dispozície na diagnózu	0,430	0,570
	Patologické fenomény pri dýchaní	0,600	0,570
	Zmeny psychického stavu	0,325	0,500
	Zmeny tlaku v pľúcnici	0,360	0,590
	Zmenený vzorec dýchania	0,675	0,570
	Zmena hustoty moču	0,570	0,500
	Anasarka	0,360	0,680
	Úzkosť	0,400	0,590
	Azotémia	0,235	0,540

Hematokrit	0,340	0,540
Znížený hemoglobín	0,445	0,540
Opuch	0,720	0,610
Hepatomegália	0,360	0,500
Zvýšený centrálny žilový tlak	0,235	0,480
Prevýšený príjem tekutín nad výdajom	0,370	0,610
Distenzia kŕčových žíl	0,305	0,520
Oliguria	0,415	0,320
Výskyt ortopnoe	0,605	0,570
Paroxyzmálna nočná dušnosť	0,765	0,610
Nadmerné množstvo pleurálneho výpotku	0,320	0,520
Pozitívny hepatojugulárny reflux	0,245	0,520
Upchatie pľúcnice	0,410	0,590
Pocit nekľudu	0,490	0,540
Výskyt tretej srdcovej ozvy	0,220	0,520
Prírastok telesnej hmotnosti v krátkom období	0,820	0,520

Hlavnou (najčastejšou) príčinou zvýšeného objemu tekutín v organizme je podľa pacientov považovaný s hodnotou VS=0,829 prírastok telesnej hmotnosti v krátkom období. V dobe, keď sa objavia periférne edémy začínajúce okolo členkov (obojstranné a plastické), je v organizme retinovaných už niekoľko litrov (3-5l) vody. Citlivým indikátorom asymptomatickej retencie tekutiny je prírastok hmotnosti, pričom rýchle zníženie hmotnosti pri diuretickej liečbe je spoľahlivou známkou vyplavovania tekutiny. Extrémnou formou edémov v neskoršom štádiu je anasarka (Widimský a kol. 2001).

Za vedľajšie príčiny sú u pacientov považované: s hodnotou VS=0,726 paroxyzmálna nočná dušnosť, s hodnotou VS=0,720 opuch, s hodnotou VS=0,705 vplyv diagnózy na telesnú hmotnosť, s hodnotou VS=0,675 zmenený vzorec dýchania, s hodnotou

VS=0,630 význam monitorovania telesnej hmotnosti, s hodnotou VS=0,605 výskyt ortopnoe, s hodnotou VS=0,600 patologické fenomény pri dýchaní a s hodnotou VS= 0,570 zmena hustoty moču. Goncalvesová (2015, s. 23). uvádza hlavné príčiny pri srdcovom zlyhávaní: *“Hlavnými príznakmi sú dýchavičnosť a únavnosť, ktoré obmedzujú toleranciu záťaže, spôsobujú retenciu tekutín, čo vedie k pľúcnej a splachnickej kongescii, ako aj opuchom periférnych tkanív. Niektorí pacienti trpia predovšetkým netoleranciou fyzickej námahy, ale majú len málo vyjadrenú retenciu tekutín, kým iní sa sťažujú viac na opuchy a dýchavicu“*. Ostatné určujúce znaky diagnózy dosiahli hodnotu VS=0,5 a menej, čo znamená, že ich pacienti označili za menej vyskytujúce. Uvádzame ich v poradí podľa získaných hodnôt váženého skóre. Určujúci znak vplyv diagnózy na výšku krvného tlaku dosiahol hodnotu VS=0,495, pocit nekľudu VS=0,490, nadmerný pocit smädu a znížený hemoglobín s rovnakou hodnotou VS=0,445, vplyv genetickej dispozície VS=0,430, oliguria VS=0,415, upchatie pľúcnice VS=0,410, úzkosť VS=0,400, prevýšený príjem tekutín nad výdajom VS=0,370, zmeny tlaku v pľúcnici, anasarka a hepatomegália s rovnakou hodnotou VS=0,360, hematokrit VS=0,340, zmeny psychického stavu VS=0,325, nadmerné množstvo pleurálneho výpotku VS=0,320, distenzia kľčových žíl VS=0,305, pozitívny hepatojugulárny reflux VS=0,254, azotémia a zvýšený centrálny žilový tlak s rovnakou hodnotou VS=0,235.

Hlavnou (najčastejšou) príčinou zvýšeného objemu tekutín v organizme prezentovaných sestrami sa nestal ani jeden určujúci znak, nakoľko ani jeden nedosiahol hodnotu $VS=0,75$ a viac a viac. Za vedľajšie príčiny sú u sestier považované: anasarka s hodnotou $VS=0,680$, s rovnakou hodnotou $VS=0,610$ vplyv diagnózy na telesnú hmotnosť, nadmerný pocit smädu, opuch, prevýšený príjem tekutín nad výdajom a paroxyzmálna nočná dušnosť, opäť s rovnakou hodnotou $VS=0,590$ zmena tlaku v pľúcnici, úzkosť a upchatie pľúcnice, ďalej s rovnakou hodnotou $VS=0,570$ vplyv genetickej dispozície na diagnózu, patologické fenomény pri dýchaní, zmenený vzorec dýchania a výskyt ortopnoe, s rovnakou hodnotou $VS=0,540$ význam monitorovania telesnej hmotnosti, azotémia, hematokrit, znížený hemoglobín a pocit nekľudu, s rovnakou hodnotou $VS=0,520$ distenzia krčových žíl, nadmerné množstvo pleurálneho výpotku, pozitívny hepatojugulárny reflux, výskyt tretej srdcovej ozvy a prírastok telesnej hmotnosti v krátkom čase. Sovová, Sedlářová (2014) uviedli, že k najčastejšie sa vyskytujúcim príznakom u kardiologických pacientov v dôsledku hypertenzie je subjektívne popisované dyspnoe, únava, bolesť na hrudi, bolesti hlavy, závrat a synkopa. Ostatné určujúce znaky diagnózy dosiahli hodnotu $VS=0,5$ a menej, čo znamená, že ich sestry označili za menej vyskytujúce. Uvádzame ich v poradí podľa získaných hodnôt váženého skóre. S rovnakou hodnotou $VS=0,500$ to boli vplyv diagnózy na výšku

krvného tlaku, zmeny psychického stavu, zmena hustoty moču a hepatomegália, s hodnotou VS=0,480 zvýšený centrálny žilový tlak a s hodnotou VS=320 oligúria.

Telesné tekutiny ako riziko nerovnováhy v dôsledku diuretickej medicíny u kardiologických pacientov má svoje charakteristické príznaky, ktoré autorky rozdeľujú na *subjektívne* (dušnosť, úzkosť, ortopnoe, pocit smädu, pocit suchej kože a pocit suchých slizníc) a *objektívne* (opuch, pleurálny výpotok, hmotnostný prírastok počas krátkeho obdobia, príjem prevyšuje výdaj, abnormálne dychové fenomény, dušnosť, znížený turgor kože, oligúria, suché sliznice). Všeobecné prejavy zlyhávania srdca sú: zvýšenie hmotnosti tela podmienené hlavne akumulovaním vody v tkanivách, dyspnoe (dýchavica) – pocit nedostatku vzduchu, ktorý je vyvolaný poruchou výmeny plynov v pľúcach z dôvodu pľúcnej kongescie a vzniku pľúcneho edému, prítomnosť patologických zvukových fenoménov na pľúcach podmienené akumuláciou tekutiny v pľúcnom interstíciu a v alveolách, tachypnoe – zrýchlené a aj plytšie dýchanie podmienené stimuláciou J-receptorov v pľúcach, ortopnoe – ide o dýchavicu vznikajúcu u pacienta v ležiacej polohe (horizontálnej), pretože v tejto pozícii sa do pravého srdca a do pľúc vracia z dolnej časti tela viac krvi ako pri sedení alebo státí, tento mechanizmus podmieňuje vznik kongescie až edému pľúc, paroxyzmálne nočné dyspnoe – dýchavica, ktorá náhle preruší

spánok pacienta z vyššie uvedených dôvodov, cyanóza – šedo modré zafarbenie slizníc a kože (hlavne na akrálnych častiach organizmu človeka), vzniká z dôvodu nedostatočnej oxygenácie krvi v pľúcach, edémy dolných končatín – je to prejav zvýšeného hydrostatického tlaku krvi v žilnom systéme dolných končatín, ktorý je dôsledkom zlyhávania pravého srdca, hepatosplenomegália – je podmienená akumuláciou krvi v týchto orgánoch (kongescia) spôsobená rovnakým mechanizmom, ako je opísaný vyššie, pozitívny hepato - jugulárny reflux – zatlačením na pečeň sa zvýši náplň jugulárnych žíl, jeho pozitivita je pri zlyhávani pravého srdca, ascites – prestup tekutiny cez stenu kapilár a venúl abdominálnych orgánov, hlavne pečene, z vyššie opísaných dôvodov (Hanáček, Plevková, Tatár, Brozmanová, 2014). Medzi rizikové faktory zase zaraďujú zníženie, zvýšenie alebo rýchly presun intravaskulárnej, intersticiálnej alebo intracelulárnej tekutiny, plánované veľké invazívne zákroky, rýchlu náhradu tekutín. Cieľom je u pacienta dosiahnuť stabilizáciu základných fyziologických parametrov (Sovová, Řehořová, 2004). Choroba alebo ochorenie je porucha zdravia. Ide o poruchu telesných, duševných, kognitívnych a sociálnych funkcií. Tieto poruchy môžu viesť k zníženej výkonnosti organizmu či skráteniu dĺžky života. Medzi vonkajšie faktory choroby patria stres, životný štýl, životné prostredie, stravovanie, sociálne pomery. K vnútorným faktorom zaraďujeme dedičnú predispozíciu - sem patria dedičné choroby, dedičná predispozícia na choroby,

taktiež proces starnutia (Kozierová, Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995). K určujúcim faktorom sa vyjadrovali sestry a pacienti a údaje bolo získavané aj z dokumentácie pacientov.

Najväčší rozdiel v hodnotení určujúcich znakov diagnózy medzi sestrami a pacientmi bol v 1 určujúcom znaku: prírastok telesnej hmotnosti v krátkom časovom období, kde u pacientov dosiahol tento určujúci znak $VS=0,820$ a stal sa hlavným, pričom u sestier dosiahol hodnotu len $VS=0,520$ a sa stal vedľajším. Ďalej sme zistili, že sestry a pacienti iba s malými odchýlkami považujú nasledovných 7 určujúcich znakov: vplyv diagnózy na telesnú hmotnosť, význam monitorovania telesnej hmotnosti, patologické fenomény pri dýchaní, zmenený vzorec dýchania, opuch, výskyt ortopnoe a paroxyzmálnu nočnú dušnosť za vedľajšie určujúce znaky. Najviac rozdielov vidieť v týchto 16 určujúcich znakoch: nadmerný pocit smädu, vplyv genetickej dispozície na diagnózu, zmeny tlaku v pľúcnici, zmena hustoty moču, anasarka, úzkosť, azotémia, hematokrit, znížený hemoglobín, prevýšený príjem tekutín nad výdajom, distenzia kľčových žíl, nadmerné množstvo pleurálneho výpotku, pozitívny hepatojugulárny reflux, upchatie pľúcnice, pocit nekľudu a výskyt tretej srdcovej ozvy, v ktorých sa u pacientov dosahujú nízke hodnoty a u sestier hodnoty vedľajšieho určujúceho znaku. Zvyšných 5 určujúcich znakov: vplyv diagnózy na výšku krvného tlaku, zmeny psychického stavu, hepatomegáliu, zvýšený

centrálny žilový tlak a oligúriu považujú za veľmi málo prítomné s veľmi nízkym VS od 0,235 do 0,500. Rozdiel bol viditeľný aj v celkovom CDV skóre, ktoré malo u sestier hodnotu 0,570 a u pacientov hodnotu 0,690. V posledných rokoch bolo realizovaných viac ako 50 štúdií týkajúcich sa ošetrovateľských diagnóz (Zeleníková, Žiaková, 2012). Faktom ostáva, že je veľmi málo štúdií k validácii ošetrovateľskej diagnózy Zvýšený objem tekutín 00026.

ZÁVER

U kardiologických pacientov je výskyt zvýšeného objemu tekutín častým problémom, ktorý determinuje starostlivosť o pacienta. Používanie štandardizovaných validných nástrojov umožňuje unifikovať zber a hodnotenie dát pre ošetrovateľskú prax, pomáha objektivizovať ťažkosti klientov a poskytuje možnosť hodnotiť účinnosť ošetrovateľských intervencií. Je dôležité, aby si sestry, zdravotnícky asistenti, sanitári i opatrovatelia osvojili zásady prevencie a dokázali ich realizovať v praxi. Potrebné je však k tomu mať aj dostatok vedomostí o skúmanej ošetrovateľskej diagnóze a dokázať spolupracovať s celým tímom ošetrojúcich.

Na záver môžeme skonštatovať, že určujúce znaky ošetrovateľskej diagnózy Neefektívna ochrana podľa NANDA International sú platné, teda aj validné u kardiologických pacientov aj

napriek zisteným rozdielov. Je potrebné využívať ošetrovateľskú diagnózu v rámci diagnostického procesu v klinickej praxi kardiologického ošetrovateľstva.

POUŽITÉ ZDROJE

CREASON, S. N. 2004. *Clinical Validation of Nursing Diagnoses*. In International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2004. vol. 15, no 4. p. 123-132. ISSN 1541-5147.

FEHRING, R. J. 1986. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In HURLEY, M. E. (ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. 1st ed. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183–190. ISBN 0- 801637-66-X.

FEHRING, R. J. 1994. The Fehring Model. In CARROLL-JOHNSON et al. (eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55–62. ISBN 0-397-55011-1.

GONCALVESOVÁ, E. 2015. *Zlyhávanie srdca*. Bratislava: ProLitera, 2015. 616 s. ISBN 978-80-8966-803-8.

HANÁČEK, J. – PLEVKOVÁ, J. – TATÁR, M. – BROZMANOVÁ, M. 2014. *Patologická fyziológia*. Martin: elektronická učebnica, 2014. 409 s. EAN: 9788089544790.

HERDMAN, T. H. – KAMITSURU, S. 2015. *NANDA International Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Český

preklad Kudlová, P. Praha: Grada. 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

JAROŠOVÁ, D. a kol. 2012. *Využitelnost ošetrovateľských klasifikáci NANDA International a NIC v domáci péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, 2012. 127 s. ISBN 978-80-7464-000-1.

KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I. diel*. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

SOVOVÁ, E. – SEDLÁŘOVÁ, J. a kol. 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovateľství 2.*, rozšířené a doplnění vydání. Praha: Grada. 2014. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.

TOMAGOVÁ, M. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. 2008. ISBN 8063-270-7.

WIDIMSKÝ, J. a kol. *Srdeční selhání*. Praha: Triton, 2001. 394 s. ISBN 80-7254-207-9.

ZELENÍKOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. 2012. Validizácia ošetrovateľských diagnóz. In *Využitelnost ošetrovateľských klasifikáci NANDA International a NIC v domáci péči*. Jarošová, Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. 25-60 s. ISBN 978-80-7464-000-1.

KONTAKT

PhDr. Miroslava Líšková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1

949 74 Nitra

mliskova@ukf.sk

PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1

949 74 Nitra

jmesarosova@ukf.sk

VALIDACE VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ V RÁMCI KURRIKULA SESTER - OBLAST SLEDOVÁNÍ A ZÁZNAMU BOLESTI

ARCHALOUSOVÁ Alexandra¹⁾; FREI Jiří²⁾; KRIŠTOFOVÁ Erika¹⁾;
PAVELOVÁ Ľuboslava¹⁾

*1) Katedra ošetrovatelství, Fakulta sociálních věd a zdravotnictví,
Univerzita Konštantina Filozofa v Nitre*

*2) Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta
zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni*

ABSTRAKT

Úvod: Sestry provádí klinická rozhodnutí v rámci své profese, praxe, vzdělání, administrace procesů kritického myšlení, s využitím systémů podpory postupů klinického závěru. Klasifikační systémy NIC, NOC, NANDA International mají svoji roli při zlepšování kvality péče založené na důkazech, bezpečnosti péče o klienty/pacienty a výrazně napomáhají profesionálnímu postupu při rozhodování. Zůstávají hlavní základnou znalostí pro ošetrovatelské profesionály (Brokelová, NANDA, 2015, český překlad Kudlová). *Cíl:* Cílem výzkumné studie bylo validovat ošetrovatelské intervence sestrami/expertkami, které splňují Fehringova kritéria experta. Zjistit, které ošetrovatelské intervence expertky považují za významné, tedy hlavní a vedlejší, a které za nevýznamné. *Metody:* Měřicí nástroj

vycházel z Fehringova modelu validity diagnostického obsahu DCV – *Diagnostic Content Validity Model* (Fehring, 1987). Ke každé položce (ošetřovatelské intervenci) byla přiřazena významnost na Likertově škále od 1 do 5 (1 – žádná významnost, 2 – malá významnost, 3 – střední významnost, 4 – velká významnost, 5 - nejvyšší významnost). Hodnoceny byly celkem 4 položky/ošetřovatelské intervence (k nim přiřazena 1 falešná, celkem 5) oblasti Sledování a záznam bolesti modulu základní intervencí kurrikula pro přípravu sester bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Výzkumný soubor tvořilo 482 expertek (ve 4 podsouborech), z původních 500 slovenských a českých sester, které splňovaly Fehringova kritéria modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku. *Výsledky:* Za hlavní významné ošetřovatelské intervence sestry/expertky považují: Sledování bolesti po podání analgetik (0.87); Monitoring bolesti (0.86); Záznam průběhu bolesti (0.85); Nefarmakologické postupy tišení bolesti (0.80). Za nevýznamné/vyřazené nepovažují položky v rozmezí VS (váženého skóre) 0.49 – 0.15 žádné. *Závěr:* Z celkového počtu 4 ošetřovatelských intervencí slovenské a české sestry/expertky považují za významné všechny položky v počtu 4 tj. 4 hlavní a 0 vedlejších ošetřovatelských intervencí. Za nevýznamné/vyřazené neoznačily žádnou validovaných ošetřovatelských intervencí v oblasti/kategorie Sledování a záznamu

bolesti Modulu základních ošetrovatelských intervencí pro kurrikulum sester.

Klíčová slova: Validace. Bolest. Intervence. Model DCV. Kurrikulum.

ABSTRACT

Introduction: The nurses conducts clinical decisions within his/her profession, practice, education, administration of critical thinking processes by using clinical decision support systems. The NIC, NOC, NANDA International Classification Systems play a significant role in improving evidence-based care, patient care, and also greatly help professional decision-makers. They remain the main knowledge base for nursing professionals (Brokelová, NANDA, 2015, Translation into Czech - Kudlová). *Objective:* The aim of the research study was to validate nursing interventions by nurses/experts who had met Fehring's expert criteria. To find out which nursing interventions the experts consider as important, that are the main and secondary ones, and which are considered as insignificant. *Methods:* The measuring tool was based on the Fehring Diagnostic Content Validity Model (Fehring, 1987). Each item (nursing intervention) was assigned a significance on the Likert scale from 1 to 5 (1 - no significance, 2 - minor significance, 3 - medium significance, 4 - great significance, 5 - highest significance). A total of 4 items/nursing interventions (to be

assigned 1fake, altogether 5) of the pain assessment and record of the module by basic intervention of the curriculum for the preparation of nurses of the bachelor study program Nursing. The research team consisted of 482 experts (in 4 subsets), from the original 500 Slovak and Czech nurses who met Fehring's criteria modified for the Czech Republic and Slovak Republic. *Results:* Nurses/experts consider the main nursing intervention as follows: Pain assessment after analgesic administration (0.87); Pain monitoring (0.86); Pain record (0.85); Nonpharmacological pain relief (0.80). Items of no insignificance are being considered those within the weighted score of 0.48 - 0.15. There were none of these. *Conclusion:* Of the total of 4 nursing interventions, Slovak and Czech nurses/experts consider all items in the number of 4 nursing interventions as significant out of them 4 were considered of main significance and 0 of minor significance. None of the validated nursing interventions was reported as non-significant/excluded in area pain assessment and record of the core intervention module for the nursing curriculum.

KEYWORDS: Validation. Pain. Intervention. DCV model. Curriculum.

ÚVOD

Otevírá se stále větší prostor pro národní a mezinárodní spolupráci s využitím nejnovějších poznatků a jejich transferu mezi institucemi (univerzitami, fakultami, zdravotnickými zařízeními a dalšími) a jimi prezentovanými sestrami, pedagogy a studenty. Zdůrazňují se tak priority jako zajištění kvality, výuková i ekonomická efektivita, časová úspora, rychlý přenos informací mezi studenty, pedagogy a odborníky z praxe. První výstupy realizované na Slovensku v oblasti intervencí sester vznikají také na Fakultě sociálních věd a zdravotnictva Univerzity Konštantina Filozofa v Nitre (dále jen UKF) ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií Západočeské univerzity (dále jen ZČU) v České republice v období let 2016-19 za podpory projektu Kega s názvem *Implementace ošetrovatelských intervencí do multimediálních technologií v přípravě sester*. Fakulta sociálních věd a zdravotnictva UKF v Nitre, Katedra ošetrovatelství a Katedra ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni má vysoce erudované akademické pracovníky současně s odbornou a především specializovanou způsobilostí v jednotlivých oblastech klinické praxe ošetrovatelství, kteří jsou kompetentní k vytvoření a řízení odborných týmů expertů/sester specialistek k ověření souboru ošetrovatelských intervencí zařazených do přípravy budoucích sester. Využíjící se stále

nové požadavky praxe (Bulechek a kol., 2008, 2013), dostupné poznatky mezinárodních klasifikačních ošetřovatelských systémů (NANDA, NIC, NOC a dalších) ošetřovatelské praxe vyžadují naléhavou potřebu implementace do výuky pregraduálních programů zaměřených na výstupní kompetence regulovaných profesí směrnicemi EU. Výzkumný tým se zaměřil na vytvoření souboru empiricky ověřených ošetřovatelských intervencí pro přípravu sester vedoucích k získání výstupních kompetencí z pregraduálního bakalářského studijního programu ošetřovatelství. Klinicky ověřené ošetřovatelské intervence jednotlivých oborů ošetřovatelství a výběr validizovaných ošetřovatelských intervencí umožní vytvořit databázi ve formě odborných modulů s využitím dostupných poznatků mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí (NIC). V prvním roce řešení projektu se řešitelé mimo empirického šetření v klinické a pedagogické praxi, testování měřících nástrojů a ověřování šablon elearningového prostředí, zaměřili v souladu s harmonogramem projektu na shromáždění nejnovějších poznatků, vydefinování odborných pojmů pro moduly ošetřovatelských intervencí, hodnotících strategií ve vztahu k cílovým výstupním kompetencím s validací ošetřovatelských intervencí Modulu základních intervencí. V následujících letech probíhala validace experty stanovených intervencí v klinické a komunitní ošetřovatelské praxi. Jejich implementace do procesu vzdělávání sester.

CÍL

Cílem výzkumu byla validace ošetřovatelských intervencí v rámci kurrikula sester bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Na základě výsledků pilotní studie validovat ošetřovatelské intervence Modulu základních ošetřovatelských intervencí, který obsahoval celkem 200 položek ($p=200$) ve 22 oblastech/kategoriích. Presentovaná studie předkládá celkem 4 ošetřovatelské intervence oblasti/kategorie 4 s názvem Sledování a záznam bolesti Modulu základních ošetřovatelských intervencí ($p_4 = 4$). Cílem bylo zjistit, které vybrané ošetřovatelské intervence oblasti/kategorie 4 Sledování a záznam bolesti sestry/expertky a sestry/expertky/pedagogové považují za významné, tj. hlavní a vedlejší, které za nevýznamné tj. vyřazené.

SOUBOR A METODIKA

Základní charakteristika výzkumného souboru. Výzkumný soubor tvořilo 482 expertek ($n=482$, ve 4 podsouborech n_1, n_2, n_3, n_4) dvou zemí – ze Slovenské a České republiky. Dále z prostředí klinického - Fakultní nemocnice v Nitře a Fakultní nemocnice v Plzni (dále jen FN Nitra a FN Plzeň) a z prostředí akademického - Univerzity Konstantina Filozofa v Nitře a Západočeské univerzity v Plzni (dále jen

UKF v Nitre, ZČU v Plzni). Z původních 500 slovenských a českých sester a sester/pedagogů, kteří splňovali Fehringova kritéria modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku se výzkumu zúčastnilo 482 expertů, z toho 312 slovenských a 170 českých sester a sester/pedagogů. Z hlediska klinického a akademického prostředí bylo 22 sester/pedagogů a 460 sester z klinického prostředí fakultních nemocnic. Kritéria byla upravena a klinicky ověřena pro validaci ošetrovatelských intervencí a vycházela z modifikovaných kritérií experta pro validaci ošetrovatelských diagnóz.

Použitá metodika: Validační studie umožnila vyjádřit míru platnosti vybraných ošetrovatelských intervencí z celkem 22 oblastí/kategorií Modulu základních ošetrovatelských intervencí. Výzkumný tým zvolil metody obsahové analýzy a metodu obsahové validace. Měřicí nástroj vycházel z Fehringova modelu validity diagnostického obsahu DCV – *Diagnostic Content Validity Model* (Fehring, 1986). Ke každé položce (ošetrovatelské intervenci) byla přiřazena významnost na Likertově škále od 1 do 5 (1 – žádná významnost, 2 – malá významnost, 3 – střední významnost, 4 – velká významnost, 5 - nejvyšší významnost). Prezentovány jsou validované ošetrovatelské intervence oblasti/kategorie 4 s názvem Sledování a záznam bolesti Modulu základních intervencí ($p_4 = 4$), která

zahrnovala tyto ošetrovatelské intervence: 1. Monitoring bolesti; 2. Záznam průběhu bolesti; 3. Nefarmakologické postupy tišení bolesti; 4. Sledování bolesti po podání analgetik. Hodnoceny byly celkem 4 položky/ošetrovatelské intervence (k nim přiřazena 1 falešná, celkem 5) oblasti/kategorie Sledování a záznam bolesti Modulu základních intervencí kurrikula pro přípravu sester bakalářského studijního programu Ošetrovatelství. Celkem 482 expertek (ve 4 podsouborech), z původních 500 slovenských a českých sester, které splňovaly Fehringova kritéria experta modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku, validovalo ošetrovatelské intervence.

VÝSLEDKY A DISKUZE

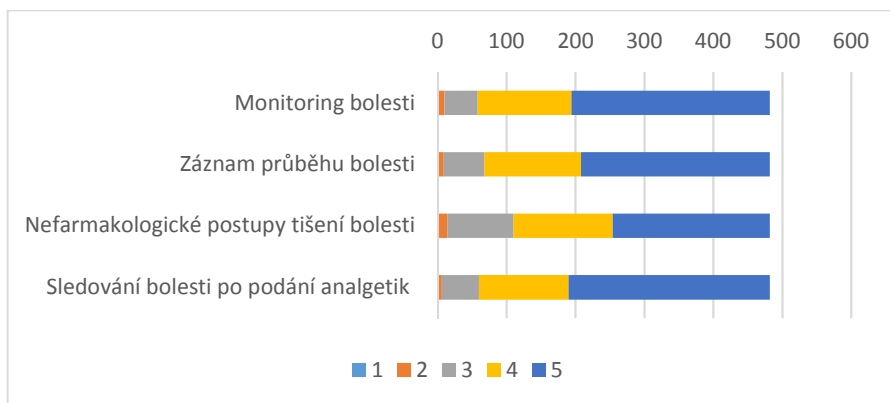
Výsledkem šetření a zpracování dat je navržený soubor validovaných ošetrovatelských intervencí ve slovenské, české i anglické verzi pro kurrikulum sester. Validované ošetrovatelské intervence jsou v navrženém souboru kategorizovány jako významné tj. hlavní a vedlejší a dále jako nevýznamné tj. vyřazené pro kategorii/oblast 4 Sledování a záznam bolesti Modulu základních ošetrovatelských intervencí.

Tab. 1 Sledování a záznam bolesti Modul základních intervencí
(významnost intervencí podle respondentů/Likertova škála 1-5)

	1	2	3	4	5		
Monitoring bolesti	0	10	48	136	288		2148
Záznam průběhu bolesti	0	9	59	140	274		2125
Nefarmakologické postupy tišení bolesti	1	13	96	144	228		2031
Sledování bolesti po podání analgetik	0	6	54	130	292		2154

Komentář: Z pohledu významnosti ošetrovatelských intervencí podle Likertovy škály hodnotili experti jako nejvýznamnější 1. Sledování bolesti po podání analgetik; 2. Monitoring bolesti; 3. Záznam průběhu bolesti; 4. Nefarmakologické postupy tišení bolesti.

Graf 1 Grafické vyjádření významnosti ošetrovatelských intervencí oblasti/kategorie Sledování a záznam bolesti podle respondentů/Likertova škála 1-5



Tab. 2 Validace ošetrovatelských intervencí dle VS v oblasti/kategorie Sledování a záznam bolesti Modulu základních intervencí ($p_4 = 4$)

	Plzeň (PG)	Nitra (PG)	Plzeň (sestry)	Nitra (sestry)	VS Spolu
Monitoring bolesti	1,00	0,93	0,93	0,82	0,86
Záznam průběhu bolesti	0,98	0,89	0,91	0,82	0,85
Nefarmakologické postupy tišení bolesti	0,91	0,80	0,84	0,78	0,80
Sledování bolesti po podání analgetik	1,00	0,89	0,91	0,84	0,87

Poz. VS (vážené skóre)

Komentář: Dle výpočtu VS hodnotili experti jako nejvýznamnější: 1. Sledování bolesti po podání analgetik (0.87); 2. Monitoring bolesti (0.86); 3. Záznam průběhu bolesti (0.85); 4. Nefarmakologické postupy tišení bolesti (0.80).

Za významné tedy hlavní a vedlejší položky považují shodně české a slovenské sestry/expertky a sestry/expertky/pedagogové tyto ošetrovatelské intervence: Sledování bolesti po podání analgetik; Monitoring bolesti; Záznam průběhu bolesti; Nefarmakologické postupy tišení bolesti. Všechny podsoubory respondentů shodně označily položky jako hlavní (akutní) tj. VS (váženého skóre) nad 0.75. Žádné jako vedlejší v rozmezí VS 0.50 – 0.75. Za nevýznamné/vyřazené nepovažují položky v rozmezí VS 0.49 – 0.15 žádné.

Validace ošetrovatelských intervencí probíhá ve slovenském i českém klinickém prostředí. Studie, které by zahrnovaly i zařazení validovaných intervencí pro kurikulum (s využitím multimediálních technologií/elektronizace v akademickém i klinickém prostředí) sester jsme nezaznamenaly. Srovnáváme tedy výsledky klinických studií, kde validovaly české a slovenské expertky/sestry vybrané intervence pro potřeby ošetrovatelské dokumentace (s využitím

multimediálních technologií/elektronizace klinického prostředí). Jedny z prvních výsledků validace ošetřovatelských intervencí se objevily v práci Mazalové a kol. Výsledky šetření vybraných intervencí ve vztahu k diagnostice publikovala Mazalová a kol. v roce 2011 (Mazalová, 2011). Validizační studie Mazalové a kol. z roku 2013 (Mazalová, 2013) zahrnovala soubor expertek pro validaci intervencí NIC a NOC. Validovány byly intervence ve vztahu k pediatrické ošetřovatelské péči. Pro výzkum míry validity bylo užito modelů obsahové a klinické validizace podle Fehringa (Fehring, 1986, s. 180-91) implementovaného do výzkumného designu podle Carlson-Catalano a Lunney. Studie z roku 2014 Pospíšilové a kol. využila hodnocení 26 expertek pomocí ICV testu (modifikace Fehringova DCV testu). Bylo hodnoceno 895 ošetřovatelských aktivit. Z tohoto počtu nabylo 372 (41,6 %) aktivit váženého skóre 0,8 a lze je považovat za velice důležité pro plnění dané sledované intervence NIC. Nejvíce (452 což je 50,5 %) aktivit nabylo váženého skóre v rozmezí 0,79-0,50. Tyto aktivity již jsou pro plnění intervence, pod kterou jsou řazeny, méně důležité (doplňkové). Pouze 71 (7,9%) aktivit nabylo váženého skóre <0,5 a staly se netypické pro plnění dané intervence v kontextu chirurgické neintenzivní ošetřovatelské péče na území České republiky. Dvanáct intervencí dosáhlo průměrného váženého skóre 0,8. Zbýlých 24 dosáhlo váženého skóre 0,79-0,50. Ani jedna z intervencí nedosáhla váženého skóre <0,500. Závěrem byl výstup jako

podklad pro vznik elektronické dokumentace, která byla testována v rámci pilotního ověření elektronické dokumentace na Chirurgické klinice FN Brno v České republice. Tato dokumentace byla nadále modifikována dle požadavku sester a výsledků pilotáže. Do budoucna by prostřednictvím elektronické dokumentace mohla vzniknout rozsáhlá databáze o hospitalizovaných pacientech (Pospíšilová a kol., 2014). Husková v roce 2017 prezentovala validované intervenční aktivity/činnosti v navrženém souboru. Soubor kategorizuje validované činnosti jako hlavní nebo doplňkové ošetrovatelské aktivity pro plnění konkrétní intervence NIC ve sledované oblasti intenzivní péče (Husková, 2017).

ZÁVĚR

Z počtu 4 prezentovaných ošetrovatelských intervencí oblasti/kategorie 4 s názvem Sledování a záznam bolesti Modulu základních ošetrovatelských intervencí ($p_4 = 4$), z celkem 200 položek ($p=200$) ve 22 oblastech/kategoriích, slovenské a české sestry/expertky a sestry/expertky/pedagogové považují za významné shodně všechny položky v počtu 4 tj. 4 hlavních a 0 vedlejších ošetrovatelských intervencí. Za nevýznamné/vyřazené neoznačily žádnou z validovaných ošetrovatelských intervencí v oblasti/kategorii Sledování a záznam bolesti Modulu základních

ošetřovatelských intervencí pro kurikulum sester. Všech 482 expertek (n=482, ve 4 podsouborech n₁, n₂, n₃, n₄) vyjádřilo vzácně shodu. Výzkum poukázal na stále hlubší potřebu vzájemné spolupráce a odborné diskuze mezi akademickým a klinickým ošetřovatelským prostředím, která je nezbytná nejenom pro kvalitní kurikulum seste pror, jejich výstupní kompetence, ale profesionální růst a rozvoj profese.

POUŽITÉ ZDROJE

BULECHEK, G. M. – BUTCHER, H. K. – DOCHTERMAN, J. M. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5. edit. Oxford: Elsevier. 938 s. ISBN 978-0- 323-05340-2.

BULECHEK, G. M. – BUTCHER, H. K. – DOCHTERMAN, J. M. – WAGNER, CH. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6. edit. St. Louis: Elsevier. 607 p. ISBN 978-0-323-10011-3.

FEHRING, R. J. 1986. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Sixth Conference*. St. Louis: Mosby, 1986. p. 180-91. ISBN 0-801637-66-X.

HUSKOVÁ, J. 2017. *Mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC v intenzivní péči*. Olomouc. 2017. Dizertační práce. Dostupné na [www. upol.cz](http://www.upol.cz)

KRISTOFOVÁ, E. a kol. Validation of selected interventions in nursing within the curriculum of nurses – area of assessment and recording

pain. *Sborník abstrakt XI. Mezinárodního symposia*, 2018. Debrecin. ISBN 978-963-490-020-7.

MAZALOVÁ, L. - MAREČKOVÁ, J. - MIKŠOVÁ, Z. - KAMENÍČKOVÁ, J. 2011. Ošetrovatelská diagnostika strachu u dětí. In *Pediatric pro praxi*. 2011, s. 434-436. Dostupné na <http://www.pediatricpropraxi.cz>.

MAZALOVÁ, L. 2013. *Validizace ošetrovatelské diagnózy Strach-00148 a odpovídajících komponent NIC a NOC v pediatrické péči*. Disertační práce. [online]. Olomouc, 2013. [cit. 2014.10.30.]. Dostupné na <http://www.theses.cz>

NANDA INTERNATIONAL. 2015. *NANDA International: Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017*. 2015. Wiley-Blackwell, USA, United Kingdom, 2015, p. 336-7. ISBN 978-1-118-91493-9.

POSPÍŠILOVÁ, A. 2014. Validace ošetrovatelských intervencí (NIC) v chirurgické ošetrovatelské péči na našem území. In *Sborník vědeckých abstrakt. Mezinárodní symposium Věda a výzkum v ošetrovatelství*. 2014. ISBN 978-80-7013-570-9.

KONTAKT

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.

Univerzita Konštantina Filozofa v Nitre

Fakulta sociálních věd a zdravotnictví

Katedra ošetrovatelství

Kraskova 1

Nitra

Slovenská republika

E-mail: aarchalousova@ukf.sk; frei@fzs.zcu.cz; ekristofova@ukf.sk,
lpavelova@ukf.sk

CHRONICKÁ BOLEŠŤ PRI GYNEKOLOGICKO- ONKOLOGICKÝCH OCHORENIACH

Alica Slamková; Ľubica Poledníková; Alexandra Archalousová

*Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
UKF v Nitre*

ABSTRAKT

Cieľ; Cieľom výskumu bola validácia ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť 00133 u žien s gynekologicko-onkologickými ochoreniami. Metódy; Na validáciu ošetrovateľskej diagnózy sme použili Fehringov na pacienta zameraný model klinickej diagnostickej validity (Patient – focused CDV model). Zostavili sme merací nástroj dotazníkového typu, ktorý obsahoval 6 určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť 00133. Tri určujúce znaky sme vyradili, pretože boli určené pre objektívne posúdenie sestrami. Výskumný súbor predstavovalo 40 pacientiek hospitalizovaných vo Fakultnej nemocnici v Nitre, na Oddelení rádiológie a klinickej onkológie. Určujúce znaky hodnotili pacientky prostredníctvom Likertovej škály od 1 (vôbec nie je charakteristická pre mňa) do 5 (veľmi charakteristická pre mňa). Výsledky; Pacientky

zhodnotili päť určujúcich znakov ako vedľajších: Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách (VS 0,66); Zmenený vzorec spánku (VS 0,57); Zameranosť na seba (VS 0,72); Vlastné hlásenie o príznakoch bolesti pomocou štandardizovaného nástroja (krátky inventár bolesti – Brief Pain Inventory) (VS 0,7); Vlastné hlásenie o intenzite bolesti pomocou štandardizovaných škál bolesti (vizuálna analógová škála a numerická škála) (VS 0,7) a jeden určujúci znak vyradili – Anorexia (VS 0,48). Záver; Z výsledkov výskumu vyplýva potreba kvalitného komplexného hodnotenia chronickej bolesti. Výsledky tak isto poukazujú na využívanie nástrojov na hodnotenie bolesti v klinickej praxi.

Kľúčové slová: Gynekologické ochorenie. Ošetrovateľská diagnóza. Chronická bolesť.

Určujúci znak. Fehringov model.

ABSTRACT

Objective: The objective of the present study was validation of the nursing diagnosis Chronic Pain 00133 in women with gynaecological cancers. Methods: To validate the nursing diagnosis, we used the Patient-Focused Clinical Diagnostic Validity (CDV) model. We developed a questionnaire-type measuring instrument containing six

defining characteristics of the nursing diagnosis Chronic Pain 00133. We discarded three defining characteristics because they were intended for an objective assessment by nurses. The sample consisted of 40 patients hospitalised at the Faculty Hospital in Nitra, the Department of Radiology and Clinical Oncology. The patients rated the defining characteristics on the Likert-type scale from 1 (Not at all characteristic of me) to 5 (Very characteristic of me). Results: The patients rated five defining characteristics as minor: Alteration in ability to continue previous activities (WS 0.66); Alteration in sleep pattern (WS 0.57); Self-focused (WS 0.72); Self-report of pain characteristics using standardized pain instrument (Brief Pain Inventory) (WS 0.7); Self-report of intensity using standardized pain scale (visual analogue scale, and numeric rating scale) (WS 0.7). They discarded one defining characteristic – Anorexia (WS 0.48). Conclusion: The study results imply the need for a quality comprehensive evaluation of chronic pain. The results also suggest the use of pain assessment instruments in clinical practice.

Keywords: Gynaecological disease. Nursing diagnosis. Chronic pain. Defining characteristic. Fehring's model.

ÚVOD

V súčasnosti sú nádorové ochorenia jedny z najzávažnejších zdravotných problémov populácie. Patria medzi najčastejšie príčiny invalidity a práceneschopnosti. Tiež sú na druhom mieste z pohľadu príčiny úmrtia. Onkologickí pacienti trpia hlavne bolesťou, ale onkologické ochorenie postihuje tiež psychiku pacienta a ovplyvňuje jeho rodinu, medziľudské vzťahy a spôsobuje sociálne problémy a iné somatické ťažkosti. Pacienti môžu pociťovať bolesť v ranných štádiách ochorenia a pri jeho diagnostikovaní. Ďalej počas liečby, kedy je bolesť vyvolaná infiltráciou a rastom tumoru, chemoterapiou, teda účinkom cytostatík alebo rádioterapiou, ktorá môže bolestivo narušiť sliznice orgánov. Najviac pacientov pociťuje bolesť v konečných štádiách ochorenia (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). V onkológii je hlavný cieľ potlačenie bolesti pacienta a zlepšenie jeho kvality života (Rečková, 2014). S narastajúcou bolesťou sa prehlbujú psychické a sociálne problémy a to môže viesť k ovplyvneniu analgetickej liečby, preto prvý krok k úspešnej liečbe musí byť kontrola bolesti.

Oblasť onkogynekológie patrí v súčasnosti medzi významné. V onkogynekologickej liečbe je jednoznačným svetovým trendom prísna a kontrolovaná centralizácia. Pacientky liečené v centrách majú oveľa lepšie liečebné výsledky ako tie, ktoré sú operované v

menších nemocniciach s malými počtami liečených prípadov. Za posledných desať rokov sa podarilo centralizovať operačnú liečbu gynekologických zhubných nádorov na Slovensku. Svetové špičkové pracoviská v tejto oblasti majú v USA, Nórsku a Dánsku. V tejto oblasti máme veľké rezervy. Na Slovensku bol dobre fungujúci Národný onkologický register, momentálne však už prakticky neexistuje. Najnovšie údaje o onkologických ochoreniach chýbajú najmenej za posledných päť rokov (Mlynček, 2015).

Napriek dramatickému pokroku v oblasti výskumu rakoviny zostáva rakovina prsníka z onkologických ochorení žien hlavným zdravotným problémom a predstavuje v súčasnosti najvyššiu prioritu biomedicínskeho výskumu. Celosvetovo je rakovina prsníka najčastejšou rakovinou postihujúcou ženy a očakáva sa, že jej výskyt a úmrtnosť sa v nasledujúcich rokoch výrazne zvýšia. Záujem výskumníkov v poslednom čase priťahuje táto téma najmä u mladých žien. Súčasné dôkazy naznačujú, že u žien vo veku <45 rokov je rakovina prsníka nepochybne hlavnou príčinou úmrtí súvisiacich s rakovinou (Anastasiadi et al., 2017). K ďalším častým onkologickým ochoreniam u žien patrí rakovina vaječníkov. Ako uvádzajú autori Webb, Jordan (2017), globálne je rakovina vaječníkov siedma najčastejšia rakovina u žien a ôsma najčastejšia

príčina úmrtia na rakovinu s mierou prežitia 5 rokov pod 45% (Webb, Jordan, 2017).

NANDA I, 2015 – 2017 definuje ošetrovateľskú diagnózu Chronická bolesť ako: „neprijemný zmyslový a emočný zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva či popísaný pomocou termínov pre takéto poškodenie (Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti); náhly alebo pomalý nástup ľubovoľnej intenzity od miernej po silnú, neustávajúca alebo opakovaná bez očakávaného či predvídateľného konca a s trvaním dlhším ako 3 mesiace“ (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 405). Ošetrovateľská diagnóza obsahuje 9 určujúcich znakov a 35 súvisiacich faktorov.

CIEĽ

Cieľom výskumu bola validácia ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť 00133 u žien s gynekologicko-onkologickými ochoreniami

SÚBOR A METODIKA

Výskumný súbor tvorilo 40 pacientiek z Fakultnej nemocnici v Nitre, hospitalizovaných na Oddelení rádioterapie a klinickej onkológie. Výskum prebiehal v období od januára do marca v roku 2017. Do výskumného súboru boli zaradené pacientky, ktoré spĺňali

vopred stanovené kritéria: udávali bolesť trvajúcu viac ako tri mesiace, bolo u nich diagnostikované gynekologicko- onkologické ochorenie a ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť 00133 a súhlasili s výskumom. Identifikáciu ošetrovateľskej diagnózy uskutočňovali dve sestry z oddelenia, ktoré spĺňali modifikované kritériá pre zaradenie expertov podľa Zeleníkovej et al. (2010, s. 410).

Počet pacientiek výskumnej vzorky vo veku 30-39 rokov bol 9, 40-49 rokov bol 5, 50-59 rokov bol 6, 60-69 rokov bol 9, 70-80 rokov bol 10 a nad 80 rokov bola súčasťou výskumnej vzorky jedna pacientka.

U pacientiek boli diagnostikované nasledujúce lekárske diagnózy: C54 Zhubný nádor tela maternice (10 pacientiek, 25%), C53 Zhubný nádor krčka maternice (9 pacientiek, 22,5%), C56 Zhubný nádor vaječníkov (8 pacientiek, 20%), C50 Zhubný nádor prsníka (8 pacientiek, 20%), C51 Zhubný nádor vulvy (4 pacientky, 10%) a C52 Zhubný nádor pošvy (1 pacientka, 2,5%).

Pacientky boli liečené nasledovne: rádioterapia – 15 pacientiek (37,5%), chemoterapia – 7 pacientiek (17,5%) a kombinovaná liečba – 18 pacientiek (45%).

Práca má znaky retrospektívnej štúdie, ktorú zameriavame na validáciu ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133). V práci sme použili dotazníkovú metódu zberu dát. Výskum sme uskutočnili prostredníctvom Feringovho modelu – Na pacienta zameraného

modelu klinickej diagnostickej validity (*Patient – focused clinical diagnostic validity model*), ktorý získava a využíva informácie priamo od pacientov. Hodnotiaci nástroj vo forme dotazníka pozostával z určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133). Pri zostavovaní dotazníka sme vychádzali z NANDA I pre roky 2015-2017. V tejto publikácii je priradených k danej ošetrovateľskej diagnóze 9 určujúcich znakov, avšak tri znaky sme z výskumu vyradili. Určujúce znaky: Dôkazy o bolesti zaznamenané pomocou štandardizovaného záznamu pre osoby neschopné komunikovať verbálne (napr. škála bolesti pre novorodencov a dojčatá, formulár pre hodnotenie bolesti pre seniorov s obmedzenou schopnosťou komunikácie), Bolesťivý výraz tváre (napr. strata lesku v očiach, zbitý pohľad, grimasa, fixný alebo roztrúsený pohyb), Sprostredkované hlásenie o bolesti, zmenách v aktivitách (napr. člen rodiny, ošetrovateľ). Tieto určujúce znaky nebolo možné hodnotiť priamo pacientmi ale boli určené pre objektívne posúdenie sestrami. Na hodnotenie určujúcich znakov bola použitá Likertova škála od čísla 1 – 5, kde: 1 – nie je vôbec charakteristická pre mňa, 2 – veľmi málo charakteristická pre mňa, 3 – málo charakteristická pre mňa, 4 – významne charakteristická pre mňa, 5 – veľmi charakteristická pre mňa. K daným odpovediam boli určené hodnoty: 5=1; 4=0,75; 3=0,5; 2=0,25; 1=0. Dotazník bol anonymný a obsahoval tiež údaje ako vek,

názov zdravotníckeho zariadenia, hlavnú lekársku diagnózu a otázky na liečebné postupy.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V nasledujúcej tabuľke uvádzame hodnotenie určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť 00133 pacientkami.

Tab. 1 Hodnotenie určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť 00133

Posudzované určujúce znaky	VS
Zameranosť na seba	0,72
Vlastné hlásenie o príznakoch bolesti pomocou štandardizovaného nástroja (krátky inventár bolesti – Brief Pain Inventory)	0,7
Vlastné hlásenie o intenzite bolesti pomocou štandardizovaných škál bolesti (vizuálna analógová škála a numerická škála)	0,7
Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách	0,66
Zmenený vzorec spánku	0,57
Anorexia (nechutenstvo)	0,48

Legenda: VS – vážené skóre

Z celkového počtu hodnotených určujúcich znakov nezradili pacientky ani jeden k hlavným, päť znakov určili ako vedľajšie a jeden určujúci znak – Anorexia (nechutenstvo) VS 0,48 vyradili.

Cieľom príspevku bolo hodnotenie určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť (00133) (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 405) u pacientiek s gynekologicko -onkologickými ochoreniami, s využitím na pacienta zameraného modelu klinickej diagnostickej validity (Patient – focused CDV model). V súčasnej dobe sa čoraz viac zdôrazňuje význam validačných štúdií ošetrovateľských diagnóz, v súvislosti s rozvojom presného názvoslovia, ktoré popisuje ošetrovateľské javy (Vörösová et al., 2015).

Výskumu v oblasti chronickej bolesti sa venovali aj autorky Zeleníková a Maniaková (Zeleníková, Maniaková, 2015). Hlavným cieľom ich práce bola validácia definujúcich charakteristík a súvisiacich faktorov ošetrovateľskej diagnózy Chronická bolesť v Slovenskej republike a v Českej republike, ale s využitím Fehringovho modelu validity diagnostického obsahu. Súbor slovenských expertov označil ako hlavné tri diagnostické znaky (Bolesť – VS 0,82; Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách – VS 0,75; Depresia VS 0,75), kým českým súborom expertov bola uvedená iba jedna definujúca charakteristika ako hlavná a to Bolesť (VS 0,87). V klasifikácii NANDA I 2015 – 2017, ktorý sme použili sa určujúce znaky Bolesť a Depresia už nenachádzajú, preto v našom výskume neboli hodnotené. Pokiaľ ide o identifikáciu hlavných diagnostických znakov, výsledky nášho

výskumu sa nezhodujú s týmito výsledkami. Pacienti ani jeden diagnostický znak nezaradili ako hlavný. Určujúci znak Zmenená schopnosť pokračovať v predchádzajúcich aktivitách respondentky v našom výskume zaradili k vedľajším – (tab. 1). Dôvody prečo pacienti nezaradili ani jeden určujúci znak ako hlavný, môžu byť rôzne: napr. efektívna liečba bolesti, nakoľko sme výskum uskutočňovali u hospitalizovaných pacientov, prípadne určitý pocit bezpečia, ktorý majú pacienti v súvislosti s hospitalizáciou.

K ďalším významným vedľajším určujúcim znakom v našom výskume patria - Vlastné hlásenie o príznakoch bolesti pomocou štandardizovaného nástroja (krátky inventár bolesti – Brief Pain Inventory) (VS 0,7) a Vlastné hlásenie o intenzite bolesti pomocou štandardizovaných škál bolesti (vizuálna analógová škála a numerická škála) (VS 0,7). Pravidelné a kvalitné hodnotenie bolesti u pacientiek s onkogynekologickými ochoreniami je veľmi dôležité, pretože diagnostický a terapeutický proces liečenia môže byť sprevádzaný bolesťou. Je dôležité, aby pacienti netrpeli zbytočne bolesťou, aby u každého bol zabezpečený efektívny manažment liečby bolesti. Vzhľadom k subjektívnemu charakteru bolesti je dôležité, aby boli pacienti zapojení do jej hodnotenia (Peterson, Bredow, 2013). Pri hodnotení časového faktora sa sestra zameriava na nástup bolesti,

dobu trvania a frekvenciu. Mali by sa tiež hodnotiť faktory, ktoré bolesť zhoršujú alebo zmierňujú.

Sestry majú zodpovednosť pri hodnotení bolesti, podieľajú sa na vytváraní liečebného plánu, uplatňujú sa v oblasti farmakoterapie, nefarmakologických postupov a v edukácii pacientiek. Pravidelné zhodnotenie bolesti prispieva ku kvalite komunikácie medzi sestrou a pacientom (Richard, Edwards, 2004). Autori Mareš, Otterová (2001) uvádzajú, že sestra svojím správaním a komunikáciou s pacientom môže ovplyvňovať jeho nádej alebo beznádej a tým prispieť aj k zvládaniu bolesti. Dôležitou vlastnosťou sestier je umenie počúvať a byť empatická. Bolesť predvídať, sledovať a hodnotiť. Poznať a vedieť použiť dostupné spôsoby liečby, mať prehľad o nových trendoch a vedieť odovzdať všetky potrebné informácie pacientovi a jeho rodine (Kašpárková, Fessler, 2006).

Liečba bolesti vyžaduje komplexné zhodnotenie, vrátane psycho-sociálneho posúdenia, ktoré zahŕňa vplyv bolesti na náladu, zvládanie záťažových situácií, spánok (Brant, 2005; Křivohlavý, 2002). V našom výskume dosiahol určujúci znak Spánok najnižšie hodnotenie z vedľajších určujúcich znakov, s VS 0,57. Pri chronickej bolesti ustupuje nocicepcia do úzadia a dôležitejšími sa stávajú aspekty afektívne, kognitívne, hodnotiace a behaviorálne, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú (Martuliak, 2014) a majú negatívny účinok na

kvalitu života pacientov. Pridružujú sa psychosociálne a fyzické prejavy (zhoršenie výživy, úbytok telesnej hmotnosti, strach, depresia atď.)

ZÁVER

Chronická bolesť patrí medzi primárne problémy pri liečbe gynekologicko - onkologických ochorení. Efektívnu liečbu ovplyvňuje kvalita posúdenia. Významnú úlohu pri posudzovaní bolesti majú sestry. Pravidelné hodnotenie chronickej bolesti s využitím kvalitných meracích nástrojov významne ovplyvňuje liečbu bolesti pacienta. Nedostatkom súčasnej klinickej praxe na mnohých pracoviskách je však nízka miera ich využívania. Efektívna liečba bolesti má pozitívny vplyv aj na celkové prežívanie ochorenia pacientom, na jeho náladu, úroveň a ochotu komunikovať, motiváciu k ďalšej liečbe.

Výsledky nášho výskumu sa nestotožňujú so všetkými diagnostickými znakmi navrhovanými klasifikačným systémom NANDA I. Napriek tomu poukazujú na nosné určujúce znaky, ktoré môžu pomôcť sestram v identifikácii a formulovaní presnej ošetrovateľskej diagnózy v klinickej praxi. Na základe výsledkov výskumu, tak ako zdôrazňujú autori analýz rôznych štúdií zameraných na validáciu ošetrovateľských diagnóz, je vhodné opakovanie výskumu, rozšírenie vzorky respondentov, prípadne porovnanie respondentov podľa veku a ďalších regiónov Slovenska.

POUŽITÉ ZDROJE

ANASTASIADI, Z., LIANOS, G.D., IGNATIADOU, E., HARISSIS, H.V., MITSIS, M. 2017. Breast cancer in young women: an overview. *Updates Surg.* 2017;69(3):313-317.DOI:10.1007/s13304-017-0424-1.

BRANT J. Léčba bolesti. 2005. In O'CONNOR M, ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada; 2005. s. 89 – 99. ISBN 80-247-1295-4.

HERDMAN, T.H. 2013. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing; 2013. 452s. ISBN 978-80-247-5413-4., preklad: PhDr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.

HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. (eds.). 2014. NANDA International.

Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2012–2014. Praha: Grada Publishing; 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3., preklad: PhDr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.

KAŠPÁRKOVÁ, J., FESSL, V. 2006. Chováme se k nemocným s bolestí správně aneb léčíme správně bolest? In *Bolest*. 2006, 9(3):159-163.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada; 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MARTULIAK, I. 2014. *Patofyziológia bolesti pre klinickú prax*. Banská Bystrica: MARTIMED. 2014. 320 s. ISBN 978-80-971753-0-6.

MAREŠ, J., OTTEROVÁ, E. 2001. Naděje jako moderátor bolesti. In *Bolest*. 2001, 4(3): 138-148.

MLYNČEK, M. 2015. Pacientovi musíme dať nádej. [online] [cit. 2.2.2019]. Dostupné na internete: <https://mediweb.hnonline.sk/spravy/top-lekari-slovenska/top-lekar>

PETERSON, S. J., BREDOW, T.S. 2013. *Middle range theories: application to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincot Williams&Wilkins; 2013.

REČKOVÁ, M. et al. 2014. *Vybrané kapitoly z klinickej onkológie*. Bratislava: ROWEX, spol. s.r.o., 2014. 160 s. ISBN 978-80-969863-6-1.

RICHARD, A., EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing a.s. 2004. 376 s. 80-247-0932-5.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. et al. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2012. 448 s. ISBN 978- 80-247-3742-3.

VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A. 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing a.s; 2015. 144 s. ISBN 978-80 247-5304-1.

WEBB, P.M., JORDAN, S.J. 2017. Epidemiology of epithelial ovarian cancer. *Best*

Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;41:3-14. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.08.006

ZELENÍKOVÁ R, MANIAKOVÁ L. 2015. Chronic Pain: Content Validation of Nursing

Diagnosis in Slovakia and the Czech Republic. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2015;26(4):187-193.

ZELENÍKOVÁ, F., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y. 2010. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. In *Kontakt.* 2010. roč. 12, č. 4, s. 407-413.

KONTAKT

PhDr. Alica Slamková, PhD.

UKF, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, KO

Kraskova 1

949 74 Nitra

aslamkova@ukf.sk

VALIDACE VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ V RÁMCI KURRIKULA SESTER OBLAST DOKUMENTACE

ARCHALOUSOVÁ Alexandra; POLEDNÍKOVÁ Ľubica;
SLAMKOVÁ Alica

*Katedra ošetrovatelství, Fakulta sociálnich vied a zdravotníctví,
Univerzita Konštantina Filozofa v Nitře*

ABSTRAKT

Cíl: Cílem výzkumné studie bylo validovat ošetrovatelské intervence sestrami/expertkami, které splňují Fehringova kritéria experta. Zjistit, které ošetrovatelské intervence expertky považují za významné, tedy hlavní a vedlejší, a které za nevýznamné. *Metody:* Měřicí nástroj vycházel z Fehringova modelu validity diagnostického obsahu DCV – *Diagnostic Content Validity Model* (Fehring, 1987). Ke každé položce (ošetrovatelské intervenci) byla přiřazena významnost na Likertově škále od 1 do 5 (1 – žádná významnost, 2 – malá významnost, 3 – střední významnost, 4 – velká významnost, 5 - nejvyšší významnost). Hodnoceno bylo celkem 11 položek/ošetrovatelských intervencí (k nim přiřazena 1 falešná, celkem 12) oblasti/kategorie 3 Dokumentace

Modulu základní intervencí kurrikula pro přípravu sester bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Výzkumný soubor tvořilo 482 expertek (ve 4 podsouborech), z původních 500 slovenských a českých sester, které splňovaly Fehringova kritéria modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku. *Výsledky:* Za hlavní významné ošetřovatelské intervence sestry/expertky považují: Práce s ostatními složkami komplexní zdravotnické dokumentace (0.88); Orientace v ošetřovatelské dokumentaci (0.87); Znalost standardních postupů ošetrovací jednotky (0.87); Znalost organizace péče na ošetrovací jednotce (0.87); Příjem pacienta/klienta (0.87); Vizita – sesterská – předání – přebírání (0.87); Propuštění pacienta/klienta (0.86); Překladová a propouštěcí zpráva (0.86); Překlad pacienta/klienta (0.85); Seznámení klienta s vnitřními předpisy ve vztahu k ošetrovatelské péči (práva pacientů, nemocniční řád a pod.) (0.82); Asistence při lékařské vizitě (0.77). Za nevýznamné/vyřazené nepovažují položky v rozmezí VS (váženého skóre) 0.49 – 0.15 žádné. *Závěr:* Z celkového počtu 11 ošetrovatelských intervencí slovenské a české sestry/expertky považují za významné všechny položky v počtu 11 tj. 11 hlavních a 0 vedlejších ošetrovatelských intervencí. Za nevýznamné/vyřazené neoznačily žádnou validovaných ošetrovatelských intervencí v oblasti/kategorii Dokumentace Modulu základních intervencí pro kurrikulum sester.

KLÍČOVÁ SLOVA: Validace. Dokumentace. Intervence. Model DCV. Kurrikulum.

ABSTRACT

Objective: The aim of the research study was to validate nursing interventions by nurses/experts who had met Fehring's expert criteria. To find out which nursing interventions the experts consider as important, that are the main and secondary ones, and which are considered as insignificant. *Methods:* The measuring tool was based on the Fehring Diagnostic Content Validity Model (Fehring, 1987). Each item (nursing intervention) was assigned a significance on the Likert scale from 1 to 5 (1 - no significance, 2 - minor significance, 3 - medium significance, 4 - great significance, 5 - highest significance). A total of 11 items/nursing interventions (to be assigned 1fake, altogether 12) of the documentation of the module by basic intervention of the curriculum for the preparation of nurses of the bachelor study program Nursing. The research team consisted of 482 experts (in 4 subsets), from the original 500 Slovak and Czech nurses who met Fehring's criteria modified for the Czech Republic and Slovak Republic. *Results:* Nurses/experts consider the main nursing intervention as follows: Working with other parts of complex healthcare documentation (0.88); Orientation in nursing

documentation (0.87); Knowledge of standard procedures at care unit (0.87); Knowledge of care organization at care unit (0.87); Patient/client admission (0.87); Ward round – nursing (0.87); Patient/client discharge (0.86); Transfer and discharge report (0.86); Patient/client transfer (0.85); Informing client about inner regulations related to nursing care (patients' rights, hospital rules, etc.) (0.82); Assistance during medical ward round (0.77). Items of no insignificance are being considered those within the weighted score of 0.49 - 0.15. There were none of these. *Conclusion:* Of the total of 11 nursing interventions, Slovak and Czech nurses/experts consider all items in the number of 11 nursing interventions as significant out of them 11 were considered of main significance and 0 of minor significance. None of the validated nursing interventions was reported as non-significant/excluded in documentation of the core intervention module for the nursing curriculum.

KEYWORDS: Validation. Documentation. Intervention. DCV model. Curriculum.

ÚVOD

Sestry provádí klinická rozhodnutí v rámci své profese, praxe, vzdělání, administrace procesů kritického myšlení, s využitím systémů podpory postupů klinického závěru. Klasifikační systémy NIC, NOC, NANDA International mají svoji roli při zlepšování kvality péče založené na důkazech, bezpečnosti péče o klienty/pacienty a výrazně napomáhají profesionálnímu postupu při rozhodování. Zůstávají hlavní základnou znalostí pro ošetrovatelské profesionály (Brokelová, NANDA, 2015, český překlad Kudlová). V oblasti klasifikačních systému se otevírá stále větší prostor pro národní a mezinárodní spolupráci s využitím nejnovějších poznatků a jejich transferu mezi institucemi (univerzitami, fakultami, zdravotnickými zařízeními a dalšími) prezentovanými sestrami, pedagogy a studenty. Zdůrazňují se tak priority jako zajištění kvality, výuková i ekonomická efektivita, časová úspora, rychlý přenos informací mezi studenty, pedagogy a odborníky z praxe. První výstupy realizované na Slovensku v oblasti intervencí sester vznikají také na Fakultě sociálních věd a zdravotnictva Univerzity Konštantina Filozofa v Nitre v období let 2016-19 za podpory projektu Kega s názvem *Implementace ošetrovatelských intervencí do multimediálních technologií v přípravě sester* ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Fakulta sociálních věd a

zdravotnictva UKF v Nitře, Katedra ošetrovatelství má vysoce erudované akademické pracovníky současně s odbornou a především specializovanou způsobilostí v jednotlivých oblastech klinické praxe ošetrovatelství, kteří jsou kompetentní k vytvoření a řízení odborných týmů expertů/sester specialistek k ověření souboru ošetrovatelských intervencí zařazených do přípravy budoucích sester. Vyvíjející se stále nové požadavky praxe (Bulechek a kol., 2008, 2013), dostupné poznatky mezinárodních klasifikačních ošetrovatelských systémů (NANDA, NIC, NOC a dalších) ošetrovatelské praxe vyžadují naléhavou potřebu implementace do výuky v souladu se směrnicemi EU. Výzkumný tým se zaměřil na vytvoření souboru empiricky ověřených ošetrovatelských intervencí pro přípravu sester vedoucích k získání výstupních kompetencí z pregraduálního bakalářského studijního programu ošetrovatelství. Klinicky ověřené ošetrovatelské intervence jednotlivých oborů ošetrovatelství a výběr validizovaných ošetrovatelských intervencí umožnil vytvořit databázi ve formě odborných modulů s využitím dostupných poznatků mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC). V prvním roce řešení projektu se řešitelé mimo empirického šetření v klinické a pedagogické praxi, testování měřících nástrojů a ověřování šablon elearningového prostředí, zaměřili v souladu s harmonogramem projektu na shromáždění nejnovějších poznatků, vydefinování odborných pojmů pro moduly

ošetřovatelských intervencí, hodnotících strategií ve vztahu k cílovým výstupním kompetencím s validací ošetřovatelských intervencí Modulu základních ošetřovatelských intervencí. V následujícím období probíhaly validační procesy v akademickém a klinickém prostředí.

CÍL

Cílem výzkumu byla validace ošetřovatelských intervencí v rámci kurrikula sester bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Na základě výsledků pilotní studie validovat ošetřovatelské intervence Modulu základních ošetřovatelských intervencí, který obsahoval celkem 200 položek ($p=200$) ve 22 oblastech/kategoriích. Prezentovaná studie předkládá 11 ošetřovatelských intervencí oblasti/kategorie 3 Dokumentace Modulu základních ošetřovatelských intervencí ($p_3 = 11$). Cílem bylo zjistit, které vybrané ošetřovatelské intervence sestry/expertky považují za významné, tj. hlavní a vedlejší, které za nevýznamné tj. vyřazené.

SOUBOR A METODIKA

Základní charakteristika výzkumného souboru. Výzkumný soubor tvořilo 482 expertek (n=482, ve 4 podsouborech n_1, n_2, n_3, n_4) dvou zemí – ze Slovenské a České republiky. Dále z prostředí klinického (FN Nitra a FN Plzeň) a z prostředí akademického (UKF v Nitre, ZCU v Plzni). Z původních 500 slovenských a českých sester a sester/pedagogů, kteří splňovali Fehringova kritéria modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku, se výzkumu zúčastnilo 482 expertů, z toho 312 slovenských a 170 českých sester a sester/pedagogů. Z hlediska klinického a akademického prostředí bylo 22 sester/pedagogů a 460 sester z klinického prostředí fakultních nemocnic. V tabulkách (Tab. 1, 2, 3) prezentujeme pohlaví respondentů, vzdělání a každodenní výkon ošetrovatelských intervencí, výzkum v oblasti ošetrovatelských intervencí včetně porovnání mezi jednotlivými podsoubory expertů validace.

Tab. 1 Pohlaví respondentů

			Podsoubory (n_1, n_2, n_3, n_4)				Spolu
			PG_Plzeň	PG_Nitra	Sestry_Plzeň	Sestry_Nitra	
Pohlaví	ženy	n	11	11	152	290	464
		%	100,00%	100,00%	95,60%	96,30%	96,30%

	muži	n	0	0	7	11	18
		%	0,00%	0,00%	4,40%	3,70%	3,70%
Spolu		n	11	11	159	301	482
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 2 Vzdělání a každodenní výkon ošetrovatelských intervencí

		Podsoubory (n ₁ , n ₂ , n ₃ , n ₄)					Spolu	
			PG_Plzeň	PG_Nitra	Sestry_Plzeň	Sestry_Nitra		
Vzdělání / výkon	Mgr. /áno	n	6	0	145	257	408	
		%	54,50%	0,00%	91,20%	85,40%	84,60%	
	Dokt. /ne	n	5	11	14	44	74	
		%	45,50%	100,00%	8,80%	14,60%	15,40%	
Celkem		n	11	11	159	301	482	
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Tab. 3 Výzkum v oblasti ošetrovatelských intervencí

		Podsoubory (n ₁ , n ₂ , n ₃ , n ₄)					Spolu	
			PG_Plzeň	PG_Nitra	Sestry_Plzeň	Sestry_Nitra		
	Ano	n	1	8	28	127	164	

		%	9,10%	72,70%	17,60%	42,20%	34,00%
	Ne	n	10	3	131	174	318
		%	90,90%	27,30%	82,40%	57,80%	66,00%
Celkem		n	11	11	159	301	482
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Validační studie umožnila vyjádřit míru platnosti vybraných ošetrovatelských intervencí z celkem 22 oblastí/kategorií Modulu základních ošetrovatelských intervencí. Výzkumný tým zvolil metody obsahové analýzy a metody obsahové validace. Měřicí nástroj vycházel z Fehringova modelu validity diagnostického obsahu DCV – *Diagnostic Content Validity Model* (Fehring, 1986). Ke každé položce (ošetrovatelské intervenci) byla přiřazena významnost na Likertově škále od 1 do 5 (1 – žádná významnost, 2 – malá významnost, 3 – střední významnost, 4 – velká významnost, 5 - nejvyšší významnost). Prezentovány jsou validované ošetrovatelské intervence oblasti/kategorie 3 Dokumentace Modulu základních ošetrovatelských intervencí.

VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledkem šetření a zpracování dat je navržený soubor validovaných ošetrovatelských intervencí ve slovenské, české i

anglické verzi pro kurikulum sester. Validované ošetrovatelské intervence jsou v navrženém souboru kategorizovány jako významné tj. hlavní a vedlejší a dále jako nevýznamné tj. vyřazené pro kategorii/oblast 3 Dokumentace Modulu základních ošetrovatelských intervencí.

Tab.4 Validace ošetrovatelských intervencí dle VS v oblasti/kategorie 3 Dokumentace Modulu základních ošetrovatelských intervencí (p₃ =11)

Dokumentace					
	Plzeň (PG)	Nitra (PG)	Plzeň (sestry)	Nitra (sestry)	VS
Orientace v ošetrovatelské dokumentaci	0,86	0,86	0,91	0,85	0,87
Práce s ostatními složkami komplexní zdravotnické dokumentace (dekurz, laboratorní záznamy a pod.)	0,75	0,89	0,91	0,86	0,88
Znalost standardních postupů ošetrovací jednotky	0,80	0,84	0,90	0,85	0,87
Seznámení klienta s vnitřními předpisy ve vztahu k ošetrovatelské péči (práva pacientů, nemocniční řád a pod.)	0,86	0,84	0,84	0,81	0,82
Znalost organizace péče na ošetrovací jednotce	0,82	0,80	0,91	0,85	0,87
Přijem pacienta/klienta	0,93	0,93	0,89	0,86	0,87
Překlad pacienta/klienta	0,91	0,91	0,89	0,83	0,85
Propuštění pacienta/klienta	0,91	0,93	0,89	0,84	0,86
Překladová a propouštěcí zpráva	0,91	0,91	0,91	0,83	0,86
Asistence při lékařské vizitě	0,70	0,73	0,74	0,80	0,77
Vizita – sesterská – předání – přebírání	0,89	0,82	0,88	0,86	0,87

Poz. VS (vážené skóre)

Komentář: Dle výpočtu VS hodnotili experti jako nejvýznamnější: 1. Práce s ostatními složkami komplexní zdravotnické dokumentace (0.88); 2. Orientace v ošetrovatelské dokumentaci (0.87); Znalost standardních postupů ošetrovací jednotky (0.87); Znalost organizace péče na ošetrovací jednotce (0.87); Příjem pacienta/klienta (0.87); Vizita – sesterská – předání – přebírání 0.87); 3. Propuštění pacienta/klienta (0.86).

Všechny podsoubory respondentů shodně označily položky jako hlavní (akutní) tj. VS (váženého skóre) nad 0.75. Žádné jako vedlejší v rozmezí VS 0.50 – 0.75. Za nevýznamné/vyřazené nepovažují položky v rozmezí VS 0.49 – 0.15 žádné. Validace ošetrovatelských intervencí probíhala ve slovenském i českém klinickém a akademickém prostředí. Výsledky studie výzkumný tým porovnával s výsledky současných i minulých výzkumů. Studie, které by zahrnovaly i zařazení validovaných intervencí pro kurikulum (s využitím multimediálních technologií/elektronizace v akademickém i klinickém prostředí) sester jsme nezaznamenali. Zaznamenali jsme výsledky klinických studií, kde validovaly české a slovenské expertky/sestry vybrané intervence pro potřeby ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi (s využitím multimediálních technologií/elektronizace klinického prostředí). Například Husková

v roce 2017 prezentovala validované intervenční aktivity/činnosti v navrženém souboru. Soubor kategorizuje validované činnosti jako hlavní nebo doplňkové ošetrovatelské aktivity pro plnění konkrétní intervence NIC ve sledované oblasti intenzivní péče (Husková, 2017). Jedny z prvních výsledků validace ošetrovatelských intervencí se objevily v práci Mazalové a kol. Výsledky šetření vybraných intervencí ve vztahu k diagnostice publikovala Mazalová a kol. v roce 2011(Mazalová, 2011).Validizační studie Mazalové a kol. z roku 2013 (Mazalová, 2013) zahrnovala soubor expertek pro validaci intervencí NIC a NOC. Validovány byly intervence ve vztahu k pediatrické ošetrovatelské péči. Pro výzkum míry validity bylo užito modelů obsahové a klinické validizace podle Fehringa (Fehring, 1986, s. 180-91) implementovaného do výzkumného designu podle Carlson-Catalano a Lunney. Studie z roku 2014 Pospíšilové a kol. využila hodnocení 26 expertek pomocí ICV testu (modifikace Fehringova DCV testu). Bylo hodnoceno 895 ošetrovatelských aktivit. Z tohoto počtu nabylo 372 (41,6 %) aktivit váženého skóre 0,8 a lze je považovat za velice důležité pro plnění dané sledované intervence NIC. Nejvíce (452 což je 50,5 %) aktivit nabylo váženého skóre v rozmezí 0,79-0,50. Tyto aktivity již jsou pro plnění intervence, pod kterou jsou řazeny, méně důležité (doplňkové). Pouze 71 (7,9%) aktivit nabylo váženého skóre <0,5 a staly se netypické pro plnění dané intervence v kontextu chirurgické neintenzivní ošetrovatelské

péče na území České republiky. Dvanáct intervencí dosáhlo průměrného váženého skóre 0,8. Zbýlých 24 dosáhlo váženého skóre 0,79-0,50. Ani jedna z intervencí nedosáhla váženého skóre $<0,500$. Závěrem byl výstup jako podklad pro vznik elektronické dokumentace, která byla testována v rámci pilotního ověření elektronické dokumentace na Chirurgické klinice FN Brno v České republice. Tato dokumentace byla nadále modifikována dle požadavku sester a výsledků pilotáže. Do budoucna by prostřednictvím elektronické dokumentace mohla vzniknout rozsáhlá databáze o hospitalizovaných pacientech (Pospíšilová a kol., 2014).

ZÁVĚR

Z počtu 11 prezentovaných ošetrovatelských intervencí oblasti/kategorie 3 s názvem Dokumentace Modulu základních ošetrovatelských intervencí ($p_3=11$), z celkem 200 položek ($p=200$) ve 22 oblastech/kategoriích, slovenské a české sestry/expertky a sestry/expertky/pedagogové považují za významné všechny položky v počtu 11 tj. 11 hlavních a 0 vedlejších ošetrovatelských intervencí. Za nevýznamné/vyřazené shodně neoznačily žádnou z validovaných ošetrovatelských intervencí v oblasti/kategorii 3 Dokumentace Modulu základních ošetrovatelských intervencí pro kurikulum sester. Všech 482 expertek ($n=482$, ve 4 podsouborech n_1, n_2, n_3, n_4)

vyjádřilo vzácně shodu. Profesionalizace oboru Ošetrovatelství vyžaduje spolupráci s mezinárodními výzkumnými týmy v oblasti klasifikačních systému pro klinickou praxi, vzdělávání i výzkum. Validační procesy jsou jednou z cest jak zajistit vyšší profesionalizaci, kvalitní péči a odborný růst profese sestry.

POUŽITÉ ZDROJE

BULECHEK, G. M. – BUTCHER, H. K. – DOCHTERMAN, J. M. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5. edit. Oxford: Elsevier. 938 s. ISBN 978-0- 323-05340-2.

BULECHEK, G. M. – BUTCHER, H. K. – DOCHTERMAN, J. M. – WAGNER, CH. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6. edit. St. Louis: Elsevier. 607 p. ISBN 978-0-323-10011-3.

FEHRING, R. J. 1986. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Sixth Conference*. St. Louis: Mosby, 1986. p. 180-91. ISBN 0-801637-66-X.

HUSKOVÁ, J. 2017. *Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC v intenzivní péči*. Olomouc. 2017. Dizertační práce. Dostupné na www.upol.cz

KRISTOFOVÁ, E. a kol. Validation of selected interventions in nursing within the curriculum of nurses – area of assessment and recording pain. *Sborník abstrakt XI. Mezinárodního symposia*, 2018. Debrecin. ISBN 978-963-490-020-7.

MAZALOVÁ, L. - MAREČKOVÁ, J. - MIKŠOVÁ, Z. - KAMENÍČKOVÁ, J. 2011. Ošetřovatelská diagnostika strachu u dětí. In *Pediatric pro praxi*. 2011, s. 434-436. Dostupné na <http://www.pediatricpropraxi.cz>.

MAZALOVÁ, L. 2013. Validizace ošetřovatelské diagnózy Strach-00148 a odpovídajících komponent NIC a NOC v pediatrické péči. Disertační práce. [online]. Olomouc, 2013. [cit. 2014.10.30.]. Dostupné na <http://www.theses.cz>

NANDA INTERNATIONAL. 2015. *NANDA International: Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017*. 2015. Wiley-Blackwell, USA, United Kingdom, 2015, p. 336-7. ISBN 978-1-118-91493-9.

POSPÍŠILOVÁ, A. 2014. Validace ošetřovatelských intervencí (NIC) v chirurgické ošetřovatelské péči na našem území. In *Sborník vědeckých abstrakt. Mezinárodní symposium Věda a výzkum v ošetřovatelství*. 2014. ISBN 978-80-7013-570-9.

KONTAKT

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.

Univerzita Konštantina Filozofa v Nitre

Fakulta sociálných vied a zdravotníctví

Katedra ošetrovateľstvá

Kraskova 1

Nitra

Slovenská republika

Email: aarchalousova@ukf.sk; lpolednikova@ukf.sk;

aslamkova@ukf.sk

ABSTRAKTA A ANOTACE PŘÍSPĚVKŮ

ETICKÁ TÉMATA A MORÁLNÍ DISTRES ZDRAVOTNÍKŮ V KLINICKÉ SUPERVIZI

Mgr. Milena Vaňková, Ph.D. ^{1,2)}

¹⁾ *Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*

²⁾ *OSVČ – supervizorka, lektorka, koučka*

MOTTO:

„Jsem vycvičen, abych si všiml toho, co vidím.“

(Sherlock Holmes)

SOUHRN

Práce zdravotníků vyvolává v současnosti čím dále častěji „kolize“ mezi potřebami a zájmy zdravotnické organizace, nároky přímých nadřízených či spolupracovníků a legitimními potřebami samotného pomáhajícího profesionála. Zdravotníci se snaží vyvažovat odpovědnost a ohled k potřebám druhých, ale také odvahu prosazovat vlastní potřeby a chránit svoji vlastní důstojnost, autonomii a morální integritu. V této souvislosti odborné publikace popisují zdravotníky subjektivně negativně prožívané pocity (frustrace, pocit provinění, pocit bezmoci) jako „morální distres / morální tíseň“. V příspěvku autorka věnuje pozornost podnětům

(zakázkám), které si jako témata sami zdravotníci do supervize přinášejí. Tato témata otevírají nespočet podnětů pro supervizní práci, týkající se zdravotnickovy autonomie a profesní etiky, činností a vztahů uvnitř zdravotnické organizace, budování organizační kultury.

KLÍČOVÁ SLOVA: klinická supervize – zdravotnictví – supervizor – profesní etika – morální distres – kultura organizace.

KONTAKT

Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

Husova 11, Plzeň 301 00

E-mail: milenava@fzs.zcu.cz

Tel: + 420 728 960 615

VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V KONTEXTU FENOMÉNU 4.0.

Mgr. Jaroslava Nováková; PhDr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

ABSTRACT

Čtvrtá průmyslová revoluce zasahuje do všech odvětví. Jak je na tento fakt připraveno vysokoškolské prostředí, a to zejména vzdělavatelé, v jejichž kurikulu jsou profesní studijní programy. Tímto a dalšími aspekty fenoménu 4.0 se zabývají řešitelé projektu TAČR „Proměna role vysoké školy a inovace studijních programů v rámci fenoménu 4.0. v oblastech strojních, pedagogických a zdravotnických.“

Hlavním cílem projektu je zvýšení připravenosti absolventů profesních terciárních oborů na - díky fenoménu 4.0 - překotně se měnící požadavky společnosti a trhu práce v jejich konkrétním oboru formou návrhu inovací jejich studijních programů. Výzkum má za cíl i zaměření se zejména na problematiku transversálních dovedností a interdisciplinárního porozumění jednotlivým oblastem, které v měnící se moderní “společnosti 4.0” nabývají silně na významu.

Potřeba změny myšlení u všech účastníků vzdělávacího procesu (škola, zaměstnavatel, student a další relevantní stakeholdeři), reprezentovaná např. potřebou společného nastavování metod a výstupů z učení, je pak nezbytnou součástí cesty k úspěchu absolventa profesního terciárního oboru ve Společnosti 4.0.

Řešitelé projektu za FZS uchopili problematiku projektu jako možnost analyzovat studijní program Ošetrovatelství, tedy vzdělávání pro výkon profese Všeobecná sestra. Analýza studijního programu se týká hlavně oblasti existence výuky směřující k získání znalostí a dovedností v oblasti IT a přístrojové techniky (zdravotnické přístroje). Hlavní nosnou myšlenkou je „Připravujeme absolventy na reálný kontakt s technickou praxí“? Na základě zjištěného navrhnou řešitelé konkrétní možnosti inovace předmětů studijního programu, navrhnou doplnění portfolia stávajících pomůcek a popř. doporučí prohloubení konkrétních kompetencí vyučujících.

KLÍČOVÁ SLOVA: Fenomén - 4.0 - profesní studijní program - inovace.

OSOBITOSTI ANESTÉZIE U DETSKÉHO PACIENTA

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave, Katedra ošetrovateľstva

ABSTRAKT

Podávanie anestézie detskému pacientovi si vyžaduje osobité vedomosti a zručnosti. Od dospelého pacienta sa dieťa odlišuje v anatomickej, fyziologickej, psychickej a biochemickej oblasti. Celková anestézia je reverzibilný iatrogénny útlm umožňujúci tolerovať chirurgický výkon. Inhalačný úvod predstavuje ideálnu formu uvedenia dieťaťa do celkovej anestézie. Úvod do anestézie je inhalačný, potom sa kanylkuje žila, do ktorej sa podá analgetikum, anestetikum a relaxancium. Bezpečne zaistené dýchacie cesty sú predpokladom bezpečnej anestézie. Priebeh celkovej anestézie rozdeľujeme na úvod, priebeh a zobúdzanie. Vedenie celkovej anestézie zahŕňa udržiavanie dostatočnej hladiny anestetika v CNS v priebehu výkonu v závislosti na intenzite stimulov počas operácie. Inhalačnú anestéziu udržiavame stálym prísunom nosnej zmesi

a inhalačného anestetika. Dieťa je možné nechať spontánne dýchať alebo riadene ventilovať podľa druhu operačného výkonu. Ukončením podávania anestetík sa začína fáza prebúdzania. Dieťa odsajeme ešte zaintubované a extubujeme buď ešte v hlbkej anestézii alebo pri vedomí. Deti sú náchylné na vznik laryngospazmu, preto sa nesmie dieťa extubovať v excitačnej fáze prebúdzania. Následne je pacient odpojený od monitora a je prevezený na dobúdzaciu izbu, kde je naďalej sestrou monitorovaný a sledovaný. O dobe pobytu detského pacienta na dobúdzacej izbe rozhoduje anesteziológ. Dieťa je prevezené na štandardné oddelenie až po jeho súhlase.

S celkovou anestéziou u detského pacienta sa môžeme stretnúť v zdravotníckych zariadeniach pri diagnostických a terapeutických výkonoch. Vyžaduje si znalosť a rešpektovanie osobitostí spojených s detským vekom, počnúc od nezrelého novorodenca až po adolescenta. Podávanie anestézie detskému pacientovi si vyžaduje skúsený anesteziologický tím, ktorý dokáže komplikáciám predchádzať, prípadné komplikácie odhaliť, pohotovo reagovať a dieťa z anestézie bezpečne vyviešť.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: Dieťa - Detský vek - Celková anestézia – Sestra - Ošetrovateľská starostlivosť.

KONTAKT

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave, Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava, Slovenská republika

HODNOCENÍ PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Šalanská E.; Lamková I.; Burešová I.

*Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem*

ÚVOD

Těhotenství a porod je velmi náročná situace pro ženu i její okolí. Musí se vyrovnat se změnami, co přišly nebo teprve přijdou. Vliv na vývoj psychiky ženy má mnoho faktorů, biologické, sociální a kulturní (Skutilová, 2016).

CÍL

Zhodnotit vliv těhotenství a porodu na psychiku ženy a identifikovat faktory, které nejvíce ovlivňují psychický stav v tomto období.

METODIKA

QUAL-TO-QUANT průzkum; metoda: dotazníkové šetření prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými a

uzavřenými otázkami, doplněné polostrukturovaným interview se ženami po porodu na oddělení šestinedělí. Sběr dat probíhal v období od prosince 2018 do února 2019. Ženy hodnotily průběh těhotenství a porodu z hlediska psychického prožívání. Ženy byly osloveny k účasti na průzkumu metodou snowball. Při analýze dat byla použita popisná statistika. Výsledky jsou prezentovány pomocí výšečových grafů.

VÝSLEDKY

Průzkum ukázal na široké a individuálně rozdílné spektrum prožívání období těhotenství a porodu. Většina žen vnímá zrod nového života jako pozitivní událost a klade důraz především na informace od zdravotníků, poté od známých či z internetu. Preference zdroje informací může vypovídat o kvalitě edukačních dovedností zdravotnického personálu jak v prenatálních poradnách, předporodních kurzech, tak na porodním sále. Samotný porod je pro většinu oslovených rodičích žen vnímán jako šťastný okamžik, v porodnici se cítí dobře a bezpečně. Většina respondentek hodnotí pozitivně přítomnost partnera u porodu. Nejvíce se na psychice odráží komunikační schopnosti právě zdravotnického personálu, což udávalo až 80 % žen. Naše výsledky pozitivně korelují s dohledanými zahraničními studiemi (Hatem, 2008; Marková, 2010).

ZÁVĚR

Z výsledků je zřejmé, že vliv vnějších a vnitřních faktorů je vysoce individuální u každé ženy. Těhotenství a porod prožívá většina žen pozitivně. Nejvýznamnějším faktorem, který se podílí na hodnocení a prožívání těhotenství a porodu, je chování a komunikace zdravotnického personálu v průběhu celého procesu těhotenství a porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA: Prožívání, porod, psychoprolaxe, stres, těhotenství

POUŽITÉ ZDROJE

HATEM, M, SANDALL, J., DEVANE, D., SOLTANI, H., GATES, S. 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Library: Trusted evidence. Informed decisions. Better health.* [online]. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2008 (4) [cit. 2019-04-03]. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2. ISSN 1465-1858. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub2/full>

SKUTILOVÁ, V., 2016. Jak na strach a úzkost v těhotenství. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5469-7.

MARKOVÁ, M. et al., 2010. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-500-6.

KONTAKT

Šalanská Eva

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně,

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

tel. 776 778 179

e-mail: eva.salanska@ujep.cz

NÁVŠTEVY CHORÝCH V NEMOCNICIACH V MEDZIVOJNOVOM OBDOBÍ

Jana Boroňová

*Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Slovenská republika*

V rámci historického výskumu z primárnych zdrojov je v príspevku spracovaná problematika návštev pacientov príbuznými medzivojnovom období.

Začiatkom 30. rokov 20. storočia sa v nemocniciach začali budovať tzv. hovorne – miestnosti pre návštevy. Tieto slúžili jednak na stretnutia chorých so svojimi blízkymi, ako aj miesta pre informovanie sa príbuzných o zdravotnom stave pacientov. Samotné návštevy príbuzných v zdravotníckych zariadeniach sa v tej dobe riadili presnými pravidlami. Tieto pravidlá boli zamerané na správanie sa návštev v konkrétne stanovených návštevnych hodinách. Návštevne hodiny boli podriadené jednak požadovanému klúdu pre pacientov a jednak v prospech nerušenej a neprerušovanej práce lekárov a ošetrovateliek. Mnohé informácie o pacienti lekári

neoznamovali, nakoľko tieto boli súčasťou lekárskeho tajomstva. Do nemocnice nemali prístup osoby, ktoré by mohli chorého rozrušiť, osoby v podnapitom stave a návštevy mali zakázané tí pacienti, ktorí trpia kožnými, pohlavnými alebo infekčnými ochoreniami. Návštevy boli odporúčané len na krátku dobu a najviac tri osoby u jedného pacienta. Vypracované pravidlá obsahovali napr. odporúčanie priniesť chorým kvety pre radosť a napr. zakazovali nosenie pokrmov a nápojov chorému. Zdravotné ústavy v týchto rokoch mali za to, že návštevy príbuzných pôsobia v značnej miere na chorých pozitívne, pretože sú akýmsi spojovníkom medzi svetom chorých a vonkajším svetom zdravých. Treba si však uvedomiť aj to, že niekedy môžu pacientov rozladiť – a to najmä svojimi názormi, že v zdravotníckom zariadení nie je podľa nich všetko v poriadku.

Ústavy mali veľkú snahu vychádzať návštevám v ústrety, nakoľko si uvedomovali, že práve názory návštevníkov v značnej miere ovplyvňujú imidž nemocnice.

Príspevok je súčasťou projektu VEGA „*Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia*“, projekt č. 1/0688/18

KLÍČOVÉ SLOVÁ: Pacient – Návšteva – Nemocnica – Návštevny
poriadok.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Albert, B. 1931. Návštěvy příbuzných v nemocnici. Československá nemocnice, ročník I., číslo 3, březen 1931, str. 73-76
2. *Domáci řád pro nemocné ve všeobecné veř. nemocnici.* In: Československá nemocnice, ročník II., 20. prosince 1929, číslo 12., str. 165
3. Peukert, Ch. 1928. Návštěvy nemocných a doby návštěvní ve všeob. veř. nemocnicích. Československá nemocnice, ročník 1. (III.), číslo 3., 1. června 1928, str. 74

KONTAKT

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava, Slovenská republika

ÚRAZY A PÁDY SENIOROV V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Andrea Botíková¹⁾; Alena Dziacka¹⁾; Eva Tomíková^{1,2)}

1) Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

2) Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Katedra ošetrovateľstva – externý doktorand

SÚHRN

Úrazy a pády seniorov v zdravotníckych zariadeniach predstavujú závažný ošetrovateľský problém. Pod pojmom pád rozumieme komplex javov vyprovokovaných akútnym či chronickým ochorením, vedľajšími účinkami liekov alebo rizikovým prostredím. Nie každý pád končí zranením seniora a len niektoré z rizikových faktorov sú ovplyvniteľné. V niektorých prípadoch mávajú trvalé následky, ktoré výrazne zhoršujú kvalitu života seniorov. Podľa Joint Commission Resources (2007) každý tretí človek nad 65 rokov spadne minimálne raz za rok. Úrazy spojené s pádmi sa stali najčastejšou

príčinou úmrtia seniorov nad 65 rokov. Viac ako 85% všetkých zlomenín vznikne následkom pádu a každý piaty človek so zlomeninou krčka stehennej kosti zomrie do jedného roka. Pády predstavujú jednu z najčastejších mimoriadnych udalostí, ktorá výrazným spôsobom komplikuje hospitalizáciu pacienta. Dôsledky pádov sú oveľa závažnejšie u ľudí vyšších vekových skupín. Výrazne zvyšujú morbiditu a mortalitu a následne vplyvajú aj na psychiku seniorov. Strach z opakovaného pádu môže výrazne znížiť kvalitu ich života a zohráva tiež rolu pri rozhodovaní o umiestnení seniora do zariadenia poskytujúceho dlhodobú ošetrovateľskú alebo sociálnu starostlivosť (Joint Commission Resources, 2007). Sikorová (2011) uvádza, že sestry vo vybraných českých nemocniciach získavajú vedomosti o pádoch pacientov formou školenia v 59% a subjektívne hodnotia svoje vedomosti o pádoch v najväčšej miere (50,1%) na školskú známku „chválitebnú“. V súvislosti s dennou dobou uviedla 70,5% sestier Sikorová (2011) pády v noci. Holoušová (2009) uvádza naopak v svojej práci najväčšiu frekvenciu pádov medzi 6. – 14. hodinou (58% pádov) a Lechner (2006) v svojej štúdii uvádza najviac pádov okolo 14 – tej hodiny. Jedným z čiastočných riešení tohto problému sú preventívne opatrenia, ktoré síce pády úplne neodstránia, ale pomocou ktorých je možné znížiť frekvenciu pádov a ich komplikácie. Tieto opatrenia je treba zamerať najmä na vonkajšie rizikové faktory, ktoré sú najviac ovplyvniteľné. Jedná sa

hlavne o úpravu vonkajšieho prostredia pacienta. Podľa Krajčíka (2006) ide o predchádzanie pokĺznutiu a zakopnutiu geriatrického pacienta. Úlohu zohráva aj osvetlenie, vhodná teplota prostredia, pretože chlad pôsobí na reakcie pacientov tak, že ich spomaľuje a prehriate prostredie nesie so sebou riziko ortostatickej hypotenzie. Fyzické prostredie starého človeka treba vybaviť bezpečnostnými pomôckami, ako sú madlá, protišmykové podložky do kúpeľní, nástavce na toalety. Krajčík (2006) ďalej odporúča umiestniť dvere na sociálnych zariadeniach tak, aby sa otvárali smerom von, inak by mohli tvoriť prekážku pri vyslobodení seniora. Nábytok má byť vhodne umiestnený a stabilný. Treba pravidelne kontrolovať technický stav pomôcok, ktoré používajú seniori pri chôdzi. Pády u seniorov pôsobia negatívne aj na zdravotnícky personál. Pády končiace sa zranením nesú so sebou riziko krátkodobých či dlhodobých zdravotných ťažkostí, komplikujú základné ochorenie, predlžujú dobu liečenia a zvyšujú náklady na liečbu (Svobodová, Jurásková, 2011).

KLÚČOVÉ SLOVÁ: úrazy a pády – senior – hospitalizácia – pacient – ošetrovatelstvo.

POUŽITÉ ZDROJE

JOINT COMMISSION RESOURCES (2007). *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada

HOLOUŠOVÁ, A. (2009) *Příčiny pádů u seniorů*. Brno: LF MU.

KRAJČÍK, Š. (2006). *Pády v starobe*. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2006, č. 7 – 8, s. 344 – 346.

LECHNER, CH. (2006). *Stürze im Alter: Kein Missgeschick*. In: *Geriatric Praxis*. [online]

SIKOROVÁ, N. 2010. *Management pádů u seniorů*. Brno: Brno: LF MU

SVOBODOBÁ, D., JURÁSKOVÁ, D. (2011) *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.

KONTAKT

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

andrea.botikova@truni.sk

VALIDÁCIA AKO SPÔSOB KOMUNIKÁCIE S DEZORIENTOVANÝMI ĽUĎMI

**Andrea Botíková¹⁾; Oľga Kabátová¹⁾; Silvia Puteková¹⁾; Jana
Martinková¹⁾; Šárka Tomová²⁾**

1) Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

2) Karlova univerzita v Prahe, 2. Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľství

SÚHRN

Základné princípy validácie vytvorila Naomi Feil a vzťahujú sa na nedostatočne orientovaných a dezorientovaných veľmi starých. Pomáhajú nám v našich konaniach a sú základom pre náš postoj pri používaní validácie. Validovať niekoho znamená prijať jeho emócie, povedať mu, že jeho emócie sú pravdivé. Odmietanie emócií starého človeka veľmi zneisťuje. V metóde validácie sa používa schopnosť vcítiť sa a priblížiť vnútornému prežívaniu dezorientovanej osoby. Ak si vcítíme tak, že si „obujeme topánky starého človeka“, pri

komunikácii dochádza k vytvoreniu vzťahu dôvery. Dôvera vytvorí istotu, istota vytvorí silu, sila obnoví sebavedomie a zníži napätie, stres.

Niektorí dezorientovaní starí ľudia sa nevracajú späť do svojej minulosti, keď sa v prítomnosti cítia byť silní, motivovaní a potrební. Neexistuje žiadna univerzálna forma, ale všetci sú šťastnejší, keď sú uznaní (Feil, 1972 in Feil, Klerk – Rubin 2015). Validácia je kombinácia základného empatického prístupu, vývinovej teórie pre starých nedostatočne orientovaných a dezorientovaných ľudí, ktorá nám pomáha porozumieť ich správaniu a špecifických techník, ktoré týmto ľuďom pomáhajú získať späť svoju dôstojnosť. Pri validácii môžeme vychádzať z Eriksonovej teórie o vývinových štádiách a životných úlohách, ktorá sa zakladá na vzájomnom prepojení medzi našou biologickou, mentálnou a sociálnou schopnosťou a túžbami (Erikson, 1966).

Dezorientovaných starých ľudí môžeme charakterizovať ako tých, ktorí nemajú flexibilné správanie, pridržiavajú sa prekonaných rolí, bojujú s neprekonanými emóciami, sťahujú sa z prítomnosti, aby dokázali prežiť, vykazujú signifikantnú stratu kognitívneho úpadku a nie sú viac schopní intelektuálneho úsudku. Validácia nebola vytvorená pre ľudí, ktorí sú orientovaní, majú mentálne postihnutie,

u ktorých vypukla psychiatrická choroba, utrpeli organické poškodenie napr. akútna cievna mozgová príhoda.

N. Feil nazýva posledné vývinové štádium Eriksona a dopĺňa ju o spracovávanie čiže vegetovanie. Cieľom spracovávania je zabrániť vegetovaniu. Nevládnutie úloh spracovávania prechádzajú podľa Feil štyrmi fázami spracovávania a to ako nedostatočná orientácie, časová dezorientácia, opakujúce sa pohyby a vegetovanie. Aby sme rozumeli osobám v štyroch fázach musíme rozumieť symbolom. Symboly sú premety alebo osoby, ktoré prezentujú minulosť starého človeka napr. kabelka ako symbol ženskosti, identita, klobúk ako symbol mužskosti, identity a iné.

Validujúci personál musí mať dostatočné teoretické vedomosti a zručnosti, musí byť empatický, pretože každý človek je jedinečný a reaguje rôznym, spôsobom na zmeny fyzické, psychické i sociálne. Využíva rôzne validačné techniky v závislosti od toho, v akej fáze starý človek nachádza. Práve ľudia v starobe sa od seba veľmi odlišujú ako hocikedy, v ktoromkoľvek období života.

POUŽITÉ ZDROJE

ERIKSON, E.H. (1966). *Einsicht und Verantwortung*. Klett/Cotta. Stuttgart.

FEIL, N, KLERK-RUBIN, V. (2015). *Validácia. Cesta ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. OZ Terapeutika: Bratislava.

KONTAKT

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

andrea.botikova@truni.sk

KOLOREKTÁLNY KARCINÓMOM Z POHĽADU OŠETROVATEĽSTVA

Andrea Botíková¹⁾; Lucia Hriczová^{1,2)}

¹⁾ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

²⁾ Zeiss Vision OC Bory Mall, Očná ambulancia, Bratislava

SÚHRN

Kolorektálny karcinóm (ďalej KRK) patrí v Európe druhé miesto vo výskyte onkologických ochorení. Zvyšujúci sa výskyt pacientov s diagnostikovaným KRK predstavuje vážny celospoločenský a medicínsky problém a môžeme ho zaradiť medzi civilizačné ochorenia. V snahe znižovať počet pacientov s diagnostikovaným KRK významne napomáha primárna a sekundárna prevencia. Okrem prevencie vo výskyte ochorenia je veľmi dôležitá liečba KRK. V terapii je v súčasnosti využívaná multidisciplinárna spolupráca a kombinuje sa liečba chirurgická, endoskopická či onkologická (Suchánek, Barkmanová, Frič 2012). Celospoločenský program, ktorý je zameraný na primárnu prevenciu u pacientov s ochorením KRK sa sústreďí na zlepšenie kvality života, stravovacích návykov a postupnú aplikáciu molekulárnej genetiky

populácie (Seifert, 2015). Pri komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s KRK je potrebné dodržiavať pravidlá, organizáciu a sesterské intervencie zamerané na predoperačnú, intraoperačnú, pooperačnú a následnú starostlivosť. Táto starostlivosť by mala korešpondovať so zdravotným stavom pacienta. Komplexná starostlivosť je zameraná na holistický prístup k pacientovi a jeho bio-psycho-sociálno-spirituálnym potrebám. Rozsah činnosti sestry by mal zodpovedať ošetrovateľským štandardom stanoveným pre výkon starostlivosti o pacienta s KRK. V prípade, že u pacienta je plánovaná kolostómia, je dôležité, aby absolvoval pohovor s lekárom, ktorý ho oboznámi s priebehom liečby, rizikami a obmedzeniami vyplývajúcimi zo zavedenia kolostómie. Väčšina pacientov s kolostómiou si myslí, že po operácii nie je možné sa plnohodnotne zaradiť do normálneho života. Nezastupiteľnú úlohu pri edukácii pacienta a členov rodiny má stomická sestra, ktorá okrem poskytnutia informácií pomáha pacientom pri nácviku samoošetrovania kolostómie. Pomáha vybrať vhodný typ ošetrovateľských pomôcok vyhovujúcich konkrétnemu pacientovi tak, aby čo najlepšie korešpondovali s jeho typom stómie a spôsobom života. Kvalita života je tým lepšia, čím je rozdiel medzi očakávaniami a predstavami jednotlivca o živote a realite sveta menší (Janiczeková, 2007).

KLÚČOVÉ SLOVÁ: kolorektálny karcinóm - ošetrovateľská starostlivosť – kolostómia – edukácia - kvalita života.

POUŽITÉ ZDROJE

JANICZEKOVÁ, E. 2007. *Kvalita života s kolostómiou*. In *Sestra a lekár v praxi: časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. roč. 6 č. 9-10. s. 37-38

SEIFERT, B., 2015. *Screening kolorektálneho karcinómu*. 2. rozšírené vydanie. Praha: Maxdorf. 128 s. ISBN 978-80-7345-444-9

SUCHÁNEK, Š. BARKMANOVÁ, J. FRIČ, P. 2011. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: Prevence zabíra*. Praha: Mladá fronta 36s. ISBN: 978-80-204-2474-7

KONTAKT

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

andrea.botikova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA IMOBILNÉHO GERIATRICKÉHO PACIENTA A JEHO RODINY

PhDr. Bc. Anetta Dubrovayová¹⁾; PhDr. Alena Dziacka, PhD.²⁾

*¹⁾ Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti ADOS SALUS s.r.o,
Trenčín*

*²⁾ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce, Katedra ošetrovateľstva*

ABSTRAKT

Otázky kvality života imobilných seniorov, ako aj ich rodinných príslušníkov sa v poslednom období stávajú predmetom skúmania z aspektu sociálneho, psychologického, ekonomického, spoločenského a ošetrovateľstva.

Cieľom práce je poukázať na problematiku imobility seniorov a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa starajú o svojich blízkych v domácom prostredí. Hlavným zámerom bolo získať prehľad o životnej situácií rodiny, ktorá je zdrojom pomoci imobilnému seniorovi.

Zber dát bol realizovaný metódou neštandardizovaného dotazníka, zameraného na kvalitu života imobilného seniora, na

posúdenie jeho sebestačnosti Barthelovej testom a identifikovanie záťaže opatrovateľa (rodiny) Zaritovou škálou. Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Základný súbor tvorili imobilní geriatrickí pacienti v domácom prostredí a ich rodina.

Ak prichádza k nestabilite rodinných pomerov, nevhodným správaním ich členov a zhoršujúcou sa finančnou situáciou odzrkadľuje sa to aj v nepriaznivej kvalite starostlivosti o imobilného seniora v domácom prostredí.

Zdroje spokojnosti či nespokojnosti je v prvom rade potrebné identifikovať, pričom sa musia zisťovať čiastkové a jednotlivé uspokojenia, a tým zvyšovať kvalitu života imobilných seniorov v domácom prostredí.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: Kvalita života – Imobilita – Senior - Domáce prostredie – Rodina - Záťaž.

POUŽITÉ ZDROJE

DRAGOMIRECKÁ, E. 2006. Nemoc a kvalita života. In *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2006, roč. 16, č. 9, s. 8.

HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

KONTAKT

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

mail: alena.dziacka@truni.sk

mobil: +421911232836

ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝ PACIENT A DIALYZAČNÍ LÉČBA

Nachtmannová Kristýna²⁾; Mgr. Kroupová Lenka¹⁾

¹⁾ KOS FZS ZČU Plzeň

²⁾ Dialyzační středisko B.Braun Avitum s.r.o. Plzeň

ÚVOD

Nikdy nevíme, kdy přijde okamžik, který nám změní celý náš dosavadní život. Může jím být pravidelná kontrola u praktického lékaře nebo v nefrologické ambulanci, kdy nám lékař zjistí natolik závažné snížení funkce ledvin, že budeme muset podstoupit pravidelnou dialyzační léčbu. Chronické onemocnění ledvin může postihnout kohokoliv z nás a nevyhýbá se ani osobám se zdravotním postižením.

CÍL

Jakým způsobem ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

METODIKA

Bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru, ve 4 oblastech bylo položeno 32 obecných otevřených otázek u 3 pacientů. Realizováno bylo u nevidomé ženy, u dívky po amputaci obou dolních končetin a u pacienta s mentální retardací na dialyzačním středisku v Plzni v prosinci 2017 až únoru 2018.

Oblasti výzkumného šetření:

- Jak ovlivňuje dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?
- Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?
- Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a současně se zdravotním postižením?
- Jak vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

ZÁVĚR

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo získat informace o tom, jak pravidelná dialyzační léčba ovlivňuje život zdravotně postiženého klienta, které bychom následně mohli využít pro zkvalitnění ošetrovatelského procesu poskytovanému na dialyzačních střediscích. Kvalitní zdravotnický pracovník by neměl

disponovat pouze odbornými praktickými dovednostmi a znalostmi, ale měl by mít i schopnost empatie, měl by umět naslouchat a neuposuzovat chování nemocného bez předchozího zjištění, co ho právě k danému chování vedlo. Důležitým aspektem je kvalitní vzájemná komunikace. Dialyzační léčba s sebou nese spoustu úskalí a nepříjemných komplikací, se kterými se klienti musí vyrovnávat. Je vhodné pacientům v nelehké situaci pomoci i v psychosociální oblasti.

POSTERY

HODNOCENÍ PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Šalanská E.¹, Lamková I.¹, Burešová, I.¹

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistencie, Oslti nad Labem, Česká republika

Úvod: Těhotenství a porod je velmi náročná situace pro ženu i její okolí. Musí se vyrovnat se změnami, co přišly nebo teprve přijdou. Vliv na vývoj psychiky ženy má mnoho faktorů, biologické, sociální a kulturní [Skutilová 2016].

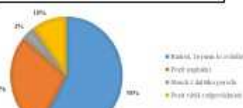
Ratislavová [2008, s. 8] udává, že: „Vliv na vývoj psychiky ženy má mnoho faktorů. Jednak jsou to faktory biologické a jednak faktory sociální a kulturní, ale také zkušenost v průběhu ontogeneze. Někdy se hovoří o pohledu biologickém, psychickém a sociálním“.

Cíl: Zhodnotit vliv těhotenství a porodu na psychiku ženy a identifikovat faktory, které nejvíce ovlivňují psychický stav v tomto období.

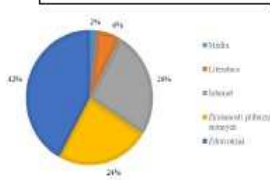
Metodika: QUAL-TO-QUANT průzkum; metoda: dotazníkové šetření prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce s otevřenými a uzavřenými otázkami, doplněné polostrukturovaným interview se ženami po porodu na oddělení šestinedělí. Sběr dat probíhal v období od prosince 2018 do února 2019. Ženy hodnotily průběh těhotenství a porodu z hlediska psychického prožívání. Ženy byly osloveny k účasti na průzkumu metodou snowball. Při analýze dat byla použita popisná statistika.



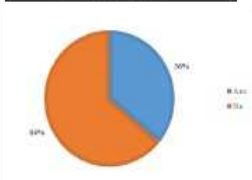
Graf 1 Co pro ženy znamená porod (Zdroj: vlastní)



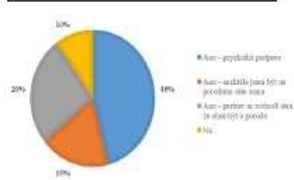
Graf 2 Od koho ženy získávají informace (Zdroj: vlastní)



Graf 3 Ovlivnění prostředí porodního sálu prožívání porodu žen (Zdroj: vlastní)



Graf 4 Partner u porodu (Zdroj: vlastní)



Výsledky: Průzkum ukázal na široké a individuálně rozdílné spektrum prožívání období těhotenství a porodu. Většina žen vnímá zrod nového života jako pozitivní událost a klade důraz především na informace od zdravotníků, teprve poté od známých či z internetu. Preference zdroje informací může vypovídat o kvalitě edukačních dovedností zdravotnického personálu jak v prenatálních poradnách, předporodních kurzech, tak na porodním sále. Samotný porod je pro většinu oslovených rodičů žen vnímán jako šťastný okamžik, v porodnici se cítí dobře a bezpečně. Většina respondentek hodnotí pozitivně přítomnost partnera u porodu. Nejvíce se na psychice odráží komunikační schopnosti právě zdravotnického personálu, což udávalo až 80 % žen. Naše výsledky pozitivně korelují s dohledanými zahraničními studii (Hatem 2008; Marková 2010).

Závěr: Z výsledků je zřejmé, že vliv vnějších a vnitřních faktorů je vysoce individuální u každé ženy. Těhotenství a porod prožívá většina žen pozitivně. Nejvýznamnějším faktorem, který se podílí na hodnocení a prožívání těhotenství a porodu, je chování a komunikace zdravotnického personálu v průběhu celého procesu těhotenství a porodu. Při poskytování péče porodní asistentkou je významným faktorem, který odbourává stres u ženy dostatečné a včasné poskytování informací personálem, dodržování zásad komunikace a empatie. Jedině tak je možno eliminovat výskyt rizikových faktorů ovlivňujících psychiku ženy v tomto období.

Klíčová slova: vnímání, porod, psychoprofylaxe, stres, těhotenství

Bibliografické odkazy:

- HATEM, M, SANDALL, J, DEWANE, D., SOKTANI, H., GATES, S. 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Library: Trusted evidence. Informed decisions. Better health. [online]. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2008 [4]. [cit. 2019-04-02]. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2. ISSN 1465-1858. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub2?hl>
- MARKOVÁ, M. et al., 2010. Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistenci: učební text pro porodní asistenty v kurzu prvního páří. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a sesterských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-509-6.
- OSTER, L., 2016. Křesťanství bez stěrátků: zanechává se dědit z rodinných povolení. Brno: CPress. ISSN 978-80-364-11.
- RATISLAVOVÁ, E., 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí; psychosomatická medicína; učební texty pro porodní asistenty]. Praha: Nakladatelství Arca. ISSN 978-80-254-2186-4.
- SKUTILOVÁ, V., 2016. Jak na strach a úzkost v těhotenství. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5467-7.





Dialýza u zdravotně postižených pacientů

Mgr. KROUPOVÁ Lenka, ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
NACHTMANNOVÁ Kristýna, Dialyzační středisko B. Braun Avitum s.r.o. Plzeň

Úvod: Chronické onemocnění ledvin se nevyhýbá ani osobám se zdravotním postižením. Nikdy nevíme, kdy přijde okamžik, který nám změní celý náš život. Tím okamžikem může být kontrola u lékaře který zjistí závažné snížení funkce ledvin a budeme muset podstupovat pravidelnou dialyzační léčbu. Chronické onemocnění ledvin může postihnout kohokoliv z nás a nevyhýbá se ani osobám se zdravotním postižením.

Cíl: Jakým způsobem ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

Metodika: Kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru ve 4 oblastech, bylo položeno 32 obecných otevřených otázek u 3 pacientů. Realizováno bylo na dialyzačním středisku v Plzni v prosinci 2017 až únoru 2018.

Analýza a interpretace výsledků významných aspektů:

	Žena se zrakovým postižením	Divka s tělesným postižením
Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?		
Vyrovnání se s diagnózou	<i>Dobře, cítila úlevu od obtíží</i>	<i>Smlívená s tím nejsem, chci, aby to skončilo</i>
Dříve onemocnění ledvin nebo zdravotní postižení	<i>Dříve zrakové postižení</i>	<i>Současné díky rychlé infekci</i>
Omezení s dialyzační léčbou	<i>Ani mě v ničem neomezuje</i>	<i>Nemožnost najít práci, únava</i>
Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?		
Změna vztahů s blízkými	<i>Matka zemřela, otec je pozornější, nové kontakty na dialýze</i>	<i>Větší podpora, upevnění vztahů s matkou, otec se neadaptoval, nenavštěvuje ji</i>
Známky selhání role v rodině	<i>V důsledku zrakového postižení</i>	<i>Tak to asi ne</i>
Role pacienta na dialýze	<i>Dobře, líbí se mi tady</i>	<i>Jak kdy, závisí na punkci AVF</i>
Změna nebo omezení zájmů	<i>Nové návštěvy divadla nebo kina s kamarádkami</i>	<i>Částečně, bazén nyní ne, nové charitativní akce</i>
Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?		
Negativní emoce, strach z budoucnosti	<i>Deprese, neutěšitelný pláč</i>	<i>Obavy z nemožné transplantace, z budoucnosti</i>
Plnění životních cílů a plánů	<i>Dialýza ani ne, to ty oči.</i>	<i>Dialýza brání nalézt práci, nový vztah</i>
Pozitivní přínos dialýzy do života	<i>Úleva od obtíží, noví kamarádi</i>	<i>Nic mě nenapadá</i>
Jak snaží a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?		
Pocity před ranním odjezdem na dialýzu	<i>Docela dobré pocity</i>	<i>Štve mi to, chci zpátky svůj život</i>
Příprava a transport na dialýzu	<i>Pomáhá pečovatelka, obtížný transport sanitkou</i>	<i>Nestíhám, potřeba více času díky protézám</i>
Komplikace při dialyzačním ošetření	<i>Nizký tlak krve, bolesti zad</i>	<i>Obtížná a bolestivá punkce AVF</i>
Změna místa na dialyzačním saále	<i>Nevadilo by mně to</i>	<i>I sebenemší změna mě rozhodila, nyní dobré</i>
Dostatečně informující personál	<i>Ano</i>	<i>Horší zvládnání psychicky než fyzicky</i>
Celkový pocit při dialyzačním ošetření	<i>Docela dobrý, úleva od obtíží</i>	<i>Přijdu a přeju si, aby byl konec</i>

Závěr: Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo získat informace o tom, jak pravidelná dialyzační léčba ovlivňuje život zdravotně postiženého klienta, které bychom následně mohli využít pro zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované na dialyzačních střediscích.

Výstup pro ošetrovatelskou praxi: organizace odborného semináře pro všeobecné sestry v dialyzačním zařízení.

Literární zdroje:

- LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. str. 130. ISBN 978-80-7262-552-9.
VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2014. str. 815. ISBN 978-80-262-0696-5.
MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. str. 512. ISBN 978-80-7367-859-3.
<https://eluc.kr-olomoucky.cz/verejne/lekce/221>