ZDRAVOTNÍCKE LISTY

2013 Ročník 1 Číslo 1

Edičná séria:

- **OŠETROVATEĽSTVO**
- **FYZIOTERAPIA**
- **LABORATÓRNA MEDICÍNA**
- **VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO**

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Fakulta zdravotníctva

OBSAH

Editoriál 3

Tomová Š., Bartošová L.
Význam komunikace v interpersonálních vztazích sester 4

Mastiliaková D., Šimovcová D., Lengyelová M.
Alkoholizmus a jeho dopad u žien 13

Poliaková N., Slováková M.
Hospitalizácia ako stresový faktor 20

Poliaková N., Jurdíková K.
Význam sestry – mentorky vo výučbe ošetrovateľskej praxe 26

Padyšáková H.
Reprodukčné zdravie – informovanosť mužov 31

Mišinová M., Vavreková B.
Mapy ošetrovateľskej starostlivosti u dialyzovaného pacienta
s operačným riešením chirurgického ochorenia 37

Matišáková I., Jančová J., Ondrušová A.
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s neurologickými komplikáciami diabetu . . 47

Červeňanová E., Kopecká E.
Edukácia hospitalizovaného diabetika s diagnózou vírusová hepatitída B . . . 53

Jurdíková K., Gavendová E.
Manažment práce sestry v intenzívnej starostlivosti 63

Jančoková Ľ.
Biorytmy – pohyb a zdravie 70

Gerlichová K., Mastiliaková D., Kšiňanová M.
Poskytovanie kultúrne odlišnej ošetrovateľskej starostlivosti
v zdravotníckych zariadeniach 78

Červeňanová E., Majeriková M.
Sociálny pracovník v zdravotníctve v SR 88

Botíková A., Počuchová J.
Úroveň informovanosti laickej verejnosti o poskytovaní prvej pomoci
pri epileptickom záchvate 96

Zdravotnícke Listy vedecký recenzovaný časopis, ročník 1, číslo 1., rok 2013

REDAKČNÁ RADA

PREDSEDA REDAKČNEJ RADY
doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.

ŠÉFREDAKTOR
RNDr. Zdenka Krajčovičová, PhD.

ČLENOVIA REDAKČNEJ RADY
Baňárová Patrícia, Mgr.
Botíková Andrea, doc., PhDr., PhD.
Bučková Ľudmila, MUDr., MPH.
Čelko Juraj, doc., MUDr., CSc.
Fábryová Viera, doc., MUDr., CSc.
Gerlichová Katarína, PhDr., PhD.
Habánik Jozef, doc., Ing., PhD.
Kaščák Marián, MUDr., PhD.
Kaščák Peter, MUDr., PhD.
Král Lubomír, PaedDr., PhD.
Kutnohorská Jana, doc., PhDr., CSc.
Litvová Slavka, PhDr.
Mastiliaková Dagmar, doc., PhDr., PhD.
Matišáková Iveta, PhDr., PhD.
Meluš Vladimír, RNDr., PhD., MPH.
Netriová Jana, Ing., PhD.
Ondrušová Adriana, prof., MUDr., PhD.
Otrubová Jana, doc., PhDr., PhD.
Poliaková Nikoleta, PhDr., PhD.
Slobodníková Jana, doc., MUDr., CSc.
Šimurka Pavol, MUDr., PhD.
Štefkovičová Mária, doc., MUDr., PhD., MPH.
Zelisková Helena, Bc.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov alebo inzerátov.
Reprodukcia obsahu je povolená iba s priamym súhlasom redakcie.

VYDAVATEĽ – REDAKCIA
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
91101 Trenčín

Vychádza štyrikrát ročne.
Náklad: 200 ks
Registrácia MK SR pod číslom EV 4755/13

ISSN1339-3022

© Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

EDITORIÁL

Napísané zostáva

Slovo je zázračný prostriedok komunikácie človeka s človekom.

Prostredníctvom slova sa utvárali prvotné komunity, vznikali pravidlá, formovali sa spoločenstvá. Príbehy, životné skúsenosti, súbory spoločenských pravidiel sa odovzdávali ústnym podaním z matky na dcéru, z otca na syna, z generácie na generáciu.

V niektorom z historických okamihov sa z hovoreného slova stal znak, z hlásky písmeno, spojením písmen sa stalo napísané slovo. Pospájaním slov sa stala veta, pospájaním viet vznikol napísaný príbeh. Takýto príbeh sa vrátil do života v novej, pevnej štruktúre. Výsledkom bol nevyhnutný predpoklad pre reálny vznik civilizácie.

Písmo podmienilo otvoriť človeku nový priestor, umožnilo komunikáciu už nielen medzi lokálnymi komunitami ale aj medzi komunitami národnými a v neskorším dobách aj medzi národmi rôznych kontinentov.

Kniha, v ktorej sú poukladané písmená do slov, slová do viet, vety do kapitol a napokon kapitoly do celku, sa stala symbolom múdrosti. Múdrosti, ktorá vznikala poznávaním, a ktorá sa zapísaním na papier uchovávala a odovzdávala ďalej vo vykryštalizovanej podobe. Neskôr vznikol časopis i noviny, ako špecifické formy, pre čiastkové odborné alebo laické príbehy.

Aj naša Fakulta zdravotníctva sa po 10 rokoch existencie rozhodla obohatiť svoj priestor o písané slovo. To písané slovo má podobu vlastného časopisu, ktorý bude vydávaný pod názvom „Zdravotnícke listy“. Časopis preto, aby sa dokázali štandardným spôsobom zhmotniť mnohé hodnotné výstupy výskumu a bádania, ktorých hodnota sa strácala v archíve, a ktorých objavenie je dielom náhody alebo výraznej námahy, ako z prostredia našej fakulty tak aj z prostredia iných fakúlt. „Zdravotnícke“ preto, lebo by sme radi nimi ponúkli nielen témy z nelekárskych zdravotníckych odborov , ale časopis bude otvorený aj pre témy z lekárskych zdravotníckych odborov. „Listy“ preto, lebo práve list bol a aj v súčasnosti je (v rôznych podobách) originálny a nenahraditeľný - ako v spôsobe, tak i vo forme. Listy písali králi i štátnici, apoštoli, ľudia jednoduchí i učení, zamilovaní, deti rodičom, rodičia deťom.

Knihy i časopisy otvárame často. Niekedy ich prelistujeme, inokedy prečítame po písmenku od začiatku do konca. Niekedy nám umožnia len preklenúť čas, inokedy nám zmenia život alebo prosto dajú len podnet na zamyslenie. Ak si z nich odnesieme čo i len malé posolstvo, to posolstvo si uchováme v mysli, a tak sa pre nás stane v budúcnosti podnetom.

Dovolíme si vyjadriť presvedčenie, že v našich „Listoch“ sa bude zjavovať trvalá ponuka rôznorodého posolstva, že slovo v nich dokáže osloviť čitateľa, že príbehy/články v nich si nájdu adresátov, že „Listy“ sa stanú zrkadlom nášho úsilia, našich schopností, zrkadlom našej histórie a medzníkom súčasnosti pre budúcnosť. Dúfame, že budú ako listy stromu unášané vetrom prekonávať hranice mesta, regiónu i Slovenska.

Prajeme im všetko dobré na ich ceste.

doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.
dekan Fakulty zdravotníctva

VÝZNAM KOMUNIKACE V INTERPERSONÁLNÍCH VZTAZÍCH SESTER

TOMOVÁ Šárka[1], BARTOŠOVÁ Lenka[2]

[1] *Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Katedra pedagogiky*
[2] *Oblastní nemocnice Příbram, a.s.*

ABSTRAKT
Příspěvek předkládá pohled na význam komunikace a komunikačních dovedností sester v rámci interpersonálních vztahů. Analýzou výsledků průzkumného šetření, které proběhlo na přelomu roku 2012/13, článek přispívá k potvrzení významu osvojení komunikačních dovedností sester v proklientské komunikaci. Dobrá komunikace je označována jako jeden z významných faktorů, utvářejících kvalitní profesionální vztahy na pracovišti. Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda existují rozdíly ve vnímání interpersonálních vztahů mezi sestrami v jednosměnném a vícesměnném provozu. Kvalita komunikace mezi členy ošetřovatelského personálu se velkou měrou podílí na hodnocení kvality ošetřovatelské péče daného zdravotnického zařízení.

Klíčová slova
Interpersonální vztahy; Komunikační dovednosti; Proklientská komunikace; Verbální komunikace.

ABSTRACT
The article presents insight into the importance of communication and the communication skills of nurses in interpersonal relationships. The analysis of the results of research that took place at the turn of 2012/13, article helped to confirm the importance of mastering communication skills of nurses in pro-client communication. Good communication is identified as one of the major factors that influence the quality of professional relationships at work. The goal of the investigation was to determine if there are some differences in the perception of interpersonal relationships between nurses at single-shift and multi-shift operation. The quality of communication between members of the nursing staff has a big influence on the quality of nursing care of the medical institute.

Keywords
Interpersonal relationships; Communation skills; Pro-client communication; Verbal communication.

ÚVOD

Ve všech pomáhajících profesích je osobnost člověka tím nejdůležitějším nástrojem, protože hranice možností jejího zatížení a flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání (Plevoá, 2008). Činnost sestry je postavena na etických zásadách, mezi něž např. patří ochota sestry hájit zájmy pacientů a provádět u nich ošetřovatelskou péči s akceptováním důstojnosti a intimity, dále pak větší osobní odpovědnost a samostatnost sestry. Při provádění ošetřovatelského procesu je nezbytná maximální důvěra rodiny a pacienta k sestře. Chování a jednání sestry ovlivňuje kvalitu její ošetřovatelské péče nejen vzhledem k nemocnému, ale i k rodinným příslušníkům apod. Pacient velmi citlivě vnímá, uplatňování interpersonální dovednosti sestry. Při vstřícnosti a ochotě sestry pacient vyjadřuje v daleko větší míře své problémy a vnímá pohodu a podporu ošetřovatelského týmu. Takto vytvořený vzájemný vztah, umožňuje velice úzkou spolupráci s pacienty, urychluje edukační a terapeutický účel ošetřovatelského procesu. Naopak neprofesionální jednání sestry může komplikovat ošetřovatelskou i léčebnou péči. Dobrá spolupráce a důvěryhodnost ošetřovatelského týmu vůči pacientům se odráží na společenské prestiži ošetřovatelského povolání.

VLASTNÍ TEXT

Osobnost sestry by měla mít určitou míru inteligence a ctižádost obohacovat své znalosti a pracovat s nimi. Vzhledem k faktu, že komunikační činnost se prolíná nejen celým ošetřovatelským procesem v péči o pacienta, ale rovněž tvoří jádro týmové spolupráce, uvádíme níže základní role sestry, které uvádí Staňková (2002, s. 11) a které svými definicemi vyjadřují požadavek neustálé vzájemné interakce sestry a pacienta a interakce sestry s ostatními členy ošetřovatelského personálu. Jednotlivé role sestry předpokládají dokonalé zvládnutí komunikačních dovedností:

- „*Sestra – pečovatel: tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetřovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetřovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.*
- *Sestra - edukátor nemocného a jeho rodiny: v moderním ošetřovatelství je zdůrazňována také edukační činnost sestry, kterou se setra podílí na:*
  - *upevňování zdraví a prevenci jeho poruch; rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházením komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebe obslužných činnost;pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných praktických dovedností.*
- *Sestra – obhájce (advokát) nemocného: v případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetřovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty.*
- *Sestra - koordinátor: v plánování a realizaci ošetřovatelské péče úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči.*
- *Sestra – asistent: sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem.“*

Komunikace je lidská schopnost, která využívá slovních a mimoslovních výrazových prostředků k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, v němž jedinec projevuje svoji vůli, myšlenky, city a sděluje informace (Honzák, 1999). Vždy dochází k oboustrannému působení a ovlivňování, které označujeme jako sociální interakce (Bedrnová, Nový a kol., 2009). Komunikace je tudíž prostředek sociální interakce. Komunikační proces je tvořen tím kdo zprávu vysílá (komunikátor), a tím kdo zprávu přijímá (komunikant), a tím kterým je zpráva předána. Do úvahy musíme brát jednosměrnou a oboustrannou zpětnou vazbu ze strany příjemce.

Komunikovat lze verbálně i neverbálně. Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími. Komunikace je základem všech vztahů mezi lidmi. Řeč je základem pro komunikaci. Další formou pro komunikaci je řeč psaná, kterou mnoho jazyků ani nemá. Nedostatek informací, nemocnému komplikuje adekvátní rozhodování o svém stavu, což mnohdy vede ke špatnému léčebnému režimu, špatnému průběhu léčby a mnohdy ke vzniku zbytečných komplikací. Jak uvádí Haškovcová (2002) ve 3 paragrafu Etického kodexu České lékařské komory se v bodu 4 uvádí: „*Lékař zdravotnického zařízení se snaží přistupovat individuálně, tak aby byly maximálně uspokojovány potřeby a je povinen srozumitelným způsobem, odpovědně informovat nemocného…“*, proto by měl každý ošetřovatelský tým přistupovat k pacientům individuálně, tak aby byly maximálně uspokojovány jejich potřeby a to i v případě jedná-li se o pacienty, kteří adekvátně neovládají jazyk dané země. Při poskytování zdravotnické péče může dojít i k tomu že pacient odmítá komunikovat a spolupracovat s ošetřovatelským týmem. Toto může být příčinou nesprávného léčebného postupu nebo poruchou sociální interakce a sociální izolace, jak uvádí Košková (2003).

Při komplexní ošetřovatelské péči je dobrá komunikace prioritou, protože tak by nemělo docházet k poškození pacienta. Zdravotnické týmy se snaží přizpůsobit pacientům proto, aby byly maximálně uspokojeny jejich potřeby, i v případě neovládají-li jazyk dané země. Pojišťovny naší země tlumočníka nehradí, z uvedeného vyplývá, že by měly sestry být proškolené a ovládat alespoň částečně cizí

jazyky. Pro prvotní komunikaci s cizincem je dobré znát jednoduchou společenskou frázi jazyka, kterému pacient rozumí. *„V komunikaci totiž nejde jen o to, co se říká, ale i o to kdo to říká, komu, jak a také kdy a proč“* (Špatenková, Králová, 2009, s. 8).

Ve zdravotnictví je důležité umět velmi dobře komunikovat, neboť bez navázání dobrého vztahu mezi pacientem a ošetřovatelským týmem pak není možné dosáhnout dobré kvality ošetřovatelské péče. Základním faktorem mezilidské komunikace ve zdravotnictví je především týmová práce. Všichni členové ošetřovatelského týmu se podílejí na společném cíli, každý zaujímá svojí roli. Vztah nadřízeného, podřízeného a pacienta je odrazem poskytované týmové péče. Vždy je pro nás cílem dostatečně edukovaný pacient, který nám důvěřuje a spolupracuje. Proto je důležité, aby byl o svém zdravotním stavu dobře informován a mohl se aktivně účastnit a být spoluodpovědný za své zdraví. Dovednosti komunikovat se můžeme naučit, ale je nutné ji prohlubovat celý život (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Pro efektivní komunikaci ve zdravotnictví je důležitý krok uvědomění si, pochopení komunikačních bariér a jejich překonávání. Příčiny komunikačních bariér jsou v názorech, znalostech, v postojích, v sociálním zařazení, komunikačních dovednostech a zkušenostech. Na jedné straně máme interní komunikační bariéry, které mohou být způsobeny strachem z neúspěchu, problémem komunikujícího, rozdílnost v kultuře, skákání do řeči, slangová mluva, nářečí či odborné názvy. Můžeme mezi ně zařadit i neúctu, nesympatii, nadřazenost, nepřipravenost ke komunikaci a nesoustředěnost. Na straně druhé jsou to externí komunikační bariéry, které jsou ovlivňovány rušivými prvky z prostředí. Sem můžeme řadit demografické vlivy, znemožnění zpětné vazby, nezvyklé prostředí, například interiérové uspořádání místnosti, vyrušování další osobou a vzdálenost komunikujících (Svobodník, 2009; Mikuláštík, 2010). Ošetřovatelský tým při své péči by měl používat nejen komunikaci profesní, ale i sociální a společenskou.

MEZILIDSKÉ VZTAHY

Úroveň interpersonálních vztahů v pracovních týmech se odvíjí od oboustranného působení sester na pracovišti. Je tu nutná nezbytná sehranost týmu, aby byl stanovený cíl splněn a to i s žádaným výsledkem. Pokud se ale objeví soutěživost a soupeřivost v ošetřovatelském týmu jsou výsledky nejisté. Toto platí zvláště pro zdravotníky, kteří jsou spojeni s rizikem ohrožení života pacienta. V interpersonálních vztazích je neméně důležitá důvěra, která je specifická pro vzájemný kontakt mezi jedinci. Jak uvádí Svobodník (2009), jde o *„naší sebedůvěru“*. Dále, že bychom měli být přesvědčeni, že náš protějšek naplní naše očekávání, jako například přijde včas, zastane se nás, nepřisvojí si výsledky jiných za své vlastní. Každý vztah na svém počátku zpravidla začíná nesmělou komunikací, kdy vznikají mezi jedinci určité sympatie nebo naopak nesympatie. V rozvoji ve vztahu pak dochází k širší komunikaci a zkoumání svých zájmů. Když se objeví souznění obou „partnerů“, kdy začínají spolu trávit více pracovního času, dochází postupně k odkrývání svých osobních věcí. V dalším prohlubování vztahu se prohlubuje vzájemné porozumění a důvěra, jenž má intimní charakter. V hlubším partnerském vztahu pak dochází k vzájemnému přizpůsobování se nejen v jejich volném čase, ale i na pracovišti, kde vzniká formalizovaná vazba. Ve všech vztazích by měla vzniknout zpětná vazba, která nám ozřejmí, jestli můžeme vztah dále prohlubovat. V zaměstnání jsou mezi lidmi pracovní vztahy, které ovlivňují samotnou vykonávanou práci, obohacují vztahy mezi jednotlivci, tvoří různé změny. Liší se systémem daného pracoviště, vztahy mezi přáteli a specifikou pracovní pozice a role. Ačkoli lidé vykonávají stejné interpersonální aktivity, působí na sebe pracovní výkonností, dovedností a motivací. V soukromích vztazích, ale i ve vztazích na pracovišti, na sebe vzájemně působíme, sdílíme svoji spokojenost, energii,

ale také vzájemnou podporu, a proto můžeme naše vztahy měřit a hodnotit. Každou interakci ve vztahu můžeme hodnotit pozitivně či negativně. Můžeme však říct, že v každém vztahu je vyjadřována míra uznání, vážnosti nebo neúcty, nebo odporu a odmítání či pohrdání. V tomto případě tyto vztahy snižují sebevědomí daného jedince (Mikuláštík, 2010).

SPOLUPRÁCE V TÝMU

Na pracovištích členové týmu mají společný cíl, každý z nich se však podílí jiným způsobem na jeho splnění, má tedy jinou roli. Členové týmu se lépe přizpůsobují novým nápadům a reagují pružněji na nové poznatky nežli samotní jednotlivci. Všeobecně jsou členové týmu schopni dosáhnout vysoké míry odpovědnosti. Skupina pracovníků se může stát týmem jen tehdy, pokud splní několik podmínek musí mít společný cíl; uplatňovat principy demokracie v týmu a autonomie; vymezit role a jejich kompetence; uplatňovat správnou komunikaci, spolupráci, dobré vztahy; konfliktem lze řešit i problém; fungování týmu jako celku, týmová podpora a spolupráce; vzájemnou závislost týmových rolí a jejich návaznost; kreativní myšlení a iniciativu všech členů.

Není jednoduché vytvořit dobrý a vyvážený tým, nemůžeme proto hned očekávat od týmu efektivní a dobře provedenou práci. V týmu si musí nejprve každý člen ujasnit svoji roli a kompetenci a následnou odpovědnost. Jedinci, kteří jsou nepřátelsky naladění, konfliktní a nechtějí prosazovat změny, se pro týmovou práci nehodí. Proto by měl být tým sestavován z lidí, kteří prokázali praktické i vědomostní dovednosti. Pracovní tým by se měl podílet na svém rozvoji a přitom plnit potřeby ošetřovací jednotky. Jeden z mnoha předpokladů rozvoje je důvěra a informovanost v týmu. Jde o informace, které jsou důležité pro členy týmu, dále jde o to, aby se k nám dostaly včas, nezkreslené a srozumitelné. V neposlední řadě podstatný způsob předávání informací v ošetřovatelském týmu, ze kterého plynou případné problémy, změny či konflikty (Mikuláštík, 2010).

KONFLIKT

Konflikt vzniká při střetu dvou nebo více navzájem nepochopených rolí či pracovních pozic, kompetencí. Konflikt vystihuje mnoho definic, například Čakrt nahlíží na konflikt z psychologického hlediska jako kolizi aktivit (osoby, skupiny, organizace, státy). V konfliktu jde o interakci, v níž má jedna strana tendenci bránit či si vynucovat určitý výsledek proti odporu. Podle Křivohlavého je konflikt vyjádření názorů, kdy protilehlé strany bojují o stejnou věc. Jde o názor dvou nebo více rozdílných názorů, kdy je konflikt prožíván všemi zúčastněnými stranami (In Bednařík, 2001).

V oblasti zdravotnictví bylo popsáno mnoho druhů a typů konfliktů. Pro úplnost uvádíme jen některé z nich:

Intrapersonální konflikty neboli vnitřní konflikty, se týkají nitra jedné osoby. Jsou to konflikty rozumu, touhy, povinností, představ a myšlenek, motivů. Při vzniku konfliktu hrají významnou roli emoce. Pokud konflikty přichází často a jsou silné intenzity, lidem přináší nerozhodnost, nejistotu, trápení a nespo-kojenost se sebou samým. Nekonfliktní jedi-nec vyhledává spolupráci, dialog a týmové ře-šení problému a snaží se najít kompromis v dané situaci.

Interpersonální konflikty neboli vnější konflikty, které se odehrávají mezi jednotlivcem. Hovoříme o konfliktech, které se odehrávají viditelně mezi lidmi, kteří si hájí svoji pravdu.

Konflikty skupinové jsou takové, které se řeší mezi jedinci v uvnitř jedné skupiny, například konflikt mezi sestrami na jednom oddělení.

Meziskupinové konflikty vznikají většinou mezi dvěma nebo více skupinami. Například jsou to konflikty s odlišnými názory národnostními, etnickými, komunitními.

Podle Kubicové (2011) dělíme konflikty podle doby trvání, na *krátkodobé,* které nemají tak velký význam, ale trvají omezenou dobu. Vznikají ze situací a ve většině případů bez

následků a škod. *Střednědobé* jsou závažnější a přetrvávají delší dobu. V ošetřovatelském týmu omezují výkonnost sester a to především při neřešení konfliktů a v případě, že se neřeší, přecházejí v *dlouhodobé* někdy až trvalé konflikty. Tento stav sestry unavuje, ubírá na soustředěnosti a to i v případě, že příčina konfliktu už pominula a přetrvává touha po pomstě, odplatě, odvetě a zadostiučinění.

Ve zdravotnictví vznikají málokdy konflikty bez příčiny. Vznikají obvykle náhle. Dle Ondriové (2011, s. 30) jsou příčiny následující: „*nepochopení, nedorozumění, nečestnost, polopravdy a nepovězené pravdy, nedbalost, záměr (je to nejsilnější zdroj pro vznik a řešení konfliktů), rozdílné názory, přesvědčení bez akceptace druhého, nevytvoření hranic, nezvládnutí konfliktů, strach je zdrojem mnohých konfliktů.“* Zdroje nejčastějších konfliktů v ošetřovatelství: *„nedostatky v organizaci práce – nejsou jasná pravidla, povrchní vztah k práci – nedbalé plnění úloh, malá objektivnost při hodnocení vlastní práce – jde o nekritické myšlení, nízká disciplinovanost, charakterové vlastnosti a osobní předpoklady – zaměnění myšlenek za fakta, nadměrná fyzická a psychická zátěž – pracovní klima, charakter práce, nepříznivé klima a mezilidské vztahy – přehlížení konfliktů, nevhodný styl řízení, nedostatečná informovanost a nevhodná komunikace“* (Ondriová, 2011, s. 31).

Je známo, že konfliktní situace přináší materiální a morální škody. Zároveň je to však jedno z možných řešení, jak může sestra hájit svá práva. Zdravotnický pracovník by měl hledat kompromis v řešení a usilovat o porozumění druhého. Neměl by zaměňovat dialog za monolog, měl by umět poskytnout dostatek časového prostoru k vyřešení konfliktu.

CÍL PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na základě poznaných skutečností byl v našem průzkumném šetření stanoven hlavní cíl: zjistit, zda dochází ke změnám v interpersonálních vztazích u sester v jednosměnném a vícesměnném provozu.

METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA VZORKU

Na přelomu roku 2012/13 byla provedena průzkumná studie týkající se tematiky interpersonálních vztahů sester. K vyhodnocení byla použita metoda kvantitativně kvalitativního průzkumu sběru dat formou dotazníku a rozhovoru. K získání informací byl pro dotazované sestry vytvořen dotazník a pro vybraný vzorek sester byly připravené 4 otázky ke standardizovanému rozhovoru. Všechny dotazované sestry jsme předem upozornili, že průzkum je anonymní a získané informace, které nám sdělí, budou využity jen pro účely našeho šetření. Délka rozhovoru byla v rozmezí 15-30 minut, byl proveden jejich audiozáznam na diktafon, aby nebyla rušena plynulost rozhovoru. Ze všech náhodně vybraných sester žádná rozhovor neodmítla. Výsledky kvalitativního šetření budou předmětem některého z dalších příspěvků. Dotazník tvořilo 27 otázek, které obsahovaly otázky identifikační, uzavřené a polootevřené – ty nabízely výběr z konkrétních odpovědí a zároveň možnost vlastního názoru. Otázky byly formovány tak, aby byly pro všechny dotazované sestry srozumitelné. Úvod dotazníku obsahoval instrukce ke správnému vyplnění a byla zdůrazněna dobrovolnost a anonymita.

Pro zpracování údajů získaných pomocí dotazníků jsme prováděli vyhodnocení otázek pomocí statistického vzorce fi = (ni / n) • 100, který nám určil procentuální vyhodnocení. Pro přehledné zobrazení jsme použili tabelární a grafické znázornění výsledků v programu Microsoft Excel.

Dotazníky byly rozdány v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. na anesteziologicko-resuscitačním, chirurgickém, interním, gynekologicko-porodnickém, ortopedicko-traumatologickém oddělení a akutním příjmu. Průzkumné šetření probíhalo v období listopad, prosinec 2012 a leden 2013.

Průzkumný soubor tvořilo celkem 193 sester, z toho 53 sester v ranním provozu a 140 sester ze směnného provozu. Jsme si vědomi, že tento rozdíl v počtu respondentů v jednot-

livých skupinách není statisticky měřitelný, vzhledem k personálnímu obsazení jednosměnného a směnného provozu daného zdravotnického zařízení však považujeme výsledky průzkumu za zajímavé a hodnotíme je převážně samostatně. Návratnost použitelných dotazníků byla 95,5 %.

VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro přehlednost informací uvádíme jen některé výsledky průzkumného šetření, které považujeme vzhledem k tématu za podnětné.

V otázce číslo 9 se měli například respondenti vyjádřit, zda vnímají vztahy na jejich oddělení jako optimální. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1 Hodnocení vztahů na oddělení jako optimální

Hodnocení vztahů na oddělení jako optimální	**Ranní služby**		**Směnný provoz**	
	Abs.	**Relat.**	**Abs.**	**Relat.**
Ano	13	24	32	23
Spíše ano	36	68	87	63
Nevím	2	4	9	6
Spíše ne	2	4	9	6
Ne	0	0	3	2
Celkem	53	100	140	100

Z celkového počtu 193 respondentů jich 45 (23%) označilo interpersonální vztahy na oddělení za optimální, 123 respondentů (64%) odpovědělo spíše ano, 11 respondentů (6%) nevědělo, dalších 11 respondentů (6%) spíše nepovažuje vztahy za optimální a 3 respondenti (1%) odpověděli, že je určitě nepovažují za optimální.

V další otázce jsme se dotazovali respondentů, zda se podle jejich názoru dokáží za sebe v opodstatněných případech postavit, podpořit se navzájem.

Tabulka 2 Soudržnost na oddělení

Soudržnost na oddělení	**Ranní služby**		**Směnný provoz**	
	Abs. četnost	**Relat. četnost**	**Abs. četnost**	**Relat. četnost**
Ano	13	25	61	44
Spíše ano	39	74	73	52
Nevím	0	0	0	0
Spíše ne	1	1	6	4
Ne	0	0	0	0
Celkem	53	100	140	100

Z celkového počtu 193 respondentů si jich 74 (38%) myslí, že na oddělení panuje vzájemná podpora, 112 respondentů (58%) si myslí, že spíše ano a 7 respondentů (4%) odpovědělo, že na oddělení vzájemná podpora spíše nefunguje.

Zajímavým se nám jeví zjištění o frekvenci výskytu konfliktů na oddělení. V otázce číslo 14 jsme se dotazovali, jak často k nim na oddělení dochází.

Tabulka 3 Frekvence konfliktů

Frekvence konfliktů	Ranní služby		Směnný provoz	
	Abs. četnost	Relat. četnost	Abs. četnost	Relat. četnost
Denně	2	4	4	3
1x týdně	13	27	12	9
1x za měsíc	6	13	36	29
1x za půl roku	27	56	74	59
Celkem	48	100	126	100

Za významné považujeme výsledky, které vyšly z odpovědí respondentů na otázku faktorů, které mohou podle jejich mínění přispívat ke vzniku stresujícího prostředí na jejich oddělení.

Tabulka 4 Faktory vzniku stresujícího prostředí

Faktory vzniku stresujícího prostředí	Ranní služby		Směnný provoz	
	Abs. četnost	Relat. četnost	Abs. četnost	Relat. četnost
Vybavenost pracovního prostředí	15	11	34	10
Vlastní náplň práce	14	10	24	7
Vztahy mezi kolegy	40	30	115	34
Chování a jednání nadřízených	46	34	106	32
Finanční ohodnocení mé práce	20	15	55	16
Nic z uvedeného	0	0	4	1
Celkem	135	100	338	100

49 dotázaných (10% z celkového počtu 473 odpovědí) považuje za faktor vzniku stresujícího prostředí na oddělení vybavenost pracoviště, pro 38 dotázaných (8%) je tímto faktorem náplň práce, pro 155 dotázaných (33%) napjaté vztahy mezi kolegy, pro 152 dotázaných (32%) chování a jednání nadřízených, pro 75 dotázaných (16%) finanční ohodnocení jejich práce a 4 dotázaní (1%) nepovažují ani jednu z uvedených možností za faktor vzniku stresujícího prostředí.

V následující otázce jsme se dotazovali, zda si respondenti myslí, že je mezi nimi někdo, kdo by si dokázal přisoudit úspěchy druhých za své vlastní.

Tabulka 5 Přítomnost osoby přisuzující si zásluhy ostatních

Přítomnost osoby přisuzující si zásluhy ostatních	Ranní služby		Směnný provoz	
	Abs. četnost	Relat. četnost	Abs. četnost	Relat. četnost
Ano	11	21	36	26
Spíše ano	4	7	10	7
Nevím	7	13	34	24
Spíše ne	21	40	42	30
Ne	10	19	18	13
Celkem	53	100	140	100

Z celkového počtu 193 oslovených si 47 (24%) myslí, že na oddělení je přítomna osoba, která by si dokázala přisoudit úspěchy ostatních, 14 oslovených (7%) si není jistých, ale myslí si, že spíše ano, 41 oslovených (21%) neví, zda je na oddělení takováto osoba, 63 oslovených (33%) si myslí, že spíše není a 28 oslovených (15%) si je jisto, že na oddělení takováto osoba není.

V otázce číslo 25 se respondenti vyjadřovali, které z níže uvedených faktorů považují pro udržení kvalitního pracovního prostředí za demotivující.

31 dotázaných (7% z celkového počtu 447 odpovědí) považuje za demotivující, když nemá pocit uspokojení z vykonané práce, 27 dotázaných (6%) považuje za demotivující neúspěšnou seberealizaci, 123 dotázaných (28%) nedostatečné finanční ohodnocení, 88 dotázaných (20%) chování a jednání kolegyň, 126 dotázaných (28%) chování a jednání nadřízených, 50 dotázaných (11%) vybavenost ošetřovací jednotky a 2 dotázaní považují za demotivující nedostatek personálu.

Tabulka 6 Faktory demotivující k udržení kvalitního pracovního prostředí

Faktory demotivující k udržení kvalitního pracovního prostředí	**Ranní služby**		**Směnný provoz**	
	Abs. četnost	**Relat. četnost**	**Abs. četnost**	**Relat. četnost**
Nemám pocit uspokojení z vykonané práce	11	8	20	6
Neúspěšná seberealizace	11	8	16	5
Finanční ohodnocení	34	25	89	28
Chování a jednání kolegyň	28	21	60	19
Chování a jednání nadřízených	36	27	90	29
Vybavenost ošetřovací jednotky	14	11	36	12
Nedostatek personálu	0	0	2	1
Celkem	134	100	313	100

DISKUZE

Průzkum ukázal, že sestry v ranním provozu jsou méně přístupné týmové spolupráci než sestry ve vícesměnném provozu. Můžeme usuzovat, že je to dáno tím, že sestry z ranního provozu jsou v zaměstnání denně a tudíž získávají informace nezprostředkovaně. Ověřili jsme si, že sestry ze směnného provozu jsou více nakloněny týmové spolupráci, protože musí spoléhat na kvalitu předání zprostředkovaných informací od kolegyň. U obou typů provozu se objevují z více jak jedné třetiny interpersonální konflikty. Obě skupiny dotazovaných sester se však shodly na upřednostňování pozitivního klima na pracovišti a považují ho za významnou podmínku vykonávání svého povolání. Za překvapivé lze považovat výsledky, které prokazují, že 20% sester považuje za demotivující chování a jednání kolegyň a 28% sester považuje za demotivující chování a jednání nadřízených. Lze si tedy oprávněně položit otázku, je skutečně úroveň naší komunikace na pracovišti ideální?

ZÁVĚR

Sestra při vykonávání své činnosti se dostává do velmi náročných mezilidských vztahů. Musí zvládat vztahy na horizontální, vertikální úrovni, ale také s nemocnými a jejich rodinami. Je proto nezbytné, aby měla osvojené komunikační dovednosti, uměla respektovat názor druhého a projevovat vzájemnou úctu. Průzkum ukázal, že vztahy sestry mezi sebou hodnotí 123 (64%) za dobré a 45 (23%) za optimální. Výsledky jsou dobrým výchozím předpokladem pro snahu sester zlepšit interpersonální vztahy na pracovišti, jelikož nemůžeme předpokládat, že na každém pracovišti je

vše ideální. Schopnost asertivní komunikace s kolegy, možnost vhodně projevit svůj názor, možnost diskuze s nadřízenými jsou prvky, které se podílí na celkové spokojenosti sester a tím na kvalitně poskytované péči.

LITERATURA

BÁRTLOVÁ. S. - CHLOUBOVÁ, I. - TREŠLOVÁ, M. 2010. *Vztah lékař – sestra.* Brno: NCO NZO, 2010. 126. ISBN 978-80-7013-526-6.

BEDRNOVÁ, E. - NOVÝ, I. a kol. 2009. *Psychologie a sociologie řízení.* 3. vydání. Praha: Management Press, s.r.o., 2009. 800 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

ČAKRT, M. - KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. In BEDNAŘÍK, A. *Riešenie konfliktov: príručka pre pedagógov a pracovníkov s mladežou: praktická príručka pre tých, ktorí chcú viac porozumieť konfliktom aneautoritatívnym spôsobom ich riešenia.* Bratislava: Centrum prevencie a riešenia konfliktov, Partners for Democratic Change Slovakia, 2001. s. 201. ISBN 80-968095-4-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HONZÁK, R. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání. Praha: Galén, 1999.

KOŠKOVÁ, J. 2003. Komunikativní a jazykové bariéry. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava: Repronis, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.

MIKULÁŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada, 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

ONDRIOVÁ, I. 2011. Konflikty v ošetrovateľskej praxi a možnosti ich kreatívneho riešenia. In *Florence.* ISSN 1801-464X, 2011, roč. VII, č. 2, s. 30-34.

PLEVOVÁ, I.2008. Zdravotní sestra a pomáhající profese. In *Profese*. ISSN 1803-4330, 2008, č. 1, roč. 3, s. 9.

STAŇKOVÁ, M. 2002. *Sestra - reprezentant profese.* Brno: NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

SVOBODNÍK, P. 2009. *Management pro zdravotníky v kostce.* Brno: NCO NZO, 2009. 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.

ŠPATENKOVÁ, N. - KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ALKOHOLIZMUS A JEHO SOCIÁLNY DOPAD U ŽIEN

MASTILIAKOVÁ Dagmar[1], ŠIMOVCOVÁ Darina[1], LENGYELOVÁ Mária[1,2]

[1] Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
[2] Nemocnica s poliklinikou, Považská Bystrica

ABSTRAKT
Práca prezentuje problematiku alkoholizmu u žien. Je zameraná predovšetkým na príčiny alkoholizmu a jeho sociálny dopad u žien. Metodikou práce je jedna kompletná kazuistika 37 ročnej ženy – alkoholičky. Kazuistika poukazuje na problémy ženy, ktorá nie je schopná ani za poskytnutej pomoci sestier a lekárov zmeniť svoje myslenie a správanie.

Kľúčové slová: Alkoholizmus. Alkoholová závislosť. Abstinencia. Sestra. Alkoholizmus žien.

ABSTRACT
The work presents the issue of alcoholism in women. It is primarily focused on the causes of alcoholism and its social impact on women. Methodology work is complete one case report 37 year old woman - an alcoholic. Case report highlights the problems a woman who is unable to or for the assistance of nurses and doctors to change their thinking and behavior.

Keywords: Alcoholism. Alcohol dependence. Abstinence. Sister. Alcoholism women.

ÚVOD

Alkoholizmus je choroba, ktorá sa dá zastaviť, ale nedá sa vyliečiť. Jedným z jej symptómov je neovládateľná túžba vypiť si. Ak sa postup choroby nezastaví, môže sa skončiť duševnou chorobou, alebo smrťou. Alkoholizmus je choroba na celý život. Postihuje obe pohlavia. Stáva sa, že alkohol ľudia používajú ako barličku pri úniku z rôznych problémových situácii, ako je strata zamestnania, rozpad rodiny, pocit opustenosti, strata záujmov, citové stagnovanie, strata motivácie, nahromadenie stresov a ich dlhodobé odkladanie riešenia.

PRÍČINY ALKOHOLIZMU

Na vzniku sa podieľa viacero faktorov a ich vzájomná interakcia ako je dedičnosť, prostredie, náhodné faktory v živote, zvedavosť, chudoba aj prepych, nezamestnanosť, mužské pohlavie.

Dawson et.al., 1992 uvádza náchylnosť k rozvoju poruchy u detí alkoholikov dvojnásobne vyššiu ako tých bez rodinnej anamnézy. Pri vzniku sa tak vyskytujú faktory, ktoré sa pri posudzovaní a skúmaní závislosti opakujú, tzv. rizikové faktory. Môžeme ich rozdeliť na spoločenské a individuálne:

a) spoločenské: dostupnosť alkoholu a drog, bývanie v lokalite s vysokou kriminalitou,
b) individuálne: alkoholizmus v rodine, asociálne správanie rodičov (Varmuža, 2001).

ŽENY A ALKOHOLIZMUS

V posledných rokoch dochádza k veľkému nárastu abúzu alkoholu žien, čo pravdepodobne spôsobuje, že pitie alkoholu sa v súčasnosti považuje za celospoločenskú normu. Emancipáciou vzrastá tolerancia k ženskému alkoholizmu a tiež spoločnosť sa pozerá inak na pijúcu ženu. Ženy najčastejšie siahajú po alkohole pri stavoch úzkosti a depresii, po ťažkých traumách, ktoré nemajú zväčša fyzický, ale skôr psychický pôvod, keď prekonajú konflikty rôzneho druhu, ako je napríklad rozvod, pri pocite osamelosti prázdneho hniezda, sexuálnych problémoch a podobne (Jenčiková, 2010).

Ženy, ktoré zneužívajú alkohol môžeme rozdeliť do troch skupín na *mladistvé*, ktoré pijú nadmerne so svojim partnerom, na *ženy stredného veku*, ktoré svoje príjmy spotrebujú ako muži pri pijanských zvyklostiach a napokon na *ženy, ktoré trpia depresiou pri osamelosti* (prázdne hniezdo).

SOCIÁLNY DOPAD ALKOHOLIZMU ŽIEN

Ženu alkoholičku verejnosť vníma ako ženu, ktorá nedokáže svoje správanie kontrolovať, čo pravdepodobne vychádza z modelu vnímania závislosti ako morálneho úpadku, slabosti a je poruchou charakteru. Prívrženci tohto modelu neakceptujú biologický základ problému so závislosťou. Myslia si, že žena s väčšou morálnou silou by mala mať silu vôle na prekonanie závislosti, lebo samotná závislosť demonštruje veľké morálne zlyhanie. Niekedy sa pýtame, či slušná žena môže byť zároveň aj alkoholička. S alkoholom sa často spája aj trestná činnosť. Musíme však povedať, že mnoho páchateľov trestnej činnosti neužíva návykové látky a naopak mnoho žien nadmerne požívajúcich alkohol nepácha trestnú činnosť. Aby sme predišli takýmto problémom, je dôležité, aby sa sestry a lekári prvého kontaktu teda praktickí lekári sa snažili podchytiť viditeľné zmeny osobnosti a príznaky začínajúcej závislosti a nasmerovali svoje klientky na včasné vyšetrenie k lekárovi psychiatrovi, ktorý podľa stavu závislosti môže odporučiť liečbu. Ak by sa pacientka bránila, je ešte možnosť kontaktovať psychológa a hlavne vyzvať najbližšiu rodinu k spolupráci (Valková, Okruhlica, 2009).

Je možné úplné vyliečenie?

Je to možné vtedy, ak sa stane úplná abstinencia realistickým a dostupným cieľom. Nie je možná vtedy, ak sa domnieva, že mu slabosť pre alkohol ostane do konca života. Abstinencia mu dovolí držať na uzde prejavy jeho ochorenia a vyvaruje sa toho, že opäť podľahne nástrahám závislosti.

Ambulantná liečba

Výhoda ambulantnej liečby je taká, že nevytrhne pacienta z jeho pracovného a rodinného prostredia. Fáza abstinenčných príznakov trvá asi týždeň a môže ju pacient pomocou liekov a pod kontrolou lekára zvládať aj doma. V prípade, ak zlyhá ambulantná liečba, je nevyhnutná hospitalizácia (Lindenmeyer, 2009).

Hospitalizácia

Výhodná je preto, že pacient sa dostáva z kolotoča každodenného života so všetkými problémami. Nevýhoda spočíva v tom, že je odstavený od rodiny a pracovného pomeru. Liečba dáva príležitosť k zhodnoteniu situácie na fyzickej úrovni, psychologickej a rodinnej (Lindenmeyer, 2009).

Abstinencia

Abstinujúci alkoholik je akoby vymenený človek. Nie je pre neho ľahký návrat späť do spoločnosti, prostredia v ktorom žil, pracoval, pre nálepku alkoholik. Spoločenské dianie, správanie prebiehalo niekde mimo neho. Alkohol bol dlho zdrojom potešenia, nálady, vyhýbal sa ľuďom, čo ovplyvnilo psychiku alkoholika. Protialkoholické liečenie tak napomohlo k dospeniu úplne inej mentálnej úrovne, kedy si vyhľadáva nové zdroje potešenia, nálady (Okruhlica, 2011). *„Abstinencia sa nedosiahne, ak ju závislý nebude chcieť dosiahnuť“* (Martinove, 2011, s. 193). A ako uvádza Okruhlica (2012, s. 33): *„Abstinentský životný štýl nie je prejavom prítomnosti choroby, ale neraz známkou výborného zdravia.* Cieľom prevencie je ovplyvniť základné prvky hrania alebo konzumácie návykových látok rovnako v prípade drog, ako aj alkoholu (Martinove, 2012, s. 31).

PSYCHOTERAPEUTICKÝ PRÍSTUP SESTRY K PACIENTKAM

Prvoradou úlohou sestry je zabezpečiť u pacientky pohodu, individuálnosť, diskrétnosť. Na druhej strane sestra musí byť empatická, lebo je to najdôležitejší a zároveň najzložitejší faktor pôsobiaci na vzájomnú komunikáciu sestra a pacientka (Hanzlíková, 2006). Na ženách, ktoré sa vrátia z desať týždňového pobytu v liečebni vidieť pozitívne zmeny v správaní, v myslení, v zmene rebríčku hodnôt, ale hlavne vo fyzickej a psychickej vyrovnanosti, ktorá zároveň pôsobí na zmenu kvality života. Cesta z „bludného kruhu“ vedie k zlepšeniu vyrovnávania sa so záťažovými situáciami a zároveň vedie k lepšej orientácii

pacientky poukázať na to, čo vlastne chce po liečbe dokázať a otvorene o tom komunikovať nie len so sestrou, ale aj najbližšími príbuznými a s priateľmi (Benkovič, Garaj, 2009). Povzbudenie pacientky sestrou, poukázanie na klady dobrovoľnej liečby a do abstinujúcej budúcnosti, pochvala pacientky a vytvorenie celkového dojmu dobrej spolupráce, pôsobia na ženu abstinujúcu alkoholičku ako dobrá relaxácia (Hanzlíková, 2006).

OŠETROVATEĽSKÝ PRIESKUM – KAZUISTIKA

Problém prieskumu

Prieskumný problém vyjadruje nasledovná otázka: „Sú intervencie sestry zamerané na dodržiavanie plnej abstinencie pacientok dostatočné?“

Ciele prieskumu

- Zistiť problémy žien závislých na alkohole.
- Zistiť efektivitu liečby alkoholizmu žien.
- Posúdiť adaptáciu na liečebný proces.

Metodika prieskumu

Ako metodiku prieskumu sme si zvolili kazuistiku, v ktorej podrobne rozpracovávame osud ženy závislej na alkohole. Prieskum sme realizovali v nemocnici s poliklinikou v protialkoholickej ambulancii od októbra 2011 do februára 2012. Informácie od pacientky sme získali pri pravidelných kontrolách v rámci rozhovoru, pozorovaním, odoberaním anamnézy od príbuzných. Metódu rozhovoru sme zvolili preto, lebo nám umožňuje získať podrobnejšie údaje o postojoch, názoroch, emočných väzbách pacienta, životnom štýle a zároveň tak uspokojiť jeho potrebu sociálneho kontaktu (Kristová, Tomašková, 2002).

REALIZÁCIA PRIESKUMU - KAZUISTIKA

Anamnéza: Meno: xy, Vek 40, Stav rozvedená, Poisťovňa 25 – Všeobecná zdravotná, Vzdelanie: stredoškolské bez maturity, Národnosť: slovenská

Diagnóza: Syndróm závislosti na alkohole – F 10.2

Terajšie ochorenie: Žena vo veku 37 rokov prišla spolu v doprovode svojej sestry na protialkoholickú poradňu po prepustení z psychiatrického oddelenia, kde bola hospitalizovaná 11 dní za účelom detoxikačnej liečby pri závislosti na alkohole. Toto bola jej druhá hospitalizácia na psychiatrickom oddelení. Po prvej liečbe v roku 2007 abstinovala 11 mesiacov a porušila abstinenciu. Na túto hospitalizáciu bola odoslaná obvodnou lekárkou za účelom prerušenia ťahu.

Osobná anamnéza: Prekonala bežné detské ochorenia. V 2003 bola hospitalizovaná na chirurgickom oddelení pre suicidálny pokus, v 1981 Commotio cerebri, 1978 Infekčná mononukleóza.

Rodinná anamnéza: Ako malé dieťa bola adoptovaná.

Gynekologická anamnéza: Menštruácia od 12 rokov, pravidelné 28 -30 dňový cyklus, 1x tehotnosť, potraty nie, antikoncepciu nikdy nebrala.

Alkoholická anamnéza: Problémy s alkoholom má asi 5 rokov, zo začiatku pila 3-4 dni, potom aj mesiac nepila, v súčasnej dobe pije skoro denne, máva alkoholické okienka-palimpsesty, aj ranné dúšky. Nechodí po reštauráciách, alkohol si nosí domov a popíja sama. Ako hlavný dôvod pitia udáva nepochopenie zo strany manžela, rodinné problémy a problémy so svokrou.

Farmakologická anamnéza: Užíva antidepresíva od prvej hospitalizácie na oddelení, keď pije tak ich vysadí. Užívala Paretín 20 mg 1 ráno, Tiapridal 3x1 tabletku, Oxazepam 1 tabletku podľa potreby a Campral 2-0-2 tabletky.

Alergická anamnéza: Neudáva.

Očkovania: Ako dieťa - základné.

Sociálna anamnéza: Ako dieťa bola adoptovaná a vyrastala spolu s dvoma sestrami. Vzťahy medzi nimi neboli vždy narušené tým, že nebola ich vlastná sestra. Počas manželstva bývala spolu so svokrou v súkromnom dome s manželom a ich teraz už 9 ročným synom. Doma mala časté nezhody, svokra ju nikdy neprijala. Manžel chodil domov len na ví-

kendy, neprejavoval záujem o pacientkine problémy, ktoré sa postupne hromadili. Citovo sa odcudzili, preto sa rozhodla od neho odísť. Rozviedla sa, začala vo zvýšenej miere popíjať alkohol, prišla o prácu a nebola schopná zabezpečiť syna. Pri rozvode súhlasila, aby bol zverený do výchovy manžela. V súčasnej dobe má údajne partnera, u ktorého býva v podnájme v jednoizbovom byte.

Pacientka je vyučená je krajčírka bez maturity. V prípade preliečenia by mohla pracovať vo svojej profesii.

Katamnéza

Pacientka má závažné psychické ochorenie z rady závislosti na návykových látkach v našom prípade na alkohole. Jej v anamnéze asi 5 ročné popíjanie alkoholu prešlo zo stavu príležitostného abúzu alkoholu do stavu závislosti. Pacientka si uvedomuje svoju závislosť, chce s ňou bojovať, ale túžba po alkohole ju často premohla. Opakovanými hospitalizáciami na psychiatrickom oddelení za účelom prerušenia ťahu, ústavnou liečbou a následne aj ambulantnou liečbou. Pravidelne dvakrát do týždňa chodila na protialkoholickú poradňu a bola nastavená na liečbu Antabusom. Počas tejto liečby nemala recidívu pitia, až keď po 7 mesiacoch, liečbu prerušila z dôvodu pracovného pomeru a nemožnosti pokračovať v liečbe. Po dvoch mesiacoch prišla opäť na ambulanciu v značne rozpitom stave. Je psychicky nevyrovnaná, nie je schopná nadviazať dlhodobejšie vzťahy, či už s rovnakým ,alebo opačným pohlavím. Toto spôsobuje, že nie je schopná zaradiť sa do žiadnej skupiny ľudí, s rovnakými záľubami, problémami, či podobnými životnými cieľmi. Pri krátkodobých známostiach partnerov alebo kamarátov využije, pri konflikte alebo nedorozumeniach s ňou ukončujú kontakt. Jej nálada sa často mení, úzkosť, plačlivosť, depresívne ladená nálada sa počas niekoľkých minút zmení na výbušnosť, argumentácia pitia ide do vulgarizmov. Občasné obdivovanie a pochvaľovanie samej seba, svojho zovňajšku a vyzdvihovanie telesnej krásy pôsobí ako zakrývanie svojich ozajstných psychických problémov. Pacientka po somatickej stránke je zatiaľ zdravá, nemá problém s alergiou, tráviaci a vylučovací systém má v poriadku. Nepociťuje žiadne bolesti, zmeny v doterajších biologických návykov neudáva.

Strata zamestnania, strata bývania, zlá sociálna situácia pacientku priviedla do stavu premýšľania nad svojím životom a k prehodnoteniu postojov k niektorým členom rodiny. V našom prípade myslíme matku, ktorú musela poprosiť o pomoc pri riešení bytovej situácie, nezaplatené účty, nezaplatené splátky pôžičky sa jej začali kopiť a bolo treba urýchlené riešenie. Pri podpore zo strany matky si našla robotu, absolvovala ambulantnú protialkoholickú liečbu, začala splácať dlhy, začala sa stretávať so synom, mysleli sme si, že pacientka bude abstinovať a dosiahne stanovené ciele. Po niekoľko mesačnom dodržiavaní abstinencie vysadila medikamentóznu liečbu, začali hádky s matkou, prišla opäť kvôli alkoholu o prácu, odišla z domu, začala bývať v podnájme, začala piť.

Analýza a interpretácia údajov

Analýzou údajov sme dospeli k stanoveniu nasledovných ošetrovateľských diagnóz:

- bezmocnosť - v súvislosti s abstinenčným stavom prejavujúca sa neustálym vracaním sa k alkoholu a premýšľaním o ňom,
- narušená verbálna komunikácia v súvislosti s nepochopením zo strany matky, ktorá sa prejavuje vyčítaním slabostí dcéry,
- narušené plnenie rodičovskej role v súvislosti s nadmerným pitím prejavujúce sa nezáujmom syna o matku,
- sociálna izolácia v súvislosti so stratou zamestnania.

DISKUSIA

Práca poukazuje na vyvíjajúci sa alkoholizmus žien, jeho problematika sa netýka len jednotlivca, ale má výrazný vplyv aj na rodinu, priateľov a v konečnom dôsledku aj na spoločnosť. Zmena somatického stavu, potreba pravidelnej konzumácie alkoholu ovplyvňuje

psychické rozpoloženie, mení sa osobnosť človeka, mení sa rebríček hodnôt a aj celkový sociálny status.

Rozpracovali sme kazuistiku ženy závislej na alkohole, ktorej problémy s alkoholom pretrvávajú päť rokov. Zo začiatku jej liečba bola iba v rámci psychiatrického oddelenia, kde absolvovala detoxikačnú liečbu a následne ambulantnú odmietala. Až po druhej hospitalizácii na psychiatrickom oddelení pochopila, že potrebuje ďalšiu pomoc. Počas ambulantnej liečby s podpornou medikamentóznou liečbou sme sa snažili riešiť abstinenciu. Na druhom mieste bolo bývanie aj pracovné zaradenie. Dlhodobo neriešené finančné problémy sa hromadili a u pacientky vyvolávali veľký stres. Autorky Brady a Sonne (1999) považujú stres za hlavnú príčinu k iniciácii alkoholizmu a iných drogových závislostí, ako aj v ich pokračovaní a v relapse.

Pacientkina problémová povaha bola odzrkadlením jej životných postojov nie len k samotnej liečbe, ale aj k rodine, svojmu maloletému synovi a neschopnosti dlhodobej abstinencie. V citovom živote je nestála a ma nízke sebahodnotenie. Aj to ju priviedlo k ďalším problémom a k následnému porušovaniu abstinencie. Podľa autorov Strom a Barone (2010) je u alkoholikov nižšie sebahodnotenie a sebaúcta v porovnaní s nealkoholikmi. Zároveň dokazujú, že u alkoholikov je externá kontrola z čoho vyplýva, že svoje problémy hľadajú vo vonkajších príčinách a nie v samých sebe.

Východisková situácia u tejto pacientky by mohla byť resocializačná liečba, ktorú opakovane odmietala. Na jednej strane verbalizovala pochopenie svojej sociálnej situácie, ohrozenie zdravotného stavu, ale na druhej strane dala najavo neschopnosť vzoprieť sa a tvrdo bojovať so závislosťou, čo bolo nad jej sily.

Posudzovaním pacientky sme zistili, že intervencie zo strany sestry boli dostatočné, ale vzhľadom k osobnosti pacientky, jej chápania nutnosti abstinencie, bagatelizovaniu svojho stavu a neschopnosti vzoprieť sa svojím návykom natoľko, aby ju priviedli k dlhodobému životu bez alkoholu neboli dostatočné. Premenné, ako sú stres, motivácia, adaptabilita a hlavne osobnostné črty sme nedokázali natoľko ovplyvniť, aby liečba u našej pacientky bola efektívna. Pri podrobnom pozorovaní vyvíjajúceho sa alkoholizmu u tejto pacientky v snahe poskytnúť jej rodinné, pracovné a sociálne zázemie sme neuspeli. V tomto prípade pacientka nepochopila, že hospitalizácia v nemocnici za účelom prerušenia alkoholického ťahu je len prvý krok k abstinencii, ktorý jej môže zdravotnícke zariadenie poskytnúť. Je nutná ďalšia liečba v ústavnej forme, kde pracuje multidisciplinárny tím odborníkov, ktorí by jej pomohli začať dlhodobú abstinenciu. Na to aby v nej pokračovala naďalej potrebuje resocializačné centrum, kde sa naučí disciplíne, pravidelnému zdravému životnému štýlu, abstinencii a hlavne mala by si nájsť nový zmysel života a určiť životné priority. K tomuto stavu je pacientku ťažko priviesť, nakoľko hneď po poslednej hospitalizácii na psychiatrickom oddelení za účelom prerušenia alkoholického ťahu sa na druhý deň opila. Prerušila všetky kontakty s rodinou, jej nevlastnými sestrami, nemá ani dôvernú kamarátku s ktorou by sa podelila o svoje problémy. Pozorovaním sme došli k záveru , ak by dôsledne dodržiavala odporúčané rady sestry a lekára, snažila sa zmeniť svoje priority a adaptovať sa na novú životnú rolu a na prvé miesto vo svojom živote postavila abstinenciu, svojho syna a rodinu bola by šanca dlhodobo abstinovať. V súčasnej dobe môžeme konštatovať, že pacientka svojím postojom k sebe samej a k okoliu, svojím problémom v adaptácii, nahromadením stresu a neschopnosti abstinovať nezvláda svoje životné situácie a porušuje abstinenciu.

Z kazuistiky vyplýva, že na pozitívnu liečbu vplýva niekoľko faktorov, z ktorých ako najdôležitejšie boli vzťah sestry a lekára s pacientkou a vytvorenie dôverného vzťahu. Zo strany pacientky má výrazný vplyv na abstinenciu motivácia k liečbe, na čo zároveň vplýva aj jej samotný postoj a sebahodnotenie, prípadne zvládanie stresových situácií.

Na základe zistení odporúčame tieto návrhy pre ošetrovateľskú prax:

- venovať dostatok pozornosti pacientkam zo závislosťou na alkohole so zameraním na uspokojenie biologických, psychických a sociálnych potrieb,
- vybudovať dôveryhodný vzťah sestra, lekár a pacientky,
- poskytovať pacientkam viac informácii o závislosti a možnostiach liečby,
- spoločne hľadať motivačné faktory k podpore abstinencie.

ZÁVER

Ženy alkoholičky sú prezentované ako alkoholičky so skrytým pitím. Ich chápanie seba samej, bagatelizácia nadmerného požívania alkoholu ich veľakrát privedie do štádia závislosti a stavu položiť si otázku čo ďalej. Ak sa rozhodnú liečiť, potrebujú dostatok informácii o možnostiach a spôsoboch ako postupovať pri riešení závislosti. K tomuto účelu slúžia psychiatrické ambulancie, protialkoholické poradne, ústavné liečebne a následné resocializačné centrá. Práca sestry zohráva veľkú úlohu. Nie je to osoba s ktorou sa pacientka stretáva na ambulancii, ale je to človek ktorý veľakrát zastupuje rolu priateľky, matky, dôverníka. Jej komunikácia, empatia, snaha pomôcť v každej situácii, poradiť a snažiť sa doviesť pacientku na správnu cestu ju veľakrát stojí veľa námahy, času a odhodlania vidieť aj v týchto závislých ženách pacientky, ktoré potrebujú pomoc odborného personálu.

Poukázali sme na pacientku v akútnom štádiu nadmerného pitiam alkoholu a opísali sme jej boj samej so sebou, svojím sebavedomím, postojom, odhodlanosťou a vytrvalosťou prestať piť. Fázy boja s alkoholizmom a rezignácia sa striedali s opakovaným porušovaním abstinencie. Stres a motivácia boli hlavnou príčinou začatia pitia ale aj jeho ukončenia. Na každú ženu alkoholičku sa musíme pozerať holistickým spôsobom, ako na celok so všetkými jeho biologickými, psychickými, sociálnymi a spirituálnymi potrebami. Predsa základnou úlohou ošetrovateľstva je uspokojovanie potrieb jednotlivca, rodiny a komunity s cieľom zachovať a udržať optimálny zdravotný stav a tým zlepšiť kvalitu života (Tomagová, Bóriková a kol.,2008).Ak sa toto sestrám podarí dokážu efektívnejšie a lepšie riešiť jednotlivé problémy pacientov k vzájomnej spokojnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BRADY, K. T.- SONNE, S. C.1999. The Role of Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse. *Alcohol Research & Health.* [online]. Vol. 23, 1999 Dostupné na : http://www.questia.com/googleScholar.qst?docId=5002349178

HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006.279 s. ISBN 80-8063-213-8.

JENČIKOVÁ, G. 2010. *Alkohol a žena.* In Revue medicíny v praxi. 2010. 8 č.4, s.4.,ISSN 1336-202 X.

KRISTOVÁ, J. - TOMÁŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin. Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.

LENGYELOVÁ, Mária. 2012. *Vývoj alkoholizmu žien a jeho sociálny dopad.* Bakalárska práca, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva. 2012. 49 s.

LINDENMEYER, J. 2009. *Závislosť od alkoholu, pokroky v psychoterapii.* Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., Trenčín 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.

MARTINOVE, M. 2012. *Zle naučené správanie*. In: Bedeker zdravia, 3/2012,ročník VIII. Vydavateľ: REPUBLIC s.r.o. Bratislava, 30-31 s. ISSN 1337-2734.

MARTINOVE, O.- MARTINOVE, M. ml.- MARTINOVE M. 2011. *Liečba závislosti od alkoholu.* In: Psychiatria pre prax. Bratislava 3/ 2011, ročník XII, Solen. s.r.o. Bratislava 2011.130 s. ISSN 1335-9584.

OKRUHLICA, Ľ. 2011. *Alkoholikov možno liečiť.* [online] Aktualizované 2011

[citované 2011-09-11] dostupné na www.infodrogy.sk/

OKRUHLICA, Ľ. 2012. *Alkohol a poškodenie zdravia*. In: Bedeker zdravia, 3/2012,ročník VIII. Vydavateľ: RE-PUBLIC s.r.o. Bratislava, 32-33 s. ISSN 1337-2734.

STROM, J.- BARONE, D. F.1993 Self-deception, self-esteem, and control over drinking at different stages of alcohol involvment. *Journal of Drug Issues* 23.4. 1993.705-714 s.

VARMUŽA, J. 2001. Metodická príručka pre koordinátorov prevencie drogových závislostí na základných školách, stredných školách a v školských zariadeniach SR, 1. Vydanie. Bratislava: V&P, OZ PREVENCIA, 2001, ISBN 80-968701-0-6.

VALKOVÁ, I.- OKRUHLICA, Ľ. 2009. Môže byť slušný človek zároveň alkoholikom, In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*, Bratislava. Vydavateľstvo Obzor s.r.o. číslo 2, ročník 44- 2009, 67- 82 s. ISSN 0862-0350.

HOSPITALIZÁCIA AKO STRESOVÝ FAKTOR

POLIAKOVÁ Nikoleta[1], SLOVÁKOVÁ Monika[1,2]

[1]*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*
[2]*Fakultná nemocnica Trenčín*

ABSTRAKT
Východiská: Práca prezentuje komplexný pohľad na problematiku prežívania stresu u pacientov počas hospitalizácie
Cieľ: Cieľom práce bolo zistiť intenzitu prežívania stresu u hospitalizovaných pacientov a schopnosti vyrovnať sa s ním.
Súbor a metódy: Súbor prieskumu tvorili pacienti hospitalizovaní vo Fakultnej nemocnici Trenčín. Metodikou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie zameraný na vyvolávajúce faktory stresu, jeho prejavy a na faktory, ktoré ho zmierňujú.
Výsledky: Výsledky práce poukazujú na to, že najväčším stresorom je počas hospitalizácie choroba a bolesť, obmedzený kontakt s rodinou a nedostatok informácií. Najvýraznejším prejavom stresu je strach a najvýraznejším salutorom je opora rodiny a vľúdny prístup zdravotníckych pracovníkov.
Záver: Eliminácii stresových faktorov počas hospitalizácie najviac napomáha efektívna komunikácia a poskytnutie psychologickej opory zo strany rodiny a priateľov.

Kľúčové slová: Hospitalizácia. Pacient. Stres. Stresor. Salutor.

ABSTRACT
Objective: This paper presents a comprehensive look at the issue of experiencing stress in patients during hospitalization.
Goal: The aim of this work was to determine the intensity of stress to hospitalized patients and the ability to cope of them.
Methods: Filed survey consisted of patients hospitalized of the University Hospital in Trenčín. Survey questionnaire methodology was own design it is aimed at inducing stress factors, its symptoms and the factors that mitigate.
Results: The work shows that the biggest stressors during hospitalization illness and pain, maintain contact with family and lack of information. The most striking manifestation of fear and stress is most striking is salutorom support families and affable approach health professionals.
Conclusion: Elimination of stress factors during hospitalization most conducive to effective communication and provision of psychological support from family and friends.

Keywords: Hospitalization. Patient. Stress. Stressor. Salutor.

ÚVOD

Fenoménom dnešnej uponáhľanej doby sa stal stres a jeho prežívanie. Je predmetom skúmania viacerých vedných odborov a je preukázané, že má na náš život a stav nášho zdravia väčší vplyv, ako sme predpokladali. Stres patrí medzi spúšťače viacerých chorôb, ktoré sa súhrnne označujú ako psychosomatické. Problematikou stresu v zdravotníctve sa zaoberá zdravotnícka psychológia, niekedy tiež označovaná ako psychológia zdravotníckej činnosti. Ide o aplikovaný vedný odbor vychádzajúci z klinickej psychológie, ktorého cieľom je prispievať svojimi poznatkami k zefektívneniu terapeutického procesu (Greisinger-Jobánková, 1990).

Existuje nespočetné množstvo definícií stresu, ako napr.:

„*Stres je nešpecifická reakcia organizmu na záťaž"* (Selye in Křivohlavý, 1994)

„Pod pojmom stres rozumieme zaťaženie alebo preťaženie organizmu rôznymi podnetmi a situáciami, ktoré jedinec vníma ako nadmernú záťaž" (Rozsypalová et al., 2003).

„Stres je nadmerná záťaž neúnikového druhu, ktorá vedie k trvalej stresovej reakcii, ústiacej k tkanivovému poškodeniu, k vysokej aktivácii adrenokortikálnych funkcií a psychosomatickým poruchám." (Hartl et al., 2000).

„*Stres je negatívny emocionálny zážitok, ktorý je sprevádzaný určitým súborom biochemických, fyziologických, kognitívnych a beha-*

viorálnych zmien" (Křivohlavý in Zacharová, 2011).

Stres sa manifestuje rozličnými fyziologickými, emocionálnymi alebo psychickými prejavmi organizmu. Dochádza k nim najmä v situáciách, kedy sa človek cíti nejakým spôsobom ohrozovaný, či už reálne alebo potenciálne a obáva sa, že jeho obranná reakcia nebude dostatočne silná. Je to vlastne pomer medzi faktormi vyvolávajúcimi stresovú reakciu a schopnosťou jedinca zvládnuť záťaž (Živčicová, 2011).

CIELE PRÁCE

Cieľom práce bolo:

- Zistiť, do akej miery a akým stresujúcim faktorom sú vystavení pacienti počas hospitalizácie.
- Zistiť, ako sa u pacientov prežívaný stres prejavuje a do akej miery ich tieto prejavy obťažujú.
- Zistiť, ktoré faktory a v akom rozsahu dokážu zmierniť prežívanie stresu u hospitalizovaných pacientov.

SÚBOR A METODIKA

Výberový súbor prieskumu tvorilo 50 respondentov, pacientov lôžkových oddelení Fakultnej nemocnice Trenčín. Z celkového počtu respondentov bolo 31 žien (62%) a 19 mužov (38%). Priemerný vek bol 55,2 rokov, najmladší respondent mal 22 rokov, najstarší 84 rokov. Najvyšší počet respondentov bol vo vekovej kategórii 71 – 80 rokov, a to 11 (22%), nasledovali kategórie 61 – 70 a 51 – 60 rokov s počtom 9 respondentov (18%), 41 – 50 rokov a 31 – 40 rokov s počtom 6 respondentov (12%) a najmenej zastúpenou bola kategória 81 a viac rokov – 3 respondenti (6%). Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 7,8 dní. Najdlhšia hospitalizácia trvala 35 dní, najkratšia 1 deň.

Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Intenzitu pôsobenia stresorov, prejavy stresu a spôsoby zvládania stresu sme zisťovali s využitím Likertovej škály intenzity (1-5), kedy kódom 1 sme označili odpoveď – vôbec a kódom 5 – odpoveď maximálne. Intenzitu vplyvu stresu vyjadrujeme váženým aritmetickým priemerom. Výsledky sme spracovali s využitím programu Microsoft Excel 2007. Výsledky pre prehľadnosť interpretujeme v grafickom zobrazení.

VÝSLEDKY

Výsledky sú rozdelené podľa stanovených cieľov do nasledujúcich oblastí:

- stresory počas hospitalizácie,
- prejavy stresu počas hospitalizácie,
- faktory zmierňujúce stres počas hospitalizácie.

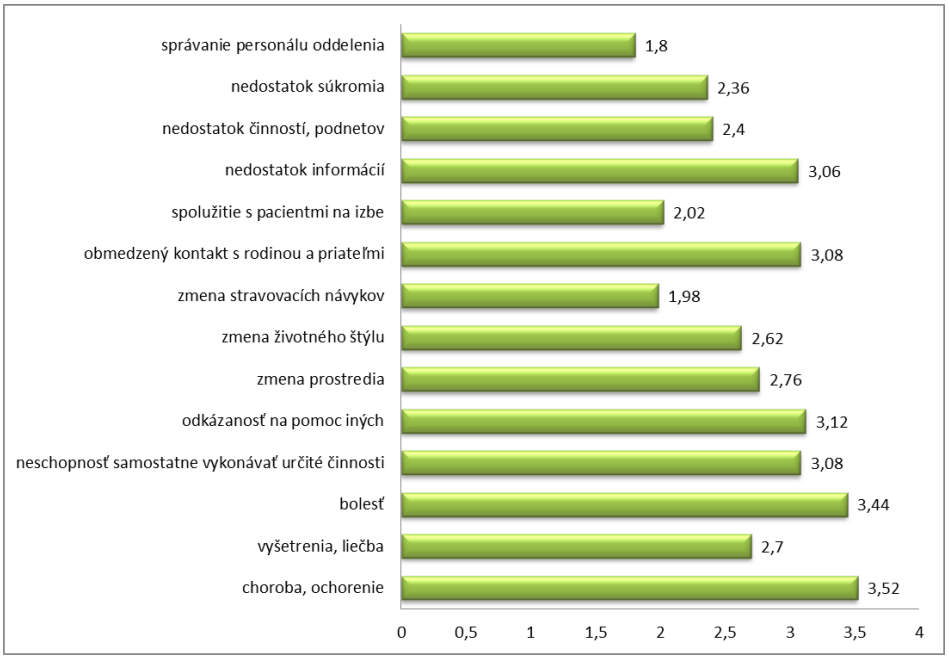
Stresory počas hospitalizácie

Zistili sme, že k najväčším stresorom u respondentov vyjadrenými na škále 1 – 5 patrí samotné ochorenie (3,52) a bolesť s tým súvisiaca (3,44). Približne rovnakú mieru vykazovali odkázanosť na pomoc iných (3,12), neschopnosť samostatne vykonávať určité činnosti (3,08), obmedzený kontakt s rodinou (3,08) a nedostatok informácií (3,06). Nasledovali zmena prostredia (2,76), vyšetrenia a liečba (2,7), zmena životného štýlu (2,62), nedostatok činností a podnetov (2,4) a nedostatok súkromia (2,36). Stres v relatívnej nízkej miere spôsobovalo spolužitie s pacientmi na izbe (2,02) a zmena stravovacích návykov (1,98). Za faktor najmenej vyvolávajúci stres označili pacienti správanie personálu oddelenia (1,8) (Graf 1).

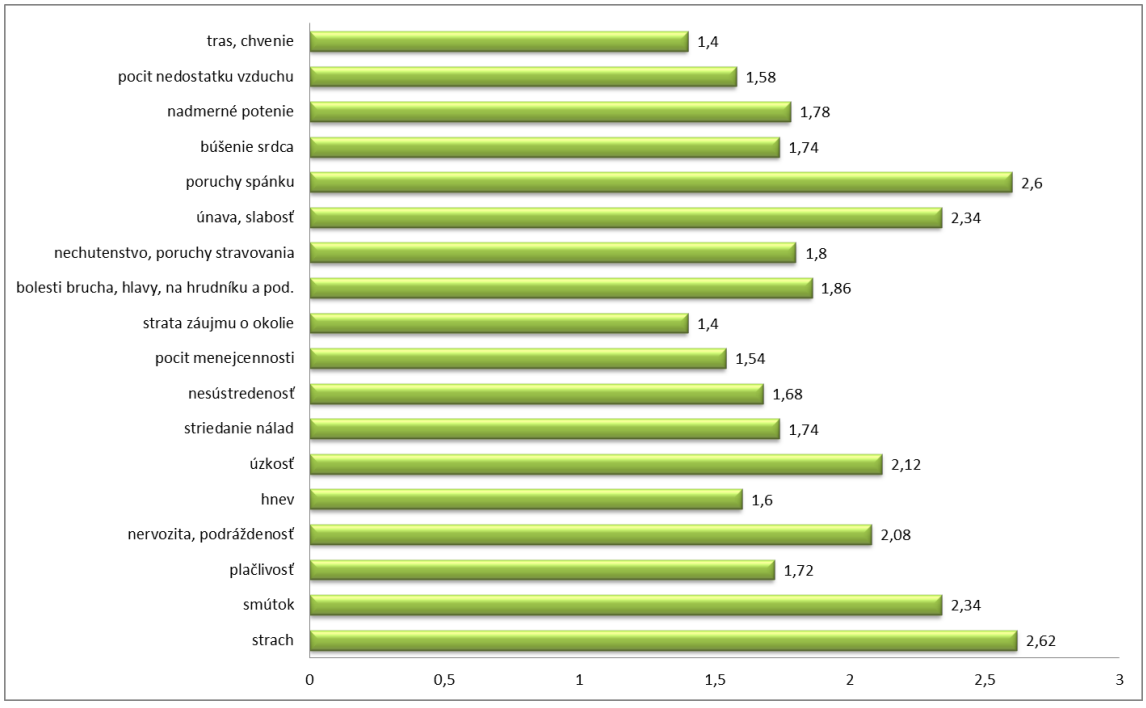
Prejavy stresu počas hospitalizácie

Prejavy stresu sme zisťovali komplexne s prihliadnutím na psychický stav a somatické prejavy. Z prejavov stresu dominovali strach (2,62) a poruchy spánku (2,6), ktoré v podstate spolu súvisia. Nižšiu mieru vykazovali únava, slabosť (2,34), smútok (2,34), úzkosť (2,12), nervozita a podráždenosť (2,08). Ďalšie prejavy stresu respondenti vnímali iba v miere „trochu" (1 - 2). V tejto miere respondenti

uvádzali prítomnosť bolesti rôznych častí tela (1,86), poruchy stravovania (1,8), nadmerné potenie (1,78), búšenie srdca (1,74), striedanie nálad (1,74), plačlivosť (1,72), nesústredenosť (1,68), hnev (1,6), pocit nedostatku vzduchu (1,58) a pocit menejcennosti (1,54). Takmer vôbec respondenti nedávali do súvisu so stresom tras a chvenie (1,4) a stratu záujmu o okolie (1,4) (Graf 2).



Graf 1 Príčiny stresu počas hospitalizácie

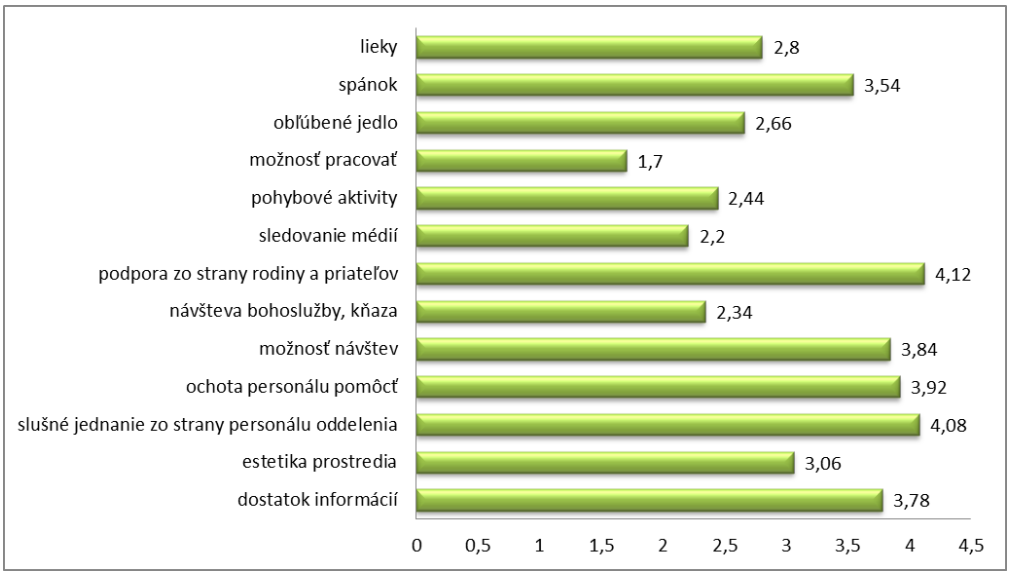


Graf 2 Prejavy stresu

Faktory zmierňujúce stres

Vypočítaný vážený aritmetický priemer poukazuje na skutočnosť, že najväčší podiel na zmiernení stresu mali podpora zo strany rodiny (4,12), slušné jednanie zo strany personálu oddelenia (4,08), ochota personálu pomôcť (3,92), možnosť návštev (3,84) a taktiež dostatok podaných informácií (3,78). Nasledovali spánok (3,54), estetika prostredia (3,06), lieky (2,8) a obľúbené jedlo (2,66). Medzi spôsoby redukujúce stres, hoci v nižšej miere patria pohybové aktivity (2,44), bohoslužby, návšteva kňaza (2,34) a sledovanie médií (2,2).

.



Graf 3 Faktory zmierňujúce stres

DISKUSIA

Podľa všeobecnej interpretácie stres ohrozuje zdravie a celkový pocit pohody a väčšina ľudí ho chápe ako niečo nežiadúce a zlé (Praško, Prašková, 2001). Cieľom príspevku bolo hľadať súvislosti medzi stresom a hospitalizáciou. Hospitalizácia sama o sebe je stresujúca udalosť, nás však zaujímalo, ktoré faktory súvisiace s hospitalizáciou pôsobia ako stresory a aká je ich intenzita.

Najvyššiu mieru stresu spôsobovalo samotné ochorenie a bolesť s tým súvisiaca. Veľmi intenzívne však pôsobilo aj odlúčenie od rodiny a nedostatok informácií. S tým súvisí aj zistenie, že najväčší podiel na zmiernení stresu mala práve rodina, priatelia a vľúdny prístup zdravotníckeho personálu. Najintenzívnejším prejavom stresu bol u hospitalizovaných pacientov strach. Strach patrí k základným emóciám človeka. Je súčasťou prežívania vzťahu jedinca k skutočnosti. Vo všeobecnosti je reakciou na momentálne či hroziace nebezpečenstvo, ale je tiež charakterizovaný ako reakcia na poznané nebezpečenstvo. Možno teda konštatovať, že má signálnu i obrannú funkciu. Podľa doterajších štúdií u polovice hospitalizovaných pacientov strach vyvoláva fakt, že by im zdravotníctvo v ich krajine mohlo spôsobiť ujmu. Zo štatistických prieskumov vyplýva, že až 45% opýtaných Slovákov sa obáva, že by mohli utrpieť ujmu pri nemocničnej starostlivosti. Väčšina Európanov si myslí, že počas dostávania zdravotníckej starostlivosti by sa mohli stretnúť s nemocničnou infekciou alebo nesprávnou či oneskorenou diagnózou. Slováci (68 %) sa najviac obávajú nesprávne, neskoro, prípadne vôbec neurčenej diagnózy (TASR, 2010). Výsledky nášho prieskumu poukázali na fakt, že práve choroba a bolesť boli najinten-

zívnejšou príčinou stresu. Ako stresor však pôsobila i odkázanosť na pomoc iných, prostredie nemocnice a strata súkromia. Všetky uvedené faktory vyvolávajúce stres u pacientov počas hospitalizácie je možné zmierniť vhodným prístupom zdravotníckeho personálu, výberom terapeutických postupov, úpravou prostredia a režimu oddelení.

Bencová a kol. (2007) uvádzajú, že najväčšou oporou každého pacienta je väzba na dostatočnú sociálnu sieť. Ľudia, využívajúci oporu iných, pociťujú viac sily a odvahy, a to vedie k pozitívnemu zvládaniu ochorenia. Podľa výsledkov doterajších analýz, sociálna opora poskytovaná inými súvisí pozitívne s tzv. „všeobecným zdravím“. Ako významná sa prejavuje sociálna opora poskytovaná rodinou a priateľmi. V prípade hospitalizácie, neprítomnosť rodiny musí suplovať zdravotnícky personál. Pacienti u pomáhajúcich osôb pozitívne hodnotia najmä komunikačné, interakčné a osobnostné vlastnosti. Veľmi významnou osobnostnou vlastnosťou je empatia, pravdivosť, trpezlivosť, vľúdnosť a starostlivosť (Bánovčinová, Bubeníková, 2011).

ZÁVER

V súvislosti so snahou redukovať pôsobenie stresu počas hospitalizácie navrhujeme včas posudzovať a zaznamenať prítomnosť stresových prejavov u pacientov. Je potrebné sa zamerať predovšetkým na prejavy strachu a úzkosti. Pacientov i rodinu treba systematicky, cielene a komplexne informovať o vyšetreniach, zákrokoch a tak minimalizovať intenzitu stresu. Nevyhnutnosťou je poskytnúť dostatok informácií o ochorení a liečebnom režime primerane veku a schopnostiam pacienta. Pre sestry je preto dôležité zvyšovať a udržiavať si komunikačné, edukačné, interpersonálne a poradenské zručnosti.

K redukcii stresu napomáha i úprava prostredia, ktoré má byť pre pacientov vyhovujúce z estetického i funkčného hľadiska a taktiež zodpovedať zásadám bezpečnosti.

Keďže opora najbližších sa ukázala ako najefektívnejšia, je potrebné zapájanie rodiny do ošetrovateľského procesu. Rodina tvorí spojivový článok medzi nemocničným a domácim prostredím. Príbuzní poznajú zvyklosti a rituály pacienta najlepšie, a tie mu pomáhajú nadobúdať pocit istoty. Ich aplikáciou v prostredí nemocnice sa zvyčajne zlepší i spolupráca so zdravotníckym personálom. Ešte intenzívnejšie treba zapájať rodinu do liečebného režimu v prípade, že bude pacient po ukončení hospitalizácie odkázaný na ich pomoc.

V neposlednom rade stres redukujú tzv. odpútavacie techniky, preto je vhodné venovať pozornosť možnosti zaradenia pohybových aktivít do liečebného programu, sledovania médií, spolupráci s dobrovoľníkmi, prípadne poskytovaniu relaxačných služieb ako masáž, akupresúra a pod.

Z hľadiska psychosomatických a somatopsychických vzťahov redukciou stresu v konečnom dôsledku napomáhame zlepšovaniu zdravotného stavu hospitalizovaných pacientov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÁNOVČINOVÁ, Ľ.- BUBENÍKOVÁ, M. 2011. Empatia v ošetrovateľstve. In *Ošetřovatelství a porodní asistence* . ISSN 1804- 2740. 2011, roč. 2., č. 1, s. 165-170.

BENCOVÁ, V.- LEHOTSKÁ, V.- ŠVEC, J. 2007. Behaviorálny rizikový profil pacientok s karcinómom prsníka: úloha sociálnej intervencie. In *Onkológia*, č. 2(5), 2007. [online]. [cit. 20. 3. 2011]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/

GREISINGER,J. –JOBÁNKOVÁ,M. a kol. 1990. *Základy psychológie pre SZP*. Martin: Osveta, 1990. 230s. ISBN 80-217-0123-4.

HARTL, P.- HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X

KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*, Praha: Grada, Avicenum, 1994. 190 s., ISBN 80-7169-121-6

PRAŠKO, J. – PRAŠKOVÁ, H. 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 277 s. ISBN 8024716976

ROZSYPALOVÁ, M. et al. 2003. *Psychologie a pedagogika*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN: 80-7333-014-8

TASR, 2010. *Kvalita zdravotníctva je podľa Slovákov lepšia v zahraničí*. [online]. [16-04-2011]. [cit 09.09.2013]. Dostupné na internete: http://primar.sme.sk/c/5331564/

ZACHAROVÁ, E. - ŠIMČÍKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1

ŽIVČICOVÁ, E. 2011. *Základy psychológie*. Trenčín: TnUAD, 2011. 119 s. ISBN 978-80-8075-506-5

VÝZNAM SESTRY – MENTORKY VO VÝUČBE OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE

POLIAKOVÁ Nikoleta, JURDÍKOVÁ Kamila

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

ABSTRAKT

Východiská: Študenti ošetrovateľstva sa musia naučiť poskytovať bezpečnú, odbornú a kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Potrebným zručnostiam sa učia protredníctvom ošetrovateľskej praxe v prirodzených podmienkach fakultnej nemocnice, kde pracujú pod dozorom sestier – mentoriek.

Cieľ: Cieľom prieskumného šetrenia bolo zistiť, ako študenti hodnotia prístup sestry - mentorky počas ošetrovateľskej praxe, do akej miery dodržiavajú ochranno-bezpečnostné zásady a ako hodnotia efektivitu a zmysluplnosť využívania predpísaného času na vykonávanie ošetrovateľskej praxe.

Súbor a metódy: Výberový súbor prieskumu tvorilo 36 študentov 1. ročníka v odbore ošetrovateľstvo. Metodikou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie pozostávajúci z Likertových škál.

Výsledky: Výsledky poukazujú na skutočnosť, že výučba ošetrovateľskej praxe pod vedením sestry – mentorky je prínosom predovšetkým z hľadiska zrozumiteľnosti vysvetľovania, empatie a objektivity pri hodnotení.

Záver: Individuálny prístup sestier – mentoriek sa pozitívne prejavil v redukcii stresu, v dodržiavaní ochranno-bezpečnostných zásad a predpísaného času ošetrovateľskej praxe. Podmienkou pre pozitívne pôsobenie sestry – mentorky je jej motivácia a ochota spolupracovať so študentom.

Kľúčové slová: Študenti. Ošetrovateľská prax. Mentor. Hodnotenie. Ochrana a bezpečnosť pri práci.

ABSTRACT

Objective: Nursing students need to learn providing safe, professional and quality nursing care. Necessary skills are gain by nursing practice in conditions Faculty Hospital, where they work of supervised by nurses - lecturers.

Goal: The objective of the review investigation was to determine, how students rate access mentor for nursing practice, the extent to which compliance with the trade-security principles and how they evaluate the effectiveness and meaningfulness of the use of the prescribed time for the implementation of nursing practice.

Methods: The sample of survey consisted of 36 students from the first year of study in nursing. Methodology of survey was questionnaire our own design consisting of Likert scale.

Results: The results show, that the teaching of nursing practice under the guidance of nurses - lecturers is particularly important in terms of clarity of explanation, empathy and objectivity in the evaluation.

Conclusion: Individual approach was reflected also in respect of the protective-security policies and compliance with the prescribed time nursing practice. Condition for positive interaction nurses - lecturer is the motivation and willingness to work with students.

Keywords: Students. Nursing practice. Lecturer. Evaluation. Protection and safety at work.

ÚVOD

Ošetrovateľstvo (anglický názov Nursing) je študijný odbor zo sústavy študijných odborov, spravovaných Ministerstvom školstva SR, ako oblasť poznania (§ 50 ods. 1 Zákona č. 131/2002), v ktorej absolvent študijného programu (§ 51 ods. 1 Zákona č. 131/2002) nadobudne profesionálnu spôsobilosť / kompetenciu vykonávať svoje pôvodné povolanie alebo sa pripraví pokračovať v nadväzujúcom vysokoškolskom štúdiu. V študijnom odbore ošetrovateľstvo je prioritné formovanie osobnosti študenta s dôrazom na jeho vedomosti, zručnosti, postoje a návyky v súvislosti so získaním odbornej spôsobilosti a taktiež s ohľadom na bio-psycho-sociálny aspekt (Červeňanová, 2009). Obsah študijného programu je v súlade s prílohou č.3 Nariadenia vlády SR č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania. Zahŕňa minimálne 4600 hodín, z toho 50% praktickej výučby na klinických pracoviskách zdravotníckeho zariadenia.

Ošetrovateľskú prax študenti Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne vykonávajú vo Fakultnej

nemocnici v Trenčíne na vybraných klinických pracoviskách. Supervízormi ošetrovateľskej praxe sú odborné asistentky Fakulty zdravotníctva TnUAD v Trenčíne. Študenti na ošetrovateľskej praxi pracujú pod odborným vedením sestier – mentoriek. Každý študent je pridelený k jednej sestre – mentorke, „*kopíruje*" jej prácu, chodí s ňou do služieb a učí sa nielen odborným výkonom, ale prispôsobuje sa aj organizačným špecifikám práce sestry, akými sú napr. práca na zmeny.

Študent ošetrovateľstva je počas ošetrovateľskej praxe vystavený mnohým faktorom, ktoré môžu vyvolávať stresové reakcie. Sharif a Masouni (2005) uvádzajú, že nedostatok skúseností, obavy z poškodenia pacientov, vyššia miera zodpovednosti, nepríjemné pocity z hodnotenia počas praxe sú len niektoré zo stresorov pôsobiacich na študentov ošetrovateľstva. Zmierneniu stresu, predchádzaniu chybám, dobrej adaptácii študentov na prostredie nemocnice napomáhajú sestry – mentorky. Berggren a Severinsson (2003) uvádzajú, že sestra, ktorá dohliada na konkrétne výkony študentov počas ošetrovateľskej praxe, má pre študentov väčší význam ako supervízor, ktorý ma väčšinou hodnotiacu a kontrolnú úlohu. Sestra mentorka preberá rolu učiteľa a zároveň sa pre študenta stáva vzorom pre výkon povolania – sestra. Vykonávanie roly sestry – mentorky v klinickej praxi predpokladá adekvátnu klinickú a pedagogickú spôsobilosť.

CIEĽ

Cieľom našej prieskumnej štúdie bolo zistiť:

- ako študenti hodnotia vedenie a prístup sestry - mentorky na ošetrovateľskej praxi,
- do akej miery študenti pracujúci pod vedením sestry - mentorky dodržiavajú ochranno bezpečnostné zásady na ošetrovateľskej praxi,
- hodnotenie zmysluplnosti využívania času na ošetrovateľskej praxi.

SÚBOR A METODIKA

Výberový súbor respondentov tvorilo 36 študentov 1. ročníka bakalárskeho štúdia odboru ošetrovateľstvo na FZ TnUAD v Trenčíne. Výber respondentov bol zámerný. Študenti 1. ročníka realizujú ošetrovateľskú prax pod individuálnym vedením sestry – mentorky, sú vystavení stresu z neznámeho prostredia a z kontaktu s pacientmi. Potrebujú najväčší dohľad a oporu.

Na zber údajov pre naplnenie cieľov prieskumu sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazník v konečnej podobe obsahoval 17 položiek pozostávajúcich z Likertových škál hodnotenia v rozsahu 1 - nie, 2 – skôr nie ako áno, 3 – skôr áno ako nie, 4 – áno. Položky 1 – 8 boli zamerané na hodnotenie prístupu mentora, položky 9 – 12 boli zamerané na hodnotenie dodržiavania ochranno–bezpečnostných predpisov na praxi s dôrazom na zásady hygieny a ochrany pred infekciou a položkami 13 – 17 sme zisťovali názor študentov na efektivitu a zmysluplnosť využívania predpísaného času na ošetrovateľskej praxi.

Výsledky sme spracovali kvantitatívnou analýzou. Prieskum sme realizovali v marci 2012.

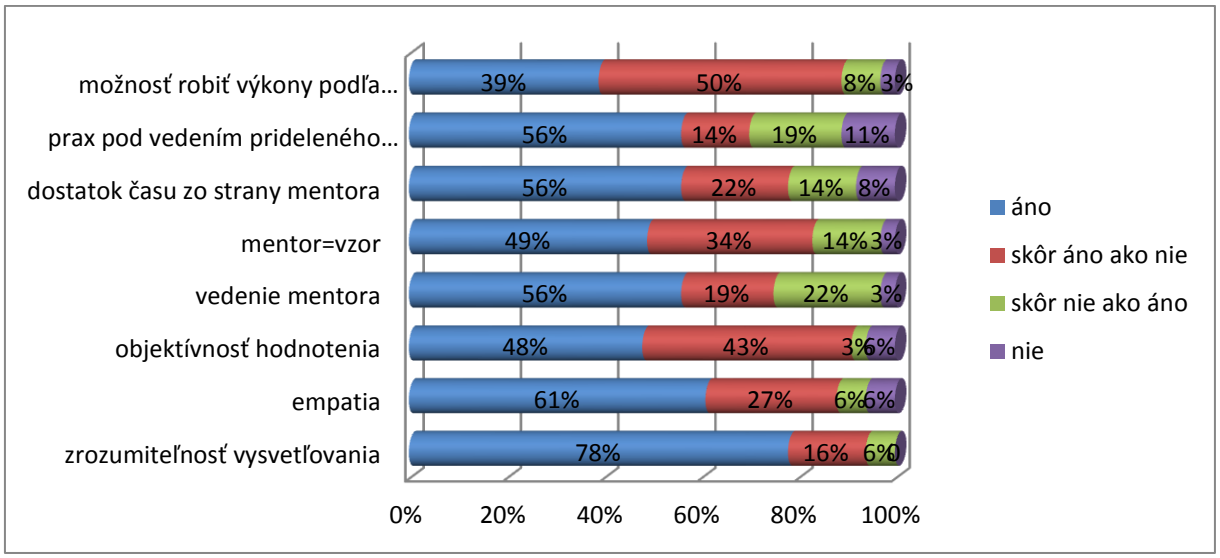
VÝSLEDKY

V nasledujúcich grafoch prezentujeme hodnotenie študentov 1. ročníka, ktorí vykonávajú prax pod individuálnym vedením mentorky.

Hodnotenia študentov 1. ročníka zamerané na prístup mentora boli pozitívne. Modus vo všetkých položkách bol 4, čo znamená silný súhlas s prácou pod vedením mentora.

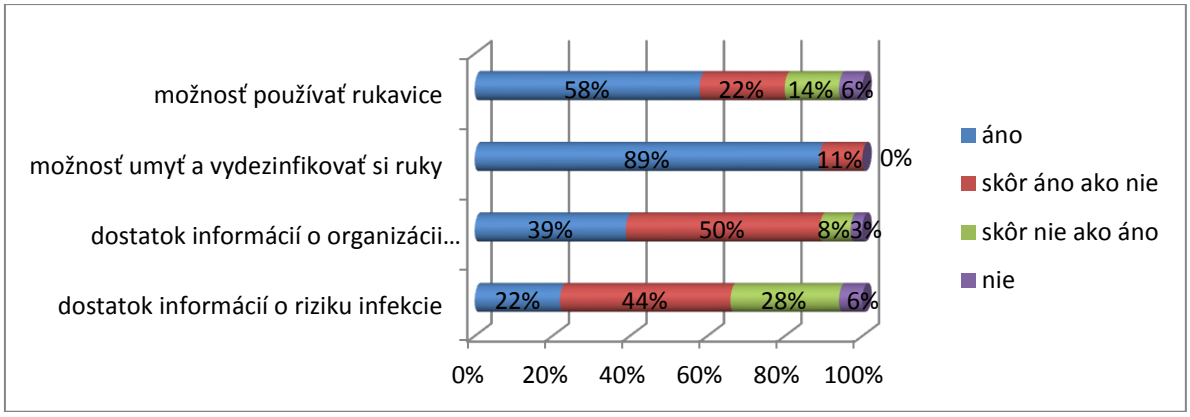
Ako vidíme v grafe 1, najsilnejšou stránkou ošetrovateľskej praxe pod individuálnym vedením mentora je zrozumiteľnosť vysvetľovania. Kladne túto položku hodnotilo až 94% študentov. Veľký význam má aj empatia, ktorú voči svojej osobe pociťovalo až 88% študentov. Študenti sa pozitívne vyjadrili k objektivite hodnotenia ošetrovateľskej praxe. 75% študentov uviedlo, že na ošetrovateľskej praxi pracovali najmä pod vedením mentora, zvyšných 25% uvádzalo, že pracovali aj pod vedením iných sestier, prípadne prax vykonávali v spolupráci so študentmi vyšších ročníkov. Dostatok času zo strany mentora pociťo-

valo 78% študentov. Pozitívnym zistením je, že až 83% študentov považovalo mentora/ku za svoj vzor. Napriek tomu, že materiálno – technické zabezpečenie pracovísk často nie je ideálne, až 89% študentov uviedlo, že mali možnosť robiť výkony podľa naučeného postupu v laboratórnych podmienkach, čo svedčí o dobrej prepojenosti teórie z praxou.



Graf 1 Hodnotenie praxe pod vedením mentora

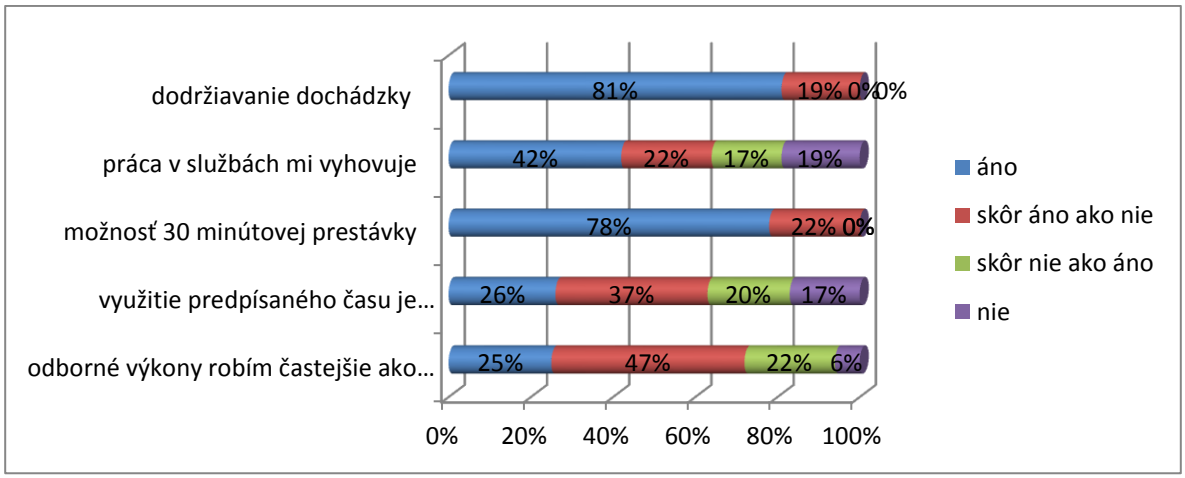
Dodržiavanie ochranno-bezpečnostných zásad pri práci bolo hodnotené pozitívne napriek tomu, že modus v položkách zameraných na informovanosť o organizácii práce a zvýšenom riziku infekcie bol 3, čo vyjadruje slabšiu mieru súhlasu (Graf 2).



Graf 2 Hodnotenie dodržiavania ochranno-bezpečnostných zásad

Na výbornej úrovni bolo dodržiavanie hygieny rúk. Možnosť vždy používať rukavice uviedlo 80% študentov (58% resp. uviedlo odpoveď áno a 22% skôr áno). Dostatok informácií o organizácii práce na pracovisku malo 89% študentov, ale včasné informácie o zvýšenom riziku infekcie malo iba 66% študentov, z ktorých iba 22% uviedlo odpoveď áno, zvyšných 44% skôr áno ako nie.

V súvislosti s prácou na zmeny a zmysluplným využívaním času na ošetrovateľskej praxi prevládali pozitívne vyjadrenia študentov (Graf 3).



Graf 3 Hodnotenie organizácie a využívania času na ošetrovateľskej praxi

Pozitívnym zistením bola nevyhnutnosť dodržiavania dochádzky na ošetrovateľskú prax a dodržiavanie 30 minútovej prestávky. Taktiež efektivita využívania predpísaného času na ošetrovateľskej praxi sa preukázala v pozitívnom meradle. 72% študentov uviedlo, že odborné výkony robili na praxi častejšie ako pomocné a neodborné práce, 63% študentov považovalo čas na praxi za zmysluplný a 64% študentom vyhovovala práca na zmeny. Práve v položkách zameraných na zmysluplnosť času a prácu na zmeny, študenti prejavili väčšiu rôznorodosť názorov. Odpovede dopĺňali negatívnymi vyjadreniami k nočným zmenám, ktoré nepovažovali za dostatočne zmysluplné a hodnotili ich ako zbytočne vyčerpávajúce.

DISKUSIA

Cieľom našej prieskumnej štúdie bolo zistiť, či spôsob vedenia a výučby ošetrovateľskej praxe pod vedením sestry - mentorky, možno považovať za efektívny. Gibbons et al. (2011) uvádzajú, že najsilnejším faktorom napomáhajúcim adaptovať sa na prirodzené podmienky praxe je dostatočná emocionálna podpora. Sestry pracujúce na klinických pracoviskách, kde študenti vykonávajú prax, hrajú kľúčovú úlohu v nadobúdaní a rozvoji prvých klinických skúseností (Vallant et al., 2006). Výučba a vedenie študentov ošetrovateľstva na ošetrovateľskej praxi patrí k štyrom základným funkciám sestry, ktoré popísala Salvageová (1995) a k siedmim najčastejším rolám sestry, ktoré uvádza Farkašová et al.(2005).

Sestry, hoci sú často sami pod tlakom ich práce, sú schopné na seba prevziať aj rolu mentora, učiteľa (Berggren, Severinsson, 2003). Mentoring je zameraný na pomoc pri získavaní a upevňovaní klinických zručností, poskytovanie profesionálneho poradenstva a emocionálnej opory. Je založený na báze vytvárania vzťahov podpory a vzájomnej zodpovednosti (Mills, 2005). Individuálny prístup mentorky pozitívne hodnotili aj respondenti našej štúdie. Väčšine študentov vyhovovala zrozumiteľnosť pri vysvetľovaní, empatia, dostatok času na študenta, možnosť vykonávať viac odborné výkony ako pomocné a neodborné práce. Študenti mali pocit, že boli hodnotení objektívne. Mnohí študenti našli v mentorkách svoj profesionálny vzor. Študent sa ľahšie začlenil do tímu zdravotníckych pracovníkov, pochopil rôznorodosť a pestrosť práce sestry, učil sa prostredníctvom sestry komunikovať s pacientmi a so spolupracovníkmi.

ZÁVER

Výsledky tejto štúdie jednoznačne podporujú vykonávanie ošetrovateľskej praxe študentov pod individuálnym vedením sestier – mentoriek.

Výhodami bol individuálny prístup, vytvorenie vzťahu sestra – študent na báze dôvery,

budovanie zodpovednosti za pridelenú prácu ale aj dodržiavanie dochádzky, emocionálna podpora v kritických situáciách, dostatok času zameraného na vysvetľovanie a demonštráciu výkonov, možnosť vykonávať najmä odborné výkony a nie len pomocné a neodborné práce, minimalizácia chýb a omylov, minimalizácia nozokomiálnych infekcií, objektivita hodnotenia.

Nevyhnutným predpokladom pre efektívnu výučbu ošetrovateľskej praxe je organizačné zabezpečenie. Študenta pred nástupom na ošetrovateľskú prax je potrebné prideliť k sestre – mentorke tak, aby mohol kopírovať jej služby a zároveň dodržiavať rozvrh vyučovania. Študent kopíruje jej služby tiež takým spôsobom, aby splnil podmienku absolvovania potrebného počtu hodín ošetrovateľskej praxe. Nevyhnutnosťou pre to, aby bolo vytvorená pozitívna atmosféra pre výučbu študenta je pozitívny postoj sestier k úlohe/role mentora, ich motivácia, ochota a predpokladom pre adekvátne naplnenie tejto roly je absolvovanie študijného programu sústavného vzdelávania s názvom Mentor pre ošetrovateľskú prax.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BERGGREN, I., SEVERINSSON, E. 2003. Nurses supervisors'action in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 41(6)**:**615-622.

ČERVEŇANOVÁ, E.: Evaluation as an assessment Method of Nursing Students. In.: *Univesity Review.* ISSN 1337-6047, 2009, Vol,3, No.4.,

GIBBONS, C. et al.2011. Stress, coping and satisfaction in nursing students. In*: Journal of Advanced Nursing.* 2010, 67: 621–632.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4

MILLS, JE., FRANCIS, KL., BONNER, A. 2005. *Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature.* [online]. 11.08.2005. [cit.30-03-2012] Dostupné na internete: http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?articleid=410

Nariadenie vlády SR č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania.

SALVAGEOVÁ, J. 1995. Ošetrovateľstvo v akcii. Bratislava: Vyd.C. S. M., 1995. 111 s. ISBN 80-967081-2-0

SHARIF, F., MASOUMI, S. 2005. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. In: *BMC Nursing* , 2005, 4**:**6doi:10.1186/1472-6955-4-6

VALLANT, S., NEVILLE, S. 2006. The relationship between student nurse and nurse clinician: Impact on student learning. In: *Nursing Praxis in New Zealand.* 2006, 22(3), 23-33.

Zákon č. 131/2002 Z.z. o vysokých školách

REPRODUKČNÉ ZDRAVIE - INFORMOVANOSŤ MUŽOV

PADYŠÁKOVÁ Hana

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

ABSTRAKT

Východiská: Úlohou sestry v podpore reprodukčného zdravia je viesť cielenú edukáciu a dosiahnuť dôveru a spoluprácu pacienta.

Súbor a metódy: Prieskumným šetrením sme mapovali názory mužov na reprodukčné zdravie a mieru ich informovanosti. Analyzovali sme vybrané faktory ovplyvňujúce informovanosť mužov. Anonymným dotazníkom sme v roku 2013 oslovili zámerným dostupným výberom 107 mužov v Bratislave.

Výsledky: Zistili sme nízku mieru informovanosti mužov o reprodukčnom zdraví. Sekundárne sme potvrdili, že aktivity na podporu reprodukčného zdravia muži vykonávajú minimálne. Informovanosť je závislá od vzdelania mužov. Ich záujem o informácie je podmienený prevalenciou urologických problémov. Záujem o nové informácie z oblasti podpory reprodukčného zdravia uviedlo až 87 % v Bratislave.

Záver: Odporúčame zdravotníkom a sestrám v primárnej starostlivosti posilniť cielenú prevenciou, rozšíriť edukačné pôsobenie, docieliť spoluzodpovednosť za reprodukčné zdravie, klásť dôraz na výchovu detí k reprodukčnému zdraviu v rodine, v škole, a v komunite.

Kľúčové slová: Reprodukčné zdravie. Informovanosť. Podpora zdravia. Edukácia.

ABSTRACT

Objective: The role of nurses is to reach patient's trust and cooperation and conduct targeted education in order to promote reproductive health.

Methods: The aim of project was to investigate opinions of men about reproductive health and the level of their awareness. Secondary, we confirmed that men carry out activities in support of reproductive health at minimum. We analyzed selected factors influencing the awareness of men. By using an anonymous questionnaire we deliberately approached 107 men from Bratislava in 2013.

Results: We found low levels of awareness about men's reproductive health and its promotion. Awareness depends on education of men. Interest in information depends on the prevalence of urological problems. Interest in new information on the promotion of reproductive health was shown in 87% of men from Bratislava.

Conclusion: We recommend to medical staff and nurses in primary care to strengthen targeted prevention by education, to expand educational activities, achieving responsibility for own reproductive health, putting emphasis on raising children to reproductive health in the family, in community and at school.

Key words: Reproductive Health. Awareness. Health Promotion. Education.

ÚVOD

Vychádzali sme z téz dlhodobého zámeru politiky programu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) „Zdravie 21“ pre európsky región, a to „podporovať a ochraňovať zdravie ľudí po celý život“ a „zdravie ako základné ľudské právo“. Zamerali sme sa na špecifickú oblasť korešpondujúcu s cieľom 3 uvedeného programu „Zdravý štart do života“: „Všetky členské štáty musia zabezpečiť zlepšený prístup k adekvátnym službám pred, počas a po pôrode a k službám na zlepšenie reprodukčného zdravia“.

Tematika reprodukčného zdravia s cieľovou skupinou mužov býva neraz spomínaná a riešená okrajovo. Podľa WHO reprodukčné zdravie je „stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody, a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, vo všetkých prípadoch vzťahujúcich sa na reprodukčný systém, jeho funkcie a proces (Machová, 2009). Reprodukčné zdravie zahŕňa aj ľudskú schopnosť mať sexuálny život prinášajúci uspokojenie, schopnosť reprodukovať sa, ako aj slobodu rozhodnúť sa, kedy a ako často to robiť.

Machová (2009) uvádza, že „reprodukčné zdravie zahŕňa aj právo muža a ženy na

informovanosť, právo na prístup k bezpečným, účinným a akceptovateľným metódam regulácie fertility podľa vlastného výberu a právo na prístup k primeraným službám zdravotnej starostlivosti, ktoré umožnia ženám bezpečne prekonať tehotenstvo a pôrod a zabezpečiť párom najlepšie možnosti, ako mať zdravé deti".

Problematiku reprodukčného zdravia v celosvetovom meradle podrobne analyzovala Konferencia OSN v Káhire v roku 1994. Zamerala sa na globálnu, ale aj cielenú analýzu špecifických problémov jednotlivých krajín v oblasti udržania a podpory reprodukčného zdravia. V akčnom programe zaviazala členské štáty riešiť najvážnejšie populačné problémy vo svojich krajinách (Hsu, Berman, Mills, 2010).

Rezolúcia Európskeho parlamentu o sexuálnom a reprodukčnom zdraví (r. 2002) upozorňuje na právo mladých ľudí na sexuálnu výchovu, na slobodné a informované rozhodnutie o svojom sexuálnom a reprodukčnom zdraví, právo na antikoncepciu a právo na dostupnosť kvalitných služieb v oblasti plánovaného rodičovstva (Rovňanová, Glosová, Lukšík, 2012). Potrebu informovanosti o reprodukčnom zdraví žien i mužov zdôrazňuje aj Slovenská spoločnosť pre plánované rodičovstvo.

Reprodukčné zdravie zahŕňa sexuálnu výchovu a informovanosť, prístup k antikoncepcii a plánovanie rodičovstva, služby na umelé oplodnenie, prístup k bezpečnej interupcii, prenatálnu starostlivosť a bezpečný pôrod, prevenciu a liečbu pohlavne prenosných infekcií vrátane HIV/AIDS, prevenciu násilia páchaného na ženách a sexuálneho násilia, nútenej prostitúcie a obchodovania so ženami (Rovňanová, Glosová, Lukšík, 2012).

MZ SR predložilo v roku 2007 program podpory reprodukčného zdravia na Slovensku. Zameraný bol na zlepšenie kvality a dostupnosti zdravotníckych služieb, monitoring sexuálne prenosných infekcií a aktivity prostredníctvom Národného programu starostlivosti o ženy, bezpečné materstvo a reprodukčné zdravie v Slovenskej republike (Machová, Hamanová, 2002). Reprodukčné zdravie mužov ovplyvňujú viaceré faktory. Radíme sem kultúrne normy, výchovu v rodine, výchovu v škole, vplyv prostredia, komunity spoločenský tlak okolia ako aj individuálny postoj muža a mieru jeho osobnej uvedomelosti praktizovať aktivity podporujúce reprodukčné zdravie. Vránová uvádza, že reprodukčné zdravie „*zahŕňa aj schopnosť ľudí mať uspokojivý sexuálny život, schopnosť reprodukovať sa a slobodne sa rozhodnúť v uvedených veciach. Zahŕňa aj právo muža a ženy na informácie, právo na prístup k bezpečným metódam plánovaného rodičovstva*" (Vránová, 2008).

V uvedenom kontexte sme sa zamerali na informovanosť a zisťovali sme, aká je miera informovanosti mužov o reprodukčnom zdraví. Selektívne sme sa zamerali na vzorku dospelých mužov stredného veku a zisťovali sme, či informácie majú a či praktizujú aktivity podporujúce zdravie v tejto oblasti.

METODIKA

Cieľom prieskumnej sondy bolo zmapovať mieru informovanosti vybranej vzorky mužov o reprodukčnom zdraví. Na základe literatúry a vlastných skúseností sme stanovili kľúčové otázky, na ktoré sme hľadali odpovede kvantitatívnou analýzou informácií:

- Aká je miera informovanosti mužov o reprodukčnom zdraví?
- Aká je preferencia informačných zdrojov o reprodukčnom zdraví?
- Kedy muži navštívia urologickú ambulanciu?
- Aké je subjektívne hodnotenie kvality života oslovených mužov v oblasti reprodukčného zdravia (urologická a sexuálna oblasť)?

Súbor a metódy

Použili sme neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. V roku 2013 sme oslovili prostredníctvom 26 otázok výlučne mužov. Výber respondentov bol zámerný a dostupný. Oslovovali sme ich počas rekreačných aktivít, prechádzok, čiže nie v urologickej ambulancii.

Pred rozdaním dotazníkov sme mužov najskôr pravdivo a podrobne informovali o prieskume a požiadali sme ich o súhlas následne analyzovať ich odpovede, ktoré zaznamenávali do poskytnutých dotazníkových hárkov. Kritériom zaradenia do výberového súboru boli faktory:

- dobrovoľná účasť,
- ochota odpovedať na všetky anonymné otázky,
- pohlavie muž,
- vek nad 18 rokov, preferovať mužov stredného dospelého veku.

Prieskumnú vzorku tvorili muži z Bratislavy. Oslovených bolo nepomerne viac mužov, ale ihneď ako sme vysvetlili tematické zameranie našej aktivity, najmä muži staršieho veku (predpokladali sme, že dôchodci) so záujmom zisťovali tému aktivity, ale záujem odpovedať už nemali. Mladí muži, ktorí tvrdili, že už majú 18 rokov, rovnako mali záujem o samotné dianie, ale rovnako boli len minimálne ochotní odpovedať, ale letáky si zobrali. Ochotných mužov odpovedať sme našli najmä vo veku 51 – 60 rokov. Celkovo sme analyzovali dotazníkové hárky v počte 107 kusov. Súčasťou projektu bola aj bezprostredná edukácia respondentov o možnostiach podpory reprodukčného zdravia a význame preventívnych prehliadok (u všeobecného lekára a u urológa). V závere aktivity sme respondentom vždy poskytli informačné letáky vlastnej konštrukcie o technike samovyšetrovania semenníkov, otázky na zisťovanie sexuálneho zdravia muža (Edusan, 2001), ako ich odporúča Slovenská urologická spoločnosť a leták o priebehu urologickej preventívnej prehliadky.

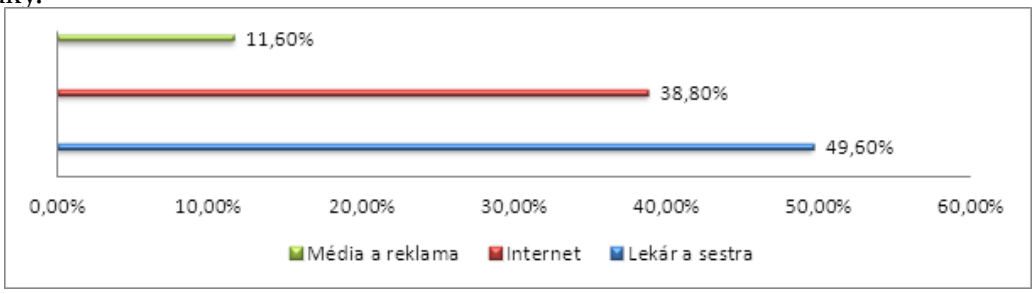
Vzorku oslovených respondentov charakterizujú ukazovatele:

- vek v rokoch: 18 - 30 r. 2,2%, 41 - 50 r. 38,2%, 51 - 60 r. 56,4%, 61 a viac r. 3,2%;
- vzdelanie: vysokoškolské 72,3%, stredoškolské 23,4%, základné 4,3%;
- rodinný stav: ženatých 43,7%, rozvedených 24%, slobodných 18,5% a vdovcov 3,8%;
- sociálny stav: zamestnaný 38,2%, živnostník 47,9%, dôchodca 3,2%, brigádnik 6,4%, nezamestnaný 4,3% .

VÝSLEDKY

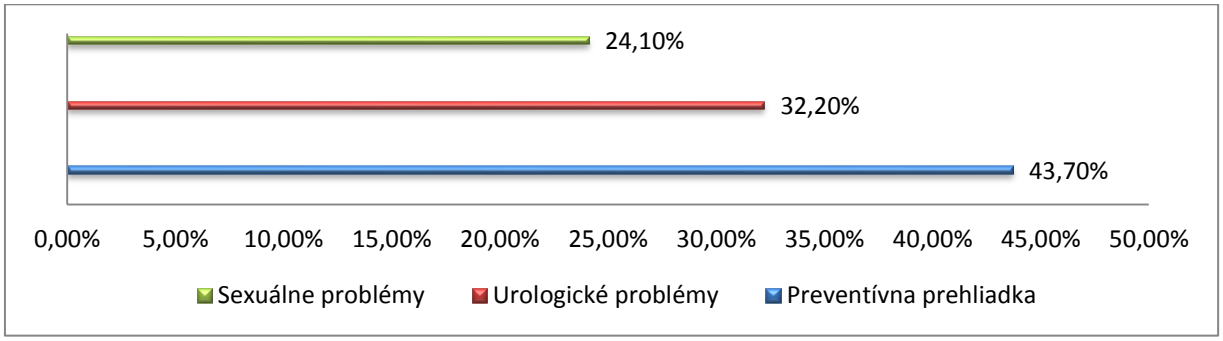
Otázka, či oslovení muži poznajú termín reprodukčné zdravie a zároveň či by ho vedeli aj vysvetliť mnohých respondentov prekvapila a zároveň sa pýtali, „či sa ich to skutočne týka a či sme sa nemali pýtať žien, veď tie predsa rodia“. Pojem (termín) reprodukčné zdravie pozná a vie vysvetliť 48,2 % mužov, až 15,9 % oslovených mužov nevie čo to znamená reprodukčné zdravie. Záujem o uvedenú problematiku nemá 3,5 % mužov a o reprodukčnom zdraví vie len rámcovo 32,4 % mužov, poznajú len zdravotné ťažkosti s prostatou.

Muži uvádzali, že o zdravotných problémoch s prostatou sa dopočuli v médiách v rámci reklamy na výživové doplnky. Ak sme sa cielene pýtali zdroj informácií o reprodukčnom zdraví (graf 1), tak za najprínosnejší zdroj informácií respondenti uviedli na prvom mieste lekára alebo sestru 49,6 % (všetci označili odpoveď aj lekár a aj sestra). Informácie z internetu 38,8 % a médiá a reklama len v 11,6 %. Respondenti uvádzali, že médiá považujú len za zdroj tzv. všeobecných informácií.



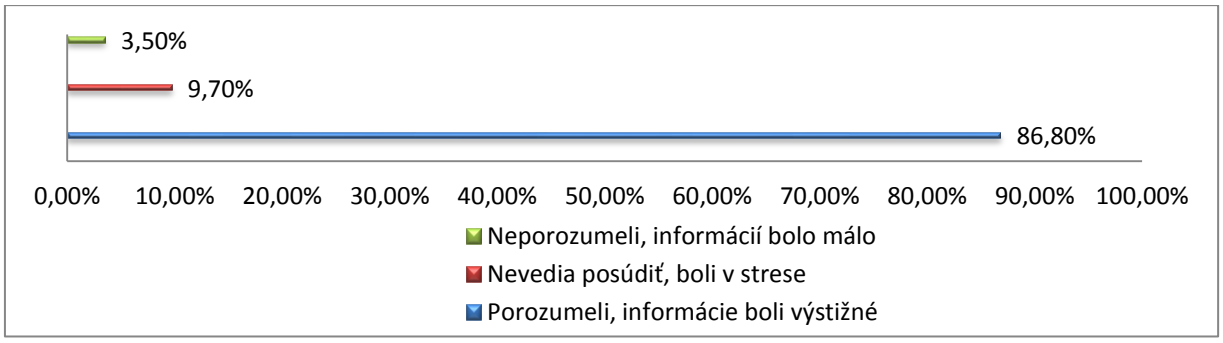
Graf 1 Informačné zdroje o reprodukčnom zdraví

Informácie a problémy z oblasti urológie a sexuálneho zdravia respondenti ako prvému povedali lekárovi v ambulancii 21,1%, sestre v ambulancii 4,4%, sestre u urológa 14,7%, urológovi 30,5%, manželke alebo priateľke 11,6%, priateľovi 14,9% a nikomu 2,8% oslovených mužov. Z oslovenej vzorky mužov už urologickú ambulanciu navštívilo 84% mužov. Z nich prvé urologické vyšetrenie absolvovali respondenti ako preventívnu urologickú prehliadku na odporúčanie všeobecného lekára v 43,7%, až 32,2% pre urologické problémy (infekcia, problémy s močením) a 24,1% mužov pre sexuálne problémy.



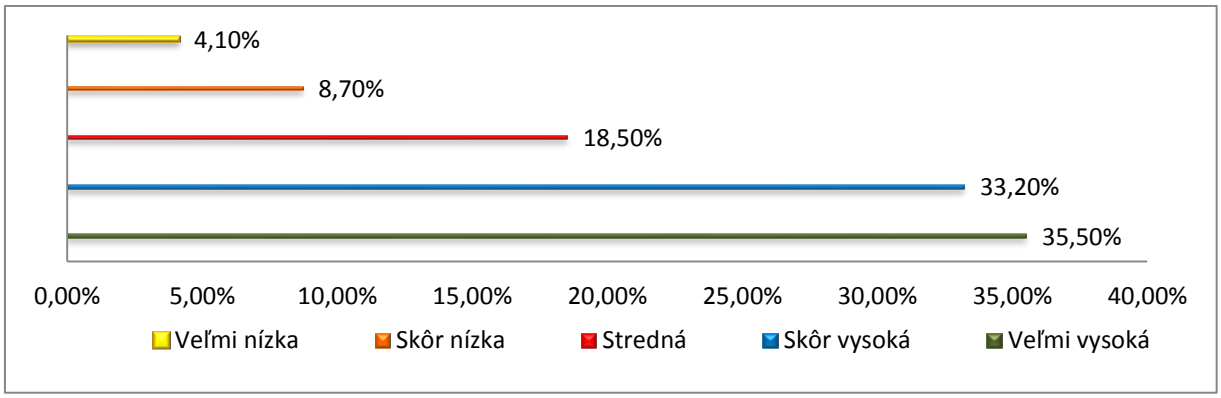
Graf 2 Dôvod návštevy urologickej ambulancie

Pýtali sme mužov, ktorí už urologickú ambulanciu navštívili, či rozumeli informáciám o podpore reprodukčného zdravia (graf 3) poskytnutým od sestry (v urologickej ambulancii). Respondenti odpovedali, že informáciám porozumeli a boli pre nich rozsahom a obsahom primerané 86,8%, 9,7% mužov odpovedalo, že to nevedia posúdiť, lebo boli v strese a 3,5% mužov uviedlo, že získali málo informácií a ani im nerozumeli. Iné kombinácie odpovedí respondenti neoznačili.



Graf 3 Porozumenie informáciám o podpore reprodukčného zdravia

Muži, ktorých sme oslovili, subjektívne hodnotia kvalitu svojho života (graf 4) po stránke sexuálnej a urologickej, ako veľmi vysokú 35,5%, skôr vysokú 33,2%, strednú 18,5%, skôr nízku 8,7% a veľmi nízku 4,1% mužov. Pri subjektívnom hodnotení vlastného reprodukčného zdravia podľa numerickej škály (10 bodov najvyššia kvalita až 0 bodov žiadna kvalita), bol Modus (Mod(x)) u mužov prieskumnej vzorky 9 bodov zastúpený v 46,3%.



Graf 4 Subjektívne hodnotenie kvality života

DISKUSIA

Na problematiku úlohy sestry pri podpore reprodukčného zdravia mužov, ako aj na ich nízku mieru informovanosti o podpore zdravia v tejto oblasti upozorňuje Bučeková (2013). V zahraničnej literatúre (Peate, 2005, p. 362 – 366) sme našli citačné odkazy na projekty, ktoré skúmajú vzťah reprodukčného zdravia vo vzťahu k životnému štýlu mužov, najmä k fajčeniu. Iné práce (Lue, 2004, 64 s., Shahjahan, 2013, UNFPA, 2008) popisujú reprodukčné zdravie v kontexte sexuálnych funkcií. Získavať informácie o problematike z oblasti reprodukčného zdravia mužov empirickou sondou je pomerne náročné, lebo ide o intímnu tému a narážame na bariéru ochoty mužov odpovedať na osobné otázky. Záujem mierne vzrástol, ako sme respondentov ubezpečili, že predmetom prieskumu je informovanosť v oblasti zdravia. Zistili sme, že reprodukčné zdravie respondenti všeobecne vnímajú ako oblasť týkajúcu sa žien a to oblasti tehotnosti a pôrodu. Zistili sme, že viac než polovica oslovených mužov má neuspokojivú (nízku) informovanosť o otázkach reprodukčného zdravia. Nedostatočné vedomosti boli dokázané aj v iných štúdiách (Hsu, Berman, Mills, 2010 a Peate, 2005). Záujem o informácie z oblasti podpory reprodukčného zdravia uviedlo až 87 % mužov a všetci, aj ktorí dotazníkový hárok nevyplnili ale prevzali si edukačné letáky uviedli prísľub, že si ich v pokoji a súkromí domova prečítajú. Za najpreferovanejší zdroj informácii muži označili odborné zdroje lekára alebo sestru, čo je pozitívne.

Muži uvádzali ako dôvod návštevy urologickej ambulancie sexuálne problémy v 24,10%, na problém sexuálneho zdravia mužov upozorňujú aj zahraničné štúdie (Lue, 2004, Peate, 2005). Zdravotné problémy mužov, urologické alebo sexuálne sú väčším/častejším dôvodom na návštevu urologickej ambulancie ako preventívna prehliadka. Táto informácia nás upozorňuje na rezervy v rámci výchovy k manželstvu a rodičovstvu, kam tematicky patrí otázka podpory reprodukčného zdravia (Machová, 2009, Machová, Hamanová, 2002).

Subjektívne hodnotili svoju kvalitu života v urologickej a sexuálnej oblasti oslovení muži prevažne kladne. Obdobné výsledky v subjektívnom hodnotení kvality života v oblasti reprodukčného zdravia uvádza aj Bučeková (2013). V rámci podpory reprodukčného zdravia a výchovy k zdraviu odporúča urologická spoločnosť rýchlu diagnostiku porúch v urologickej a sexuálnej oblasti prostredníctvom validizovaného dotazníka, uvádza Machová (2009). Rýchly a prehľadný dotazníkový hárok umožňuje mužovi zistiť, či má zdravotné problémy v reprodukčnej oblasti a či má navštíviť lekára z odboru urológie. Respondenti prejavili o dotazník záujem, ako aj o ostatné edukačné letáky, čo predstavuje sekundárny benefit našej prieskumnej akcie, lebo sme aktívne prispeli k zvýšeniu informovanosti mužov v predmetnej oblasti.

ZÁVER A ODPORÚČANIA

Na základe zistených výsledkov uvádzame, že úroveň informovanosti o reprodukčnom zdraví oslovených mužov nie je neuspokojivá. Zistené výsledky sú platné len pre oslovenú vzorku, ale rezervy v informovanosti, ktoré sme zaznamenali, vytvárajú priestor pre rozšíreni edukačných aktivít. Informovanosť pacienta je základom jeho psychickej pohody a efektívnej spolupráce so zdravotníckymi pracovníkmi (Machová, 2009). Životný štýl je spôsob života jedinca, ovplyvnený vonkajšími i vnútornými faktormi. Vitalitu a zdravie ovplyvňuje i zdravý sexuálny život (Červeňanová, 2012).

Pre podporu reprodukčného zdravia mužov odporúčame:

- Podporiť výchovu detí k reprodukčnému zdraviu v rodine a v škole prostredníctvom edukačných aktivít (Vránová, 2008);
- Vypracovať edukačné plány o podpore reprodukčného zdravia na každej úrovni prevencie (primárna, sekundárna, terciálna) nielen pre ženy, ale aj pre mužov ;
- Cielenou edukáciou v ambulanciách podporiť prevenciu a zvýšiť kvalitu reprodukčného zdravia (Edusan, 2001);
- Docieliť spoluzodpovednosť mužov za svoje reprodukčné zdravie.

LITERATÚRA

BUČEKOVÁ, C. *Podpora reprodukčného zdravia u mužov*: diplomová práca. Bratislava : SZU. 2013. 78 s.

ČERVEŇANOVÁ, E. Životný štýl, In.: *Revue medicíny v praxi*, 2012,r.10, č.3, s.19-20a, ISSN 1336-202X

EDUSAN, 2001. *Dotazník sexuálneho zdravia muža IIEF – 5.* Validizovaný dotazník Urologickej kliniky UN BA Nemocnica akademika L. Dérera Bratislava. WEB-master: PEKUR s.r.o. Copyright © Edusan 2001.

HSU, J., BERMAN, P., MILLS, A. 2010. Reproductive health priorities: evidence from a resource tracking analysis of official development assistance in 2009 and 2010. In *The Lancet*, Volume 381, Issue 9879, 18–24 May 2013, Pages 1772–1782.

LUE, T. et all. *Clinical manual of sexual medicine sexual dysfunktions in men.* [on line] *Health Publications Ltd*, 2004, 64 s. ISBN 0-9546956-1-5. [cit. 2013-05-17]. Dostupné na: www.congress-urology.org.

MACHOVÁ, J. a kol. *Výchova ke zdraví.* Praha : Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MACHOVÁ, J. - HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání.* Praha : H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.

PEATE, I. The effects of smoking on the reproductive health of men. In *British Journal of Nursing*, Vol. 14, Iss. 7, 14 Apr. 2005, p. 362 – 366.

ROVŇANOVÁ, L. (eds.) - GLOSOVÁ, K. - LUKŠÍK, D. *Sexuálna výchova v kontexte ľudských práv.* Bratislava : Spoločnosť pre plánované rodičovstvo, 2012. 99 s. ISBN 978 - 80 - 970902 - 2 – 7.

SHAHJAHAN, M, et all. Determinants of male involvement in reproductive health services: a cross-sectional study. In *Reproductive health.* 2013, 10: 27, [cit. 2013-05-17]. Dostupné na: http://www.reproductive-health-journal.com/.

UNFPA. *Mental sexual and reproductive health.* New York : United Nstredia Population Fund, 220 East 42. Street, USA, 2008. ISBN: 978-0-89714-863-4. p. 4.

VRÁNOVÁ, V. Výchova k reprodukčnímu zdraví. In *Sestra*, 2008, č. 1, s. 42-43, ISSN 1335-9444.

MAPY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U DIALYZOVANÉHO PACIENTA S OPERAČNÝM RIEŠENÍM CHIRURGICKÉHO OCHORENIA

MIŠINOVÁ Mariana[1], VAVREKOVÁ Beata[1,2]

[1] *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*
[2] *Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica*

ABSTRAKT
Príspevok je zameraný na ošetrovateľský manažment starostlivosti o dialyzovaného pacienta, ktorý podstupuje operačný zákrok pre chirurgické ochorenie. Prieskumom sme zistili, že väčšina sestier sa už stretla počas svojej praxe s dialyzovaným pacientom, ktorý podstupuje operačný zákrok a vedia, že vyžaduje špeciálnu pooperačnú starostlivosť. Mapy starostlivosti o dialyzovaného pacienta v perioperačnom období sestry považujú za pomoc pri skvalitnení a zefektívnení práce sestier a hlavne pomoc pre sestry v úvode svojej praxe. Na základe týchto zistení boli vypracované návrhy máp starostlivosti o dialyzovaného pacienta podstupujúceho operačný zákrok. Zamerané sú na predoperačné, operačné a pooperačné obdobie - konzíliá, vyšetrenia, odbery, intervencie sestier a výsledky intervencií u dialyzovaných pacientov. Činnosti sú rozdelené na predoperačný, operačný, prvý pooperačný deň a aktivity pri prepustení.

Kľúčové slová: Ošetrovateľský manažment starostlivosti. Dialyzovaný pacient. Perioperačná starostlivosť. Mapa starostlivosti.

ABSTRACT
The topic of the contribution is the management of nursing care of patients on dialysis, who undergo a surgery because of surgical disease. By carrying out the survey we found out that most of nurses have already met patients on dialysis who underwent a surgery during their work experience and realized that such patients require special post-operative care. The nurses find the maps of care for patients on dialysis in the peri-operative period a great help in improvement of quality and efficiency of their work, especially important for nurses in training period. Based on these findings, we drew up proposals of maps of care for patients on dialysis undergoing a surgery. We divided these maps based on pre-operative, operative and post-operative period. We focused on medical consultation team, testing, sampling, nursing interventions and outcome of interventions of patients on dialysis. We then divided the activities into pre-operative, intra-operative, the first post-operative day and the activities on the day of patient discharge from hospital.

Key words: Management of nursing care. Patient on dialysis. Pre-operative care. Map of care.

ÚVOD

Čoraz častejšie sa stretávame pri svojej praxi s dialyzovaným pacientom, ktorý vyžaduje špecifické ošetrovateľské intervencie aj v oblasti chirurgickej starostlivosti a pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť je nevyhnutné mať dostatok vedomostí. Cieľom príspevku je priblíženie ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaného pacienta, ktorý podstupuje operačný zákrok.

Pred aj v priebehu operácie používame lieky aj metódy, ktoré môžu byť pre dialyzovaného pacienta spojené s vyšším rizikom. Riziko pri celkovej anestézii je spojené okrem základného stavu pacienta, vyžadujúceho dialýzu aj s chirurgickým ochorením či operáciou. U dialyzovaných pacientov sa jedná väčšinou o pacientov s mnohými pridruženými chorobami a aj základná diagnóza vyžaduje dôsledné predoperačné vyšetrenie, ktoré odhalí všetky závažné ochorenia či rizikové faktory. Jeho cieľom je zmenšiť perioperačné riziko. Pridružené ochorenia je potrebné zohľadniť voľbou vhodnej anestézie. Bezpečnosť dialyzovaného pacienta v perioperačnom období je prvoradou úlohou a zodpovednosťou celého tímu lekárov a sestier nielen v operačnej sále. Tím tvoria nefrológ, chirurg, anestéziológ, anestéziologická sestra, operačná sestra, asistenti, ale aj lekári a sestry na štandardných ošetřovacích jednotkách, kde sa pacient nachádza v rámci

predoperačnej prípravy a jeho pooperačného manažmentu. Všetci členovia operačného tímu by mali navzájom spolupracovať, poznať sa a najmä medzi sebou správne komunikovať (Trenkler et. al., 2012).

Anestéziologické predoperačné vyšetrenie by mal robiť lekár anestéziológ, ktorý bude aj robiť anestéziu a v takom čase, aby bolo možné ešte urobiť ďalšie opatrenia v predoperačnej príprave. U dialyzovaných pacientov sa musí brať ohľad na celkový stav pacienta, veľkosť chirurgického výkonu a jeho prínos pre pacienta (Larsen 2004).

Pred operáciou je dôležité zhodnotiť stupeň hydratácie – sledovaním príjmu a výdaja tekutín, vyšetrením turgoru kože a slizníc, vyšetrením tlaku v krčných žilách, zistením prítomnosti edému a prítomnosti pľúcneho edému pri auskultácii. Podľa ordinácie lekára sestra meria CVT. Dlhodobejšie dialyzovaní pacienti poznajú normálnu hmotnosť hydrátu a doporučený prísun tekutín na deň. Pacient, čakajúci na dialýzu, môže byť hypervolemický a naopak v krátkej dobe po dialýze môže byť hypovolemický. Pred operáciou musí byť pacient normovolemický. Náhrada tekutín sa robí fyziologickým roztokom a ak došlo k strate krvi, treba ju nahradiť. Dôležitá je úprava hypovolémie, udržiavanie prietoku krvi obličkami a perfúzneho tlaku, prevencia kontrastovej nefropatie, vyhýbanie sa nefrotoxickým liekom a odstránenie prípadnej obštrukcie v močových cestách (Bernasovská, 2011).

Hemodialýza sa vykonáva 12 - 24 hodín pred plánovanou operáciou, biologický polčas heparínu u dialyzovaného pacienta je až 2,5 hodiny a k úplnému vymiznutiu jeho antikoagulačného efektu je treba niekoľko hodín. V prípade potreby treba urobiť hemodialýzu bez heparínu pre riziko krvácavých komplikácií. Obdobie 4 - 6 hodín by mal byť ideálny čas po uplynutí dialýzy pred anestéziou, aby kvapaliny boli v rovnováhe a vyhovujúca hodnota zvyškového heparínu. Indikácie pre núdzové dialýzy pred operáciou: hyperkaliémia (K > 6,0 mmol/l), preťaženie tekutinami a pľúcny edém, metabolická acidóza, "uremická" toxicita a kóma (Mc Donald, Quentin, 2004).

V bezprostrednom pooperačnom období je život dialyzovaného pacienta ohrozený operáciou, anestéziou a jeho aktuálnym zdravotným stavom, a preto je dôležité, aby bol pacient na pooperačnej izbe s adekvátnym vybavením, kde je sledovaný vyškoleným personálom (Larsen, 2004).

Bežne bezprostredné pooperačné obdobie po malých výkonoch trvá 2 hodiny a 6 hodín po náročnej operácii (Kyslan a kol., 2010). U dialyzovaného pacienta hrozí nebezpečenstvo predĺženého účinku anestetík, preto sledovanie pacienta musí byť dôslednejšie a dlhšie.

Počas pooperačného obdobia možno dialyzovaným pacientom podávať analgetiká podľa potreby ale veľmi opatrne a vyhýbať sa tým, ktoré ovplyvňujú koaguláciu (salicyláty, nesteroidné antireumatiká), alebo môžu predĺžiť účinnosť anestézie. U dialyzovaného pacienta je potrebné čo najskôr po operácii urobiť dialýzu. Pre riziko krvácania sa snažíme prvú dialýzu oddialiť, ale nie za cenu hyperkalémie alebo pľúcneho edému. Niekoľko dní po operácii je treba dialyzovať úplne bez heparínu hlavne po očných a cievnych operáciách (Sulková, 2000).

Dôležitá je včasná dychová a celková rehabilitácia (prevencia embólie, pneumónie), prevencia infekcií, odpovedajúca výživa, sledovanie cievneho prístupu alebo starostlivosť o peritoneálny katéter.

Sestra sleduje prekrvenie končatiny na hornej končatine s fistulou, kontroluje vznik nepravých aneuryziem, kedy môže hroziť ruptúra. Funkciu cievnej spojky monitorujeme fyzikálnym vyšetrením - pohľadom, pohmatom, posluchom sledujeme prítomnosť počuteľného fenoménu nad fistulou, hmatateľný pulz (nízky prietok), hmatateľný vír (prietok viac ako 450 ml/min.), zosilnenie šelestu (striktúra alebo stenóza), opuch končatiny (trombóza), protrahované krvácanie z miesta vpichu po ukončení dialýzy (zvýšený tlak vo vnútri spojky) (Tesař, Schuck, 2006).

V starostlivosti o peritoneálny katéter sa robí preplachovanie peritoneálnej dutiny malými objemami (1000 ml) heparinizovaným dialyzačným roztokom dovtedy, pokiaľ nie je dialyzát číry, bez prímesi krvi, aby nedošlo k obštrukcii peritoneálneho katétra fibrínovými vláknami. Preväz výstupu peritoneálneho katétra sa vykonáva za aseptických podmienok (Sulková, 2000).

Sestra musí dôsledne sledovať príjem a výdaj tekutín, zaznamenávať množstvo a druh infúznych roztokov, krvných náhrad, zaznamenávať množstvo a farbu moču, obsah drénov a žalúdočnej sondy, nadmerné potenie, vracanie. Podľa ordinácie lekára sestra odoberá biologický materiál (KO, Na, K, glukóza, močovina, kreatinín, hemokoagulačné faktory, ABR, zber moču/24 hodín).

PRIESKUM

Prieskumom sme zistiťovali skúsenosti a vedomosti sestier chirurgických odborov v oblasti starostlivosti o dialyzovaného pacienta a názor na funkciu a potrebu máp ošetrovateľskej starostlivosti pri práci sestier.

Ciele prieskumu:

- Zistiť, akú skúsenosť majú sestry so starostlivosťou o dialyzovaného pacienta.
- Zistiť vedomosti sestier pri starostlivosti o dialyzovaného pacienta.
- Zistiť, aký názor majú sestry na využitie máp ošetrovateľskej starostlivosti v praxi.

Na získanie informácií sme si vybrali dotazníkovú metódu. Dotazník vlastnej konštrukcie bol dobrovoľný a anonymný. Pozostával zo 14 položiek, z toho 9 bolo zameraných na ciele prieskumu (7 zatvorených a 2 polootvorené) a na konci bolo zaradených 5 kategorizačných položiek.

Prieskumu sa zúčastnilo 20 (100,00%) respondentov. Boli to sestry chirurgického, ortopedického a gynekologického oddelenia v NsP Považská Bystrica. Prieskumu sa zúčastnilo 19 (95,00%) žien a 1 muž (5,00%). Najviac 7 (35,00%) respondentov bolo vo veku 40 – 49 rokov. Najväčšia skupina respondentov mala prax od 11 – 20 rokov - 7 (35,00%) respondentov. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie 2. stup-ňa (Mgr.) malo 8 (40,00%) respondentov a 13 (65,00%) respondentov malo špecializáciu vo svojom odbore.

Prieskum prebiehal vo februári 2013 na ortopedickom, gynekologickom a chirurgickom oddelení v NsP Považská Bystrica. Najskôr sme urobili pilotnú štúdiu, pri ktorej sme dotazník rozdali 5 sestrám na zistenie zrozumiteľnosti otázok. Po upravení, sme dotazník rozdali 20 sestrám na chirurgickom, ortopedickom a gynekologickom oddelení. Návratnosť bola 100%. Počet spracovaných dotazníkov bol 20 (100,00%).

VÝSLEDKY

V prieskume sme si stanovili tri ciele zamerané na vedomosti a starostlivosť sestier o dialyzovaného pacienta a na využite máp ošetrovateľskej starostlivosti v tejto oblasti.

V prvom cieli sme zisťovali, akú skúsenosť majú sestry so starostlivosťou o dialyzovaného pacienta. Pri prvej otázke sme zistili, že väčšina 15 (75,00%) sestier sa počas svojej praxe už stretla s dialyzovaným pacientom, ktorý podstupoval operačný zákrok. Na otázku, či dialyzovaný pacient vyžaduje po operácii špeciálnu pooperačnú starostlivosť, väčšina 15 (75,00%) sestier odpovedala, že áno, ale 4 (20,00%) sestry nevedeli odpovedať a 1 (5,00%) sestra odpovedala, že dialyzovaný pacient nevyžaduje špeciálnu starostlivosť.

V druhom cieli sme si chceli overiť vedomosti sestier a ich úroveň. Na otázku, na ktorej končatine sa u dialyzovaného pacienta meria TK, 18 (90,00%) sestier odpovedalo, že TK by merali na ruke, kde nie je AV fistula, ako to uvádza Sulková (2000). Pred vytvorením AV fistuly sa zisťuje stav cievneho systému u pacienta a vtedy sa u pacienta meria TK na obidvoch končatinách (Mc Donald, Quentin, 2004). 2 (10,00%) sestry odpovedali, že TK by merali na obidvoch končatinách, pravdepodobne po tejto skúsenosti. Na otázku o diéte u dialyzovaných pacientov všetkých 20 (100,00%) sestier volilo správnu odpoveď,

nízkobielkovinovú diétu, ako to uvádza Findriková (2011). Infúznu liečbu by väčšina 13 (65,00%) sestier podávala do periférnej žily aj do CVK, 5 (25,00%) do periférnej žily a 2 (10,00%) sestry by infúzie podávali do CVK. Tu je však dôležité vedieť, že CVK, ktorý bol vytvorený za účelom dialýzy, by sa nemal využívať pre potreby oddelenia a manipulácia s ním by sa mala konzultovať s dialyzačným strediskom (Haragová, 2010). V poslednej otázke sme chceli, aby sestry subjektívne zhodnotili úroveň svojich vedomostí pri starostlivosti o dialyzovaného pacienta v určitých oblastiach, čo nám pomohlo pri zostavení návrhov máp starostlivosti. Zamerali sme sa na vyšetrovacie metódy u dialyzovaného pacienta pred operáciou, dokumentáciu u dialyzovaného pacienta pred operáciou, príjem tekutín u dialyzovaného pacienta, starostlivosť o CVK a AV fistulu. Hodnotenie vedomostí sestrami v jednotlivých položkách bolo v rozmezí 1 (výborné vedomosti) – 5 (nedostatečné vedomosti, ako to zobrazuje tabuľka 1. Svoje vedomosti o vyšetrovacích metódach najviac - 8 (40,00%) sestier hodnotilo ako dobré a na základe výsledkov nám vyšiel priemer vedomostí 3,1. Úroveň vedomostí o potrebnej dokumentácii pred operáciou bola s priemerom 2,45, 13 (65, 00%) sestier hodnotilo svoje vedomosti ako veľmi dobré. Najslabšie vedomosti mali sestry pri overovaní funkčnosti AV fistuly. 10 (50%) sestier hodnotilo svoje vedomosti za dostatočné a 3 (15%) za nedostatočné, celkový priemer bol 3,8. Vedomosti o starostlivosti o CVK bol v priemere 2,8. Deväť (45,00%) sestier považuje svoje vedomosti za dobré a 5 (25,00%) za veľmi dobré. V záverečnej položke o príjme tekutín dialyzovaného pacienta vyšiel priemer 3,0. Osem (45,00%) sestier považuje svoje vedomosti za dobré, 5 (25,00%) za veľmi dobré, a 5 (25,00%) sestier považuje svoje vedomosti za dostatočné.

Tabuľka 1 Zhodnotenie svojich vedomostí v zisťovaných oblastiach

Vedomosti		úroveň					Spolu
		1 výborné	2 veľmi dobré	3 dobré	4 dostatočné	5 nedostatočné	
Vyšetrovacie metódy u dialyzovaného pacienta pred operáciou	počet	0	5	8	7	0	20
	percento	0,00	25,00	40,00	35,00	0,00	100,00
Dokumentácia pacienta pred operáciou	počet	0	13	5	2	0	20
	percento	0,00	65,00	25,00	10,00	0,00	100,00
Overovanie funkčnosti AV fistuly	počet	0	0	7	10	3	20
	percento	0,00	0,00	35,00	20,00	15,00	100,00
Starostlivosť o centrálny venózny katéter	počet	2	5	9	3	1	20
	percento	10,00	25,00	45,00	15,00	5,00	100,00
Príjem tekutín dialyzovaného pacienta	počet	1	5	8	5	1	20
	percento	5,00	25,00	40,00	25,00	5,00	100,00

V treťom cieli sme zisťovali aký názor majú sestry na mapy ošetrovateľskej starostlivosti a či ich používajú pri svojej práci. Ani na jenom pracovisku mapy starostlivosti o dialyzovaných pacientov nemajú vypracované, teda všetkých 20 (100,00%) sestier odpovedalo nie. Na otázku, či mapy starostlivosti majú vplyv na prácu sestry, 9 (45,00%) sestier odpovedala áno a 7 (35,00%) sestier odpovedalo, že viac áno ako nie a iba 2 (10,00%) odpovedali nie. Podľa 18 (90,00%) sestier mapy starostlivosti pomáhajú pri zaúčaní nových sestier a podľa

15 (75%) sestier mapy starostlivosti prácu sestry urýchľujú a skvalitňujú.

V prieskume sme si stanovili 3 čiastkové ciele. Na základe odpovedí sme zistili, že ani na jednom pracovisku nie sú vypracované mapy starostlivosti, ale podľa názoru sestier ich prácu by uľahčili a skvalitnili a pomohli by im pri zaučení novoprijatých sestier. Preto sme vypracovali návrhy máp ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaného pacienta pri chirurgickom zákroku.

Predoperačná príprava je veľmi dôležitá pre dobrý výsledok a bezpečnosť pri operácii dialyzovaného pacienta. V predoperačnej mape starostlivosti sme sa zamerali na konzíliá, vyšetrenia, diagnostiku, organizáciu dialýzy pred operáciou, predoperačné intervencie sestier a výsledky ich činností. Podľa doporučení v literatúre pacient pred operáciou by mal prijímať poslednú tuhú stravu večer, prípadne 6 – 8 hod. pred operáciou a tekutiny od polnoci prípadne 3 – 4 hod. pred operáciou. podľa Podľa štúdií Európskej spoločnosti anestéziológie (ESA), dospelí pacienti by mali byť podporovaní pri pití čírych tekutín do 2 hodín pred operáciou. Za číre tekutiny sa považujú čaj, káva aj možnosť pridania mlieka do pätiny obsahu tekutiny. Jesť tuhú stravu ESA odporúča 6 hodín pred chirurgickým zákrokom. Tieto odporúčania sa tiež vzťahujú aj na pacientov s obezitou, gastroezofagiálnym refluxom, s diabetes a tehotné ženy. Podľa ESA dlhodobý zákaz pitia tekutín pred operáciou, hlavne u starých ľudí, je škodlivý a vyvoláva pocit nepohody (Smith, Kranke, 2011). U dialyzovaných pacientov príjem tekutín musí byť obmedzený, v malých množstvách len na ovlaženie úst, cmúľanie kúskov ľadu, prípadne vyplachovanie úst.

Mapa ošetrovateľskej starostlivosti počas operácie je venovaná sestrám, ktoré preberajú zodpovednosť za pacienta jeho príchodom na operačnú sálu. V mape starostlivosti sú uvedené všetky činnosti, ktoré by mali byť zrealizované u dialyzovaného pacienta. Práca anestéziologického tímu je veľmi náročná, okrem zabezpečenia kvalitnej anestézie lekár aj sestra musia zvládať a rýchlo reagovať na mnohé komplikácie, ktoré sa môžu vyskytnúť pri anestézii u dialyzovaného pacienta. Anestéziologický tím odovzdáva dialyzovaného pacienta sestrám na pooperačnú JIS alebo OAIM. Pacient musí mať dobré Aldreteho prebúdzacie skóre a lekárom vyplnenú prekladovú správu (Cvachovec, 2012) so základnými informáciami o starostlivosti o pacienta počas operácie a odporúčaniach pre následnú starostlivosť.

Mapu starostlivosti v úseku po operácii sme rozdelili na včasnú pooperačnú starostlivosť a následnú pooperačnú starostlivosť. Včasná pooperačná starostlivosť je u dialyzovaného pacienta veľmi dôležitá, pretože u pacienta hrozí predĺžené pôsobenie anestetík, takže je zameraná hlavne na stav vedomia, vitálne funkcie, krvácavosť operačnej rany, bolesť po operácii a celkovú spokojnosť a bezpečnosť pacienta. V mapách následnej pooperačnej starostlivosti sú činnosti sestier zamerané na starostlivosť o cievny prístup, celkový stav pacienta, starostlivosť o stravovanie, vyprázdňovanie, pohybové aktivity, hygienu, či spánok pacienta. U dialyzovaného pacienta je dôležité, aby sme predchádzali rôznym pooperačným komplikáciám (zápaly, dekubity), ktoré môžu zhoršiť jeho zdravotný a psychický stav a tak predĺžiť dĺžku hospitalizácie.

Predkladáme návrh mapy ošetrovateľskej starostlivosti (tabuľka 2) o dialyzovaného pacienta v tabuľkovej forme, kde sme jednotlivé činnosti rozdelili na starostlivosť o dialyzovaného pacienta pred operáciou, v deň operácie, prvý pooperačný deň a deň prepustenia.

Tabuľka 2 Mapa ošetrovateľskej starostlivosti (pokračovanie na ďalších stranách)

Zdravotnícke zariadenie: **Oddelenie:**		**Dg.:** Chirurgický zákrok u dialyzovaného pacienta **Meno a priezvisko pacienta**: **Rodné číslo:** **č. poisťovne:**		
Alergie: na lieky, dezinfekčné roztoky, potraviny, ostatné		**Dialýza:** spôsob, posledná dialýza		
Kritická cesta	**Pred operáciou**	**V deň operácie - JIS**	**1. deň po operácii**	**Pri prepustení**
Konzíliá	nefrologické, kardiologické, hematologické, urologické, chirurgické zubné, anestéziologické dialýa p.p.	vizita, nefrologické, anestéziologické, hematologické	vizita, nefrologické, dialýza	vizita, nefrologické – ďalšia dialýza podľa dialyzačného programu
Diagnostika	Rtg. pľúc, EKG, ECHO, SONO – brucha a ciev	podľa potreby a ordinácie lekára	podľa potreby a ordinácie lekára	podľa potreby a ordinácie lekára
Vyšetrenia/ laboratórne testy	FW, KO + sediment, KS + Rh faktor, glukóza, močovina, kreatinín, kyselina močová, bielkoviny celkové, albumín, bilirubín celkový, AST, ALT, GMT, ALP, cholesterol, triaglycerol), GP, Na, K, Ca, Mg, Cl, P, Fe,, Quick, Fibrinogén, Eg test, APTT, doba zrážania a krvácania,, ABR, , CRP, HbsAg	KO, Na, K, močovina, kreatinín, hemokoagulačné faktory, krv na krížový pokus, objednať krvné konzervy podľa druhu operácie. **Po operácii**: KO, Na, K, močovina, kreatinín, ABR	KO, Na, K, močovina, kreatinín, ABR	KO, Na, K, močovinaa, kreatinín
vyšetrenia/moču laboratórne testy	Moč + sediment, kultivácia + citlivosť, kvantitatívna bielkovina	Zber moču / 24 h.	Zber moču / 24 h.	
Anamnéza:	Rodinná, aktuálne problémy, pridružené ochorenia, prekonané závažné ochorenia, úrazy, operácie, posledná hospitalizácia			
Lieky	Ktoré užíva, či si zobral so sebou, večer podať podľa ordinácie lekára hypnotiká,	Ráno podľa ordinácie lekára Antihypertenzíva , (ak sú potrebné), preventívne ATB, 30 min. pred operáciou podanie premedikácie, **Po operácii** podávať analgetiká, pokračovať v podávaní ATB podľa ordinácie lekára	Pokračovať v liečbe podľa ordinácie lekára i.m., i.v.	Lieky podľa ordinácie lekára na 3 dni
Fyzikálne vyšetrenie/ vitálne funkcie	TK, P, TT, hmotnosť, výška, vyšetrenie od hlavy po päty	**Pred operáciou** TK, P, TT, ak má zavedený CVK – CVT **Po operácii**: EKG, TK, P, D, SpO_2, každých 15 min., neskôr 30 min., alebo podľa stavu pacienta, či ordinácie lekára	TK, P, TT, CVT, EKG, SpO_2 podľa závažnosti stavu pacienta	TK, P, TT
Žilový prístup:	CVK / AV fistula, od kedy, miesto, skontrolovať funkčnosť	zaviesť periférnu žilu, prípadne CVK, kontrolovať funkčnosť AV fistuly	kontrolovať priechodnost, prevencia infekcie, vykonávať pravidelné preväzy, manipulovať so spojovacou hadičkou za aseptických podmienok	kontrolovať priechodnosť a preväzovať CVK. Kontrolovať AV fistulu, jej funkčnosť.
Diéta		**Pred operáciou**: od večere nejesť, prípadne 6 – 8 hod.	podľa druhu operácie , náhrada živín	

Zdravotnícke zariadenie: **Oddelenie:**		**Dg.:** Chirurgický zákrok u dialyzovaného pacienta **Meno a priezvisko pacienta**: **Rodné číslo:** **č. poisťovne:**		
Alergie: na lieky, dezinfekčné roztoky, potraviny, ostatné		**Dialýza:** spôsob, posledná dialýza		
Kritická cesta	**Pred operáciou**	**V deň operácie - JIS**	**1. deň po operácii**	**Pri prepustení**
	nízkobielkovinová (6, 6/9, S35, S 35/9)	**Po operácii**: podľa druhu operácie náhrada živín parenterálne, alebo 0/S	parenterálne, alebo nízkobielkovinová	nízkobielkovinová (6, 6/9, S 35, S 35/9
Príjem tekutín	koľko môže prijať / 24 hod.	**Pred operáciou** 3 – 4 hod. nepiť, prípadne od polnoci. **Počas a po operácii:** nahrádzať tekutiny podľa ordinácie lekára	nahrádzať tekutiny podľa ordinácie lekára	Koľko môže prijať / 24 hod. podľa ordinácie nefrológa
Straty tekutín	koľko vymočí / 24 hod. (ak močí)	sledovať a zaznamenávať množstvo moču, krvné straty, obsah žalúdočnej sondy, drény, potenie, vracanie	sledovať a zaznamenávať množstvo moču, obsah žalúdočnej sondy, drény (zrušenie podľa ordinácie lekára, čo najskôr)	Sledovať množstvo moču, ktoré vymočí (ak pacient močí).
Vyprázdňovanie	ako často, problémy	sledovať obnovenie peristaltiky, zaznamenávať stolicu, konzistenciu, farbu, prímesi	kontrolovať peristaltiku, defekáciu, odstraňovať problémy.	zaznamenať stolicu
Spánok	zvyklosti pri zaspávaní, kvalita spánku, problémy	vytvoriť vhodné prostredie, tlmiť bolesť	vytvoriť vhodné prostredie, tlmiť bolesť	
Hygiena	schopnosť pacienta udržiavať samostatne, na čo potrebuje pomoc.	ráno sprcha dezinfekčným mydlom, lôžko suché, upravené, večer celková toaleta	zabezpečiť čisté a suché lôžko, 2 x denne toaleta, výpomoc pacientovi podľa potreby	
Sebestačnosť/ rehabilitácia	činnosti, ktoré vykonáva samostatne, ktoré s pomocou (ADL).	**Po operácii** dychové cvičenia, pasívne, aktívne cvičenie HK, DK prevencia dekubitov, polohovanie pacienta, pokiaľ to jeho stav vyžaduje	Postupne zvyšovať telesnú záťaž, posilňovať svaly celého tela, podporovať pri vykonávaní sebaobslužných činností, Pokiaľ to stav pacienta vyžaduje, pokračovať v polohovaní pacienta každé 2 hod.	Pacient v rámci možností vykonáva sebaobslužné činnosti sám. Pokiaľ je to treba, zabezpečiť ADOS, sociálnu službu
Poučenie pacienta	o anestézii + súhlas s anestéziou, O diagnostike, liečbe, operácii + súhlasy, o nemocničnom režime, od večere už nejesť a od pol noci nepiť	**Pred operáciou** : o odložení umelého chrupu, iných osobných pomôcok, o účinkoch premedikácie, o zákaze vstávania z lôžka, o mieste, kde sa zobudí po operácii. **Po operácii**: O dychových cvičeniach, vhodnej (úľavovej) polohe, o spôsobe kašľania, o polohovaní, spôsobe posadzovania a vstávania z postele	o nutnosti dychových cvičení, skorej mobilizácie. O starostlivosti o operačnú ranu	o starostlivosti o operačnú ranu, ďalšej liečbe, nefrologickej, chirurgickej kontrole, potrebe hlásiť sa u obvodného lekára do 3 dní, o diétnych obmedzeniach, ktoré musí pacient dodržiavať, o užívaní liekov, ošetrovateľskej starostlivosti možnostiach pomoci domácej ošetrovateľskej starostlivosti . Pokiaľ pacient nie je schopný sám, je poučený príbuzný.
Sociálna situácia	rodinná, kontaktná osoba, bytová, finančná situácia		umožniť návštevu, pokiaľ s ňou pacient súhlasí	informovať pacienta alebo príbuzného o možnosti opatrovateľskej starostlivosti, umožniť kontakt so sociálnou sestrou.
Náboženstvo	druh, náboženské praktiky, obmedzenia			
Sesterské diagnózy	00120 – deficit vedomostí, 00119 – chronicky nízka sebaúcta, 00132 – akútna bolesť, 00133 – chronická bolesť, 00134 – nauzea,	0006 – hypotermia, 0007 – hypertermia, 00024 – neefektívna tkanivová perfúzia (renálna,kardiopulmonálna, gastrointestinálna, periférna), 00025 – riziko nevyváženého objemu	00004 – riziko infekcie, 00007 – hypertermia, 00011 – zápcha, 00014 – inkontinencia stolice, 00015 – riziko zápchy, 00025 – riziko nevyváženého objemu tekutín, 00028 – riziko	00120 – deficit vedomostí, 00004 – riziko infekcie, 00102 – deficit sebaopatery pri jedle, 00108 – deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene,

Zdravotnícke zariadenie: **Oddelenie:**			**Dg.:** Chirurgický zákrok u dialyzovaného pacienta **Meno a priezvisko pacienta**: **Rodné číslo:** **č. poisťovne:**	
Alergie: na lieky, dezinfekčné roztoky, potraviny, ostatné			**Dialýza:** spôsob, posledná dialýza	
Kritická cesta	**Pred operáciou**	**V deň operácie - JIS**	**1. deň po operácii**	**Pri prepustení**
	00147 – úzkosť so smrti, 00148 – strach, 00085 – riziko perioperačného poškodenia, 00161 – ochota doplniť deficit vedomostí	tekutín, 00028 – riziko deficitu telesných tekutín, 00031 – neefektívna priechodnosť dýchacích ciest, 00032 – neefektívne dýchanie, 00033 – oslabené dýchanie, 00039 – riziko aspirácie, 00046 – porušená tkanivová integrita, 00045 – poškodená ústna sliznica, 00046 – porušená kožná integrita, 00085 – riziko perioperačného poškodenia, 00092 – intolerancia aktivity, 00095 – porušený spánok, 00100 – oneskorené pooperačné zotavenie, 00108 – deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene, 00110 – deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní, 00128 – akútna zmätenosť, 00132 – akútna bolesť, 00134 – nauzea	deficitu tekutín, 00044 – porušená tkanivová integrita, 00045 – poškodená ústna sliznica, 00085 – riziko perioperačného poškodenia, 00092 – intolerancia aktivity, 00095 – porušený spánok, 00102 – deficit sebaopatery pri jedle, 00108 – deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene, 00109 – deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajška, 00110 – deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní, 00119 – chronicky nízka sebaúcta, 00120 – deficit vedomostí o .., 00132 – akútna bolesť, 00133 – chronická bolesť, 00161 – ochota doplniť deficitné vedomosti	00109 – deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajška, 00110 – deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní, 00119 – chronicky nízka sebaúcta, 00161 – ochota doplniť deficitné vedomosti
Intervencie	prijať pacienta lekárom – anamnéza, vstupný záznam sestry – anamnéza, prideliť lôžko, zaradiť pacienta do operačného programu, odložiť osobné veci, šperky a odevy na určené miesto	pripraviť operačné pole, zaviesť permanentný katéter, urobiť bandáž DK, previezť pacienta na operačnú sálu s dokumentáciou **Na operačnej sále**: pripraviť prístroje, pomôcky na intubáciu, lieky na uspávanie, overiť totožnosť pacienta, skontrolovať všetky potrebné konzíliá a súhlasy, pacienta napojiť na monitoring, zaviesť periférnu žilu, prípadne asistovať pri zavádzaní CVK a meraní CVT, komunikovať s pacientom, vysvetľovať mu všetky kroky, ktoré sestra vykonáva. **Po operácii**: preložiť pacienta pod dohľadom anestéziológa s vypísanou prekladovou správou na pooperačnú JIS, monitorovať vitálne funkcie - TK, CVT, P, D, TT, SpO_2, počas 1. h. každých 15 min., neskôr každú 1 – 2 h., prípadne podľa potreby, sledovať stav vedomia (kvantitatívneho aj kvalitatívneho), PVT, krvácanie operačnej rany, odpad drénov, pooperačné bolesti, nauzeu, vracanie, zabezpečiť polohu pacienta – bez vankúša, hlavu nabok, po návrate reflexov (prehĺtanie, kašlanie), poloha v ľahu na chrbte, zabezpečiť bezpečnosť pacienta v prípade zmätenosti, neskôr umožniť úľavovú polohu s ohľadom na operačnú ranu a ruku s AV fistulou, starostlivosť o hygienu postele, tela a dutiny ústnej.	monitorovať vitálne funkcie 3x denne prípadne podľa potreby, pomôcť pri toalete 2x denne, previazať CVK, urobiť bandáž DK, sledovať známky flebotrombózy, kontrolovať funkčnosť drénov, prípadne asistovať pri zrušení, sledovať operačnú ranu, krvácanie, opuch, zápalové zmeny, sledovať PVT, realizovať ordinované biologické odbery, podávať liečbu, monitorovať bolesť, sledovať obnovenie črevnej peristaltiky a defekácie, podporovať na dychové cvičenia, skorú mobilizáciu – posadzovanie, chôdza okolo postele podľa stavu pacienta, umožniť návštevu príbuzných	informovať pacienta alebo príbuzného o prepustení, poskytnúť lieky na 3 dni, odovzdať osobné veci, prepúšťacú správu pre obvodného lekára, zabezpečiť odvoz pacienta sanitným vozidlom, uzavrieť dokumentáciu, pripraviť ju na archiváciu., zabezpečiť dezinfekciu postele a použitých pomôcok.
Aktivity pacienta – výsledky starostlivosti	pacient je pokojný, poučený pred operáciou, podpísaný informovaný súhlas s liečbou	**pacient pred operáciou** je pokojný v rámci možností. má vykonanú osobnú hygienu tela a operačného poľa, dodržiava diétne obmedzenie – 6 – 8 hod. nejedol a 3 -4 hod. nepil, pacient má pripravené operačné pole, má naloženú bandáž na DK, zavedený permanentný katéter, nazogastrickú sondu podľa ordinácie lekára,	pacient leží v suchej, čistej posteli, VF má v norme, má zabezpečenú liečbu, má vyrovnaný PVT, verbalizuje mierne alebo žiadne bolesti, vykonáva dychové cvičenia, cvičí HK, DK, posadzuje sa, podľa stavu zvyšuje záťaž.	pacient a jeho príbuzný má informácie o ďalšej starostlivosti o operačnú ranu, diétnych obmedzeniach, následnej kontrole u obvodného lekára, nefrológa a na chirurgickej ambulancii podľa

Zdravotnícke zariadenie: **Oddelenie:**		**Dg.:** Chirurgický zákrok u dialyzovaného pacienta **Meno a priezvisko pacienta**: **Rodné číslo:** **č. poisťovne:**		
Alergie: na lieky, dezinfekčné roztoky, potraviny, ostatné		**Dialýza:** spôsob, posledná dialýza		
Kritická cesta	**Pred operáciou**	**V deň operácie - JIS**	**1. deň po operácii**	**Pri prepustení**
		má zabezpečený periférny žilový prístup a podané ATB, pokiaľ ich naordinoval lekár, odložil protetické pomôcky, umelý chrup, pacient má podanú premedikáciu podľa ordinácie lekára, je preložený na operačnú sálu s kompletnou dokumentáciou. **Počas operácie**: pacient je napojený na monitor, premerané vitálne funkcie, má zabezpečený periférny žilový prístup, CVK, zmeraný CVT, pokojne leží vo vhodnej polohe a je informovaný o priebehu na operačnom sále, je v celkovej anestézii, má zaistené dýchacie cesty, má stabilizované vitálne funkcie, pacientovi sú dopĺňané straty tekutín a krvi vo forme infúzií, plazmatických a krvných konzerv, podľa CVT a pažerákovej echokardiografie, peroperačne sú robené základné odbery (KO, Na, K, Gl, ABR) podľa ordinácie lekára, **pri extubácii** má srdcovú frekvenciu < 120/min., spontánnu dychovú frekvenciu (< 30/min.), je schopný sledovať a vykonať jednoduché príkazy – dvíhať hlavu 5s. nad podložku, vyplaziť jazyk, krvácanie z operačnej rany < 100ml/ 30min, pacient s dobrým Aldreteho skóre, s vyplnenou prekladovou správou, pod dohľadom anestéziológa je preložený na JIS alebo OAIM **Po operácii**: pacient pokojne leží na čistej suchej posteli. TK, CVT, P, D, SpO_2 má v norme, reaguje na oslovenie, dokáže vykonať jednoduché príkazy., pacient má zabezpečenú liečbu, infúzne roztoky, odbery biologického materiálu, zber moču/ 24 h. podľa ordinácie lekára, pacient verbalizuje mierne alebo žiadne bolesti,		potreby, pacient má potrebné lieky na 3 dni, zabezpečený odvoz domov, svoje osobné veci a dokumentáciu pre obvodného lekára.

ZÁVER

Ošetrovateľská starostlivosť o dialyzovaného pacienta prináša mnoho dôležitých špecifík a každá sestra sa nestretáva bežne s dialyzovaným pacientom, ktorý podstupuje chirurgický zákrok. Na zoradenie sesterských intervencií a tým skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti sú vhodným prostriedkom mapy ošetrovateľskej starostlivosti.

Mapa ošetrovateľskej starostlivosti by mala byť pomôckou pre starostlivosť o pacienta. Je zameraná na ciele a potreby danej skupiny pacientov a umožňuje naplánovať všetky intervencie tak, aby sa dosiahli ciele v určitých časových intervaloch. Pomáha sestrám robiť prácu rýchlejšie, kvalitnejšie, a efektívnejšie. Zabraňuje sa duplicitným krokom a vyšetreniam. Je dobrým nástrojom na zlepšenie kvality a kontinuity starostlivosti (Mesárošová, Hazuchová, 2006).

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme na seminároch informovať sestry na seminároch o zistených výsledkoch prieskumu, špecifikách starostlivosti o dialyzovaného pacienta. Návrh mapy ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaného pacienta s operačným riešením bude prezentovaný na seminároch chirurgických odborov, kde sa sestry môžu stretnúť s dialyzovaným pacientom, ktorý podstupuje operačný zákrok. Po pripomienkovaní a schválení je možné zaviesť mapu ošetrovateľskej starostlivosti do praxe .

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BERNASOVSKÁ, G., 2011. Predoperačná príprava pacientov s chronickou obličkovou chorobou a na dialyzačnej liečbe. In *Aktuality v nefrológii*. ISSN 1210-955X. 2011, roč. 17, č. 4, s. 155.

CVACHOVEC, K., a kol. 2012. *Zásady bezpečné anestéziologické péče*. [on-line] [Cit. 2010 4.11.]. Dostupné na internete: http://www.Csarim.cz/Text/metodickpokyny-a-stanoviska-csa-rim-1?Menultemld=38. In *Anesteziologie a intenzivní medicína*. ISSN 1214-2158. 2012, roč. 23, č. 1, s. 50.

KYSLAN, K. a kol. 2010. *Chirurgia I.* Martin: Osveta, 2010. 158 s. ISBN 978-80-8063-312-7.

LARSEN, R. 2004. *Anestezie.* Praha: Grada Publishing, a.s. 2004, 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.

MC DONALD, P. - QUENTIN, M., 2004. *Chronic renal failure and anaesthesia*. [online].[Cit.2012-10-26].Dostupné na: http://www.nda.ox.ac.uk/wfsa/html/u11/u1103_01.htm

MESÁROŠOVÁ, J. – HAZUCHOVÁ, E. 2006. Mapy starostlivosti ako špecifický nástroj kvality. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2006, roč. V., č. 1 – 2, s. 22.

SMITH, I. – KRANKE, P. 2011. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the Europen Society of Anaesthesiology. In *Europen Journal of Anaesthesiology*. 2011, vol. 28, 556-569 [online]. [Cit. 2013-03-23] Dostupné na internete: http://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2011/10000/Preoperative_evaluation of the adult patient.5.aspx.

SULKOVÁ, S. a kol. 2000. *Hemodialýza.* Praha: MAXDORF s.r.o. 2000, 693 s. ISBN 80-85912-22-8.

TESAŘ, V. - SCHUCK, O. a kol. 2006. *Klinická nefrologie.* Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 652 s. ISBN 80-247-0503-6.

TRENKLER, Š. - GROCHOVÁ, J. – FIRMENT, 2012. Helsinská deklarácia – prvé skúsenosti z praxe. In *Sestra* ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI, č. 3 -4, s. 36.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S NEUROLOGICKÝMI KOMPLIKÁCIAMI DIABETU

MATIŠÁKOVÁ Iveta [1], JANČOVÁ Jana[1,2], ONDRUŠOVÁ Adriana[1]

[1]*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*
[2]*Fakultná nemocnica Trenčín*

ABSTRAKT
Pacientov s neurologickými komplikáciami diabetu neustále pribúda. Vzhľadom na to, že ochorenie a jeho komplikácie majú veľký socio-ekonomický dopad na fungovanie spoločnosti, jednotlivca a rodiny, musíme jeho prevencii a liečbe venovať veľkú pozornosť. V článku sme sa zamerali na diabetickú neuropatiu, jej diagnostiku, liečbu prevenciu a ošetrovateľskú starostlivosť.

Kľúčové slová: Diabetická neuropatia. Rizikové faktory. Ošetrovateľská starostlivosť. Prevencia.

ABSTRACT
The number of patients with neurological complications of diabetes is steadily increasing. Because this disease and its complications have great socio-economic impact on the functioning of society, individuals, and families, we are obliged to pay close atention to its treatment and prevention. In the article we focused on diabetic neuropathy, the diagnosis, treatment, prevention and nursing care.

Key words: Diabetic neuropathy. Risk factors. Nursing care. Prevention.

ÚVOD

Diabetes mellitus sa stal v poslednom období jedným z najčastejších, najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení. Rozvojom civilizácie a zmenami v životnom štýle stúpa počet pacientov postihnutých diabetom. V dôsledku akútnych a chronických komplikácií toto ochorenie významne zvyšuje chorobnosť, úmrtnosť a zhoršuje kvalitu života diabetikov. Pokiaľ diabetes nie je dostatočne kontrolovaný a adekvátne liečený, môže skrátiť očakávanú dĺžku života o viac než 25 - 30 %. V súčasnosti je cukrovka hlavnou príčinou slepoty, zlyhania obličiek s potrebou dialýzy, ako aj hlavnou príčinou amputácie nohy. Mimoriadne závažná je najmä problematika srdcovocievnych ochorení, ktoré sú u diabetikov v porovnaní s bežnou populáciou 4–8 krát častejšie, majú horšiu prognózu a náročnejšia je aj ich liečba. Dlhotrvajúca porucha regulácie metabolizmu cukrov s pretrvávajúcou hyperglykémiou spôsobuje vývin štrukturálnych a funkčných zmien rôznych orgánových systémov. Na Slovensku pribudne každoročne asi 7-9 tisíc nových diabetikov, preto vystupuje do popredia dôležitosť potreby edukácie nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj verejnosti a pacientov. Ak chceme dosiahnuť v našej práci úspech, mal by sa aj pacient - diabetik aktívne podieľať na manažmente svojej liečby. V našom článku sme sa zamerali na najčastejšie chronické komplikácie diabetu – neurologické komplikácie, všeobecne zahrnuté pod pojmom diabetická neuropatia.

NEUROLOGICKÉ KOMPLIKÁCIE DIABETES MELLITUS

Diabetická neuropatia

Je veľmi závažnou, ale v súčasnosti terapeuticky ovplyvniteľnou chronickou komplikáciou diabetu. Diabetická neuropatia patrí medzi orgánové komplikácie diabetu s výskytom u oboch typov DM, ale i u sekundárneho diabetu napr. po pankreatektómiách ako dôsledok diabetického stavu. U pacientov s diabetom I. typu sa vyskytuje po viac ako 5 – ročnom trvaní ochorenia u 50 % pacientov a stúpa v závislosti k dobe trvania diabetu. Pri diabete II. typu bez ohľadu na dĺžku trvania ochorenia u 28 – 40 % pacientov, časová zá-

vislosť nie je taká zrejmá. Ochorenie prebieha v latentnej forme a pritom dochádza k poškodzovaniu periférnych nervov. V niektorých prípadoch vedie dokonca k odhaleniu diabetes mellitus (Vondrová, 2003).

Diabetická neuropatia predstavuje veľmi rôznorodú škálu symptómov. Klinické prejavy zisťujeme u 30 – 40% pacientov s diabetom. Subklinické štádiá možno vďaka najnovším vyšetrovacím metódam zistiť u viac než 80% diabetikov. Diabetická neuropatia svojimi prejavmi patrí k významným faktorom podieľajúcich sa na zhoršení kvality života pacientov. Má veľa klinických foriem, najčastejšou je polyneuropatia dolných končatín. Ochorenie je veľmi častou príčinou bolestí u pacientov s diabetom (bolestivé formy polyneuropatie) a súčasne je veľmi častou príčinou syndrómu diabetickej nohy (45 – 62 % prípadov) (Grofik, 2005).

Klinický obraz diabetickej neuropatie

Diabetická neuropatia je charakterizovaná prítomnosťou najmä subjektívnych a objektívnych príznakov poruchy funkcií periférnych nervov.

Klinické štádiá neuropatie:

1. štádium (bez neuropatie) - bez subjektívnych a objektívnych príznakov (najviac jedna abnormalita zistená vo vodivostných a kvantitatívnych testoch autonómneho systému (QAT)),
2. štádium (subklinická neuropatia) Bez subjektívnych príznakov,
3. štádium (klinická neuropatia),
4. štádium (zneschopňujúca neuropatia).

Výrazné subjektívne aj objektívne príznaky významne zhoršujúce kvalitu života (napr. periférna paraparéza dolných končatín, ataxia postoja a chôdze, silné bolesti, diabetická noha, posturálna hypotenzia, erektilná dysfunkcia) (Metodický list Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR).

DIAGNOSTIKA DIABETICKEJ NEUROPATIE

Diagnostický algoritmus štandardne predstavujú nasledujúce kroky :

1. **subjektívna anamnéza** – v rozhovore s pacientom identifikujeme súbor patologických príznakov typických pre neuropatiu. Pri odoberaní anamnézy pacient môže vyplniť rôzne typy dotazníkov, zameraných na zistenie subjektívnych problémov. Subjektívna anamnéza je ovplyvnená osobnosťou pacienta a podlieha ďalším vplyvom (Grofik, 2005). Anamnéza môže byť priama – údaje získané priamo od pacienta, alebo nepriama, kedy údaje čerpáme od príbuzných alebo sprevádzajúcej osoby, z komunity a z dostupných materiálov ako je dokumentácia pacienta. Pri odoberaní anamnézy dávame pozor na to, aby sme nekládli sugestívne otázky a nevynášali súdy (Kaščák, 2005). Pri odoberaní anamnézy sa opierame o pokojové nepríjemné pocity (mravenčenie, brnenie) až bolesti (rôzneho charakteru) na predkoleniach a nohách, ktoré sa zväčša pri chôdzi zmierňujú a sú časté najmä v pokoji, večer alebo v noci. Sú častou príčinou porúch spánku u diabetikov (tzv. sekundárny syndróm nepokojných nôh) (Seidl, 2004).
2. **objektívne klinické vyšetrenie interné a neurologické** - klinickým vyšetrením posudzujeme:
   - stav a trofiku kože a kožných adnex (teplota, sfarbenie a celkový vzhľad kože, potivosť, nechty, ochlpenie), najmä na dolných končatinách,
   - trofiku (objem), tonus a silu vybraných svalov a svalových skupín,
   - šľachovo-okosticové reflexy vyšetrujeme neurologickým kladivkom, pričom hlavne v úvodných štádiách diabetickej neuropatie má veľký význam vyšetrenie reflexu Achillovej šľachy (reflexy sú nižšie, prípadne až nevýbavné) a patelárneho reflexu,

- vyšetrenie povrchovej citlivosti (receptory v koži a slizniciach), **taktilnú** – dotykovú citlivosť - vnímanie dotyku alebo tlaku – vyšetrujeme pomocou chumáčika vaty, **termickú** – teplotnú citlivosť - vnímanie teplotných rozdielov – vyšetrujeme pomocou skúmaviek naplnených rozdielne teplou vodou a ich následné priloženie na pokožku, **algickú** – pre vnímanie bolesti - algestéziu vyšetrujeme pomocou nezahroteného špicatého predmetu na predkoleniach a nohách (Varsík, 2004).
- vyšetrenie hlbokej citlivosti – má receptory vo svaloch, šľachách, kĺbových púzdrach a perioste kostí - hlbokú citlivosť vyšetrujeme okrem polohocitu a pohybocitu,
- stav cievneho systému (napr. pulz a. dorsalis pedis a a. tibialis posterior) a osteoligamentových štruktúr (napr. tvar klenby nohy),
- vyšetrenie koordinácie pohybov (skúška prst – nos, päta – koleno),
- vyšetrenie funkcie hlavových nervov,
- dôležitou časťou vyšetrenia je hodnotenie mimiky tváre, správanie (neverbálne prejavy bolesti) (Grofik, 2005).

3. **vyšetrenie metódami klinickej neurofyziológie –** zásadný význam v diagnostike polyneuropatií má elektromyografia. Ide o elektrodiagnostické vyšetrenie, ktorého princípom je zisťovanie akčných potenciálov vznikajúcich vo svalovom tkanive a nervových bunkách (Šanta, 2007).

NEUROTEST – NOVÝ TREND V DIAGNOSTIKE DIABETICKEJ POLYNEUROPATIE

Od 1. júla 2010 je u nás dostupný nový test na zistenie subklinickej autonómnej dysfunkcie nervových vlákien. Artikel je určený ako testovací prípravok na zistenie periférnej autonómnej neuropatie a na včasnú diagnostiku syndrómu diabetickej nohy. Detekuje zmeny zloženia a množstva potu, ktoré sú prítomné pri periférnej neuropatii autonómnej. Pomocou vyšetrenia vegetatívnych nervových vlákien regulujúcich činnosť potných žliaz môžeme identifikovať včasné štádiá periférnej senzitívne – motorickej neuropatie. Prvé poškodenie tenkých vlákien dokáže zachytiť o 5–10 rokov skôr ako EMG vyšetrením dokážeme potvrdiť neskoré štádium periférnej neuropatie. Skorou diagnostikou umožní komplexný terapeutický zásah a tým znižuje riziko prognosticky závažných komplikácií (diabe-tická noha). Nosičom prípravku je medicínsky upravená transparentná fólia. Indikátorom je 100% viskóza. Kontraindikáciou použitia je alergia na chróm, nikel a kobalt. Nesmie sa aplikovať v oblasti zápalu, poranenia a inej afekcie kože.

Aplikácia a hodnotenie testu je pomerne jednoduché, je vhodné aj pre použitie do domácich podmienok. Test by mal byť na základe prebehnutých štúdií zaradený do základného spektra skríningových vyšetrení na ambulanciách. V klinických štúdiách poukazuje na senzitivitu a špecificitu porovnateľnú s metódami používanými v pokročilejších diagnostických testoch (Martinka, 2010).

LIEČBA DIABETICKEJ POLYNEUROPATIE

Základom liečby diabetickej polyneuropatie je čo možno najlepšia metabolická kompenzácia diabetu, zabrániť vzniku diabetickej nohy a u bolestivých foriem odstrániť bolesť a tak zlepšiť kvalitu života diabetikov. Liečba prejavov diabetickej polyneuropatie je interdisciplinárny problém (najmä diabetológ, neurológ, ale i špecialisti z iných odborov), preto by mala byť komplexná. Usilujeme sa o zmiernenie alebo úplné odstránenie potencujúcich faktorov, ktoré sú nám známe (fajčenie, alkohol, polypragmázia). Význam má eliminácia dôsledkov ortopedických vád (držanie tela, ortopedické vady, obuv). K celkovému zlepšeniu zdravotného stavu prispieva pravidelné precvičovanie dolných končatín. Nevyhnutnosťou sa javí správne lokálne ošetrovanie dolných končatín pacientom alebo jeho príbuzným, prípadne zdravotníckym pracovníkom. Pacient by mal byť správne edukovaný o

ošetrovaní v štádiu bez ulcerácií, ale aj v prípade poškodenia kožného krytu.

Kauzálna liečba - príčinná

Základnou zložkou liečby je optimálna metabolická kompenzácia. Ak je nevyhnutné, včas začneme s intenzifikovanou inzulínovou liečbou. Pozitívny efekt liečby nastúpi zvyčajne po niekoľkých mesiacoch. Zároveň treba liečiť aj pridružené ochorenia, ako sú hypertenzia, hypercholesterolémia, obezita, choroby štítnej žľazy, renálna alebo hepatálna insuficiencia, anémia.

Patogenetická liečba - zasahujúca do mechanizmu poškodzovania periférneho nervového systému

V súčasnej dobe sa považuje za patogeneticky odôvodnenú liečbu podávanie kyseliny alfa-lipoovej (thiooktovej), pričom schémy podávania sú rôzne (Grofik, 2005). Podávame aj vitamíny skupiny B vo forme rozpustnej v tukoch a vazodilatanciá. Podávanie vitamínov skupiny B v injekčnej forme často prináša chorým subjektívnu úľavu. Vazodilatanciá podávame v prípade, že predpokladáme pri polyneuropatii významnú spoluúčasť cievnych zmien (Vondrová, 2003).

Symptomatická liečba – ovplyvňujúca symptómy ochorenia

Symptomatická liečba je v prvom slede liečbou bolesti a jej ovplyvnením. Patrí do starostlivosti neurológa. Prechodne je možné používať analgetiká a nesteroidné antireumatiká, ale v prípade dlhotrvajúcich bolestí sú liekmi ďalšej voľby vybrané antikonvulzíva (karbamazepín, lamotrigín, topiramát). Účinné sú aj vybrané antidepresíva, najmä staršie tzv. tricyklické antidepresíva (amytriptylín, imipramín, cloimipramín). Ich klinické použitie je však limitované vedľajšími nežiaducimi účinkami (poruchy kognitívnych funkcií, ortostatická hypotenzia, srdcové komplikácie, suchosť v ústach, obstipácia) (Grofik, 2005).

Rehabilitačná liečba

Je nevyhnutnou súčasťou režimových opatrení pacientov s neuropatiou. Podstatná je pravidelná a primeraná aeróbna fyzická aktivita, ktorá pomáha zlepšovať citlivosť tkanív na inzulín. V podstatnej miere ovplyvňuje ďalšie rizikové faktory a zlepšuje fyzickú a psychickú pohodu chorého. V prípade postihnutia nervov na dolných končatinách je potrebné zaoberať sa gymnastikou nôh. Veľmi vhodnou aktivitou je chôdza, jazda na bicykli, plávanie v prípade nepoškodenia kožného krytu. Rehabilitačnú liečbu riadi lekár (diabetológ, špecialista na fyzioterapiu). Vhodnou formou je kúpeľná liečba – balneoterapia. Musíme však mať na zreteli zníženú citlivosť na vnímanie tepla u pacientov a prispôsobiť tomu aj liečebné metódy.

Liečba v hyperbarickej komore

Diabetická polyneuropatia je jednou z najčastejších diagnóz, ktorá sa lieči a je plne indikovaná k liečbe v hyperbarickej komore. Je nutné absolvovanie viacerých expozícií a pre uspokojivý efekt aj ich cyklické opakovanie v priebehu roka. Odporúčaná optimálna liečba pozostáva z 3 sérií za rok, pričom každá obsahuje 30 expozícií. Liečba komplikácií cukrovky predovšetkým tzv. diabetickej nohy je indikáciou k liečbe v hyperbarickej komore. Dokáže výrazne zasiahnuť do liečby tejto veľmi ťažko riešiteľnej komplikácie diabetu spolu s dobre nastavenou medikamentóznou, resp. chirurgickou liečbou.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DIABETICKOU NEUROPATIOU

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s diabetickou neuropatiou sa ako plánovaná a organizovaná činnosť realizuje metódou ošetrovateľského procesu, ktorý umožňuje sestre stanoviť zameranie a štruktúru poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby zodpovedala potrebám takéhoto pacienta. Neoddeliteľnou súčasťou práce sestry v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti

u pacientov s diabetickou neuropatiou je edukácia, zameraná na výchovu jedinca k vedomostiam a zručnostiam. Slúži k vedeniu takého spôsobu života jedinca, ktorý mu umožní predchádzať komplikáciám ochorenia a zvládať pridružené zdravotné komplikácie.

Základná ošetrovateľská starostlivosť

Základná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na menej náročné sesterské činnosti, vykonávané v štandardných podmienkach. Z hľadiska charakteru ochorenia má základná ošetrovateľská starostlivosť na neurologickom oddelení určité špecifiká.

Hygienická starostlivosť

U pacientov s daným ochorením je to hlavnou prioritou. Dôraz kladieme na najmä na dolné končatiny. Pravidelné kontroly dolných končatín a preventívny režim sú veľmi dôležité z hľadiska prognózy diabetickej nohy. Diabetická neuropatia vedie k zníženiu citlivosti kože na nohách na dotyk, na tepelné zmeny a vnímanie bolestivých faktorov. Pacient si tejto poruchy väčšinou nie je vedomý. Následkom môže byť prechladnutie, zanedbanie mechanického, tepelného či chemického poškodenia dolných končatín. Z týchto dôvodov môže pacient neskoro zistiť pokročilé zmeny obvykle v dôsledku kožnej infekcie alebo dokonca až gangrény prstov. Preventívna starostlivosť a správne vedená edukácia sú faktory, ktoré môžu zabrániť vzniku ťažších klinických komplikácií ochorenia. Z nich najzávažnejšou je už spomenutá diabetická gangréna. Pravidelné prehliadky dolných končatín vrátane medziprstových priestorov patria k základnej hygienickej starostlivosti. Pri každodennej hygiene si pacient prezrie nohy, chodidlá sám, prípadne za pomoci zrkadielka. U chorých, ktorí majú prekážky (poruchy hybnosti, poruchy zraku, obezita, poruchy pamäti), sa odporúča robiť kontroly dolných končatín rodinným príslušníkom, príp. opatrovateľom, teda človekom, ktorý pomáha zabezpečovať aj hygienickú starostlivosť. Denná starostlivosť o dolné končatiny zahŕňa kúpeľ nôh. Teplotu vody treba vopred skontrolovať chrbtom ruky (riziko popálenia pacienta). Kožu v medziprstových priestoroch je potrebné dôkladne osušiť. Vznik prasklín obmedzíme natieraním dolných končatín krémami. Masti sú menej vhodné, pretože podporujú maceráciu pokožky. Vyvarovať sa treba prechladnutiu nôh, blízkosti tepelných zdrojov a iných traumatických faktorov. Dôraz kladieme na netesniacu obuv, ktorá má byť vzdušná. Vhodné je voliť obuv so širšou špicou, neodporúča sa chodiť naboso (riziko zakopnutia). Dôležité je kontrolovať obuv zvnútra nielen zrakom, ale aj hmatom – rukou. Cudzie telesá a nerovnosti pacient necíti a hrozí riziko otlačenie a poranenia. Starostlivé ošetrenie i nepatrných poranení. Zmeny farby kože, mokvajúce či iné nehojace sa rany vždy a včas konzultovať s lekárom (Krížová, 1999).

Starostlivosť o sfinktery

Starostlivosť o sfinktery je mimoriadne dôležité pri autonómnej neuropatii, kde je postihnutie inervácie močového mechúra. Príznaky sa vyvíjajú pomaly a nepoznane. Strata pocitu plnosti močového mechúra má za následok predlžovanie intervalov medzi močením, postupne chýba potreba močenia. Postupne sa zvyšuje kapacita močového mechúra. Intervaly medzi močením sú dlhé, pacient močí cez deň iba 1-2 krát. Úlohou sestry je poučiť pacienta, u ktorého absentuje pocit nutkania, aby pravidelne a vedome v 3-4 hodinových intervaloch vyprázdnil močový mechúr. Je dobré použiť aj zvýšený brušný tlak, čím sa podarí dosiahnuť len minimálne rezíduum moča. Táto technika slúži ako prevencia uroinfektov a vzniku inkontinencie. Pozornosť si vyžaduje diabetická hnačka, ktorá pre možnosť osídlenia tenkého čreva baktériami patrí do rúk lekára. Liečba väčšinou vyžaduje aplikáciu širokospektrálnych antibiotík. U pacientov s diabetickou neuropatiou sa často vyskytuje obstipácia. V jednoduchších prípadoch pomôže úprava stravy (zvýšená konzumácia čerstvého ovocia, vločiek, dia kompótov), zvýšený príjem tekutín a dostatočný pohyb. V prípade neúspechu predchá-

dzajúcich intervencií sa podávajú laxatíva, prípadne klyzma.

Starostlivosť o stravovanie

Pri diabetickej neuropatii, ako aj u každého typu diabetu a jeho komplikáciách, je dôležitou zložkou prevencie a liečby dodržiavanie diétnych odporúčaní. Špecifiká v stravovaní sú:

- pri sudomotorickej dysfunkcii – zvýšené potenie v tvári – zakazuje sa podávať a používať dráždivé látky (alkohol, silno korenené jedlá),
- pri diabetickej gastroparéze je dôležité vzpriamené držanie tela aspoň dve hodiny po jedle, vhodné je pre pacienta, aby nenosil tesné šaty a opasky.

Špecializovaná ošetrovateľská starostlivosť

Špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť pri diabetickej neuropatii na neurologickom oddelení tvorí rehabilitačná starostlivosť. Je neoddeliteľnou súčasťou celkovej liečby. Jej cieľom je aktivizácia telesných a duševných funkcií, prevencia progresie ochorenia. Výsledkom je obnovenie alebo udržanie fyzickej samostatnosti pacienta. Fyzioterapeut s prihliadnutím na stanovenú indikáciu aplikuje príslušné metodiky a techniky cvičení, vytvárajúcich tak priestor na zlepšenie postihnutých funkcií svalov u pacienta. Sestra dopĺňa rehabilitačný program predovšetkým tým, že zdôrazňuje pacientovi význam rehabilitácie, motivuje ho a kontroluje správnosť vykonaných cvikov.

Poďakovanie

Táto publikácia vyšla s podporou projektu „Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie“ ITMS kód 26210120019 Operačného programu Výskum a vývoj.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

GROFIK, M.- NOSÁĽ, V.- KURČA, E.- KUČERA, P., 2005. Neurologické prejavy diabetes mellitus. In. *Neurológia pre prax.* ISSN 1335-9592, 2005, roč. 6, č.1, s.28-33.

KAŠČÁK, M., 2005. *Klinická propedeutika.* Martin: Osveta, 2005. 90 s. ISBN 80- 8063-215-4.

MARTINKA, E. 2010. Nové možnosti v diagnostike diabetickej polyneuropatie. In *Kompendium medicíny*. ISSN 1336-4871, 2010, č. 16, s. 53-55.

SEIDL, Z.- OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium i praxi.* Praha: Grada, 2004. 362 s. ISBN 80-247-0623-7.

ŠANTA, M.- KLÍMOVÁ, E. et al. 2007. *Neurológia a neurologické ošetrovateľstvo*. Prešov: Pulib, 2007. 221 s. ISBN 978-80-8068-578-2.

VARSÍK, P.- ČERNÁČEK, J. et al. 2004. *Neurologická propedeutika.* Bratislava: S+S typografik, 2004. 374 s. ISBN 80-968663-5-4.

VONDROVÁ, H., 2003. *Neurologické projevy diabetes mellitus*. [online]. Interní medicína – mezioborové přehledy 2003 / 3. [cit. 2010-12-02]. Dostupné na http://www. solen.cz/pdfs/int/2003/05/13.pdf

EDUKÁCIA HOSPITALIZOVANÉHO DIABETIKA S DIAGNÓZOU VÍRUSOVÁ HEPATITÍDA B

ČERVEŇANOVÁ Eva[1], KOPECKÁ Eva[1,2]

[1]*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*
[2]*Fakultná nemocnica Trenčín*

ABSTRAKT:
Edukačný proces hospitalizovaného diabetika s diagnózou vírusová hepatitída B poukazuje na jeho význam v kvalite života po prekonanom infekčnom ochorení. V empirickej časti sme realizovali edukáciu u dvoch pacientov po prekonaní hepatitídy B, kedy sme v troch edukačných jednotkách zamerali oblasť edukácie na samotné ochorenie, liečebnú výživu, úpravu životosprávy a protiepidemiologický režim. V závere sme obe edukácie zhodnotili a poukázali na jej význam.

Kľúčové slová: Hepatitída B. Diabetes mellitus. Edukácia. Edukačný proces. Infekčné od-delenie. Protiepidemiologické opatrenia. Životospráva.

ABSTRACT
This work presents an educational process of hospitalized diabetic patients with a diagnosis of viral hepatitis B and points to its importance in the lives of patients with resolved infections. In the empirical part, we implemented education has in two patients of hepatitis B, which are in three educational units focused area of education on the disease itself, therapeutic nutrition, lifestyle modification and anti-epidemiological mode. In conclusion, we have evaluated both of education and highlighted its importance as one of the hepatitis B infections carrying exclusively bodily secretions and is a threat not only for diabetics, but the entire populatio.

Key words: Hepatitis B. Diabetes mellitus. Education. An educational process. Infectiousdepartment. Anti-epidemiological measures. Lifestyle.

ÚVOD

Hepatitídy sú zdravotne sociálnym problémom celého sveta. Hepatitída B je pre-nášaná infikovanými telovými sekrétmi. Ošetrovateľská starostlivosť pri hepatitíde B je realizovaná na infekčnom oddelení za dôsled-ného dodržiavania bariérového prístupu. Cieľom príspevku je poukázať na úlohu sestry v infekčnom ošetrovateľstve a jej prístup k pacientovi - diabetikovi s hepatitídou B v edukačnom procese.

EDUKAČNÝ PROCES U HOSPITALIZOVANÉHO DIABETIKA S VÍRUSOVOU HEPATITÍDA B

ETAPA POSÚDENIA

Edukačný proces sme realizovali u dvoch pacientov na infekčnom oddelení FN- Trenčín. Počas hospitalizácie u pacienta A a pacientky B boli posudzovaní podľa modelu Majory Gordonovej funkčných vzorcov zdravia.

KAZUISTIKA 1 - Pacient A

Ošetrovateľská anamnéza:
Vek: 31, Príbuzní: manželka, Oddelenie: infekčné odd., Poučený o dennom režime: áno Dátum prijatia: 11/ 2012, Lekárska diagnóza: Hepatitis B, Bydlisko: Trenčín, Orientácia na oddelení: dobrá

Anamnéza:
T.O.: U pacienta pretrvávala zvýšená TT do 38°C, pociťoval slabosť, únavu a bolesti kĺbov. Nechutilo mu jesť, neskôr začali bolesti brucha, 1x aj zvracal. Myslel si, že má chrípku a že to nejako vyleží. Na tretí deň si však všimol tmavý moč, čo ho vyľakalo a preto navštívil svojho obvodného lekára, kde boli robené krvné testy a na základe zvýšených hodnôt hepatálnych testov bol odoslaný na infekčné oddelenie, kde bol hospitalizovaný pre suspektnú hepatitídu. Pacient bol pri príjme subfebrilný, spotený a unavený, pri vedomí, plne orientovaný, reagoval adekvátne. Podľa krvných vyšetrení mu bola diagnostikovaná vírusová hepatitída B. Momentálne je pacient afebrilný, ľahký subikterus kože a sklér, boles-

ti kĺbov sú miernejšie. Má naordinovanú farmakologickú a režimovú liečbu.

Liečba: Thioctacid – neuroterapeutikum, i.v., 1-krát / 24 hodín, Infusio natrii chlorati isotonica FR 250 ml – infundabilium, i.v., 1-krát / 24 hodín, Flavobion - hepatoprotektívum, p.o., 3-krát / 24 hodín 1tbl. , Ursosan – cholekinetikum, hepatikum, p.o., 3-krát / 24 hodín 2 cps., Vit. E 200 mg - vitamín, p.o., 1-krát / 24 hodín 1 tbl., Degan - prokinetikum, antiemetikum, i. m., p. p., 1 amp., Vit. B 12 1000 ug - antianemikum, vitamín , i. m., 1-krát / 48 hodín 1 amp., Algifen kv. – spazmolytikum, p.o., p. p., 20 kv. , ACTRAPID HM - inzulín, s.c., 3-krát / 24 hodín 5 j. , LEVEMIR - inzulín, s.c., 1-krát / 24 hodín 6 j.

Osobná anamnéza: p. prekonal bežné ochorenia detského veku. V r. 1990 utrpel zlomeninu malíčka pravej ruky. Operovaný ani hospitalizovaný ešte nebol. V r. 2010 mu bol diagnostikovaný diabetes mellitus I typu - na diéte a inzulíne.

Rodinná anamnéza: starý otec je DM, otec sa lieči na hypertenziu, matka a sestra sú zdravé.

Alergická anamnéza: na lieky a potraviny alergiu neudáva.

Farmakologická anamnéza: inzulín ACTRAPID HM 5-5-5j s.c., inzulín LEVEMIR 6j s.c. o 21.00 hod.

Sociálna anamnéza: ženatý, žije s rodinou v trojizbovom byte.

Pracovná anamnéza: pracuje ako automechanik.

Základné zhodnotenie stavu pacienta sestrou: *príjem:* akútny, *stav vedomia*: pri vedomí, jasné, lucídne, *orientácia*: pacient plne orientovaný *aktivita*: mobilný, *vitálne funkcie*: TK- 135/80, TT- 37,2º C, P- 78/min., D- 20/min. Pri posudzovaní pacienta sme použili model Majory Gordonovej na posúdenie funkčných vzorcov zdravia.

Vnímanie zdravia, riadenie zdravia

Pacientov postoj ku svojmu zdraviu je pozitívny. Rád bicykluje, hlavne cez víkendy spolu s rodinou a 1x týždenne pláva. Zo svojich zlozvykov udáva fajčenie, denne vyfajčí 5 cigariet. Pravidelne chodí na preventívne prehliadky k svojmu obvodnému lekárovi, stomatológovi a diabetológovi. K liečbe pristupuje aktívne, dodržiava lekárske nariadenia.

Aktivita, odpočinok: pacient pracuje ako automechanik. V súčasnosti je PN. S domácimi prácami sa snaží manželke pomáhať, veľmi rád vysáva. Často krát chodí aj na nákupy. Cez týždeň sa stravuje v práci, kde má vždy teplý obed, cez víkend pomáha manželke s prípravou jedla. Vo svojom voľnom čase si rád zapláva a pokiaľ mu vyjde čas, stretne sa aj so svojimi priateľmi, taktiež sa venuje rodine a deťom. K svojmu pohybu žiadne kompenzačné pomôcky nepotrebuje.

Spánok - pacient zvyčajne so spánkom ťažkosti nemá. Prespí 6 - 7 hodín bez prerušenia, pred spaním si zvykne vyvetrať izbu. Lieky na spanie neužíva.V súčasnosti má problémy so zaspávaním - vplyvom hospitalizácie, chýba mu „jeho“ posteľ. Často sa budí, preto počas dňa pospáva a cíti sa unavený.

Poznávanie, vnímanie - neudáva problémy so zmyslovými orgánmi., držanie tela má vzpriamené, poruchy rovnováhy nemá. Pozornosť je primeraná, pamäť dobrá, orientácia v čase, mieste a osobe dobrá.

Vnímanie seba samého - pacientov postoj k sebe samému je pozitívny. Jeho kladnými vlastnosťami sú pravdovravnosť, priateľskosť, skromnosť, tolerantnosť a negatívnymi vlastnosťami občasná náladovosť. Celkovo je so sebou spokojný, nič by na sebe nemenil.

Vnímanie terajšieho ochorenia - pacient má nedostatočné informácie o diagnóze a následkoch ochorenia. Má strach ako to s ním bude ďalej, či sa vylieči a obavy, či ochorenie nezanechá následky.

Rola, vzťahy - pacient býva s rodinou. Vzťah ku členom rodiny i spolupráca s nimi je veľmi dobrá. Vo všetkom ho podporuje manželka. Život rodiny je čiastočne narušený, keďže je hospitalizovaný, ale manželke pomáhajú s dcérou jej rodičia. Dcéra mu veľmi chýba, sú na seba citovo naviazaní. Toto ochorenie má vplyv na jeho zamestnanie, pretože je dlho-

dobo PN. So svojou prácou je spokojný, uspokojuje ho.

Sexualita, reprodukcia - pacient na preventívne prehliadky k urológovi nechodí. Operácie ani ochorenie prostaty neudáva.

KAZUISTIKA 2 - Pacientka B

Ošetrovateľská anamnéza:

Vek: 45, Príbuzní: matka, Oddelenie: infekčné odd., Poučený o dennom režime: áno, Bydlisko: neuvádzam, Lekárska diagnóza: Hepatitis B, Dátum prijatia: 1/ 2013, Orientácia na oddelení: dobrá

Anamnéza:

T.O.: Pacientka udávala bolesti brucha, 2 dni trvajúca teplota do 37,5 ºC, včera spozorovala tmavší moč. Navštívila svojho obvodného lekára, ktorý ju odoslal na dodiagnostikovanie na interné oddelenie, kde bola následne prijatá. Boli ordinované biochemické, hematologické a sérologické testy. Sonografické vyšetrenie brucha - popisovaná hepatosplenomegália. Pacientka bola preložená k ďalšej diagnostike a liečbe na infekčné oddelenie FN- Trenčín. T.č. je pacientka afebrilná, pretrvávajú bolesti brucha, ľahký ikterus kože a sklér.

Liečba: Thioctacid - neuroterapeutikum, i.v., 1-krát / 24 hodín 1 amp ., Infusio natrii chlorati isotonica FR 250 ml – infundabilium, i.v., 1-krát / 24 hodín, Essentiale – hepatoprotektívum, p.o., 3-krát / 24 hodín 2 cps. , Helicid 20 mg – antiulcerózum, p.o., 1-krát / 24 hodín 1 tbl., Aprovel 300 mg – antihypertenzívum, p.o., 1-krát / 24 hodín 1 tbl., Amlopin 5 mg – vasodilatans, p.o., 1-krát / 24 hodín 1 tbl., APIDRA – inzulín, s.c., 3-krát / 24 hodín 12 -11 -11 j., LANTUS – inzulín, s.c., 1-krát / 24 hodín 20 j.

Osobná anamnéza: Pacientka v detstve prekonala bežné infekcie horných dýchacích ciest, varicella. Od roku 2000 jej bol diagnostikovaný DM II typu na diéte a inzulíne, od roku 2001 hypertenzia.

Rodinná anamnéza: Matka sa lieči na hypertenziu, dcéra je zdravá.

Alergická anamnéza: Na lieky a potraviny alergiu neudáva.

Farmakologická anamnéza: Aprovel 300 mg 1-0-0, Amlopin 5 mg 0-0-1, inzulín APIDRA 12 -11 -11j s.c., inzulín LANTUS 20 j s.c. o 21.00 hod.

Sociálna anamnéza: je vdova, býva s matkou a dcérou v rodinnom dome.

Pracovná anamnéza: pracuje ako predavačka.

Základné zhodnotenie stavu pacienta sestrou: *príjem:* plánovaný - preložená z interného oddelenia, *stav vedomia:* pri vedomí, jasné, lucídne, *orientácia:* pacientka plne orien-tovaná, *aktivita:* mobilná, *vitálne funkcie:* TK- 140/95, TT- 36,8 ºC, P- 88/min., D- 20/min.

Vnímanie zdravia, riadenie zdravia - postoj pacientky k svojmu zdraviu je pozitívny. Svoje zdravie si veľmi cení. Pacientka veľmi rada chodí do prírody. Zlozvyky ohľadom zdravia nemá. Na preventívne prehliadky k svojmu obvodnému lekárovi, gynekológovi, k diabetológovi a kardiológovi chodí pravidelne.

Poznávanie, vnímanie - pacientka má normálny čuch, sluch a chuť, len zrak má poškodený v dôsledku diabetes, nosí okuliare.

Vnímanie seba samého - pacientkin postoj k sebe samej je pozitívny. Ako svoje kladné vlastnosti označila, úprimnosť a priateľskosť, jej negatívnymi vlastnosťami sú nedochvíľnosť, nedbalosť a občasné hádky s matkou.

Vnímanie terajšieho ochorenia - pacientka má nedostatky vo vedomostiach o ochorení a životospráve, obáva sa následkov a ako to všetko zvládne doma. Je nesústredená, i napriek podaným informáciám od lekára, potrebuje zopakovať informácie, nie je schopná si ich zapamätať.

Rola, vzťahy - pacientka býva s dcérou a so svojou matkou v rodinnom dome. Vzťahy medzi nimi sú dobré, s dcérou si rozumejú, veľmi jej chýba. Ochorenie má vplyv na jej zamestnanie, pretože je dlhodobo PN.

Sexualita, reprodukcia - pacientka má nepravidelnú menštruáciu, menarché 14 ročná. Posledná menštruáciu 20.12.2012. Samovyšetrenie prsníkov si vykonáva nepravidelne. Mamografiu absolvovala v r. 2010 - bez pato-

logických zmien. Gynekologické operácie nemala. Pôrody - 1 (v r. 1990).

Posúdenie pacienta, schopnosť učiť sa

Po posúdení pacientov podľa modelu Majory Gordonovej, a na základe výsledkov vstupného testu môžeme konštatovať, že pacienti nemajú adekvátne vedomosti o svojom ochorení, majú obavy a strach z budúcnosti, pretože sa dozvedeli z mnohých zdrojov aj nesprávne informácie. Na základe uvedeného je potrebná edukácia oboch pacientov.

Tabuľka 1 Posudzovanie pacientov

Schopnosť učiť sa	**pacient A**	**pacientka B**
Vzdelanie	úplné stredné vzdelanie	úplné stredné vzdelanie
Stav vedomia	jasné, lucídne	jasné, lucídne
Telesný stav - výkonnosť (0-10) - práceneschopnosť (0-10) - koncentrácia - únava (0-10)	 6 4 dopol. hodiny: 9-11 hod 5	 5 5 popol. hodiny: 13-15 hod 6
Psychický stav sebavedomie : nálada:	zdravé pokojná, normálna	zdravé nekľudná, nervozita
Charakterové vlastnosti	pravdovravnosť, priateľskosť, tolerantnosť, vytrvalosť	úprimnosť, nedochvíľnosť, nedbalosť
Vnímavosť	primeraná	nesústredenosť
Motivácia	primeraná, záujem o tému	spočiatku pasivita, neskôr záujem o tému
Pamäť	názorný typ	emocionálny typ
Učenie	emocionálny typ	kognitívny typ
Poruchy myslenia	nevyskytujú sa	nekoncentrovaná
Zmyslové poškodenie	nemá	nosí okuliare
Stupeň sebaopatery	úplne sebestačný	úplne sebestačný
Hodnota zdravia v hierarchii hodnôt	10	10
Skúsenosť s danou problematikou	nemá	nemá

Zdroj: Tabuľka upravená podľa Magurová, Majerníková, 2009, s. 104

Tabuľka 2 - Vstupný vedomostný test

OTÁZKY PRE PACIENTOV	**pacient A**		**pacientka B**	
	áno	**nie**	**áno**	**nie**
Viete čo je vírusová hepatitída B?	X		X	
Vedeli by ste vymenovať príznaky svedčiace o hepatitíde B?		X		X
Viete ako sa máte chrániť pri hepatitíde B?		X		X
Viete ktoré sú vhodné potraviny pri hepatitíde B?		X		X
Viete aké sú nevhodné potraviny pri hepatitíde B?		X		X
Máte vedomosti o zmene životného štýlu a správania sa k svojmu ochoreniu?		X		X
Viete v čom spočíva zmena životného štýlu pri diagnóze vírusová hepatitída B?		X		X
Poznáte zásady rešpektovania ochrany zdravia (protiepidemiologické opatrenia) pri hepatitíde B?		X		X

ETAPA DIAGNOSTIKY

EDUKAČNÉ DIAGNÓZY

Deficit vedomostí:

- o ochorení a jeho príznakoch,
- o liečebnej výžive pri ochorení pečene,
- o úprave životosprávy,
- o protiepidemiologickom režime.

Deficit v postojoch:

- k ochoreniu (neistota),
- k protiepidemiologickým opatreniam (strach)
- k zmene životosprávy (obavy).

ETAPA PLÁNOVANIA

Podľa priority:

- mať dostatočné vedomosti o ochorení a protiepidemiologickom režime,
- mať dostatočné vedomosti o úprave životosprávy,
- mať dostatok informácií o liečebnej výžive pri ochorení pečene.

Zámer edukácie: rešpektovať protiepidemiologický režim, dodržiavať životosprávu, liečebnú výživu, adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu

Ciele edukácie:

Kognitívne: pacienti po absolvovaní plánovaných edukačných jednotiek majú adekvátne vedomosti o svojom ochorení a o liečebnej výžive pri ochorení pečene, úprave životosprávy a rešpektovaní protiepidemiologického režimu.

Afektívne: pacienti majú záujem získať informácie, sú ochotní zúčastňovať sa edukačných jednotiek a taktiež chcú zmeniť svoj životný štýl.

Štruktúra edukácie: 3 edukačné jednotky

Edukačná jednotka č.1: Hepatitída B a protiepidemiologický režim

Edukačná jednotka č.2: Zásady správnej životosprávy

Edukačná jednotka č.3: Zásady liečebnej výživy

Miesto edukácie: FN Trenčín, infekčné oddelenie – izba pacienta

Časový harmonogram edukácie: v dopoludňajších hodinách (pacient A)

Edukačná jednotka č.1 – 15. 11. 2012 od 10.00 do 10.45 hod. (45 minút)

Edukačná jednotka č.2 – 16. 11. 2012 od 10.00 do 10.45 hod. (45 minút)

Edukačná jednotka č.3 – 17. 11 .2012 od 11.00 do 11.45 hod. (45 minút)

- v popoludňajších hodinách (pacientka B)

Edukačná jednotka č.1 – 29. 01. 2013 od 13.00 do 13.45 hod. (45 minút)

Edukačná jednotka č.2 – 30. 01. 2013 od 13.00 do 13.45 hod. (45 minút)

Edukačná jednotka č.3 – 31. 01. 2013 od 13.30 do 14.15 hod. (45 minút)

Edukačná forma: individuálna

Edukačné metódy: individuálny rozhovor, výklad, zodpovedanie kladených otázok, vysvetľovanie, diskusia

Edukačné pomôcky: odborná literatúra, informačné letáky o hepatitíde, ilustračný materiál, písomné pomôcky, edukačné karty, písomné brožúry

ETAPA REALIZÁCIE

1. Edukačná jednotka

Téma: HEPATITÍDA B A PROTIEPIDEMIOLOGICKÝ REŽIM.

Miesto edukácie: FN Trenčín, infekčné oddelenie – izba pacienta

Dátum a čas: 15. 11. 2012 od 10.00 do 10.45 hod. (45 minút) - pacient A, 29. 01. 2013 od 13.00 do 13.45 hod. (45 minút) - pacientka B

Edukačná forma: individuálna

Edukačná metóda: motivačný rozhovor, prednáška, zodpovedanie kladených otázok, vysvetľovanie

Edukačné pomôcky: informačné letáky, brožúry, edukačné karty, písomné pomôcky - pero, papier na zapisovanie poznámok

Cieľ:

- ***kognitívny:*** pacient/pacientka má po edukácii adekvátne vedomosti o ochorení a protiepidemiologickom režime

- ***afektívny*****:** pacient/pacientka prejavuje záujem o získané informácie, dodržiava a

uvedomuje si možné následky v prípade nerešpektovania zásad

Motivačná fáza: vzbudiť záujem u pacienta o danej problematike**,** vytvoriť vzťah dôvery **a** oznámiť tému a cieľ edukačnej jednotky

Expozičná fáza:

- vysvetliť pacientovi príčiny vzniku hepatitídy B, spôsoby nákazy, prenos infekcie drobným poranením na koži alebo minimálnym porušením sliznice, nechráneným pohlavným stykom, tetovaním,
- oboznámiť pacienta s príznakmi ochorenia, ktoré sú podobné chrípke,
- oboznámiť pacienta s doporučenými zásadami,
- vysvetliť dôležitosť rešpektovania ochrany zdravia svojich najbližších a svojho okolia, dodržiavať prísne pravidlá osobnej hygieny doma, na pracovisku i kdekoľvek inde,
- poukázať na možné následky,
- pripomenúť nutnosť používania prezervatívu pri pohlavnom styku,
- zdôrazniť, že hepatitída B sa neprenáša podaním ruky, bežným dotykom, kýchaním, kašľom, používaním riadu,
- poskytnúť priestor na otázky edukanta.

Fixačná fáza: zhrnúť a zopakovať najdôležitejšie informácie o ochorení a protiepidemiologických opatreniach, zdôrazniť následky pri nedodržiavaní uvedených zásad.

Hodnotiaca fáza: Kontrolné otázky:

- Viete vymenovať príznaky hepatitídy B?
- Prečo musíte upozorniť svojho zubára, že máte hepatitídu?
- Prečo musíte informovať o ochorení príbuzných, s ktorými žijete v spoločnej domácnosti?
- Viete vymenovať zásady, ktoré musíte dodržiavať?

Zhodnotenie edukačnej jednotky:

Pacient A - odpovedal primerane na základe čoho môžeme konštatovať, že uvedenú problematiku zvládol. Mal záujem o informácie o ochorení, jeho príznakoch a protiepidemiologickom režime. Ciele boli splnené, pacient má základné vedomosti o ochorení a dodržiavaní protiepidemiologických zásad, verbalizuje pozitívny prístup k zvládaniu svojho ochorenia.

Pacientka B - odpovedala na uvedené otázky nerozhodne, mala problém si zapamätať najdôležitejšie informácie, bola nesústredená. Často odvracala zrak smerom k oknu. Pre nesústredenosť sa na niektoré informácie pýtala opakovane, počas hodnotiacej fázy sme si dali krátku pauzu, odbočili sme od témy a neskôr pokračovali v danej téme. Naplánovaná edukačná jednotka trvala dlhšie ako 45 minút. Ciele boli splnené, pacientka má základné vedomosti o ochorení a dodržiavaní protiepidemiologických zásad.

2. Edukačná jednotka

Téma: ZÁSADY SPRÁVNEJ ŽIVOTOSPRÁVY

Miesto edukácie: FN Trenčín, infekčné oddelenie – izba pacienta

Dátum a čas: 16. 11. 2012 od 10.00 do 10.45 hod. (45 minút) – pacient A, 30. 01. 2013 od 13.00 do 13.45 hod. (45 minút) – pacientka B

Edukačná forma: individuálna

Edukačná metóda: individuálny rozhovor, prednáška, zodpovedanie kladených otázok, vysvetľovanie

Edukačné pomôcky: informačné letáky, brožúry, edukačné karty, písomné pomôcky- pero, papier na zapisovanie poznámok

Cieľ:

- ***kognitívny:*** pacient/pacientka po ukončení edukačnej jednotky má primerané vedomosti o dodržiavaní životosprávy a monitorovaní svojho zdravotného stavu
- ***afektívny:*** pacient/pacientka je ochotný urobiť zásadné zmeny vo svojom životnom štýle a má záujem ich aj dodržiavať

Motivačná fáza: pacienta po privítaní a zoznámení sa s témou a cieľom edukačnej jednotky motivovať a povzbudzovať k aktívnej spolupráci s možnosťou kladenia otázok v celom priebehu edukačnej jednotky

Expozičná fáza:

- oboznámiť pacienta so zásadami zdravého životného štýlu,

- informovať pacienta o dôležitosti primeraného cvičenia a pohybu,
- zdôrazniť zákaz konzumácie alkoholu, požívania tabakových výrobkov,
- poučiť pacienta dodržiavať pravidelný spánkový režim,
- odporučiť pacientovi zdravo sa stravovať,
- upozorniť na nutnosť konzultovať každý liek s lekárom,
- upozorniť pacienta na nutnosť pravidelnej kontroly zdravotného stavu,
- poskytnúť priestor na otázky edukanta.

Fixačná fáza: zhrnúť, zdôrazniť a zopakovať najdôležitejšie informácie o životnom štýle a upozorniť na následky pri jeho nedodržiavaní alebo porušení

Hodnotiaca fáza: kontrolné otázky:

- Viete aký je význam úpravy životného štýlu pre kvalitu vášho života?
- Viete vymenovať základné zásady úpravy životného štýlu?
- Ako môže ovplyvniť nedodržiavanie

Zhodnotenie edukačnej jednotky:

Pacient A - na uvedené otázky odpovedal správne, v rozhovore sám upozornil na to, čo je potrebné zmeniť v jeho životnom štýle. Zaujímal sa o príležitostné požívanie alkoholu počas osláv ako sú napr. narodeniny , meniny, spoločenské stretnutia a pod. Ciele boli splnené, pacient prejavuje dostatočné vedomosti o uvedenej problematike.

Pacientka B - odpovedala na uvedené otázky nerozhodne, mala pomalšie reakcie, nebola si istá. Niektoré informácie potrebovala zopakovať viackrát, pýtala sa aj na také informácie, ktoré nesúviseli s danou témou. Naplánovaná jednotka trvala dlhšie ako 45 minút. Ciele boli splnené, pacientka je ochotná urobiť zásadné zmeny vo svojom životnom štýle a má záujem ich dodržiavať.

3. Edukačná jednotka

Téma: ZÁSADY LIEČEBNEJ VÝŽIVY.

Miesto edukácie: FN Trenčín, infekčné oddelenie – izba pacienta

Dátum a čas: 17. 11 .2012 od 11.00 do 11.45 hod. (45 minút) – pacient A, 31. 01 .2013 od 13.30 do 14.15 hod. (45 minút) – pacientka B

Edukačná forma: individuálna

Edukačná metóda: individuálny rozhovor, prednáška, zodpovedanie kladených otázok, vysvetľovanie, diskusia

Edukačné pomôcky: informačné letáky, edukačné karty, plán jedálneho lístka diabetickej šetriacej diéty na obdobie jedného týždňa

Cieľ:

- ***kognitívny:*** pacient/pacientka po ukončení edukačnej jednotky má vedomosti o základoch liečebnej výživy

-afektívny: pacient/pacientka prejaví záujem o preventívne a liečebné účinky výživy, zdravého stravovania a dodržiavania diéty

Motivačná fáza: vzbudiť záujem u pacienta o danej problematike, vytvoriť vzťah dôvery a oznámiť tému a cieľ edukačnej jednotky

Expozičná fáza:

- vysvetliť dôležitosť dodržiavania zásad liečebnej výživy,
- odporučiť pacientovi jesť menšie porcie denne, dôležitosť vyhýbať sa prejedaniu,
- odporučiť jesť pravidelne v rovnakom čase, najvhodnejšie 5 krát denne,
- upozorniť na spôsob úpravy potravín,
- odporučiť pacientovi pri príprave jedla uprednostniť čerstvé potraviny, strava musí byť nedráždivá, uprednostniť bielkoviny živočíšneho pôvodu,
- zdôrazniť nevhodnosť požívania údenín, slaniny, mastného a tučného mäsa,
- oboznámiť pacienta s dostatočným prívodom vitamínov B a C,
- zdôrazniť zákaz konzumácie alkoholu, obmedzenie solenia pri stravovaní,
- zdôrazniť nevhodnosť požívania kapusty, cibule a póru (Belovičová, Holomáň, 2008),
- poskytnúť priestor na otázky edukanta.

Predkladáme jedálny lístok diabetickej šetriacej diéty na jeden týždeň (diabetická šetriaca diéta na 1 týždeň pripravená asistentom výživy).

Fixačná fáza: zhrnúť a zopakovať najdôležitejšie poznatky edukačnej jednotky

Hodnotiaca fáza: kontrolné otázky:
- Viete vymenovať vhodné a nevhodné potraviny pri ochorení pečene?
- Viete aká je vhodná technologická úprava jedál?

Zhodnotenie edukačnej jednotky:

Pacient A bol počas edukačného stretnutia počúval pozorne a zaujímal sa o jednotlivé zložky potravy z jedálnička. Prejavil záujem o vhodné spôsoby prípravy jedál ako aj o odporúčané druhy potravín, ovocia a zeleniny. Ciele boli splnené, pacient má dostatočné vedomosti o danej problematike. Na základe prejaveného záujmu môžeme konštatovať, že bude v budúcnosti dodržiavať zásady liečebnej výživy.

Pacientka B bola počas edukačného stretnutia neistá. Často kládla otázky o vhodnom spôsobe prípravy jedla. Naplánovaná edukačná jednotka trvala dlhšie ako 45 minút.

Ciele boli splnené, na základe prejaveného záuj-mu môžeme konštatovať, že sa bude v budúcnosti zdravo stravovať a dodržiavať diétu.

Tabuľka 3 Vstupný a výstupný vedomostný test

OTÁZKY PRE PACIENTOV	pacient A				pacientka B			
	Vstupný vedomostný test		Výstupný vedomostný test		Vstupný vedomostný test		Výstupný vedomostný test	
	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie
Viete čo je vírusová hepatitída B?	X		X		X		X	
Vedeli by ste vymenovať príznaky svedčiace o hepatitíde B?		X	X			X	X	
Viete ako sa máte chrániť pri hepatitíde B?		X	X			X	X	
Viete ktoré sú vhodné potraviny pri hepatitíde B?		X	X			X	X	
Viete aké sú nevhodné potraviny pri hepatitíde B?		X	X			X	X	
Máte vedomosti o zmene životného štýlu a správania sa k svojmu ochoreniu?		X	X			X	X	
Viete v čom spočíva zmena životného štýlu pri diagnóze vírusová hepatitída B?		X	X			X	X	
Poznáte zásady rešpektovania ochrany zdravia (protiepidemiologické opatrenia) pri hepatitíde B?		X	X			X	X	

ETAPA VYHODNOTENIA

Vyhodnotenie zo strany edukátora: 1. edukačná jednotka

Pacient A odpovedal primerane na základe čoho môžeme konštatovať, že uvedenú problematiku zvládol. Mal záujem o informácie o ochorení, jeho príznakoch a protiepidemiologickom režime. Ciele boli splnené, pacient má základné vedomosti o ochorení a dodržiavaní protiepidemiologických zásad, verbalizuje pozitívny prístup k zvládaniu svojho ochorenia.

Pacientka B odpovedala na uvedené otázky nerozhodne, mala problém so zapamätávaním dôležitých bodov edukačnej jednotky, bola nesústredená. Na niektoré informácie sa pýtala viac krát, pre nesústredenosť sme si dali krátku pauzu, odbočili sme od témy a neskôr pokračovali v danej téme.

Vyhodnotenie zo strany edukátora: 2. edukačná jednotka

Pacient A odpovedal správne, v rozhovore sám upozornil na to, čo je potrebné zmeniť v jeho životnom štýle. Zaujímal sa o príle-

žitostné požívanie alkoholu počas osláv a ďalšie režimové opatrenia. Ciele boli splnené, pacient má dostatočné vedomosti o uvedenej problematike.

Pacientka B odpovedala na uvedené otázky nerozhodne, mala pomalšie reakcie, nebola si istá. Niektoré informácie potrebovala zopakovať viackrát, pýtala sa aj na také informácie, ktoré nesúviseli s danou témou. Naplánovaná jednotka trvala dlhšie ako 45 minút. Ciele boli splnené, pacientka je ochotná urobiť zásadné zmeny vo svojom životnom štýle a má záujem ich dodržiavať.

Vyhodnotenie zo strany edukátora: 3. edukačná jednotka

Pacient A počúval pozorne a zaujímal sa o jednotlivé zložky potravy. Ciele boli splnené, pacient má dostatočné vedomosti o danej problematike. Na základe prejaveného záujmu môžeme konštatovať, že bude v budúcnosti dodržiavať zásady liečebnej výživy.

Pacientka B bola nesústredená a neistá., často kládla otázky o vhodnom spôsobe prípravy jedla, edukačná jednotka trvala dlhšie ako 45 minút. Ciele boli splnené, na základe záujmu môžeme konštatovať, že sa bude v budúcnosti zdravo stravovať a dodržiavať diétu.

Pacient A i pacientka B boli edukovaní rovnako, prístup k nim musel byť individuálny. Pacient A pochopil všetky informácie, mal záujem o témy, zapájal sa, rýchlejšie a pohotovo reagoval. U pacientky B môžeme konštatovať, že napriek tomu, že bolo všetko rovnako obsahovo použité, mala problémy si zapamätať, bola viac nesús tredená, neistá, odbočovala od témy, nedala sa dodržať naplánovaná edukačná jednotka. Naplánované edukačné jednotky trvali dlhšie ako 45 minút. Z uvedeného nám vyplýva, že je veľmi potrebný individuálny prístup ku každému pacientovi, hoci téma edukácie je rovnaká. Na to, aby sme dosiahli ciele edukácie je nevyhnutné dôsledné posúdenie každého jedinca s prihliadnutím na jeho bio-psycho-sociálny status. Po celkovom vyhodnotení edukačného procesu, môžeme edukáciu ukončiť.

VÝZNAM EDUKÁCIE U PACIENTA S HEPATITÍDOU B

Edukácia ako dôležitá súčasť celkovej zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta predstavuje spôsob odovzdávania poznatkov a tiež cestu k dosiahnutiu požadovanej zmeny v správaní sa človeka. Prostredníctvom edukačných programov sestry napomáhajú pacientom zvládnuť situácie, ktoré súvisia s ochorením, s novou životnou situáciou ako aj s prehlbovaním vedomostí v prípade chronického ochorenia, ktorým je diabetes mellitus (Dimunová, Raková, 2009).

Hlavným cieľom sestry pri edukácii pacienta s hepatitídou B je jeho aktivizácia. Úlohou sestry je vyzbrojiť pacienta informáciami, aby bol schopný rozhodovať sa v záležitostiach, ktoré ovplyvňujú jeho zdravie a pocit pohody. K poskytovaniu informácií využíva formu letákov, brožúr prípadne videa s problematikou hepatitídy B. K dosiahnutiu potrebného cieľa u pacienta je potrebné, aby sestra v prvom rade určila jeho potreby a neustále udržiavala s ním kontakt, využívala jeho poznatky a komunikovala s ním jasne a zrozumiteľne (Doenges, Moorhouse, 2001).

Sekundárna edukačná starostlivosť je určená pacientom s hepatitídou B na infekčnom oddelení. Sestra svoju pozornosť zameriava na nutnosť edukácie pacienta o dodržiavaní kľudu na lôžku, hepatálnej diéty, správneho užívania liekov, aby sme zabránili prechodu ochorenia do chronického štádia. Následná edukácia sa týka ľudí u ktorých už nemožno zabrániť vzniku hepatitídy B a nie je možné vyliečenie. Jej cieľom je naučiť pacientov a ich príbuzných využiť ostávajúce možnosti zdravého životného štýlu a vyhýbania sa komplikáciám. Tento typ edukácie je obsiahnutý v rehabilitačných programoch (Doenges, Moorhouse, 2001).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

DIMUNOVÁ, L. - RAKOVÁ, J. 2009. Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve. In: BABČÁK, M. a kol. *Vybrané kapitoly z internej propedeutiky, výživy a ošetrovateľstva.* Prešov : DAH, 2009. ISBN 978-80-969865-5-2. s. 206.

DOENGES, M. E. - MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

MOKÁŇ, M. 2005. *Vnútorné lekárstvo 2. diel.* Bratislava: VYDAVATEĽSTVO UNIVERZITA KOMENSKÉHO, 256 s. ISBN 80-223-1894-9.

NEMČEKOVÁ, M. - ŽIAKOVÁ, K. 2002. Hermeneutika a ošetrovateľstvo - teoreticko -metodologické súvislosti. In: *Multi-oborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství.* Olomouc: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2, s. 271.

RADOVIČOVÁ, A. 2005. Práce sestry na infekčním oddelení. In: *Sestra.* ISSN 1210-0404. 2005, roč. XV., č. 6., s. 37.

SLÁČIKOVÁ, M. 2006. Aktuálna problematika vírusovej hepatitídy typu A a typu B. In: *Via practica.* ISSN 1336-4790. 2006, roč. III., č. 7/8, s. 331-335.

Zásady na vykonávanie protiepidemických opatrení v ohniskách výskytu vírusových hepatitíd. HH/11733/04/SE, vestník MZ SR, čiastka 55 – 60. 2004. [online]. [s.a.]. [cit. 2012.12.18]. stupné na : http://www.ruvzca.sk/aktualne/protiepidemiologickeopatreniahepatitidy.htm

Žltačka (hepatitída) typu B a diabetik. [online].[s.a.].[cit. 2012.12.15]. Dostupné na: http://www.ockovanie.sk/zltacka-typu-b-a-diabetik.htm

MANAŽMENT PRÁCE SESTRY V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

JURDÍKOVÁ Kamila[1], GAVENDOVÁ Eva[1,2]

[1] *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*
[2] *Fakultná nemocnica Trenčín*

ABSTRAKT
Práca je zameraná na manažment a riadenie práce ako dôležitú a náročnú súčasť práce vedúceho pracovníka. Manažment je založený na vedomostiach z komunikácie, hodnotení podriadených, riešení konfliktov ako aj na schopnosti predvídať. Je potrebné, aby si manažéri na jednotlivých stupňoch riadenia dopĺňali vedomosti a trénovali zručnosti riadenia tak, aby oddelenie spĺňalo požadované kritéria úspešného pracoviska. Cieľom práce bolo skúmanie zamerané na zistenie, ktorým štýlom riadenia práce na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS) by chceli byť sestry vedené, akým spôsobom sú sestry na JIS najčastejšie odmeňované, ktorú vlastnosť si sestry najviac cenia na sestre – manažérke a spokojnosť sestier s organizáciou práce na ich JIS. Metódou výskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie. Výsledky praktickej časti poukazujú na to**,** že sestry by uprednostnili demokratický štýl riadenia pred používaným autokratickým štýlom, sestry si najviac cenia pozitívne ohodnotenie kolegami pred finančným ohodnotením, pre sestru - manažérku sú najdôležitejšie organizačné schopnosti a najdôležitejšou úlohu sestry - manažérky je zvyšovanie motivácie sestier. Je potrebné v praxi zo strany sestry manažérky rešpektovať individuálny prístup pri motivácii svojich podriadených.

Kľúčové slová: Manažment. Intenzívna starostlivosť. Jednotka intenzívnej starostlivosti. Štýl riadenia. Motivácia. Ohodnotenie.

ABSTRACT
The thesis is focused on a management of the work that creates an important and a difficult part of a manager's work. The management is based on communication skills, evaluation of subordinates, conflict solving and a skill of foreseeing. It is essential for managers on particular management levels to learn new knowledge and to train management skills the way the department meets required criteria of a successful workplace. The goal of the practical part was a research based on finding out what style of work management on the intensive care unit (ICU) nurses would prefer, what kind of reward system is the most usual for nurses on ICU, what character trait nurses appreciate the most for their nurse manager and a satisfaction of the nurses with the work management on their ICU. The method of the research was a self-created questionnaire. Results of the practical part show that nurses would prefer a democratic style of management to an applied autocratic style, they appreciate a positive appraisal by their colleagues more than financial award; for a nurse manager, the most important are organizational skills and her/his most important role is to increase motivation of the nurses. In practice it is important for the nurse manager to respect individual approach regarding the motivation of her/his subordinates.

Key words: Management. Intensive care. Intensive care unit. Management style. Motivation. Evaluation.

ÚVOD

Riadenie ľudí vyžaduje veľa vlastností, predovšetkým takých, ktoré umožnia manažérovi robiť jeho vlastnú prácu – to môže znamenať, že bude musieť mať vedomosti z viacerých odborov (napr. ekonomika a finančníctvo, informačných technológií, či ovládanie cudzieho jazyka). Okrem toho potrebuje mať vlastnosti, ktorými sa vyznačujú ľudia schopní riadiť druhých – schopní byť šéfom (Adair, 2006).

Spôsob práce manažéra môže byť pre zamestnancov sám o sebe motiváciou, alebo demotiváciou. Otázka nie je len čo robí manažér správne, ale aj to, či to za správne budú považovať aj ostatní. Tomu je potrebné venovať zvláštnu pozornosť.

Rozhodovanie v práci manažéra tvorí značnú časť jeho pracovnej náplne, avšak sám manažér si to nemusí úplne uvedomovať – berie to ako samozrejmosť. Rozhoduje sa v:

- bežných pracovných situáciách (napr. rozpis služieb, plán dovoleniek),
- zvládaní zmien,
- prijímaní rizika,
- problémových a konfliktných situáciách,

- krízových situáciách (Hekelová, 2012).

Soft skills

Soft skills (angl. jemné zručnosti) sa dajú uplatniť v profesionálnom aj v osobnom živote sestry manažérky. Na ktoromkoľvek stupni riadenia by mala sestra vedieť vytvárať vzťahy, komunikovať s rôznymi typmi ľudí, koučovať, delegovať, byť kreatívna, mať prezentačné schopnosti, vedieť predchádzať konfliktom a riešiť ich, motivovať a hodnotiť podriadených, budovať tím a manažovať svoj čas a eliminovať stres (Hulková et al, 2012).

Medzi 10 najvýznamnejších „soft skills" patria najmä:

1. silná pracovná etika,
2. pozitívny postoj,
3. dobré komunikačné schopnosti,
4. schopnosť time manažmentu,
5. schopnosť riešiť problémy,
6. pôsobiť ako tímový hráč,
7. sebavedomie,
8. schopnosť prijať kritiku a poučiť sa z nej,
9. flexibilita,
10. stres manažment (Hulková et al, 2012, Lorenz, 2009).

Ošetrovateľstvo v intenzívnej starostlivosti

Ošetrovateľstvo v intenzívnej starostlivosti je poskytovanie špecializovanej starostlivosti pestrej škále chorých či zranených pacientov. Títo pacienti môžu byť v nestabilnom stave, môžu mať komplikované potreby, požiadavky a vyžadujú intenzívnu a pozornú sesterskú starostlivosť. Najčastejšie ochorenia a zranenia, s ktorými sa u pacientov na JIS stretávame sú:

- ortopedické poranenia – fraktúry, podvrtnutia či vykĺbenie,
- traumatické poranenia – zavinené autonehodou, pádom...,
- kardiovaskulárne ochorenia – srdcové zlyhanie, akútne koronárne syndrómy (nestabilná angína pectoris, infarkt myokardu),
- poruchy dýchania – akútne respiračné zlyhanie, pľúcna embólia, astma,
- gastrointestionálne a črevné ochorenia – akútna pankreatitída, krvácanie z GIT-u, akútne pečeňové zlyhanie, akútna cholecistitída, črevná nepriechodnosť,
- obličkové ochorenia – akútne a chronické zlyhanie obličiek, obličkové kamene a infekcie močového ústrojenstva,
- šok spôsobený hypovolémiou, sepsou, srdcovou dysfunkciou, akútnym poranením miechy a anafylaxiou,
- časté ochorenia detí, ako je gastroenteritída, bronchiolitída, horúčkovité stavy, zápal slepého čreva,
- predávkovanie liekmi,
- zranenia spôsobené násilím (Kolektív autorov, 2008).

Okrem kvalitnej lekárskej starostlivosti si pacient vyžaduje aj komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá v konečnom dôsledku prinesie pacientovi pozitívny efekt. Sestra berie pacienta ako bio–psycho-sociálno-spirituálnu bytosť (pacienta chápe holisticky) a bude uspokojovať jeho potreby dovtedy, doke-dy pacient nebude schopný uspokojiť svoje potreby sám.

CIELE PRÁCE

Hlavný cieľ

Cieľom našej práce bolo odpovedať na otázku: „Uprednostnili by sestry pracujúce na JIS iný štýl riadenia na rozdiel od toho, ktorý sa používa na ich pracovisku?"

Čiastkové ciele

- Zistiť, ktorým štýlom riadenia práce na JIS by chceli byť sestry vedené.
- Zistiť, akým spôsobom sú sestry na JIS najčastejšie odmeňované.
- Zistiť, ktorú vlastnosť si sestry najviac cenia na sestre - manažérke.
- Zistiť, či sú sestry spokojné s organizáciou práce na ich JIS**.**

SÚBOR

Základný súbor respondentov tvorilo 54 sestier pracujúcich na JIS vo Fakultnej Nemocnici v Trenčíne a 57 sestier pracujúcich vo Fakultnej Nemocnici v Trnave, z toho 106 žien a 5 mužov. Sestry pracovali na internej, traumatologickej, chirurgickej, pediatrickej a neu-

rologickej JIS. Väčšina sestier bola vo veku 20–30 rokov a vo veku 41–50 rokov. Dĺžku praxe najčastejšie sestry uviedli od 1 do 5 rokov a tiež 21 a viac rokov.

METODIKA

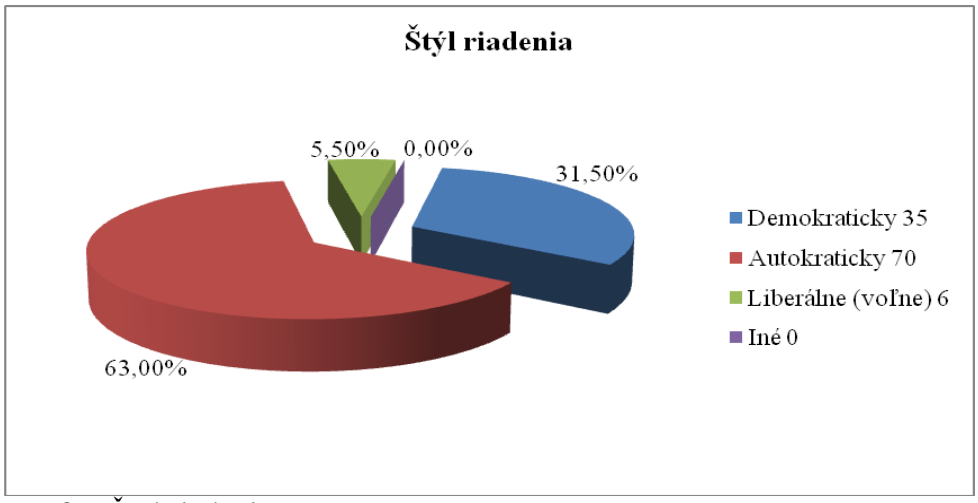
Pre naplnenie cieľov výskumu našej práce sme použili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol určený pre sestry pracujúce na JIS. V konečnej podobe dotazník obsahoval 5 kategorizačných položiek (pohlavie, vek, mesto pracoviska, dĺžka praxe, oddelenie) a 16 položiek zameraných na výskumný problému. Z toho bolo 9 položiek zatvorených a 5 položiek polootvorených. Údaje potrebné pre výskum sme zhromažďovali v priebehu mesiacov február až marec 2013. Spolu sme rozdali 125 dotazníkov, ale pre neúplnosť údajov sme do nášho výskumu zaradili 111 dotazníkov (88,80 %).Výsledky výskumu sme spracovali kvantitatívnou analýzou, vyjadrili v absolútnej a relatívnej početnosti.

VÝSLEDKY

V nasledovných grafoch sú spracované údaje získané z odpovedí respondentov na otázky v dotazníku, ktoré boli určené pre sestry pracujúce na jednotkách intenzívnej starostlivosti vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne a v Trnave. Výsledky sú v koláčových grafoch prezentované v relatívnej početnosti (%) a v legende v absolútnej početnosti (n).

Používaný štýl riadenia

Až 70 (63,00 %) sestier si myslí, že na ich JIS je tím riadený autokraticky, demokratický štýl riadenia určilo 35 (31,50 %) sestier a len 6 (5,50%) sestier si myslí, že na ich JIS je tím riadený liberálne. Možnosť iné neoznačil nikto (Graf 1).



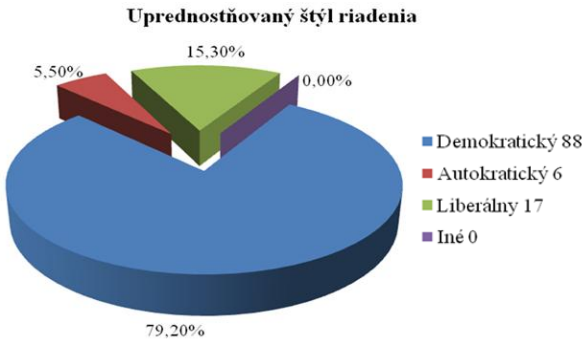
Graf 1 Štýl riadenia

Žiadaný štýl riadenia

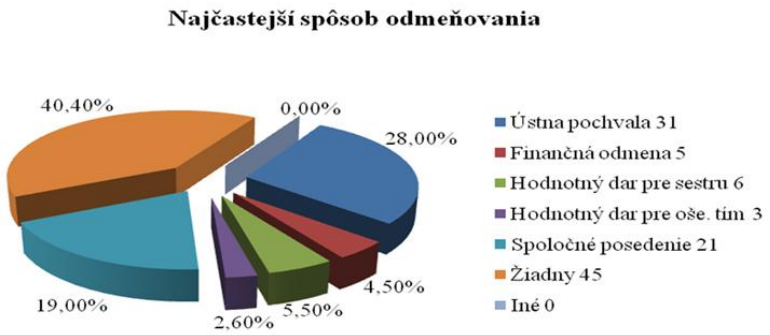
80 (79,20%) sestier by uprednostnilo demokratický štýl riadenia, 17 sestier (15,30%) liberálny štýl riadenia a 6 (5,50 %) sestier by uprednostnilo autokratický štýl riadenia. Možnosť iné neoznačil nikto (Graf 2).

Najčastejší spôsob odmeňovania

Najčastejší spôsob odmeňovania sestier na JIS je ústna pochvala, ktorú určilo 31 (28,00%) sestier. 21 (19,00%) sestier označilo najčastejší spôsob odmeny spoločné posedenie. 5 (4,50%) sestier uviedlo finančnú odmenu, hodnotný dar pre sestru označilo 6 (5,50%) sestier. Odmenu hodnotným darom pre ošetrovateľský tím JIS určili 3 (2,60%) sestry. Žiadny spôsob odmeňovania uviedlo až 45 (40,40%) sestier (Graf 3).



Graf 2 Uprednostňovaný štýl riadenia



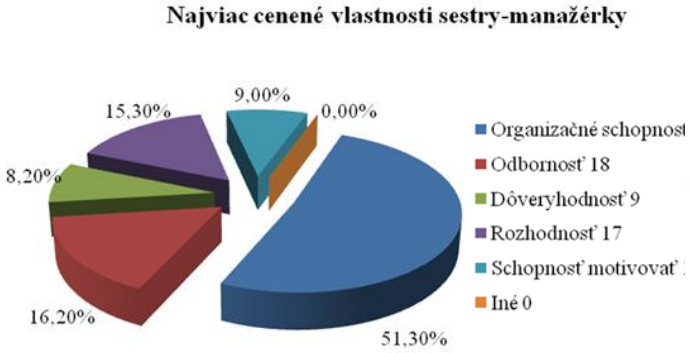
Graf 3 Najčastejší spôsob odmeňovania

Najviac cenené vlastnosti sestry – manažérky

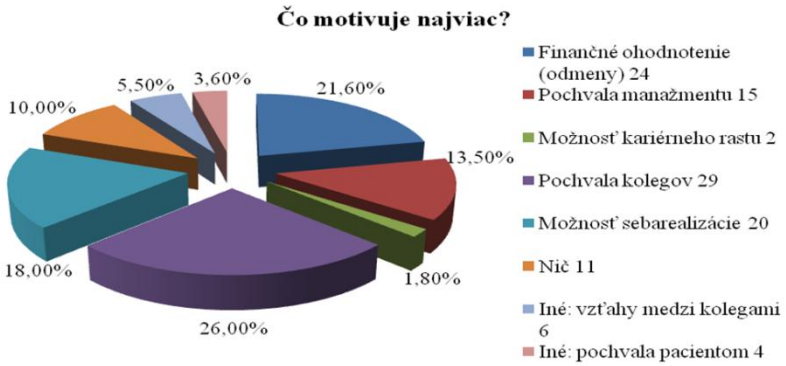
57 (51,30%) sestier si na sestre - manažérke najviac cení organizačné schopnosti, odbornosť si cení 18 (16,20%) sestier. Rozhodnosť u sestry - manažérky oceňuje 17 (15,30%) sestier, schopnosť motivovať 10 (9,00%) sestier. Dôveryhodnosť sestry - manažérky oceňuje 9 (8,20%) sestier. Možnosť iné neoznačila ani jedna sestra (Graf 4).

Motivácia

V práci na JIS motivuje 29 (26,00%) sestier pochvala kolegov, finančné ohodnotenie (odmeny) 24 (21,60%) sestier, pre 20 (18,00%) sestier je motiváciou možnosť sebarealizácie, pochvala manažmentu motivuje 15 (13,50%) sestier, 11 (10,00%) sestier v práci na JIS nemotivuje nič. Vzťahy medzi kolegami na JIS najviac motivujú 6 (5,50%) sestier a pochvala od pacienta motivuje 4 (3,60%) sestry. 2 (1,80%) sestry na JIS motivuje možnosť kariérneho rastu (Graf 5).



Graf 4 Najviac cenené vlastnosti sestry – manažérky



Graf 5 Motivačné faktory

Spokojnosť s organizáciou práce JIS

S organizáciou práce na svojej JIS je spokojných 28 (25,20%) sestier, skôr spokojných je 39 (35,10%) sestier. Aj spokojných aj nespokojných je 25 (22,50%) sestier, skôr nespokojných s organizáciou práce je 19 (17,20%) sestier. Nespokojná nie je ani jedna sestra (Graf 6).

Najvyššie riziko pre kvalitnú organizáciu práce na JIS

Najvyšším rizikom sestry - manažérky pre kvalitnú organizáciu práce na JIS je podľa 42 (37,90%) sestier izolovanie sa sestry – manažérky, podľa 25 (22,50%) sestier je najväčším rizikom, keď sestra - manažérka ignoruje návrhy na zmenu. 20 (22,50%) sestier si myslí, že najväčším rizikom je nezáujem o kvalitnú

ošetrovateľskú starostlivosť zo strany sestry - manažérky. 14 (12,60%) sestier považuje za najväčšie riziko pre kvalitnú organizáciu práce na JIS vnímanie sestier ako nákladových položiek zo strany sestry - manažérky. Podľa 5 (4,50%) sestier je najrizikovejšia absencia informačných porád (Graf 7).

Graf 6 Spokojnosť s organizáciou práce na JIS

Graf 7 Najvyššie riziko pre kvalitnú organizáciu práce na JIS

DISKUSIA

V práci sme sa zamerali na riadenie a manažment práce sestier na JIS. Ide o pracovisko náročné ako na technicko-materiálne zabezpečenie, tak aj na personálne zabezpečenia. Štýl riadenia manažérov býva často diskutovaný.

V našej práci sme zistili, že sestry určili 63,00% autokratický štýl ako najpoužívanejší štýl riadenia práce na ich JIS. Mohli by sme sa nesprávne domnievať, že zo strany sestier bude žiadaný liberálny štýl riadenia. Ukázalo sa, že sestry v 79,20 % uprednostňujú demokratický štýl, ktorý berie na vedomie názory druhých a ak to dovoľujú predpisy a podmienky pracoviska pripúšťa kompromisy. Voľnosť nie je zaručeným znakom dobrého pracoviska. Pri správnom vedení a riadení oddelenie (nemocnice alebo firmy) by malo podávať rovnako dobré výsledky či už za prítomnosti alebo neprítomnosti manažmentu. Ako uvádza Jakušová (2010), Robert Tannenbaum a Warren Schmidt navrhli tzv. kontinuum štýlu vedenia. Uvedení autori tohto štýlu vedenia naznačili, že manažéri by nemali používať len autoritatívny alebo len demokratický štýl vedenia, ale hlavne v zdravotníctve pri riešení rôznych situácií by mali byť flexibilní.

Zisťovali sme tiež, akým spôsobom sú sestry pracujúce na JIS najčastejšie odmeňované. Prišli sme na zaujímavé zistenie. 40,40% sestier označilo, že nie je v práci odmeňovaných. Na základe nášho zistenia sú sestry pracujúce na JIS najčastejšie odmeňované formou ústnej pochvaly a to v 28,00%. Ako odmenu spoločné posedenie ošetrovateľského tímu určilo 19,00% sestier. Často sa pri takýchto neformálnych posedeniach a spoločenských akciách nájdu riešenia niektorých problémov, predostrú sa návrhy na zlepšenie a zefektívnenie práce v tíme. Hodnotný dar pre sestru označilo 5,50% sestier, 4,50% sestier uviedlo finančnú odmenu a odmenu hodnotným darom pre ošetrovateľský tím JIS označilo 2,60% sestier.

Riadenie tímu si vyžaduje flexibilitu, mať dôveru v svojich ľudí a ešte mnoho ďalších vlastností, ktoré má mať dobrý manažér. Zistili sme, že sestry pracujúce na JIS na sestre - manažérke najviac oceňujú jej organizačné schopnosti a to v 51,30%, odbornosť určilo 16,20% sestier, rozhodnosť 15,30% sestier a schopnosť motivovať 9,00% sestier. Dôvery-hodnosť sestry - manažérky síce nebola označená za najcenenejšiu vlastnosť (túto odpoveď označilo 8,20% sestier), ale dôvera je potrebná pri zavádzaní nových postupov, metód a tech-

ník, ktoré majú prispieť k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti na JIS.

Práve zvyšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti na JIS je medzi 60,30 % opýtanými sestrami považované za najdôležitejšiu úlohu sestry - manažérky v nepersonálnej oblasti.

Nájsť správny druh motivácie pre zamestnancov môže niekedy pre manažéra predstavovať ťažkú úlohu. Finančná odmena je určite jednou z najpoužívanejších motivačných metód v ktoromkoľvek odvetví či už priemyselnom, hospodárskom alebo interpersonálnom zameraní. Finančné ohodnotenie v podobe zvýšenia mzdy, osobnostného ohodnotenia , alebo odmeny má veľký psychický vplyv na morálku zamestnancov. Aj medzi sestrami má finančné ohodnotenie veľký motivačný význam. Na danú otázku týkajúcu sa finančného ohodnotenia sestry pracujúce na JIS odpovedali pozitívne v 21,60%, ale bola to v poradí až druhá najčastejšia odpoveď. Zistili sme, že sestry najviac motivuje pochvala kolegov a to v 26,00%. Dokonca pochvala kolegov je skoro dvojnásobne viac motivujúca ako pochvala manažmentu (pochvala manažmentu motivuje 13,50% sestier). Zaujímavé je zistenie, že pochvala od pacienta motivuje sestry pracujúce na JIS len u 3,60% sestier a až 10,00% sestier v práci na JIS nemotivuje nič.

Spokojných a skôr spokojných s organizáciou práce na ich JIS je 60,30% sestier . Sestry úplne nespokojné s organizáciou práce na JIS nie sú a 22,50% sestier je aj spokojných aj nespokojných. Skôr nespokojných s organizáciou práce na skúmaných JIS je 17,20% sestier. Každá organizácia práce ktoréhokoľvek oddelenia má svoje riziká, ktorým by sa mala sestra - manažérka vyvarovať. Za najvyššie riziko pre kvalitnú organizáciu práce na JIS je v 37,90 % medzi sestrami považovaná izolácia sestry - manažérky od ošetrovateľského tímu. Neakceptovanie návrhov na zmenu a nezáujem o kvalitnú starostlivosť sú medzi sestrami považované za rovnako rizikové a to v 22,50 %. Zaujímavé je, že absencia informačných porád ošetrovateľského tímu nie je považovaná za rizikový faktor kvalitnej organizácie práce na JIS. Len 4,50 % sestier označilo túto možnosť za rizikový faktor. Nepretržitá komunikácia medzi sestrou - manažérkou a sestrami na JIS môže byť obojstranne považovaná za náhradu informačných porád, pretože pokyny a informácie od manažmentu sa k sestrám týmto spôsobom prenesú. Pre 12,60 % sestier je najvyšším rizikom kvalitnej organizácie práce na JIS zo strany sestry - manažérky vnímanie sestier ako nákladových položiek. Môžeme položiť otázku: „Aká je kvalita získaných informácií?“ Ako uvádza Kilíková, Jakušová (2008) hlavným nedostatkom v manažmente informácií je existencia bariér v horizontálnom a vertikálnom informačnom kanáli.

V závere môžeme konštatovať, že na základe nášho zisťovania sestry pracujúce na JIS by uprednostnili demokratický štýl riadenia pred autokratickým štýlom. Najčastejším spôsobom odmeňovania, ktorý je pre nich na prvom mieste motivácie v ich práci je pochvala zo strany kolegov. U svojej sestry – manažérky oceňujú na prvom mieste organizačné schopnosti a väčšina sestier je spokojná s organizáciou práce na svojich JIS.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Na základe skúseností a získaných informácií z dotazníka by sme navrhovali zaviesť do praxe nasledujúce odporúčania:

- Používať vzhľadom na situáciu demokratický alebo autokratický štýl riadenia práce na JIS.
- Akceptovať manažmentom na JIS adekvátne pripomienky a požiadavky zo strany sestier.
- Nezabúdať na pochvalu od manažéra a odmeňovanie práce sestier na JIS pri dosiahnutí stanovených cieľov a splnení úloh.
- Podporovať zo strany manažmentu sústavné vzdelávanie sestier na JIS vytváraním vhodných podmienok pre ich štúdium pri rešpektovaní daných právnych predpisov.
- Finančne podporiť aktívnu účasť sestier na zahraničných seminároch.

- Zlepšiť efektívnou komunikáciou medzi manažmentom a sestrami riešenie problémov, úloh, konfliktov.
- Organizovať pre sestry spoločné akcie (posedenie, výlet, kino, divadlo, športové popoludnie, ...).
- Byť sestrou - manažérkou, ktorú akceptuje a rešpektuje celý ošetrovateľský tím na základe jej odbornosti, organizácie práce, dôveryhodnosti, komunikácie, etiky.

ZÁVER

Práca manažéra je náročná po psychickej aj fyzickej stránke. Denne komunikuje s podriadenými, nadriadenými, pacientmi, rodinnými príslušníkmi. Zároveň musí riešiť konflikty a na najvyššej úrovni zabezpečiť prevádzku svojho pracoviska 24 hodín denne sedem dní v týždni. To si vyžaduje dobrú spoluprácu medzi sestrou - manažérkou a sestrami, dôveru manažérky v ošetrovateľský tím a opačne. Sestra – manažérka musí vedieť, ako pracuje jej tím, kde sú jeho nedostatky a naopak, kde sú jeho silné stránky. Na základe plnenia úloh, dosahovania cieľov a kvality ošetrovateľskej starostlivosti adekvátne ohodnotiť prácu nielen celého tímu, ale aj jednotlivých sestier ošetrovateľského tímu. Vedenie ovplyvňuje nielen výkon a kvalitu práce podriadených spolupracovníkov, ale aj ich spokojnosť prípadne ich migráciu.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ADAIR, J. 2006. *Leadership – učte se od velkých vůdců.* Brno: Computer Press, 2006. 289 s. ISBN 80-251-1256-X.

HEKELOVÁ, Z. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

HULKOVÁ, V. – PAVLICOVÁ, J. – MORAVCOVÁ, K. 2012. Soft skills v práci sestry manažérky. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI., č. 12, s. 21-22.

JAKUŠOVÁ, V. 2010. *Základy zdravotníckeho manažmentu*. Martin: Osveta, 2010. 137 s. ISBN 978-80-8063-347-9.

KILÍKOVÁ, M. - JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve.*. Martin: Osveta, 2008. 149 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KOLEKTÍV AUTORŮ. 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 2008, 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.

LORENZ, K. 2009 *Top 10 Soft Skills for Job Hunters*. [on-line] [citované 2012-12-16] dostupné na http://jobs.aol.com/articles/2009/01/26/top-10-soft-skills-for-job-hunters/.

BIORYTMY – POHYB A ZDRAVIE

JANČOKOVÁ Ľudmila

Katedra telesnej výchovy a športu, FHV UMB v Banskej Bystrici

ABSTRAKT
V príspevku prezentujeme historickú časovú os a teoretické východiská biorytmov vo vzťahu k pohybu a zdraviu človeka. Životná harmónia, synchronizácia človeka a prostredia je prvotným predpokladom jeho fyzického, psychického a sociálneho zdravia. Vytvárajú cestu k obnove prirodzených biorytmov, ktoré sú jedným z primárnych elementov zdravia a základom našej dlhovekej existencie.

Kľúčové slová
Biorytmy. Chronobiológia. Pohyb. Zdravie. Životný štýl.

Abstract
In this paper we present a timeline of historical and theoretical bases of biorhythms in relation to movement and health persons. Life harmony, synchronization of man and the environment is the primary condition for their physical, mental and social health. Create a way to restore the natural biorhythms, which are one of the primary elements of health and longstanding foundation of our existence.

Keywords
Bioryths. Chronobiology. Exercise. Health. Lifestyle.

ÚVOD

Už pri bežnom pozorovaní okolitého prostredia môžeme zistiť, že celý rad pochodov v neživej a živej prírode sa opakuje vo viac či menej pravidelných rytmoch a cykloch s periódou od zlomku sekundy až po úseky trvajúce dlhé roky. Človeka už odpradávna zaujímalo, ako sa periodicita prostredia uplatňuje v jeho živote, aký má vplyv na jeho zdravie, kondíciu a výkonnosť (Gajdošová& Bendíková, 2011).

Výrazom spôsobu existencie človeka a súčasne aj nositeľom komunikácie so sebou samým a prostredím je pohyb ako základný prejav živej hmoty. Pohyb sa stal súčasťou prípravy človeka na život a jeho prežitie. V súvislosti s uvedeným je spojené aj zdravie človeka, ktoré počas tisícročí bolo určované dominanciou biologických determinantov. Biorytmy človek vníma ako samozrejmosť vzhľadom na to, že zásadne ovplyvňujú jeho život a zdravie. Biorytmus je vlastne rytmické striedanie intenzity charakteru životných procesov organizmu. Nerešpektovanie týchto rytmov preukázateľne vedie k rôznym ochoreniam, psychickým poruchám, depresiám, rýchlejšiemu starnutiu buniek, k zvýšenému riziku srdcovo-cievnych ochorení a následne aj k zníženiu fyzickej a psychickej výkonnosti. Biorytmy napriek tomu, že sú nezávislé na našej vôli v určitých súvislostiach sú ovplyvniteľné (Machová, 2005).

Vo vzťahu biorytmus, pohyb a zdravie sa postupne s vývojom ľudstva vytvárali nové teórie, rôzne názory na ich efektivitu a dôležitosť v živote človeka.

HISTORICKÁ ČASOVÁ OS – BIOPERIODICITA, POHYB, ZDRAVIE

Je pravdepodobné, že od začiatku inteligentného života si ľudstvo uvedomuje existenciu pravidelne sa opakujúcich rytmov, od ktorých závisí existencia každého jedinca. Ich vplyvom sa naša civilizácia vyvíjala stámilióny rokov. Vývoj života na Zemi bol odpradávna poznamenaný cyklickými interakciami medzi Slnkom, Zemou a Mesiacom. Existenciu rytmických zmien v živých organizmoch chápeme ako potrebnú adaptáciu na toto dané planetárne usporiadanie. Pôvodná biochémia života bola ovplyvnená Slnkom a zostala na ňom závislá. Adaptácia na cirkadiánnu realitu (cyklus ~ 24 hodín) našej planéty sa stala nevyhnutnou podmienkou života. Organizmy si museli vytvoriť zásobu energie počas slnečného svetla pre jej spotrebu počas tmy. Uvedená základná biologická periodicita bola uložená a uchovaná v genómoch všetkých organizmov. Cirkadián-

na organizácia tak predstavuje základnú vlastnosť života, jej porucha môže mať fatálne dôsledky (napr. vážne zdravotné problémy spôsobené nedostatkom spánku). Procesy prebiehajúce v prírode nie sú stále a rovnakej intenzity, ale oscilujú okolo určitej hodnoty. Pravidelne sa striedajú deň a noc, príliv a odliv, lunárne rytmy sledujú mesačnú periódu 28 dní, v ročných cykloch dochádza k predlžovaniu a skracovaniu dňa. Časová odpoveď organizmov na tieto podnety je iba približná (perióda sa buď o niečo zrýchľuje, alebo spomaľuje), preto je označovaná pojmom circa (*circa*– asi, približne) (Halberg, 2006; Homolka et al., 2010).

Prvé výskumy súvisiace s periodicitami u ľudí môžeme nájsť práve v súvislosti s ochorením a pohybovými aktivitami. Otec chronobiológie Halberg vo svojich prácach a spomienkach konštatuje, že jeho prvé stretnutie s časovaním choroby súviselo s cirkaseptánou periodicitou, ktorá bola známa už aj *Hippokratovi* v Grécku, *Galenovi* v Ríme a *Avicenovi* v Perzii (Halberget et al., 1965, 1974, 1986, 2003; Hildebrandtet et al., 1992; Cornélissen&Halberg, 1994). Zároveň sa zachovali a sú známe písomné správy Hippokrata a Avicenu, v ktorých významnú pozornosť venovali zdravému životnému štýlu, založeného na pravidelnom striedaní fáz aktivity a odpočinku. Zakladateľom súčasnej školy biorytmov je profesor *Franz Halberg*. Významný vklad do štúdia biorytmov vniesli i ruskí vedci Sečenov, Vernadskij, Pavlov, ktorí sa domnievali, že „nič ľudský život neovláda natoľko, ako rytmus“ (http://www.sibvaleo.com/cz/company/sci/chronobiology).

V súvislosti s uvedeným *Hippokrates* poukázal aj na funkciu pohybu, na jeho potrebu a nenahraditeľnosť v živote človeka (Kučera et al.,1998). Bol priekopníkom liečebnej gymnastiky, odporúčal pohybovú aktivitu chorým (boli to najmä pochody, prechádzky, vodné a slnečné kúpele, zápasy, teplé a studené zábaly, diéta, krúženie a cvičenie paží, masáž). Vyjadril svoj názor, že lekár je len pomocníkom prírody, choroba je ovplyvnená predovšetkým prírodným prostredím, v ktorom človek žije (klimatické faktory, kvalita pôdy a vody, životospráva, pohyb, odpočinok). Vôbec neprekvapí skutočnosť, že určitý rad bioperiodických javov bol známy už starogréckym a starorímskym vedcom, ktoré boli spojené s pohybom. *Aristoteles* považoval telesné cvičenia za dôležitý činiteľ k udržaniu zdravia a tvrdil, že starostlivosť o telo má predchádzať starostlivosti o dušu. *Galen* ako lekár, učiteľ zdravia, otec telovýchovného lekárstva, prispel aj k položeniu fyziologických základov telesných cvičení a pohyb sa stal predmetom jeho vedeckého skúmania. Pre človeka za nenahraditeľné považoval prijímanie potravy, pitný režim, telesný pohyb a odpočinok a prezentoval aj schému faktorov, ktoré pôsobia na zdravie (Labudová, 2012). *Avicena* v základných pravidlách medicíny (Kánon medicíny) zhrnul dovtedajšie poznatky a obohatil medicínu o úvahy o vodoliečbe (pre chorých na kĺby a choroby kože). Bol zástancom aplikovania telesných cvičení, najmä pre dobré pôsobenie na látkovú výmenu, odporúčal starším, aby cvičili s mierou, masáž charakterizoval ako prostriedok starostlivosti o zdravie a zostavil charakteristiky 32 rôznych cvičení (Wilk, Marek, Linc, 1987).

Na rytmicitu a jej závislosť od javov prebiehajúcich vo vonkajšom prostredí upozornili aj v období stredoveku Bacon, Kepler, ale i mnoho ďalších vedcov (Agadžaňan, 1976; Aschoff, 1965, 1974).

V období renesancie sa v teóriách vzťahu bioperiodicity, zdravia a pohybu vychádzalo práve z vyššie uvedených autorov: Hippokrata, Galéna, Aristotela, Platona a začalo sa obnovovať využívanie prírodného prostredia (kúpele, klimatické pobyty, telesné cvičenia). Správnu hygienu, pohyb na čerstvom vzduchu, životosprávu propagovali tzv. „regimenty zdravia“ (Perútka&Grexa, 1999).

Významnou mierou ku vzťahu periodicita, pohyb a zdravie prispel aj *Komenský*, ktorý sa vyjadril, *že nestačí iba výchova k dobrému zdraviu, ale človek sa musí učiť aj zdravo žiť.* Pohybová výchova, životospráva, režim dňa

a odpočinku by mali byť spojené s udržiavaním zdravého životného štýlu dieťaťa a škola by mala byť predovšetkým ozdravovňa (Pšenák, 1992).

PREHĽAD VÝSKUMOV Z OBLASTI BIORYTMOV ČLOVEKA

V roku 1614 taliansky lekár *Sanctorius* publikoval výsledky prvého dlhodobého výskumu sledovaním vlastnej telesnej teploty. V roku 1647 prezentoval výsledky zmien telesnej hmotnosti a prijímania potravy. Zistil, že jeho telesná hmotnosť kolísala v lunárnom rytme, ktorý bol podobný 30 dennému cyklu. Sanctorius poukázal aj na zmeny v psychike, čo je odkazom Ecclesiastesa: „Za všetkým je doba...“ (Halberg et al., 1986).

Biorytmy človek vníma od nepamäti ako samozrejmosť, napriek tomu najstaršia známa písomná správa pochádza až z roku 1729, kde bola prvýkrát vyslovená hypotéza o ich endogénnom pôvode.

Následne sa začali objavovať prvé pozorovania a zaznamenávať zmeny jednotlivých fyziologických funkcií človeka. V roku 1773 *Martin* skúmal vplyv spánku na telesnú teplotu. V roku 1797 nemecký lekár *Hufeland* pozoroval súvislosti medzi rytmickou činnosťou fyziologických procesov v ľudskom organizme a geofyzikálnymi faktormi prostredia (Mikeska&Petrásek, 1973; Mleztko&Mleztko, 1985). Vo svojej knihe Makrobiotik zdôraznili dôležitosť 24-hodinovej pravidelnosti ako základnej jednotky biologického merania času. Najstaršia známa práca o biorytmoch človeka pochádza od *Vireya* z roku 1814 (Reinberg, et al., 1983, 2001; Ibarra, 2010). Autor sa v nej zaoberal biorytmami, ktoré súvisia so zdravotným stavom človeka a jeho vzťahu k svetelnej periodicite (Berger, 1980, 1995). V roku 1831 *Grützman* popísal priebeh denných zmien pulzovej frekvencie. Denný rytmus v oscilácii telesnej teploty (akrofáza a nadir) prvýkrát opísal v roku 1842 *Giers* a v roku 1887 *Mosso*. Už v roku 1845 *Bergman* zastával názor, že rytmicita má svoj pôvod a príčiny vo vlastnom organizme. V tom istom roku prvýkrát poukázal na existenciu dvoch rytmov: cirkadiánneho a cirkaanuálneho *Davy*. Aj v nasledujúcich desaťročiach pribúdali poznatky o rytmických procesoch v ľudskom organizme. *Mosso* v roku 1892 a *Bergström* v roku 1894 upriamili svoju pozornosť na skúmanie oscilácií fyzickej a psychickej výkonnosti človeka počas dňa. Rytmy činnosti srdca, dýchania, aktivity a odpočinku, či rozmnožovania boli považované za také prirodzené a samozrejmé, že sa ani nespomínali (Jančoková et al., 2011).

Významnú úlohu v chronobiológii zohralo učenie *Bernanda* z roku 1845 (Poupa, 1961; Schreiber, 2005; Marduel, 2006). Bernard sa pokladá nielen za zakladateľa modernej fyziológie, ale aj za autora pojmu "**vnútorné prostredie**" (milieu intérieur). Zistil, že uvedené prostredie je stále. Vynikol najmä svojim chápaním stáleho vnútorného prostredia, objavením princípu homeostázy, ktorá je v súčasnosti považovaná za jeden zo základných aspektov života, ktorý má svoje biologické hodiny.

Dvadsiate roky minulého storočia priniesli významný medzník vo výskume rytmických procesov. V tomto období prichádzajú štúdie amerických fyziológov *Garnera* a *Allarda* o fotoperiodizme, termín dodnes používaný. V rokoch 1923-1928 zverejnil *Kleitman* svoje pozorovania o biorytmoch telesnej teploty. S veľmi zaujímavým zistením prišiel *Jonson v* roku 1923, keď konštatoval, že denný rytmus aktivity nie je presne 24 hodín. V roku 1927 švédsky lekár *Forsgen* prvý krát popísal 24 hodinovú rytmicitu niektorých metabolických parametrov (napr. pečeňového glykogénu a vylučovania žlče). *Möllesträm* v roku 1929 dokázal, že v dennom rytme dochádza k zmenám rýchlosti poklesu niektorých zložiek krvi. Od tohto obdobia sa začali intenzívne pozorovania, ktoré boli zamerané na oscilácie jednotlivých hormónov, minerálov, vitamínov a ďalších biologicky dôležitých látok v organizme, najmä v závislosti na približne 24 hodinovom rytme. V roku 1936 *Bünning* ako prvý upozornil na skutočnosť, že foto-

periodické meranie času môže byť založené na vrodených denných rytmoch vnímania svetla. V roku 1939 vydal *Kleitman*, ktorý je považovaný za otca výskumu spánku, knihu „Spánok a bdenie".

Vychádzajúc z uvedených, najmä pre medicínu zaujímavých poznatkov, bola v roku 1937 v Roneby vo Švédsku siedmymi vedcami založená prvá, lekársky orientovaná „*Medzinárodná spoločnosť pre štúdium biologických rytmov*".

Tridsiate a štyridsiate roky priniesli veľmi zaujímavé poznatky z výskumov biologických rytmov. Práce *Holsta* z roku 1937 a 1939 dávajú hlboko nahliadnuť do vzájomného pôsobenia rôznych rytmov v organizme. V súčasnosti prevláda veľký záujem práve o tieto vzájomné vzťahy. Bola to pravdepodobne cesta, ktorá umožnila preniknúť k pochopeniu podstaty „biologických hodín" (Reinberg& Smolensky, 1983).

Mechanizmami fungovania biologických rytmov sa už v roku 1938 a 1940 zaoberal *Bethe*. Rytmicitu považoval za základnú vlastnosť živej hmoty. Myšlienku, že v organizme pôsobia „vnútorné hodiny" vyjadril vo svojej práci aj *Hoagland* v roku 1935, keď postuloval chemický charakter merania času a predpokladal, že fyziologický čas závisí od rýchlosti určitých chemických procesov (Mletzko & Mletzková, 1985).

Rozhodujúce a v tom čase najpodrobnejšie poznatky o rytmických javoch, ako aj zovšeobecňujúcu hypotézu, priniesol nemecký botanik *Bünning* (1963). Prvým jeho veľkým objavom bol dôkaz o genetickom pôvode cirkadiánnych rytmov. Druhým objavom bolo zistenie, že rastlina je schopná merať čas. Hypotéza Bünninga sa stala východiskom pre rozvoj výskumu v oblasti bioperiodicity, ktorý sa ale začal až o 15 rokov neskôr (Jančoková, 2000). Najväčší rozmach však daná problematika zaznamenala v päťdesiatich a šesťdesiatich rokoch minulého storočia. Každodenné striedanie svetla a tmy a náš vlastný denný režim so striedaním období bdenia a spánku sú základnými kameňmi pre vlastnú chronobiológiu.

Pincus v roku 1943 zistil oscilácie vo vylučovaní 17-ketosteroidov. Zákonitosti dlhodobej oscilácie tlaku krvi ako jeden z prvých pochopil americký profesor *Franz Halberg*, ktorý v roku 1948 položil základy vedného odboru chronobiológia (Halberg, 1969). Dokázal, že prakticky všetky biologické hodnoty sa pohybujú v rytmoch, či už približne v 12 hodinových (ultradiánnych), 24 hodinových (cirkadiánnych), v 7 dňových (cirkaseptánnych), či dlhších (napr. lunárnych, sezónnych, ročných, viacročných), ktoré vznikali už v priebehu evolúcie vplyvom faktorov vonkajšieho prostredia a väčšinou s nimi môžeme manipulovať zmenu fázy rytmu. Ich gene-tická determinovanosť bola dokázaná i na molekulárnej úrovni (Pennisi, 1997). V neskoršom období Halberg zaviedol pojem **„***chronóm***"** pre systém riadiaci oscilácie biologických premenných v organizme. Mapovanie chronómu nám môže podobne ako mapovanie genómu nielen rozšíriť naše poznatky, ale pomôcť aj prakticky. Veľmi často pred tým, než sa zmení vplyvom ochorenia priemerná hodnota biologickej hodnoty, zmení sa jej cyklické správanie (Kuhlmanet et al., 2007).

Najvýznamnejšou udalosťou v histórii chronobiológie bol rok *1960*, kedy sa uskutočnil 1. kongres v Cold Spring Harbor na Floride, kde sa prvýkrát potvrdilo, že cirkadiánne rytmy sú vrodené (Illnerova, 2005). Práce, ktoré tam odzneli, slúžili ako vzor pre nastolenie a riešenie najaktuálnejších problémov v štúdiu biologických rytmov (Aschoff, 1960; Pittendringh, 1960).

Základným problémom chronobiológie je poznanie časových zákonitostí živých systémov a z toho vyplývajúcich záverov o určitej funkcii daného druhu a o jej prirodzenom priebehu. Okrem charakteristiky funkcie vyplýva z poznania časovej závislosti aj určitá „normatívna" úloha chronobiológie. Funkcie sú definované širšie a dynamickejšie. Dôležitá je úloha pri definovaní hraničných oblastí zdravia a choroby. Poznanie evolúcie biologických rytmov (fylogenetickej a ontogenetickej) dnes zásadne prispieva k stano-

veniu možností hraníc a efektívnosti adaptačných procesov človeka.

Posledné roky prinášajú veľa poznatkov o tom, že zmenám biologických rytmov predchádzajú morfologické (štrukturálne) a funkčné zmeny organizmu pri vzniku ochorenia. Nahromadené množstvo poznatkov začína chronobiológiu členiť na širokospektrálne aplikované vedy:

Chronofyziológia skúma časové prejavy fyziologických procesov. Hodnotí cyklické interakcie nervových, endokrinných, metabolických a iných charakteristík organizmu, ktoré podliehajú časovým zmenám, ako aj ich interakcie s prostredím.

Chronopatológia skúma časovú premenlivosť takých biologických charakteristík, ktoré určujú chorobné stavy alebo sú ich dôsledkom (psychózy, rakovina, endokrinopatie, atď.) uvádza Mikulecký (2012).

Chronofarmakológia skúma:

a) závislosť účinku lieku na čase,
b) vplyv lieku na časovú štruktúru organizmu resp. jeho časti.

Zahŕňa:

- *Chronotoxikológiu,* ktorá skúma neželateľné alebo škodlivé účinky chemických a fyzikálnych agens ako sú jedy, produkty znečisťovania prostredia a predávkovanie liekmi v závislosti na čase a ich vplyv na časové charakteristiky organizmu.
- *Chronoterapiu,* ktorá sa snaží liečiť (alebo predísť) ochoreniam, ktoré majú vzťah k časovým charakteristikám (napr. terapia kortikosteroidmi v dávkach simulujúcich adrenokortikálny cyklus v prípade Addisonovej choroby atď.) (Haus et al., 1973; Ahlers, 1984; Mehling&Fluhr, 2006).

Chronológia skúma závislosť zmien geofyzikálneho prostredia s postupom evolúcie živých organizmov.

Chronohygiena sa zameriava na otázky fyzickej a psychickej výkonnosti človeka. Jej doménou sú zmeny pozorované vplyvom rôznych faktorov – od transmeridiálnych preletov až po vplyv práce na zmeny. S určitou opatrnosťou môžeme hovoriť o ďalších oblastiach ako napr. o c*hronogenetike, ktorá* analyzuje časovú nadväznosť v tejto oblasti alebo o *chronogerontológii* analyzujúcej časovanie v procese starnutia (Šapošnikova, 2008).

Chronopsychológia, skúma mechanizmy a funkcie rytmicity v psychologických premenných, ako je pamäť, vnímanie a emočné procesy (Skočovský, 2004).

Športová chronobiológia, skúma časové periódy pre efektívny rozvoj pohybových predpokladov, zručností a im zodpovedajúce fyziologické a psychické funkcie. Zaoberá sa periodizáciou v športovom tréningu (mikrocykly, mezocykly, ročné a viacročné cykly), adaptačnými mechanizmami, časovaním športovej výkonnosti a odstraňovaním vplyvu desynchronizačných faktorov (transmeridiálne prelety, tréningy v rôznych nadmorských výškach, atď.) (Schlang&Pupiš, 2007; Bendíková, 2007, 2009; Pivovarniček,2009a,b, 2010, 2011; Pivovarniček et al., 2010; Paugschová et al., 2009, Paugschová, 2009; Paugschová & Ondráček, 2007, 2011; Mojžiš& Pivovarniček, 2011).

Štúdium biorytmov je dnes tak rozsiahla biologická disciplína, že často prebieha ako prirodzená súčasť najrôznejších tradičných biologických alebo lekárskych odborov.

ZÁVER

Biorytmy zásadne ovplyvňujú zdravie i život človeka. Slabý „tikot“ vnútorných hodín vo svojom tele síce nevnímame, ale práve ich nepočúvanie a nerešpektovanie považujeme za prvopočiatok všetkých civilizačných ochorení. Biorytmicita ladí náš organizmus v rôznom čase na určitú danú kvalitu a kvantitu činnosti. Pokiaľ chceme dosiahnuť ideálny výkon a ideálnu odpoveď celého organizmu, musíme plne rešpektovať zákony dané touto rytmickosťou.

Pohybová aktivita, duševná sviežosť a intelektuálna zdatnosť každého z nás kolíše medzi vrcholmi a útlmami. Nemôžeme byť stále fit. Hoci by to bolo prianie každého z nás. Od narodenia na náš organizmus a psychiku nepretržite pôsobí sila biorytmov. Ovplyvňujú

to, čo robíme, cítime, a na čo myslíme. Nad ich existenciou sme však už pred niekoľkými desiatkami rokov mnohí iba mávli rukou a vymysleli si tzv. *životné tempo modernej doby*. A práve tomuto životnému tempu sa usilujeme všetci prispôsobiť. Možno by bolo všetko v poriadku, keby neexistovali tie naše biologické hodiny, ktoré sme kedysi v niektorej fáze nášho života prestali počúvať. Sú v nás, navzájom sa posilňujú a oslabujú. Pôsobia striedavo s mnohými ďalšími vplyvmi, ako je zdravotný stav, vek, životné prostredie či stres. Okrem rytmického kolísania telesnej a psychickej výkonnosti počas dňa, môžeme takéto kolísanie pozorovať v týždenných, mesačných, sezónnych, ročných, či viac-ročných intervaloch.

Poďakovanie

„Štúdia je súčasťou grantovej výskumnej úlohy VEGA č. 1/0757/12 Reaktívne a adaptačné ukazovatele zmien pohybových a psychických schopností športovcov v nadväznosti na biorytmy s rôznou dĺžkou periódy".

LITERATÚRA

AGADŽAŇAN, N. A. 1976. Chronobiologija i problema adaptacii. In *Ljudi, prostranstvo i vremja.* Moskva : Znanije, s. 18 - 30.

AHLERS, I. 1984. Vplyv faktorov kozmického letu na tkanivové lipidy potkanov. (S úvodom do chronobiológie). In *Lekárske práce, 21.* Bratislava: Veda, č.1, s. 50-75

ASCHOFF J. 1960. Exogenous and endogenous components in circadian-rhythms. ColdSpringHarbSympQuantBiol 25: 11–28.

ASCHOFF J. 1965. Circadianrhythms in man. Science 148: 1427–1432.

ASCHOFF, J**.** 1974. Speechafterdinner. Chronobiological aspect of endokrinology. In *Chronobiologia,* 1, pp. 483-495.

BENDÍKOVÁ, E. 2007. Biorytmus v životě žen. In *Pohybová aktivita a zdraví.* Liberec : Technická univerzita, s. 78-85. ISBN 978-80-7372-286-9.

BENDÍKOVÁ, E. 2009. Menštruácia - dôvod neúčasti študentiek na hodinách školskej TV. In *Sport a kvalita života 2009.* Sborník abstraktů mezinárodní konference konané 5.- 6. listopadu 2009 v Brne. Brno : Masarykova univerzita, s. 16. ISBN 978-80-210-5006-8.

BERGER, J. 1980. Biorytmy. In *Biologické listy,* roč. 45, č. 3, s. 161-179.

BERGER, J. 1995. Biorytmy: Tajemství vlastní budoucnosti. 1. vyd. Praha – Litomišl : Paseka. 126 s. ISBN 80-7185-019-5.

BŰNNING, E.1963. *DiephysiologischeUhr*. Berlín : Springer Verlag.

CORNÉLISSEN, G.&HALBERG. F. 1994. Introduction to Chronobiology**.** In *MedtronicChronobiologySeminar. 52 s.* [http://www.msi.umn.edu/~halberg/]

GAJDOŠOVÁ, Z.&BENDÍKOVÁ, E. 2011. Význam a využitie psychorelaxačných techník v spôsobe života človeka. In *Tělesná výchova a sport mládeže.* Praha : Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy, č. 5, s. 38 – 44. ISSN 1210-7689.

HALBERG, F. 1969. Chronobiologie. In *Ann. Rev.Physiol.,* 31, s. 675-725.

HALBERG, F. 2006. International Group : Chronobiology´sprogress: Part I, season´s-appreciations 2004-2005. Time, frequency, phase, variable, individual, age-andsite-specificchronomics. In J. *Applied Biome-dicene,* Vol. 4, s.1-38.

HALBERG, F. et al. 1965. Spectral resolutionoflow-requency, small amplitude-rhythms in excreted17-ketosteroid; probab-le androgen induced circaseptan desychronization. In Acta endocrinol (Kbh), Suppl 103:5-54.

HALBERG. F, et al. 1974. Rythmescircaseptidiens – environ 7 jours – synchronisésou non avec la semainesociale. In *CRAcadSci (Paris),* 278:2675-2678.

HALBERG, F. et al. 1986. Chronobiology a science in tune with therhytmhmsof life. Mineapolis : Bakken. 20 s.

HALBERG, F. et al. 2003. Transdisciplinary unifying implications of circadian findings in the 1950s. In *Journal of Circadian Rhythms*. Dostupné na: http://www.JCircadianRhythms.com/content/1/1/2.

HAUS, E. et al. 1973. Circadian rhyathmometry of mammalianradio sensitivity. In TOBIAS, A. – TODD, P. : *Spaceradiati on biology*. New York : Academic Press, s. 435-474.

HILDEBRANDT, G. et al. 1992. Chronobiologie in der Naturheilkunde: Grundlagen der Circaseptanperiodik. Heidelberg : HaugVerlag. 102 s.

HOMOLKA, P. et al. 2010. Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy. Praha : Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2896-4.

IBARRA, R. 2010. Biological Rhythms and the Periodicity of Chronic Diseases. Dostupné na: http://hpathy.com/homeopathy-papers/biological-rhythms-and-the-periodicity-of-chronic-diseases/ 21.6.2010.

ILLNEROVÁ, H. 2005. 11. výroční přednáška k poctěJ.L. Fischera – Náš vnitřní čas. Olomouc : Univerzita Palackého. 28 s. ISBN 80-244-1156-3

JANČOKOVÁ, Ľ. 2000. Biorytmy v športe (S úvodom do chronobiológie). Banská Bystrica : FHV UMB. 120 s. ISBN 80-8055-395-5.

JANČOKOVÁ, Ľ. et al. 2011. Chronobiológia a športová výkonnosť. Banská Bystrica : FHV UMB. 150 s. ISBN 978-80-557-0286-5.

KUČERA, M. et al. 1998. Pohyb v prevencii a terapii. Kapitoly z tělovýchovného lékařství pro studenty fyzioterapie. Praha : Karolínum, s. 5 – 26.

KUHLMAN, S. J. et al. 2007. Introductory Workshop: Chronobiology concepts & Nomenclature. In 72ndColdSpringHarborLaboratoriesSymposium: Clocks&Rhythms, s. 1-13.

LABUDOVÁ, J. 2012. Teória zdravia a podpora zdravia. Bratislava : UK. 180 s. ISBN 978-80-223-3264-4.

MACHOVÁ J. 2005. Biologie člověka pro učitele. 1. vyd. Praha : Karolinum. 269 s. ISBN 80-7184-867-0.

MARDUEL, M. A. 2006. Claude Bernard, unphysiologistenatifdu Beaujolais, sa famille, sa vie, sonoeuvre. dostupné na www: <http://marduel.com/dossiers/claude-bernard.pdf> [27.11. 2011].

MEHLING, A. & FLUHR, J. W. 2006. Chronobiology: BiologicalClocks and Rhythmsof the Skin. In *Skin pharmacology and physiology*. 19, s. 182 – 189.

MIKESKA, J. & PETRÁSEK, R. 1973. Biologické rytmy. In *Čs. fysiologie*, roč. 22, č. 4, s. 329-336.

MIKULECKÝ, M. P*ozor* na nočné (hlavne modré) svetlo! *portal.fmed.uniba.sk/download.php?fid=274 (8.12.2012)*

MLETZKO, H. G. & MLETZKO, I. 1985. *Biorhythmik*. A. ZiemsenVerlag. - Wittenberg - Luther - Stadt, s. 7 - 68.

MOJŽIŠ, M. & PIVOVARNIČEK, P. 2011. Vplyv lunárnych rytmov na pohybové predpoklady rýchlostno-silových schopností a psychickú výkonnosť adolescentov. In *Acta Facultatis Humanisticae Universitatis Matthiae Belii Neosoliensis*. Vedy o športe. Banská Bystrica : FHV UMB. s. 92-100. ISBN 978-80-557-0235-3.

PAUGSCHOVÁ, B. et al. 2009. Biorytmické zmeny v rozvoji silových a rýchlostných schopností vojakov. In *EXRCITATIO CORPOLIS – MOTUS – SALUS*. Banská Bystrica : UMB, FHV, KTVŠ VŠTVaŠ, s. 70-79. ISSN 1337-7310.

PAUGSCHOVÁ, B. 2009. Kvalitatívna analýza prežívania v asociácii s menštruačným cyklom. In *Mladá veda* 2009. FHV UMB : Banská Bytrica, s. 133 – 143.

PAUGSCHOVÁ, B.&ONDRÁČEK, J. 2007. *Pedagogické hodnotenie viacročnej športovej prípravy reprezentantky SR v biatlone* 1. vyd. Brno : MU, FSS. 80 s. PAUGSCHOVÁ, B.&ONDRÁČEK, J. 2011. Denné zmeny rýchlostných a silových schopností študentiek 1. ročníka gymnázia. In *Acta Facultatis Humanisticae*

Universitatis Matthiae Belii Neosoliensis. Vedy o športe. Banská Bystrica: FHV UMB, s.113-128, ISBN 978-80-557-0235-3

PAUGSCHOVÁ, B., GEREKOVÁ, J., ONDRÁČEK, J. 2010. Biorythmic Changes In the Development of Velocity and Power Abilities in biathlon. In *StudiaSportiva.* roč. 4, č. 1, s. 25-34. ISSN 1802-7679.

PENNISI, E. 1997. Haeckel'sembryos: fraudrediscovered. In *Science* 277:1435

PERÚTKA, J., GREXA, J. 1999. *Dejiny telesnej kultúry na Slovensku.* Bratislava : UK FTVŠ, s. 5 – 22.

PITTENDRIGH**,** C. S.1960. Circadianrhythms and circadian organizacion of living systems. In *Cold Spring Harbor Sympozia of Quntitative Biology,* 25, s. 159 - 182.

PIVOVARNIČEK, P. 2009(a). *Vplyv biorytmov na výkonnosť mladých futbalistov počas týždňa.* Banská Bystrica : FHV UMB. 70 s. ISBN 978-80-8083-882-9.

PIVOVARNIČEK, P. 2009(b). Rytmické zmeny bežeckej rýchlosti u mladých futbalistov v mikrocykle prípravného obdobia. In *Sport jako životní styl* : zborník príspevkov študentskej medzinárodnej vedeckej konferencie [CD-ROM] Brno : Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity. ISBN 978-80-210-4839-3.

PIVOVARNIČEK, P. 2010. Vplyv biorytmických zmien na disjunktívne reakčno-rýchlostné schopnosti u mladých futbalistov. In *Zborník vedeckej aktivity študentov 2010.* Komárno : Univerzita J. Selyeho, s. 272-281. ISBN 978-80-89234-93-6.

PIVOVARNIČEK, P. 2011. Závislosť vybraných pohybových schopností z biorytmického hľadiska u futbalistov FK Dukla Banská Bystrica. In *EXRCITATIOCORPOLIS – MOTUS – SALUS.* Banská Bystrica : KTVŠ FHV UMB. s. 38-45. ISSN 1337-7310.

PIVOVARNIČEK, P., KOLLÁR, R., ŠTULAJTER, I. 2010. Rozvoj disjunktívnych reakčno - rýchlostných schopností v biorytmických optimách u futbalistov FK Jupie Banská Bystrica – Podlavice. In *Acta Facultatis Humanisticae Universitatis Matthiae Belii Neosoliensis*. Vedy o športe. Banská Bystrica: FHV UMB, s.154-159.ISBN 978-80-557-0040-3.

POUPA, O. 1961. Život Clauda Bernarda. In *Claude Bernard, život a dílo. Praha :* Státní zdravotnické nakladatelství, s. 28.

PŠENÁK, J. 1992. *Výber z potockých spisov a rečí Jana Amosa Komenského.* Bratislava : UK. 288 s.

REILLY,T.&PEISER, B. 2006. Seasonalvariations in health-related human physical activity. In *Sports Med*.; 36(6):473-485.

REINBERG, A.&SMOLENSKY, M. N**.** 1983. Introduction to Chronobiology. In *Biological rhythms and Medicine.* New York : Berlín : Heidelberg : Tokio : Springer-Verlag, s. 1-21.

REINBERG, A. E. et al. 2001. The birthof chronobiology : Julien Joseph *Virey* 1814. In *Chronobiology International*, Vol. 18, č. 2 , s. 173 – 186.

SCHLANK, P.&PUPIŠ, M. 2007. Biorytmické zmeny rýchlostno – silových schopností skokana na lyžiach. In *Kvalita života.* Ústí nad Labem :UJEP, s. 179. ISBN 978-80-7044-893-9

SCHREIBER, V. 2005. Dvěsto padesáti letá výročí: Claude Bernardovo vnitřní prostředí a Addisonova nemoc. In *Čas. Lék. čes., 144, s. 495-496*.

SKOČOVSKÝ, K. D. 2004. Chrono-psychologie: Výzkum rytmicity v lidském chování a prožívání. In *Československá psychologie, 48, 1, 69-83*.

ŠAPOŠNIKOVA, V. I. 2008. Chronobiologi českije aspekty gerontologii. № 1. T. 21. pp. 14-25.

WILK, S., MAREK,J., LINC, R. 1987. *Vybrané kapitoly z dějín rehabilitace.* Praha: SPN. 121 s.

Internetové zdroje

http://www.sibvaleo.com/cz/company/sci/chronobiology/

POSKYTOVANIE KULTÚRNE ODLIŠNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

GERLICHOVÁ Katarína, MASTILIAKOVÁ Dagmar, KŠIŇANOVÁ Mariana

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá problematikou poskytovania kultúrne odlišnej ošetrovateľskej starostlivosti a vytváranie kultúrne vhodných podmienok v zdravotníckych zariadeniach. Empirická časť obsahuje analýzu a komparáciu výsledkov výskumu, ktorý bol realizovaný dotazníkovou metódou. Objektom skúmania v našej práci boli sestry pracujúce v rozličných zdravotníckych zariadeniach, sestry s rôznou dĺžkou odbornej praxe a sestry so stredoškolským, vyšším odborným a vysokoškolským stupňom vzdelania. Dotazníkovou metódou sme zisťovali podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti, odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve a postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti. Zistili sme, že nie je štatisticky významný rozdiel v podmienkach poskytovania kultúrne odlišnej starostlivosti vo fakultných a okresných nemocniciach a rovnako tak nie je štatisticky významný rozdiel v postoji sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti vzhľadom na dĺžku odbornej praxe. Ďalej sme zistili, že sestry s dosiahnutým vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním majú lepšie odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve ako sestry iba so stredoškolským vzdelaním.

Kľúčové slová: Transkultúrne ošetrovateľstvo. Transkultúrna starostlivosť. Kultúra. Zdravotnícke zariadenia. Výskum

ABSTRACT

The paper deals with culturally different nursing care and its providing in healthcare facilities. Analysis and comparation of the results of research done by filling in the questionnairies are the basis of the practical part. Nurses working in different healthcare facilities, nurses with different years of practice and also nurses with different degrees of education – high school education, higher education and university education were the subject of our research. Using a questionnaire we were trying to find out the conditions and ways of providing transcultural nursing care, expert knowledge about transcultural nursing care and the attitudes of nurses to this kind of nursing care. Our conclusion shows no difference in providing transcultural nursing care in university hospitals and county hospitals and also there is no difference in attitudes of nurses with different years of practice. We also found out that nurses with higher or university education have more knowledge of transcultural nursing care in comparison to nurses with only high education.

Keywords: Transcultural nursing. Transcultural care. Culture. Healthcare facilities. Research.

ÚVOD

Vzhľadom na rastúcu globalizáciu dochádza čoraz častejšie k stretu rôznych kultúr a náboženstiev. V zdravotníckych zariadeniach sa stretávajú ľudia s rôznym kultúrnym zázemím. Nie zriedka dochádza medzi pacientom a ošetrujúcim personálom k rôznym problémom, komunikačným nedorozumeniam, čo vedie k zníženiu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a následne k frustrácii ošetrovateľského personálu a nespokojnosti pacientov. K dosiahnutiu „kultúrne kongruentnej“ starostlivosti je potrebné vytvorenie vhodných podmienok na obidvoch zúčastnených stranách (Helmer, 2005).

Aká by vlastne mala byť starostlivosť – transkultúrna, multikultúrna alebo interkultúrna? Pojmy transkultúrny a multikultúrny sa často používajú v zdravotníckej literatúre i v praxi k vyjadreniu toho istého, aj keď majú svoj špecifický významový rozdiel. V angličtine sa používa dokonca pojem *„cross-cultural“* (Zielke-Nadkarni, Schnepp, 2003). Pojem *„crosscultural“* zdôrazňuje spoločné vlastnosti, spoločne podporované humanitárne hodnoty. Napríklad ostýchavosť alebo bolesť patria tiež k základným ľudským skúsenostiam prežívaným v každej kultúre (Morrison-Waxler et al., 2006). Na zodpovedanie danej

otázky si musíme najskôr vysvetliť nasledujúce pojmy.

Transkultúrny znamená „presahujúci“ hranice danej kultúry. Tieto kultúry sa navzájom ovplyvňujú a sú v nej totožné prvky spoločné obom kultúram. Ide tu o vzájomnú interakciu medzi majoritnou spoločnosťou a cudzími minoritnými skupinami (Zielke-Nadkarni, Schnepp, 2003, Kutnohorská, 2013).

Multikultúrny je zameraný na rôzne kultúry a znamená zoskupenie viacerých kultúr, stojacich izolovane vedľa seba bez toho, aby sa navzájom ovplyvňovali alebo inak povedané, je to rešpektovanie viacerých kultúr v určitých podmienkach (Zielke-Nadkarni, Schnepp, 2003). Mulitkultúrne ošetrovateľstvo kladie dôraz na komparatívne štúdium s cieľom nájsť osobitosti aj spoločné znaky rôznych kultúr vo vzťahu k zdraviu (Kutnohorská, 2013, Mastiliaková, 2003).

Interkultúrny (lat. inter = medzi) sa vzťahuje na priestor medzi kultúrami, čiže zahrňuje medzikultúrnu vzájomnosť, obojstranné interakcie a vzťahy odlišných sociokultúrnych skupín. Ide o spolužitie v diverzite na princípe rovnosti, odlišnosti a pozitívnej interakcie (Anastassiadou, 2002).

Transkultúrne ošetrovateľstvo (transcultural nursing, ethnonursing, crosscultural nursing) bolo skúmané a popisované v 50. rokoch 20. storočia. Za priekopníčku jednej z nových disciplín odboru ošetrovateľstvo je považovaná Madeleine Leiningerová, ktorá je celosvetovo uznávaná ako zakladateľka transkultúrneho ošetrovateľstva. Podľa Leiningerovej (2002, s. 46) transkultúrne ošetrovateľstvo je *„významná oblasť štúdia a praxe orientovaná na komparatívne významy kultúrnej starostlivosti, viery a praktiky jednotlivcov alebo skupín rovnakých alebo rozdielnych kultúr“*. Vnímanie zdravia a choroby je kultúrne podmienené, a preto nemôže byť univerzálne definované. Leiningerová je presvedčená, že ľudia majú právo mať vlastné potreby, vieru a kultúrne hodnoty, a preto je potrebné všetky sestry pripraviť na transkultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť (Kutnohorská, 2008).

Transkultúrne ošetrovateľstvo ovplyvňuje viacero faktorov. Jedným z nich je vzrast populačnej migrácie, čím dochádza ku kultúrnej fluktuácii a miešaniu. Ďalšími faktormi sú napríklad rozširovanie elektronickej komunikácie, širšie povedomie obyvateľstva o rozličných kultúrach, potreba lepšie sa dorozumieť, pohyb zdravotníckeho personálu po svete (Mastiliaková, 2003).

Faktory ovplyvňujúce transkultúrne ošetrovateľstvo sú posudzované hlavne podľa toho, aký vplyv majú na chorobu a starostlivosť a ako súvisí spojenie týchto faktorov medzi sebou alebo navzájom na transkultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť (Ezeh, 2011).

VYMEDZENIE VÝSKUMNÉHO PROBLÉMU

Základným výskumným problémom našej práce bolo odpovedať na otázky:

- Aké sú podmienky poskytovania transkultúrnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach?
- Aký je postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti?

Ciele výskumu

Cieľom našej práce je zistiť, aké podmienky poskytovania kultúrne odlišnej starostlivosti majú sestry v zdravotníckych zariadeniach a aký postoj zaujímajú k transkultúrnej starostlivosti.

Čiastkové ciele

1. Zistiť možnosti poskytovania transkultúrnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach.
2. Zistiť odborné znalosti sestier o transkultúrnom ošetrovateľstve.
3. Zistiť postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti.
4. Posúdiť, ktoré faktory najviac ovplyňujú poskytovanie transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti (typ pracoviska, dosiahnuté vzdelanie sestier, dĺžka odbornej praxe sestier).

VÝSKUMNÉ HYPOTÉZY

H1 Predpokladáme, že sestry vo fakultných nemocniciach majú vytvorené lepšie podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti ako sestry v okresných nemocniciach.

H2 Predpokladáme, že sestry s dosiahnutým vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním majú lepšie odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve ako sestry s dosiahnutým iba stredoškolským vzdelaním.

H3 Predpokladáme, že sestry s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov zaujímajú lepší postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti ako sestry s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov.

CHARAKTERISTIKA VÝSKUMNÉHO SÚBORU

Výskumu sa zúčastnilo 100 sestier pracujúcich v rôznych zdravotníckych zariadeniach na rôznych oddeleniach. Na overenie hypotéz sme si zo základného súboru vytvorili vždy 2 podsúbory respondentov. Na overenie hypotézy 1 sme vytvorili podsúbory respondentov, ktoré tvorilo 50 sestier z fakultných nemocníc a 50 sestier z okresných nemocníc. Ďalšie delenie sme vytvorili na základe dosiahnutého vzdelania respondentov – podsúbory respondentov tvorilo 41 sestier s ukončeným iba stredoškolským vzdelaním a 59 sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním. Tie sme použili na overenie hypotézy 2. Posledné delenie na 2 podsúbory sme vytvorili na základe dĺžky odbornej praxe – podsúbory respondentov tvorilo 43 sestier s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a 57 sestier s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov a tie sme použili na overenie hypotézy 3.

ANALÝZA VÝSLEDKOV VÝSKUMU, DISKUSIA A VERIFIKÁCIA HYPOTÉZ

Hypotéza 1

Predpokladáme, že sestry vo fakultných nemocniciach majú vytvorené lepšie podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti ako sestry v okresných nemocniciach.

Sestry pochádzajúce z rôznych kultúr si prinášajú do profesionálneho života určité presvedčenia, skúsenosti a postoje vyplývajúce z rodiny a prostredia, v ktorom žijú. Vytvoriť transkultúrny tím je pomerne náročný proces, pretože v každom vytvorenom tíme sa môže vyskytnúť rad problémov (Wiesinger, 2010). Podľa Lehmanna a van den Bergha (2004) vyššia kreativita a flexibilita, zameranie sa na podstatné a viac tolerancie sú prednosťami transkultúrneho tímu. My sme však zistili, že ani jeden z respondentov z fakultných a okresných nemocníc neuviedol, že by mali na svojom oddelení vytvorený transkultúrny tím. Sestra by mala vedieť zabezpečiť nielen vhodné podmienky pacientom pochádzajúcim z inej kultúry a vyznávajúcim iné náboženstvo, ale aj primerané súkromie, aby poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť bola kultúrne špecifická a zároveň všestranná (Raková, Dimunová, 2012). Zabezpečiť súkromie pacientovi primerane k jeho potrebám však vedelo len 10 (20,00%) respondentov z fakultných nemocníc a 7 (14,00%) respondentov z okresných nemocníc. Rodina je najdôležitejšou sociálnou jednotkou človeka. Lindert et al. (2008) uvádzajú, že kultúrne zvyklosti posilňujú súdržnosť rodiny a vytvára sa hierarchia priorít. Návštevy rodinných príslušníkov majú pre pacienta posilňujúci význam nielen v zdraví, ale aj v chorobe a prispievajú k opätovnému prinavráteniu zdravia. Pre ošetrovateľský personál sú určité pravidlá ťažko pochopiteľné, ale pre pacientov inej kultúry sú tieto zákony alfou a omegou celého ich žitia a bytia. Vo fakultných nemocniciach iba 9 (18,00%) respondentov uviedlo, že počas rodinnej návštevy pacienta inej kultúry môže byť naraz na jednej izbe 5 a viac osôb a z okresných nemocníc dokonca len 4 (8,00%) respondenti. Niekedy sa vyskytnú situácie, ktoré sa môžu stať predmetom rôznych konfliktov alebo dokonca súdnych žalôb. Jedná sa o niektoré špecifické kultúrne požiadavky alebo rituálne praktiky

súvisiace s jedlom, kultúrnymi a náboženskými hodnotami. Napríklad pacient odmietne stravu, lebo chce dodržiavať vlastné rituály a zásady i v dobe hospitalizácie (Saadouni, 2008). Prispôsobiť dietoterapiu z transkultúrneho pohľadu vedeli 4 (8,00%) respondenti z fakultných nemocníc a len 2 (4,00%) respondenti z okresných nemocníc. Ak nebolo možné poskytnúť pacientovi stravu podľa jeho kultúry, 16 (32,00%) respondentov z fakultných nemocníc a 25 (50,00%) respondentov z okresných nemocníc uviedlo, že jedlo mu mohla priniesť rodina alebo príbuzní. V komunikácii sestier sa často vyskytujú terapeutické prvky, čo môže viesť k nepresnému pochopeniu diagnosticko - liečebných a ošetrovateľských postupov. Vo fakultných nemocniciach uviedlo až 23 (46,00%) respondentov a v okresných nemocniciach len 6 (12,00%) respondentov, že mali vytvorené informačné brožúry v rôznych jazykoch. Tvorba štandardov je časovo náročný proces a na lokálnej úrovni ich vytvára konkrétne zdravotnícke zariadenie. Vytvorené štandardy transkultúrnej starostlivosti mali len 4 (8,00%) respondenti z fakultných nemocníc a ani jeden respondent z okresných nemocníc. Pri stretnutí osôb z rôznych kultúr, ktorí sa v určitom období stávajú pre seba navzájom dôležití, komunikujú spolu a pôsobia na seba, sa vyskytujú kultúrne rozdiely, ktoré sú vnímané buď príjemne alebo rušivo (Nový, Schroll-Machlová, 2005). Zo 100 opýtaných respondentov v prípade potreby komunikácie v inom jazyku 4 respondenti mali k dispozícii tlmočníka, 58 respondentov sa dorozumelo prostredníctvom príbuzného pacienta, 14 respondentov používalo komunikačné karty, 56 respondentov si pri komunikácii pomohlo „rukami-nohami.“ My sme postrehli, že v našom výskume z celkového súboru 100 respondentov len 57 respondentov uviedlo, že niekto z ošetrovateľského tímu ovláda svetový jazyk. Podľa Adamczyka (2010) absolventi vysokej alebo vyššej odbornej školy by mali byť schopní zúčastniť sa medzinárodných konferencií, mailovať alebo telefonovať s odborníkmi z iných krajín za účelom napr. konzultácie alebo čítať cudzojazyčnú odbornú literatúru k získaniu informácií napr. o osobách pochádzajúcich z iných kultúr.

Hypotézu 1 sme overovali pomocou 7 položiek. Každú položku sme následne obodovali. Každá sestra mohla dosiahnuť maxi-málny počet bodov 24 a minimálny počet 7 bodov. Na základe dosiahnutých bodov sme vytvorili nasledovné kategórie podmienok pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti:

- 24 bodov – 21 bodov – veľmi dobré podmienky
- 20 bodov – 17 bodov – dobré podmienky
- 16 bodov – 13 bodov – uspokojivé podmienky
- 12 bodov – 7 bodov – nevhodné podmienky

Tabuľka 1 Podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti

Odpovede	**fakultné nemocnice**		**okresné nemocnice**	
	n	**%**	**n**	**%**
veľmi dobré podmienky	3	6,00	0	0,00
dobré podmienky	22	44,00	16	32,00
uspokojivé podmienky	22	44,00	32	64,00
nevhodné podmienky	3	6,00	2	4,00
Spolu	**50**	**100,00**	**50**	**100,00**

Z Tab. 1 vyplýva, že 6,00% respondentov z fakultných nemocníc má veľmi dobré podmienky, 44,00% respondentov má dobré podmienky, 44,00% respondentov má uspokojivé

podmienky a 6,00% respondentov má nevhodné podmienky. V okresných nemocniciach ani jeden respondent nemá veľmi dobré podmienky, 32,00% respondentov má dobré podmienky, 64,00% respondentov má uspokojivé podmienky a 4,00% respondentov majú nevhodné podmienky.

Aby sme vedeli použiť správny test pre analýzu získaných výsledkov, zisťovali sme normalitu rozloženia vzorky respondentov.

Z tabuľky je možné vidieť, že vzorka respondentov nemá symetrické rozloženie, a preto sme použili neparametrický test pre dva nezávislé výbery

Tabuľka 2 Kolmogorov–Smirnov test normality transkultúrnych podmienok vo fakultných a okresných nemocniciach

	nemocnice	**Kolmogorov–Smirnov**	
		Df	**Sig.**
Podmienky poskytovania transkultúrnej starostlivosti	fakultné	50	**0,077**
	okresné	50	**0,052**

Z výsledkov v Tab. 3 môžeme povedať, že hypotéza sa nepotvrdila, keďže výsledok nedosiahol pre náš výskum stanovenú hladinu významnosti $p < 0,05$. Nami vyslovené tvrdenie, že sestry vo fakultných nemocniciach majú vytvorené lepšie podmienky pre poskytovanie transkultúrnej starostlivosti ako sestry v okresných nemocniciach, nie je štatisticky signifikantné. **Hypotéza 1 sa nepotvrdila.**

Tabuľka 3 Komparácia transkultúrnych podmienok vo fakultných a okresných nemocniciach – signifikancia

Mann-Whitney U Test	**Podmienky poskytovania transkultúrnej starostlivosti**
Asymp. Sig. (2-tailed)	**0,067**

Hypotéza 2

Predpokladáme, že sestry s dosiahnutým vyšším a vysokoškolským vzdelaním majú lepšie odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve ako sestry s dosiahnutým iba stredoškolským vzdelaním.

Problematika transkultúrneho ošetrovateľstva sa nás začala dotýkať asi tak pred 10 rokmi, keď vznikali projekty podporujúce transkultúrne ošetrovateľstvo, čo bolo akousi prípravou na vstup do Európskej únie v oblasti ošetrovateľstva (Kačorová, 2010). Ak vezmeme do úvahy, že náš kultúrny pôvod hrá dôležitú úlohu pri našich predstavách o zdraví a chorobe, potom by sa mal ošetrovateľský personál vo svojom vzdelávaní zamerať aj na transkultúrnu starostlivosť (Papadopoulos, 2003). Ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá je podstatou transkultúrneho ošetrovateľstva, vedelo správne definovať 14 (34,15%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 9 (15,25%) respondentov s ukončeným VOV alebo VŠ vzdelaním. O etnickej príslušnosti malo vedomosti 15 (36,59%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 44 (74,57%) respondentov s ukončeným VOV alebo VŠ vzdelaním. Stav, ktorý vyvolá u pacienta pocit poníženia, úzkosti a stresu pri nevhodnom správaní a ošetrovateľskej činnosti, označilo 17 (41,46%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 37 (62,72%) respondentov s ukončeným VOV alebo VŠ vzdelaním správne ako kultúrnu bolesť. Mastiliaková (2003), uvádza, že neodlučiteľnou zložkou podstaty transkultúrneho ošetrovateľstva je dodržiavanie a uplatňovanie práv pacienta. 18 (43,90%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 45 (76,27%) respondentov s ukončeným VOV

alebo VŠ vzdelaním vedelo uviesť, aká starostlivosť patrí k ľudským právam. Aj keď ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná pacientom inej kultúry je usmerňovaná zákonmi, rešpektovanie inej kultúry by malo byť samozrejmosťou (Saadouni, 2008). Štandard transkultúrnej starostlivosti správne definovalo 7 (7,32%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 22 (37,29%) respondentov s ukončeným VOV alebo VŠ vzdelaním. Piktogramy presne definovalo 10 (24,39%) respondentov s ukončeným iba stredoškolským a 32 (54,24%) respondentov s ukončeným VOV alebo VŠ vzdelaním (celkový súbor 100 respondentov). V našom výskume 42 (42,00%) respondentov vedelo, čo sú to piktogramy a následne v ďalšej položke uviedlo 43 (43,00%) respondentov, že v prípade potreby by použili aj iné spôsoby komunikácie, napr. komunikačné karty, čo sú vlastne piktogramy. Zisťovali sme aj znalosti a informácie slovenských sestier o transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zaujímavé je, že len 18 (18,00%) respondentov získalo vedomosti na odborných seminároch a školeniach, 32 (32,00%) respondentov štúdiom na vysokej škole, 28 (28,00%) respondentov uviedlo ako zdroj vedomostí časopisy a odbornú literatúru, ale až 68 (68,00%) respondentov uviedlo, že informácie o transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti získali z internetu, televízie alebo rozhlasu.

Hypotézu 2 sme overovali na základe vyhodnotenia 6 položiek. Každú položku sme následne obodovali. Každá sestra mohla dosiahnuť maximálny počet bodov 6 a minimálny počet 0 bodov. Na základe dosiahnutých bodov sme vytvorili nasledovné kategórie odborných znalostí o transkultúrnom ošetrovateľstve:

- 6–5 bodov: veľmi dobré odborné znalosti,
- 4–3 body: dobré odborné znalosti,
- 2–0 bodov: neuspokojivé odborné znalosti.

V Tab. 4 vidno, že z respondentov s ukončeným iba stredoškolským vzdelaním (SŠ) má len 4,87% respondentov veľmi dobré odborné znalosti, 34,15% respondentov dobré odborné znalosti a až 60,98% respondentov neuspokojivé odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve. Z respondentov s ukončeným vyšším odborným vzdelaním (VOV) alebo vysokoškolským vzdelaním (VŠ) má 13,56% respondentov veľmi dobré odborné znalosti, dobré odborné znalosti má až 61,02% respondentov a neuspokojivé odborné znalosti má 25,42% respondentov. Aby sme vedeli použiť správny test pre ana-lýzu získaných výsledkov, najskôr sme zisťo-vali normalitu rozloženia vzorky respondentov.

Tabuľka 4 Odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve

Odpovede	**SŠ vzdelanie**		**VOV a VŠ vzdelanie**	
	n	**%**	**n**	**%**
veľmi dobré	2	4,87	8	13,56
dobré	14	34,15	36	61,02
neuspokojivé	25	60,98	15	25,42
Spolu	**41**	**100,00**	**59**	**100,00**

Z tabuľky č. 5 je možné vidieť, že výsledná signifikancia je menšia $p < 0,05$, a preto sme použili neparametrický test pre dva nezávislé výbery. V Tab. 6 môžeme vidieť vysokú signifikanciu $p = 0,000$ uvedenej položky – odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve. Na základe výsledkov môžeme povedať, že hypotéza sa potvrdi-la, keďže výsledok dosiahol pre náš výskum stanovenú hladinu významnosti $p < 0,05$. Nami vyslovené tvrdenie, že sestry s dosiah-nutým vyšším odborným a vysoko-školským vzdelaním majú

lepšie odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve ako sestry iba so stredoškolským vzdelaním, je štatisticky signifikantné. **Hypotéza 2 sa potvrdila.**

Tabuľka 5 Kolmogorov–Smirnov test normality odborných znalostí o transkultúrnom ošetrovateľstve

	dosiahnuté vzdelanie	**Kolmogorov–Smirnov**	
		Df	**Sig.**
Odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve	SŠ	41	**0,000**
	VOV a VŠ	59	**0,000**

Tabuľka 6 Komparácia odborných znalostí o transkultúrnom ošetrovateľstve – signifikancia

Mann-Whitney U Test	**Odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve**
Asymp. Sig. (2-tailed)	**0,000**

Hypotéza 3

Predpokladáme, že sestry s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov zaujímajú lepší postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti ako sestry s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov.

Rozhodujúcou a podstatnou časťou transkultúrneho ošetrovateľstva je zbieranie a vyhodnocovanie kultúrnych údajov, vrátane tradičných hodnôt a zvykov danej skupiny. Sestra by sa mala o zmeny týchto aspektov zaujímať v priebehu celej hospitalizácie pacienta, niekedy však môže dôjsť aj k vzájomnej rezistencii (Leininger, McFarland, 2002). My sme si všimli, že zásadami transkultúrnej starostlivosti sa riadili len 4 (9,30%) respondenti s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a len 6 (10,53%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov. Grobner (2009) napríklad uvádza, že transkultúrna ošetrovateľská anamnéza v ošetrovateľskom procese je prvým kontaktom medzi nemocničným personálom a pacientom a mala by byť základným kameňom pre vybudovanie vzájomnej dôvery. Pri vykonávaní a zaznamenávaní naplánovaných činností však brali ohľad na transkultúrnosť ošetrovateľského procesu iba 2 (4,65%) respondenti s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a len 5 (8,77%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov. Saladin (2009) skonštatoval, že otvorenosť voči iným kultúram a iným spôsobom myslenia je pri zostavovaní správneho ošetrovateľského postupu veľmi dôležitá. My sme zistili, že na kultúrne špecifické potreby sa zameriava len 5 (11,63%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a len 6 (10,53%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov, čo z celkového súboru 100 (100,00%) respondentov bolo len 11 (11,00%) respondentov. Podľa Kobera (2008) kvalita ošetrovateľskej starostlivosti je založená aj na uspokojovaní kultúrnych potrieb pacienta. Sestry by mali vedieť zhodnotiť zdravotný stav a reakciu na neuspokojené potreby súvisiace s odlišnou kultúrou a podľa toho priebežne zabezpečovať individuálnu starostlivosť. Štandardy v ošetrovateľstve vznikajú na základe potreby zvýšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Tvorba transkultúrnych štandardov je časovo náročný proces a na lokálnej úrovni ich vytvára konkrétne zdravotnícke zariadenie. Štandardy transkultúrnej starostlivosti by privítalo na oddelení 14 (32,56%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a až 23 (40,35%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov. Služby tlmočníka by určite využilo až 30 (69,77%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov a 34 (59,70%) respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov. Podľa Grobnera (2009) ďalšie rozvíjanie sa transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti správnym smerom bude

závisieť od mnohých faktorov, na ktoré musíme brať ohľad. Dôležité je, aby všetci zainteresovaní do takejto starostlivosti videli budúcnosť transkultúrnej starostlivosti pozitívne.

Hypotézu 3 sme overovali na základe vyhodnotenia 7 otázok. Každú položku sme následne obodovali. Každá sestra mohla dosiahnuť maximálny počet bodov 35 a minimálny počet 10 bodov. Na základe dosiahnutých bodov sme vytvorili nasledovné kategórie postojov k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti:

- 35-31 bodov: veľmi dobrý postoj,
- 30-26 bodov: dobrý postoj,
- 25-21 bodov: neutrálny postoj,
- 20-16 bodov: neuspokojivý postoj,
- 15-10 bodov: veľmi neuspokojivý postoj.

Tabuľka 7 Postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti

Odpovede	**odborná prax do 10 rokov**		**odborná prax nad 10 rokov**	
	n	**%**	**n**	**%**
veľmi dobrý	8	18,60	12	21,05
dobrý	17	39,53	25	43,86
neutrálny	10	23,26	14	24,56
neuspokojivý	7	16,28	6	10,53
veľmi neuspokojivý	1	2,33	0	0,00
Spolu	**43**	**100,00**	**57**	**100,00**

V súbore respondentov s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov zaujalo veľmi dobrý postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti 18,60% respondentov, dobrý postoj 39,53% respondentov, neutrálny postoj 23,26% respondentov, 16,28% respondentov malo neuspokojivý postoj a 2,33% respondentov zaujalo odmietavý postoj. U respondentov s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov zaujalo 21,05% respondentov veľmi dobrý postoj, 43,86% respondentov vyjadrilo dobrý postoj, 24,56% respondentov neutrálny postoj, 10,53% respondentov neuspokojivý postoj a negatívny postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti nezaujal ani jeden respondent. Aby sme vedeli použiť správny test pre analýzu získaných výsledkov, najskôr sme zisťovali normalitu rozloženia vzorky respon-dentov.

Z tabuľky 8 je možné vidieť, že vzorka respondentov nemá symetrické rozloženie, a preto sme použili neparametrický test pre dva nezávislé výbery.

Tabuľka 8 Kolmogorov–Smirnov test normality postoja sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti

	dĺžka odbornej praxe	**Kolmogorov–Smirnov**	
		Df	**Sig.**
Postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti	do 10 rokov	43	**0,001**
	nad 10 rokov	57	**0,200**

Tabuľka 9 Komparácia postoja sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti – signifikancia

Mann-Whitney U Test	**Postoj sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti**
Asymp. Sig. (2-tailed)	**0,627**

Z výsledkov v Tab. 9 môžeme povedať, že hypotéza sa nepotvrdila, keďže výsledok nedosiahol pre náš výskum stanovenú hladinu významnosti $p < 0,05$. Nami vyslovené tvrdenie, že sestry s dĺžkou odbornej praxe do 10 rokov zaujímajú lepší postoj k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti ako sestry s dĺžkou odbornej praxe nad 10 rokov, nie je štatisticky signifikantné. **Hypotéza 3 sa nepotvrdila.**

ZÁVER A ODPORÚČANIA PRE PRAX

Z dotazníkového výskumu sme zistili, že nie je štatisticky významný rozdiel v podmienkach poskytovania kultúrne odlišnej starostlivosti vo fakultných a okresných nemocniciach a rovnako tak nie je štatisticky významný rozdiel v postoji sestier k poskytovaniu transkultúrnej starostlivosti vzhľadom na dĺžku odbornej praxe. Ďalej sme zistili, že sestry s dosiahnutým vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním majú lepšie odborné znalosti o transkultúrnom ošetrovateľstve ako sestry iba so stredoškolským vzdelaním.

Dôležité je, aby sa doteraz otvoreným problémom, medzi ktorými spomenieme napr. aplikácia cudzojazyčných informačných brožúr pre pacientov a ich rodiny do praxe, využívanie piktogramov pri komunikácii, vytváranie a používanie štandardov transkultúrnej starostlivosti, poskytnutie základného popisu kultúrnych špecifík a potrieb pacientov rôznych kultúr na každom oddelení, venovala v budúcnosti pozornosť, aby sa transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť rozvíjala naozaj správnym smerom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ADAMCZYK, R. 2010. Jazyky pro budoucnost v ošetřovatelském vzdělávání. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství V: sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí.* Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2010. ISBN 978-80-7248-607-6, s. 320 – 322 .

ANASTASSIADOU, H. 2002. Transkulturální péče – podněty z praxe. In *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2, s. 21 – 24.

EZEH, CH. 2011. Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege. [online]. [cit. 2012-11-03]. Dostupné na internete: http://www.multikulturellepflege.de/component/content/article/42-transkulturellen-pflegetheorien/110-leiningers-theorie-der-transkulturellen-pflege.html

GROBNER, C. 2009. *Sterben im Krankenhaus - Transkulturelle Pflege bei sterbenden muslimischen PatientInnen*: Diplomarbeit. Wien : Universität Wien, 2009. 149 S.

HELMER, A. 2005. *Transkulturalität im Krankenhaus, Herausforderung an eine Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege:* Hausarbeit. Hannover : Institu Freund @ Overlander, 2005. 24 S.

KAČOROVÁ, J. 2010. Kultúrne kompetencie v multikultúrnej Európe. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství V: sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí.* Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2010. ISBN 978-80-7248-607-6, s. 112 – 114.

KOBER, L. 2008. Specifika ošetřovatelské péče o cizince. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2008, roč. XVIII., č. 10, s. 24.

KUTNOHORSKÁ, J. 2008. Kultura, multikultura a holismus. In *Ošetřovatelství.* ISSN 1212-723X, 2008, roč. X., č. 1-2, s. 3-6.

KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

LEHMANN, R. – VAN DEN BERGH, S. 2004. Internationale Crews: Chancen und Herausforderungen. In *IO New Management*. ISSN 1660-5683, 2004, Jg. XI., Nr. 3, S. 27-32.

LEININGER, M. – McFARLAND, M. R. 2002. *Transcultural Nursing. Concepts,*

Theories, Researches @ Practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002. 621 p. ISBN 0-07-135397-6.

LINDERT, J. et al. 2008. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. In *Psychotherapie Psych Med.* ISSN 0937-2032, 2008, Jg. LVIII., Nr. 3-4, S. 123-129.

MASTILIAKOVÁ, D. et al. 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava : Repronis, 2003. 124 s. ISBN 80-7042-344-7.

MORRISON-WAXLER, N. – ANDERSON, J. M. – RICHARDSON, E. 2006. *Cross-cultural caring*: a handbook for health professionals. Vancouver : University of British Columbia Press, 2006. 365 p. ISBN 978-0-7748-1025-8.

NOVÝ, I. – SCHROLL-MACHLOVÁ, S. 2005. *Spoluprace přes hranice kultur*. Praha: Management Press, 2005. 320 s. ISBN 80-7261-121-6.

PAPADOPOULOS, I. 2003. Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In FRIEBE, J. – ZALUCKI, M. *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Bielefeld : Bertelsmann Verlag GmbH @ Co. KG, 2003. 170 S. ISBN 3-7639-1886-8.

RAKOVÁ, J. – DIMUNOVÁ, L. 2012. Multikulturalita ako významný aspekt komunitne orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách 2012 – I. medzinárodná vedecká konferencia.* Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 2012. ISBN 978-80-89542-15-4, s. 179-186.

SAADOUNI, Š. 2008. Multikulturní péče je predovšetkým o úctě k člověku. In *Zdravotnické noviny.* ISSN 1805-2355, 2008, roč. LVII., č. 21, s. 16-18.

SALADIN, P. 2009. *Diversität und Chancengleichheit*: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern : H+ Die Spitäler der Schweiz, 2009. 126 S. ISBN 978-3-033-021877.

WIESINGER, I. 2010. *Pflegepersonal mit Migrationshintergrund in Österreich. Vor- und Nachteile für ein transkulturelles Pflegeteam*: Diplomarbeit. München : Grin Verlag, 2010. 56 S. ISBN 978-3-656-99508-1.

ZIELKE-NADKARNI, A. – SCHNEPP, W. 2003. *Pflege im kulturellen Kontext – Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen*. Bern : Huber, 2003. 255 S. ISBN 978-3-456-84003-1.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK V ZDRAVOTNÍCTVE V SR

ČERVEŇANOVÁ Eva[1], MAJERIKOVÁ Marta[2]

[1] Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
[2] Sociálne oddelenie, Fakultná nemocnica v Trenčíne

ABSTRAKT
Zmyslom sociálnej práce v zdravotníctve je pomoc sociálneho pracovníka pacientovi a jeho rodine, pri zmierňovaní alebo odstraňovaní negatívnych dôsledkov choroby. Príspevok je zameraný analýzu práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve, na požiadavku zdravotníckeho vzdelania a vzdelania v odbore sociálna práca, na pozíciu a spoluprácu sociálneho pracovníka v rámci multidisciplinárneho tímu a na konkrétne výsledky prieskumu.

Kľúčové slová: sociálny pracovník, sociálna práca, zdravotníctvo, zdravie, sestra

ABSTRACT
The purpose of social work in health care is a social worker help the patient and his family, in reducing or eliminating the negative effects of the disease. The contribution is focused analysis of the work of social workers in health care, medical education requirement for a degree in social work, the position of social worker and collaboration within a multidisciplinary team and the specific results of the survey.

Key words : social worker, social work, health, health, nurse

ÚVOD

V zdravotníckom zariadení ako sú nemocnice, liečebne pre dlhodobo chorých, pracujú sestry v pozícii sociálneho pracovníka a sociálni pracovníci. Každé zdravotnícke zariadenie v súčasnosti vplyvom reformných zmien prehodnocuje ich postavenie a ich počet závisí od počtu lôžok daného zariadenia.

Sociálna starostlivosť o pacientov v nemocniciach je v súčasnosti pod pôsobnosťou úseku námestníka pre ošetrovateľskú starostlivosť. Jej vykonávateľkami sú tzv. sociálne sestry – sestry s príslušnou pomaturitnou špecializáciou v oblasti sociálnej služby, sociálni pracovníci (ako iní odborní pracovníci v zdravotníctve) s tou istou špecializáciou a sociálni pracovníci s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňom bakalárskeho alebo 2. stupňom magisterského vysokoškolského vzdelania, v študijnom odbore – Sociálna práca.

KONCEPCIA SOCIÁLNEJ SLUŽBY V ZDRAVOTNÍCTVE

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej socialistickej republiky (SSR) podľa § 26 ods. 1 vyhlášky č.19/1975 Zb. o sústave zdravotníckych zariadení vydalo koncepciu sociálnej práce v zdravotníctve. Zverejnená bola formou metodických opatrení č. 16 vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SSR v čiastke 13 – 14 zo dňa 30. 6. 1984.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

Sociálny pracovník v zdravotníctve má nepochybne svoje nezastupiteľné miesto. Rieši špecifické úlohy podľa typu zdravotníckeho zariadenia, typu oddelenia a podľa počtu pacientov. Výkon jeho práce je závislý od jeho odborných vedomostí, praktických zručností a skúseností. Sociálny pracovník v zdravotníctve by mal mať osvojené vedomosti z oblasti: medicíny (základné odborné termíny, charakteristiky chorôb, význam psychologických, sociálnych a somatických faktorov), psychológie, psychoterapie, patopsychológie, psychiatrie, zdravotníckej etiky, sociológie, sociálnej a zdravotnej politiky, pedagogiky andragogiky, ošetrovateľstva, práva a legislatívy, výpočtovej techniky, informačných technológií a pod. (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013).

Práca sociálnych pracovníkov je náročná, nie vždy docenená, zaujímavá. Od sociálneho pracovníka sa vyžaduje zodpovednosť, osobné nasadenie, ľudský prístup, flexibilita. Úspechy v tejto oblasti nie sú často viditeľné ihneď, predchádza im dlhodobá, mravenčia práca sociálnych pracovníkov (Devečková, 2007).

Úlohou sociálneho pracovníka je nutnosť zaoberať sa problémami pacienta v celej jeho šírke. Zhoršenie zdravotného stavu obvykle prináša potrebu sociálnych služieb a preto je žiaduce, aby oba typy služieb boli poskytované súbežne.

MANAŽMENT PRÁCE SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

Sociálny pracovník:

- vykonáva výchovnú poradenskú činnosť, ktorá je zameraná na socializáciu a resocializáciu,
- poskytuje odborné poradenstvo zo sociálnoprávnej oblasti pacientom a ich rodinným príslušníkom,
- sleduje škodlivé vplyvy sociálneho prostredia,
- poskytuje pomoc tým osobám nachádzajúcich sa v starostlivosti zdravotníckeho zariadenia, ktoré sú hlásené, ktorých vyhľadáva, alebo ktorí o pomoc požiadajú sami,
- spolupracuje s tímom zdravotníckych odborníkov,
- zúčastňuje sa lekárskych vizít, zisťuje potreby a požiadavky chorých,
- spolupracuje s rodinou pacienta,
- pomáha riešiť pacientove problémy prameniace s nepriaznivého zdravotného stavu, pomáha aj pri riešení sociálnych, rodinných, ekonomických, psychických a spoločenských problémov,
- spolupracuje pri realizácii diagnosticko-liečebného programu objektívnym zisťovaním a overovaním anamnestických údajov, prispieva k určeniu diagnózy, dopĺňa zdravotnú anamnézu anamnézou sociálnou. Sociálnu anamnézu získava pohovorom s chorým, jeho rodinnými príslušníkmi, zisťovaním údajov od praktického lekára, prípadne v inom zdravotníckom alebo sociálnom zariadení.
- spolupracuje pri integrácii chorého do spoločenského prostredia,
- pomáha pacientovi pri úprave sociálneho prostredia, pracovného prostredia, vzťahov, návykov, životosprávy a pod.,
- v spolupráci s pacientom, rodinným príslušníkom a iným sociálnym pracovníkom pomáha a vybavuje sociálne nároky a potreby pacienta, alebo dieťaťa, vybavuje všetky náležitosti pri umiestňovaní pacienta do rôznych typov sociálnych zariadení, napr. do Domovov seniorov, Domovov sociálnych služieb, Zariadení opatrovateľskej služby, Detských domovov, Azylových domov, zabezpečenie opatrovateľskej služby, adopcii dieťaťa, donáška stravy do domáceho prostredia, riešenie bezdomovcov, umiestňovanie pacientov v špecializovaných zariadeniach a podobne. Pomáha pri vybavovaní bezvládnosti, preukazov ŤZP, osobných dokladov, sociálnych dávok a pod.
- zastupuje v prípade potreby a poverenia chorého na úradoch, spolupracuje s inými zdravotníckymi zariadeniami,
- spolupracuje so zariadeniami sociálnych služieb,
- spolupracuje s neštátnymi subjektmi, tretím sektorom, charitou,
- spolupracuje s orgánmi miestnej štátnej správy a samosprávy, Sociálnou poisťovňou, Zdravotnými poisťovňami a pod.,
- hodnotí nadobudnuté informácie a na ich základe vypracúva návrhy pre potreby sociálnej starostlivosti, sociálnej diagnostiky a terapie. Vypracuje plán sociálnej terapie, určí druh, rozsah a potrebu sociálnych opatrení. Spôsob realizácie konzultuje s ošetrujúcim lekárom a inými členmi zdravotníckeho tímu na konkrétnom oddelení.
- spolupôsobí pri zabezpečovaní komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti o deti, dorast, dospelých a seniorov, ktorí sú v sta-

rostlivosti zdravotníckeho zariadenia, podieľa sa na plánovanom prepustení pacienta,
- vykonáva zdravotno-sociálnu výchovu, získava pacienta i jeho rodinu pre kladný prístup k liečbe,
- aktívne sa zúčastňuje na ďalšom vzdelávaní (odborná literatúra, nové vyhlášky a nariadenia, Zbierky zákonov), zúčastňuje sa na odborných seminároch, konferenciách,
- o poskytovaných službách vedie dokumentáciu (prehľad štatistických údajov), polročne a ročne vyhodnocuje svoju činnosť a spolu so správou o svojej činnosti predkladá námestníkovi pre ošetrovateľstvo,
- vhodným spôsobom aktívne presadzuje význam a poslanie práce,
- aktualizuje a sprostredkováva informácie o zmenách v legislatíve spolupracovníkom, pacientom,
- pri výkone práce je sociálny pracovník v zdravotníctve povinný zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel pri výkone svojho povolania,
- dodržuje zásady hygienického a bezpečnostného režimu na oddelení.

OSOBNOSŤ SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

„*Osobnosť sociálneho pracovníka je prvým, základným a tým najdôležitejším vkladom do vlastnej profesie. Je integrujúcim prvkom rôznych spôsobov, foriem a prístupov práce s klientom, pričom každý z nich vyzdvihuje význam osobnosti sociálneho pracovníka z profesionálneho i ľudského hľadiska.*“ (Schavel , M. Oláh , M. 2008, s.104).

Sociálny pracovník je profesionál, ktorý pracuje s ľuďmi, je v neustálej interakcii s človekom, jeho osobnosť ba sa mala odvíjať od určitých osobnostných predpokladov, povahových a charakterových vlastností. Sociálnemu pracovníkovi nesmie byť cudzie to, čo je ľudské. Podstatou sociálnej práce je ľudský vzťah, predpokladom je optimálna komunikácia. Sociálny pracovník by mal mať všeobecný rozhľad, primeranú dávku inteligencie a pozitívne vlastnosti dobrého človeka ako: pravdovravnosť, čestnosť, spravodlivosť, slušnosť, obetavosť, poctivosť, trpezlivosť, pracovitosť, dôvernosť, zodpovednosť. Sociálny pracovník musí vedieť nadviazať kontakt s ľuďmi, používať primerané výrazy, získať informácie o klientovi. Sociálny pracovník by mal mať vlastnosti zrelej osoby, medzi ktoré patrí životný optimizmus, citová stabilita, životné skúsenosti, ktoré mu pomáhajú reagovať, prekonávať a zvládať zaťaženie prameniace z náročnosti povolania (Schavel , et. al.., 2008 , s.32).

Profil absolventa sociálnej práce vyplýva z pôsobnosti sociálnej práce , ktorá siaha od primárnych na jednotlivca zameraných psycho-sociálnych procesov až po angažovanie sa sociálneho pracovníka v sociálnej politike.

ETAPY PRÁCE SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA

Sociálny pracovník pri svojej práci dodržiava určitý postup. Jednotlivé etapy popísala Novotná , Schimmerlingová, (1992). Sú to:
- Prvý kontakt s pacientom / klientom (sociálna evidencia).
- Stanovenie sociálnej diagnózy.
- Návrh riešenia a plán sociálnej pomoci.
- Intervencia a sociálna terapia.
- Ukončenie spolupráce (overovanie výsledkov).

KOMPETENCIE SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V ZDRAVOTNÍCTVE

Sociálny pracovník je v zdravotníctve členom multidiciplinárneho tímu starajúceho sa o chorých, a v tomto tíme má nezastupiteľnú úlohu. Aby mohol byť sociálny pracovník kompetentný, mal by byť k výkonu svoje práce dobre *teoretický a praktický* pripravený. Mal by spĺňať určité kvalifikačné predpoklady pre výkon práce sociálneho pracovníka v zdravotníctve: vedieť, čo by mal poznať a aký by mal byť (Mojtová, 2008).

Praktické kompetencie sociálneho pracovníka sa najviac prejavujú pri práci s klientom:

schopnosť efektívne komunikovať s jednotlivcami, rodinami, skupinami, komunitami – *rozvíjať účinnú komunikáciu*, „schopnosť“ orientovať sa v potrebách, možnostiach, porozumení, ktoré klient a jeho okolie má, vymedziť s nimi oblasť a plán spolupráce – *orientovať sa a plánovať postup* (pozitívny vzťah medzi klientom a pracovníkom), „schopnosť“ rozoznať silné stránky klienta, jeho možnosti, aj jeho okolia, podporovať jeho sebaúctu a sebestačnosť – *podporovať a pomáhať k sebestačnosti*, *zasahovať a poskytovať služby* – poznať metódy, systém služieb, schopnosť ich vhodne používať v prospech klienta, *odborne rásť, prispievať k práci danej inštitúcie***.** Hlavným nástrojom sociálneho pracovníka je jeho osobnosť, ktorá mu umožňuje úspešne zvládať všetky záťažové situácie ako je napr. sebaovládanie, psychická stabilita, psychická tolerancia, odvaha a čestnosť (Havrdová, 1999). V dnešnej dobe je zaradenie sociálneho pracovníka, respektíve jeho menovanie v systéme kategórií zdravotníckych pracovníkov, jeho odborná spôsobilosť a tiež aj finančné ohodnotenie v zdravotníckom zariadení plné nezrovnalostí. Sociálny pracovník nemá zaradenie v systéme zdravotníckych pracovníkov, ale sociálni pracovníci sú zaradení rôzne aj do platových tabuliek. Vo väčšine zdravotníckych zariadeniach sú sociálni pracovníci zaradení do platových tabuliek technicko – hospodárskych pracovníkov (THP). Sociálni pracovníci, ktorí majú aj zdravotnícke vzdelanie, sú zaradení v kategórii sestra.

Sociálny pracovník – člen multidisciplinárneho tímu

V zdravotníctve pri starostlivosti o pacientov má významnú úlohu práve multidisciplinárny tím. V tíme, kde má každý svoje kompetencie, ktoré ale musia byť ostatnými členmi tímu rešpektované. Sociálny pracovník v zdravotníctve pracuje súbežne vo vnútornom i vonkajšom tíme. *Vnútorný tím* – tvoria: pracovníci v nemocnici (lekári, psychológovia, sestry, psychiatri, rehabilitační pracovníci, sociálni pracovníci), ktorí na riešení situácie pacienta spolupracujú.

Vonkajší tím – predstavujú zamestnanci rôznych inštitúcii (opatrovateľská služba, miestna samospráva, súdy, úrady práce, posudkový lekár, obvodný lekár, ADOS, azylové zariadenia, sociálne zariadenia a podobne), s ktorými sociálny pracovník v nemocnici spolupracuje, aby vyriešil situáciu pacienta. Model multidisciplinárnej spolupráce veľmi kreatívny a vychádza zo zavedených praktických postupov. Členom tohto tímu je lekár , sestra. fyzioterapeut, sociálny pracovník, psychológ a ďalší (Červeňanová, Majeriková, 2011).

PRIESKUM – SOCIÁLNI PRACOVNÍCI VO FAKULTNÝCH NEMOCNICIACH V SR

V období január až marec 2011 sme urobili prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť základné údaje o sociálnych pracovníkoch pracujúcich vo Fakultných nemocniciach na Slovensku, v súvislosti s ich vzdelaním a pracovným zaradením. Oslovili sme sociálnych pracovníkov zo 16 fakultných nemocníc, ktorým sme položili otázky zamerané na zistenie počtu sociálnych pracovníkov pracujúcich zdravotníckom zariadení (identifikácia žena – muž), na dosiahnuté vzdelanie a na dĺžku odbornej praxe.

Celkový počet sociálnych pracovníkov, ktorí pracujú vo Fakultných nemocniciach v SR, je v súčasnosti 45. Z toho žien je 43 a 2 muži. V oslovených Fakultných nemocníc, len FN - Nové Zámky nemá sociálneho pracovníka. Majú na 0, 5 úväzku sociálneho pracovníka v nemocnici na psychiatrickom oddelení. V prípade potreby sociálneho riešenia pacienta, túto činnosť vykonávajú v obmedzenej forme primár oddelenia, vedúca sestra a staničná sestra. Ak je pacient preložený z iného zdravotníckeho zariadenia kde bolo začaté sociálne riešenie sociálnym pracovníkom, nemá kto doriešiť pacientov problém.

Tabuľka 1 Počet a pohlavie sociálnych pracovníkov vo FN

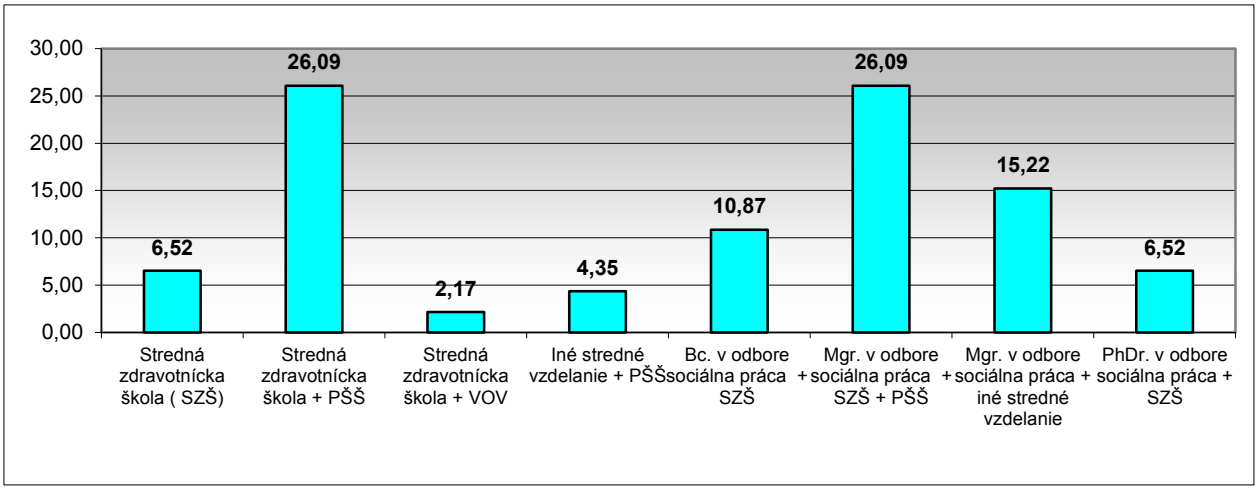
Univerzitná, Fakultnej nemocnica v SR	**Počet sociálnych pracovníkov/úväzok**	**Pohlavie**	
		Muži	**Ženy**
Univerzitná nemocnica BA Nemocnica Ružinov	3	**1**	2
Univerzitná nemocnica BA Nemocnica sv. Cyrila a Metoda	4	0	4
Univerzitná nemocnica BA Detská nemocnica Limbová	4	0	4
Univerzitná nemocnica BA Detská nemocnica Limbová	4	0	4
Univerzitná nemocnica BA Nemocnica Mickiewiczova	2	0	2
Univerzitná nemocnica BA Nemocnica Dérerova	2	0	2
Univerzitná nemocnica Košice Detská nemocnica	1	0	1
Univerzitná nemocnica Košice L. Pasteura, Rastislavova	0,5	0	1
Univerzitná nemocnica Martin	2	0	2
Fakultná nemocnica Žilina	3	0	3
Fakultná nemocnica Nitra	3	**1**	2
Fakultná nemocnica N. Zámky Slovenská Nemocnica Kapisztoryho	0 0,5	0 0	0 1
Fakultná nemocnica Prešov	7	0	7
Fakultná nemocnica Trnava	1	0	1
Fakultná nemocnica Banská Bystrica	3	0	3
Fakultná nemocnica Trenčín	7	0	7
spolu	**46**	**2**	**44**

Tabuľka 2 Vzdelanie sociálnych pracovníkov vo FN

	Štruktúra vzdelania sociálnych pracovníkov	**n**	**%**
1	Stredná zdravotnícka škola (SZŠ)	3	6,52
2	Stredná zdravotnícka škola + PŠŠ	12	26,09
3	Stredná zdravotnícka škola + VOV	1	2,17
4	Iné stredné vzdelanie + PŠŠ	3	6,52
5	Bc. v odbore sociálna práca + SZŠ	5	10,87
6	Mgr. v odbore sociálna práca + SZŠ + PŠŠ	12	26,09
7	Mgr. v odbore sociálna práca + iné stredné vzdelanie	7	15,22
8	PhDr. v odbore sociálna práca + SZŠ	3	6,52
	spolu	46	100

Z uvedených výsledkov vyplýva, že 19 sociálnych pracovníkov má stredoškolské vzdelanie a 27 sociálnych pracovníkov má vysokoškolské vzdelanie, čo má veľmi pozitívny vplyv na kvalitu poskytovania sociálnej práce v zdravotníckom zariadení. Väčšina respondentov uviedla, že sociálni pracovníci v zdravotníckych zariadeniach by mali mať stredné

zdravotnícke vzdelanie, v súvislosti s odbornou problematikou a lepšou orientáciou v zdravotníckych diagnózach, pochopením a poznaním zdravotný stav pacienta, komunikáciu s celým odborným zdravotníckym personálom, možnosť lepšie stanoviť sociálnu diagnózu, návrh riešení a realizáciu sociálnych opatrení.



Graf 2 Vzdelanie sociálnych pracovníkov vo FN

Dĺžka odbornej praxe sociálnych pracovíkov vo Fakultných nemocniciach je najviac zastúpená počtom 12 soc. pracovníkov v rozätí od 10-20 rokov, ďalej nasleduje rozsah od 25 a viac rokov, kde je zastúpenie v počte 11 soc. pracovníkov, potom dĺžka praxe 20- 25 rokov v počte 10 soc. pracovníkov, kategória 5 – 10 rokov je v počte 7, a najmenej je v dĺžke praxe 1 – 5 rokov v počte 6 sociálnych pracovníkov.

Tabuľka 3 Dĺžka odbornej sociálnej praxe sociálnych pracovníkov vo FN

Dĺžka odbornej praxe sociálneho pracovníka	**n**	**%**
1 - 5 rokov	6	13,04
5 - 10 rokov	7	15,22
10 - 20 rokov	12	26,09
20 - 25 rokov	10	21,74
od 25 a viac rokov	11	23,91
spolu	**46**	**100**

DISKUSIA

Cieľom prieskumu bolo zistiť základné údaje o sociálnych pracovníkoch pracujúcich vo Fakultných nemocniciach na Slovensku, v súvislosti s ich vzdelaním a pracovným zaradením. Na základe zistení môžeme konštatovať, že 88,26% sociálnych pracovníkov pracujúcich v zdravotníctve vo FN má ako prvotné zdravotnícke vzdelanie na Strednej zdravotníckej škole a až následne vzdelanie v odbore Sociálna práca na vysokej škole. Len 21,74% sociálnych pracovníkov má ako prvotné iné stredoškolské vzdelanie a až následne vzdelanie v odbore sociálna práca.

Podľa Šustrovej, do roku 2004 pracovali v zdravotníckych zariadeniach sociálne sestry. Pracujú aj dnes, avšak nie sú oficiálne vedení ako sociálni pracovníci. Ich hlavnou náplňou je riešenie sociálnych dôsledkov chorobných stavov, ktoré sú sprevádzané psychologickými

a sociálnymi problémami, poskytovanie informácií o sociálnej pomoci a podpore (poradenstvo o sociálnych službách), práca s rodinou pacienta (pomoc, podpora), riešenie komplexných problémov v koordinácii s ostatnými odborníkmi, riešenie sociálnych problémov (opustenie dieťaťa, násilie, týranie, ľudí bez domova a iné) s pracovníkmi iných inštitúcii (matrika, verejná bezpečnosť, súdy a iné) (Šustrová, 2013).

Odbornosť sociálneho pracovníka v zdravotníctve úzko súvisí so zdravotníckym vzdelaním. Pre neho je nevyhnutné, orientovať sa v odbornej problematike a v zdravotníckych diagnózach, pochopiť a poznať zdravotný stav pacienta, komunikovať na odbornej úrovni s celým zdravotníckym personálom Z toho vyplýva i kvalita sociálnej práce v zdravotníctve, možnosť lepšie stanoviť sociálnu diagnózu, navrhnúť adekvátne riešenie a realizáciu sociálnych opatrení.

Šustrová charakterizuje prácu sociálneho pracovníka, že je prioritným riešením sociálnych dôsledkov chorobných stavov, ktoré sú sprevádzané psychologickými a sociálnymi problémami, poskytovanie informácií o sociálnej pomoci a podpore (poradenstvo o sociálnych službách), práca s rodinou pacienta (pomoc, podpora), riešenie komplexných problémov v koordinácii s ostatnými odborníkmi, riešenie sociálnych problémov (opustenie dieťaťa, násilie, týranie, ľudí bez domova a iné) s pracovníkmi iných inštitúcii (matrika, verejná bezpečnosť, súdy a iné) (Šustrová, 2013).

Poslaním sociálnych pracovníkov je, aby zmierňovali rozdiely medzi nimi, no najmä zmierňovali utrpenie tých, ktorí ďaleko zaostávali za ostatnými. Uvedomujú si, že sa to dá jedine v jednote rozumu a srdca (Husvéth, 2011).

ZÁVER

Sociálny pracovník, vykonávajúci sociálnu prácu, nie je možné označovať ako ľahkú profesiu. Prelínanie sa sociálnych a zdravotných problémov, je veľmi náročné na psychiku, profesionálnu zručnosť a okamžitú reakciu sociálneho pracovníka, napríklad pokiaľ ide o vážnu či život ohrozujúcu chorobu u dieťaťa alebo u starých ľudí. Práca s rôznymi typmi klientov, uspokojovanie ich sociálnych potrieb, urovnávanie narušených vzťahy v sociálnej oblasti, ktoré môžu vzniknúť v ktoromkoľvek období životného cyklu a v rôznych životných situáciách, patrí k profesionalite sociálneho pracovníka. Právom ho môžeme nazvať „*umením s prirodzeným talentom a etickým prístupom*“.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ČERVEŇANOVÁ, E. - MAJERIKOVÁ, M. 2011. Sociálna starostlivosť o seniorov In.: *Sestra a lekár v praxi,* odborný časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov, roč. IX, č.7-8, ISSN 1335-9444.

DEVEČKOVÁ, V. 2007. *Sociálna práca je poslaním*. In: Sociálna politika a zamestnanosť, odborný časopis, č.11, s.19 ISSN 1336-5053.

DRAGANOVÁ, H. et al.2006.*Sociálna starostlivosť*,Martin,Osveta,s.195, ISBN 978-80-8063-240.

HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium,1999.

HUSVÉTH R.: Sociálny pracovník v zdravotníctve, In.: *Zdravie ako základný potenciál rozvoja ľudského potenciálu,* zborník príspevkov, Podhajská, ISBN 978-80-970277-1-1.

KVAPILOVÁ, V. 2006. Sociální práce ve zdravotnictví. In: *Diagnóza v ošetřovatelství*, roč. 2 , 2006. č. 6 , s. 248-250, ISSN 1801-1349.

MAJERIKOVÁ, M. 2011, *Sociálny pracovník ako člen multidisciplinárneho tímu*, rigorózna práca, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava.

MOJTOVÁ, M. - SEDLÁROVÁ, K. - ŠRANK, M. 2013. *Zdravotne sociálny pracovník v praxi*. Nitra, UKF, 2013, 263 s. ISBN 978-80-558-0269-5.

MOJTOVÁ, M. 2008.*Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava, SAP 2008, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

NOVOTNÁ, V., SCHIMMERLINGOVÁ, V. 2006. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*, Praha, Univerzita Karlova v Praze, ISBN 80-7066-483-5.

SCHAVEL, M. – Oláh, M. 2008. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. VŠZaSP sv. Alžbety , Bratislava , 2.vyd., 209 s. ISBN 80-8068-487-1.

ŠUSTROVÁ, M. 2013. Sociálna práca v zdravotníctve, [online]. [cit. 2013.12. 07]. Dostupné na: (http://www.skupina15.wall.sk/statnice_mgr/.../SP_v_zdravotnictve_Sustrova.ppt).

ÚROVEŇ INFORMOVANOSTI LAICKEJ VEREJNOSTI O POSKYTOVANÍ PRVEJ POMOCI PRI EPILEPTICKOM ZÁCHVATE

BOTÍKOVÁ Andrea[1], POČUCHOVÁ Jana[2]

[1] *Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva*
[2] *Krajské operačné stredisko ZZS, Trnava*

ABSTRAKT
Epilepsia je jedným z najčastejších neurologických ochorení. Len v Európe žije 6 miliónov ľudí s epilepsiou. Na Slovensku žije 30 až 50-tisíc epileptikov. Každý rok pribudne 2,5 až 3-tisíc nových pacientov. Najvyšší výskyt epilepsie je v detstve a potom v staršom veku. Cieľom nášho skúmania bolo zistiť, aký je súčasný stav úrovne informovanosti laickej verejnosti o poskytovaní prvej pomoci pri epileptickom záchvate.
Prieskum sme realizovali prostredníctvom elektronického dotazníka zverejneného na internete, ktorého sa zúčastnilo 145 respondentov. Údaje sme importovali do tabuľkového procesora MS Excel a následne použili na percentuálne výpočty a tvorbu grafov. Naše výsledky poukazujú na to, že väčšina respondentov má vedomosti o poskytovaní prvej pomoci pri epileptickom záchvate. Zároveň sme zistili, že najlepšie výsledky dosahovali respondenti, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci, ktoré však majú klesajúcu tendenciu v závislosti na dobe, ktorá uplynula od absolvovania tohto kurzu. Z tohto dôvodu sme sa dopracovali k záveru, že je nutná potreba periodickej edukácie laickej verejnosti v tejto oblasti prostredníctvom akreditovaných kurzov prvej pomoci. Zároveň odporúčame zaradenie tejto problematiky do osnov vzdelávania na základných a stredných školách.

Kľúčové slová: epilepsia, epileptický záchvat, prvá pomoc, laická verejnosť, informovanosť

ABSTRACT
Epilepsy is one of the most common neurological disorders. In Europe, 6 million people are living with epilepsy. In Slovakia live 30 to 50 thousands of epileptics. Every year will be added 2.5 to 3 thousand new patients. The highest incidence of epilepsy was recorded in childhood and in old age. The aim of our research was therefore to ascertain the current status of the general public's level of knowledge of first aid in epileptic patient. The survey was conducted via an online questionnaire published on the internet. It was answered by 145 respondents. Data were imported into MS Excel spreadsheet and then used the percentage calculations and charting. Our results indicate that most respondents have knowledge of first aid in epileptic patient. At the same time, we found that the best results reached those respondents who completed a first aid course, but tend to fall depending on the time that has elapsed since the completion of this course. For this reason, we have come to the conclusion that it is necessary periodic education of the general public in this area through accredited first aid courses. We also recommend the inclusion of this issue in the educational curriculum at primary and secondary schools.

Keywords: epilepsy, seizure, first aid, general public, information

ÚVOD

Epilepsia je jedným z najčastejších neurologických ochorení. Ide o súhrnné pomenovanie viacerých chorôb, ktorých spoločným prejavom je výskyt epileptických záchvatov. Prevalencia aktívnej epilepsie (najmenej jeden záchvat v posledných 5-tich rokoch) sa pohybuje okolo 4-8 prípadov na 1000 obyvateľov. Dodnes pretrvávajú v spoločnosti falošné predstavy o epilepsii a komplikujú život chorým a ich okoliu. Epilepsia je síce ochorenie mozgu, ale nemožno ho považovať za duševnú chorobu (Kuchár, 1995).

Úmrtnosť pacientov s epilepsiou je dva až trikrát vyššia ako u bežnej populácie. Pri záchvatoch im hrozia najmä úrazy, či mozgová príhoda. Vznik epileptického záchvatu je náhly a často k nemu prichádza na verejných miestach, preto včasná a správne poskytnutá prvá pomoc môže zmierniť následky epileptického záchvatu. Laická verejnosť má často o tomto ochorení mylné predstavy, nepozná základné fakty o tomto ochorení, jeho príznaky a vzhľadom na hrozivo vyzerajúci priebeh záchvatu sa často obáva prvú pomoc poskytnúť.

Pri výkone praxe na Krajskom operačnom stredisku záchrannej zdravotnej služby v Trnave sa stretávame s epileptickými záchvatmi niekoľko krát za deň. Okrem vyslania odbornej pomoci zároveň poskytujeme volajúcemu tzv. "telefonicky asistovanú prvú pomoc". Volajúci sa často spoliehajú len na príjazd záchrannej služby, sami sa obávajú prvú pomoc poskytnúť. Preto je nutné, aby laická verejnosť vedela ako prvú pomoc poskytnúť, jej význam do príchodu záchrannej služby a mohla tak prispieť k záchrane ľudského života.

CIEĽ

Cieľom nášho skúmania bolo zistiť úroveň znalostí laickej verejnosti o ochorení – epilepsia, príznakoch epileptických záchvatov a o správnych postupoch poskytovania prvej pomoci pri epileptických záchvatoch. Zároveň sme zisťovali vplyv absolvovania (resp. neabsolvovania) kurzov pomoci na úroveň týchto znalostí.

SÚBOR

Vyhodnocovali sme vzorku 145 respondentov zastupujúcich laickú verejnosť. Z demografických údajov sme zistili, že sa prieskumu zúčastnilo 49 mužov a 96 žien. Respondenti boli rôzneho stupňa vzdelania a veku. Najviac respondentov (94) bolo vo vekovej kategórii 30 - 60 rokov a s vysokoškolským vzdelaním (102). V prvej časti nášho prieskumu sme vyhodnocovali odpovede respondentov na všetky prieskumné otázky jednotlivo. V druhej časti prieskumu sme respondentov rozdelili na 3 skupiny. V prvej skupine sme vyhodnocovali odpovede 63 respondentov, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci pred menej ako 5 rokmi. V druhej skupine sme vyhodnocovali odpovede 41 respondentov, ktorí kurz prvej pomoci absolvovali pred viac ako 5 rokmi. V tretej skupine sme vyhodnocovali 41 respondentov, ktorí neabsolvovali kurz prvej pomoci. Tu už boli vyhodnocované odpovede len na prieskumné otázky týkajúce sa poskytovania prvej pomoci pri epileptickom záchvate.

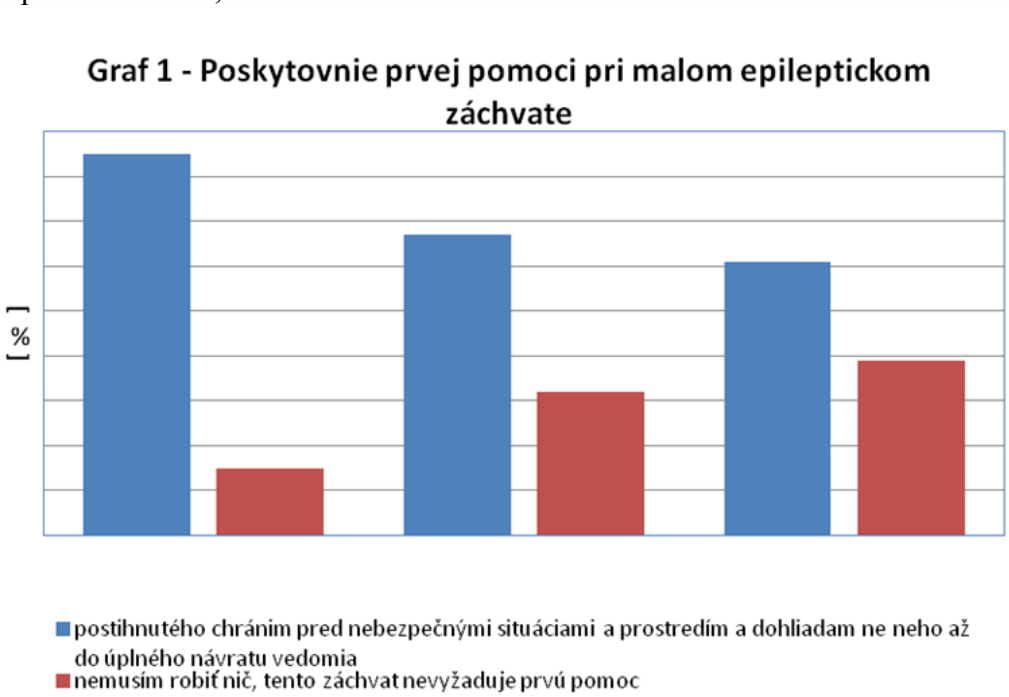
METODIKA

Na získanie potrebných údajov od respondentov sme použili metódu anonymného štruktúrovaného dotazníka v elektronickej podobe. Dotazníkovú metódu sme si zvolili z dôvodu, že umožňuje v krátkom čase získať veľa informácií, t.j. údajov potrebných na vyhodnotenie dotazníkových položiek. Skúmanú vzorku tvorili respondenti zastupujúci dospelú populáciu SR (vek nad 18 rokov), ktorí vyplnili elektronický dotazník zverejnený na internete. Respondentov sme oslovili prostredníctvom elektronickej pošty s využitím tzv. "snowball" efektu (Gavora, 2010), komunikačných programov (Skype, ICQ) a sociálnych sietí (Facebook). Internetový dotazník vyplnilo 158 respondentov. Prieskum bol zameraný na respondentov z radov laickej verejnosti (bez zdravotníckeho vzdelania). Na základe odpovedí v dotazníkovej položke č.1 sme vyradili 13 respondentov so zdravotníckym vzdelaním. Následne sme vyhodnocovali vzorku 145 respondentov zastupujúcich laickú verejnosť. Zozbierané údaje sme importovali do tabuľkového procesora MS Excel a následne použili na percentuálne výpočty a tvorbu grafov.

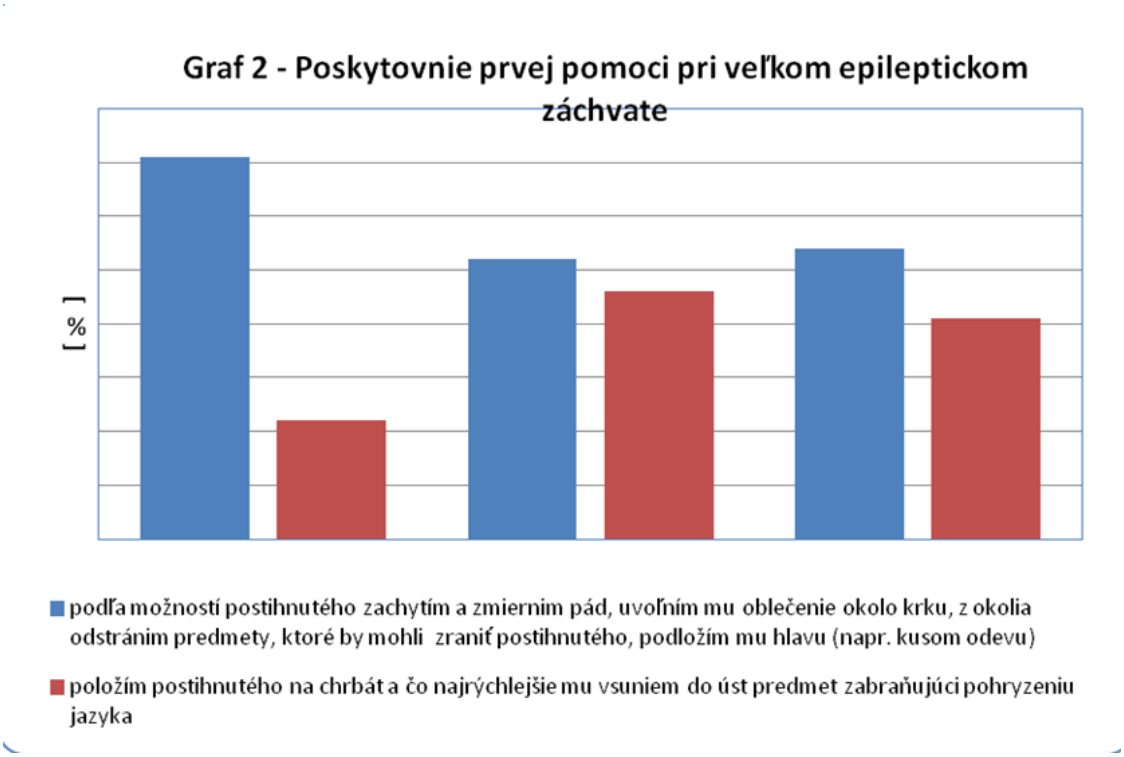
VÝSLEDKY

Priemerný percentuálny podiel správnych odpovedí na prieskumné otázky týkajúce sa epilepsie a jej príznakov bol 80%. Celková informovanosť o tomto ochorení je všeobecne vysoká. Až 94 % respondentov uviedlo, že sa jedná o ochorenie mozgu. 90 % respondentov pozná všetky obmedzenia súvisiace s diagnózou epilepsie. Správne príznaky veľkého epileptického záchvatu uviedlo 99,3% respondentov. Správne príznaky malého epileptického záchvatu uviedlo však iba 52% respondentov, pričom až 36% respondentov uviedlo, že sa s pojmom malý epileptický záchvat ešte nestretlo. Priemerný percentuálny podiel správnych odpovedí na otázky týkajúce

sa znalostí laickej verejnosti o správnych postupoch poskytovania prvej pomoci pri epileptických záchvatoch bol 73 %. Pri zisťovaní správneho postupu poskytovania prvej pomoci pri malom epileptickom záchvate, správny postup uviedlo 70% respondentov. Napriek väčšine správnych odpovedí 29% respondentov sa domnieva, že tento záchvat nevyžaduje prvú pomoc. Pri zisťovaní správneho postupu poskytovania prvej pomoci pri veľkom epileptickom záchvate správny postup uviedlo 58% respondentov. V poslednej časti prieskumu, kde sme respondentov zaradili do skupín podľa absolvovania kurzu prvej pomoci sme pri všetkých vyhodnocovaných prieskumných otázkach zaznamenali najvyšší percentuálny podiel správnych odpovedí (78%) v skupine respondentov č.1, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci v posledných 5 rokoch. V skupine respondentov č.2, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci pred viac ako 5 rokmi sme zaznamenali pokles percentuálneho podielu správnych odpovedí o 8 %. Skupina respondentov č.3, ktorá kurz prvej pomoci neabsolvovala mala percentuálny podiel správnych odpovedí menší o 17% ako prvá skupina. Percentuálny podiel správnych odpovedí pri poskytovaní prvej pomoci pri malom epileptickom záchvate v prvej skupine bol 85 %,v druhej skupine 67%, v tretej skupine 61%. Nesprávnu odpoveď, že prvú pomoc nie je potrebné poskytovať uviedlo iba 15% respondentov zo skupiny č.1. V skupine č.2 uviedlo túto odpoveď 32% a v skupine č.3 až 39% respondentov.



Pri zisťovaní správneho postupu poskytovania prvej pomoci pri veľkom epileptickom záchvate bol percentuálny podiel správnych odpovedí v skupine č.1 - 71%, v skupine č.2 - 52% a v skupine č.3 - 54%. Dnes už neodporúčaný postup, že postihnutému je potrebné vsunúť do úst predmet, aby sa zabránilo pohryzeniu jazyka, uviedlo 22% respondentov v skupine č.1, v skupine č. 2 uviedlo túto možnosť až 46% respondentov a v skupine č.3 41% respondentov.



DISKUSIA

Z našich zistení vyplýva, že v povedomí laikov viac rezonuje veľký epileptický záchvat pre svoje nápadné prejavy. Prejavy malého epileptického záchvatu sú menej nápadné a tak často unikajú pozornosti okolia. Takto postihnutý človek je často krát považovaný za opitého, u detí sa tento stav často zamieňa za poruchu správania. Pri zisťovaní správneho postupu poskytovania prvej pomoci pri malom epileptickom záchvate sa takmer tretina respondentov domnieva, že tento záchvat nevyžaduje prvú pomoc. Jeho príznaky sú menej dramatické, ale takisto vyžaduje prvú pomoc. Tento fakt je vo všeobecnosti málo prezentovaný. Pri poskytovaní prvej pomoci pri veľkom epileptickom záchvate sme zistili, že až 38% respondentov uviedlo dnes už neodporúčaný postup, že postihnutému vsunú do úst predmet, aby zabránili pohryzeniu jazyka. K podobnému výsledku dospela aj britská štúdia Mýty v epilepsii (Baxendale, 2007), ktorá uskutočnila prieskum medzi zamestnancami a študentmi University College London, kde 33% respondentov považuje za správne vkladanie predmetu do úst počas trvania záchvatu. Zároveň sme zistili, že najlepšie výsledky dosahovali respondenti, ktorí kurz prvej pomoci absolvovali v období posledných piatich rokov. U respondentov, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci pred viac ako 5 rokmi sme zaznamenali pokles správnych odpovedí. Títo respondenti považovali za správne tie postupy, ktoré sa odporúčali v čase, keď školenie prvej pomoci absolvovali a neboli im známe najnovšie odporúčané postupy. Podľa očakávania najhoršie výsledky dosiahla skupina respondentov, ktorá kurz prvej pomoci neabsolvovala.

ZÁVER

Na základe našich výsledkov sme zistili, že absolvovanie kurzu prvej pomoci má vplyv na informovanosť laickej verejnosti pri poskytovaní prvej pomoci. Zároveň sme zistili, že vedomosti a zručnosti klesajú v závislosti na čase absolvovania kurzu. Aj v oblasti poskytovania prvej pomoci prebieha vedecký výskum, ktorého výsledkom sú zjednodušené a zároveň účelnejšie postupy poskytovania prvej

pomoci laickou verejnosťou. Poskytnutie prvej pomoci je morálnou povinnosťou každého človeka. Aby ju dokázal poskytnúť správne a včas, je aj v tejto oblasti nevyhnutná jeho pravidelná edukácia. Môže byť zabezpečovaná prostredníctvom akreditovaných kurzov prvej pomoci, školení o bezpečnosti pri práci a iné. Získanie vedomostí o danej problematike by sa malo stať samozrejmou súčasťou učebných osnov na základných a stredných školách.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BAXENDALE S. - O'TOOLE A. 2007 Epilepsy myths: Alive and foaming in the 21st century. In *Epilepsy & Behavior* [online]. 2007, vol. 11, no. 2 [cit. 2013-03-05]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152550500700162X> ISSN: 1525-5050

GAVORA, P. a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu.* [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. [cit. 2012-12-01]. Dostupné na:
<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk > . ISBN 978–80–223–2951–4.

KUCHÁR, M. 1995. *Životospráva chorých s epileptickými záchvatmi*. 1. vyd. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1995. 36 s. ISBN 80-7159-061-4.

POKYNY PRE AUTOROV

Časopis *Zdravotnícke listy* je vedecký recenzovaný časopis, ktorý sa zameriava na publikovanie príspevkov z oblasti zdravotníckych lekárskych i nelekárskych odborov. Časopis uverejňuje pôvodné práce, prehľadové referáty a recenzie odbornej literatúry, ktoré sa vyznačujú aktuálnosťou a obsahovou relevantnosťou.

Redakcia prijíma rukopisy v slovenskom, českom a anglickom jazyku, ktoré sa stávajú subjektom recenzného konania minimálne dvoch nezávislých recenzentov. Identita recenzentov môže byť utajená. V priebehu recenzného konania sa editori zaväzujú udržiavať v tajnosti informácie o autorstve posudzovaného príspevku pred recenzentmi, redakčnou radou a vydavateľom. Ďalej sa zaväzujú nepoužiť bez písomného súhlasu žiadnu časť nepublikovaného rukopisu. Za vedeckú a zároveň etickú úroveň časopisu zodpovedá predseda redakčnej rady spolu s vedúcim editorom a redakčnou radou.

Záverečné rozhodnutie vo veci akceptácie alebo zamietnutia článku na publikovanie zostáva v plnej kompetencii redakčnej rady. Za jazykovú korektúru (jazykovú a gramatickú stránku príspevku) zodpovedajú autori. Redakcia si vyhradzuje právo vykonávať drobné štylistické úpravy textu bez konzultácie s autorom, s ktorými sa autor oboznámi pri autorskej korektúre, ako aj na zamietnutie textu, ktorý obsahovo nezapadá do koncepcie časopisu alebo nebol schválený odborným recenzným posudzovaním. Práca s formálnymi nedostatkami sa vráti autorovi na prepracovanie.

Príspevky musia spĺňať základné etické princípy kladené na výskum na ľudskom subjekte. V rukopise je nutné uviesť, že štúdia, ktorej je príspevok súčasťou, bola schválená etickou komisiou (uviesť názov etickej komisie). Ďalej je potrebné uviesť, že účasť respondentov na štúdii bola dobrovoľná a údaje boli spracované dôverne. Autor má povinnosť uviesť prípadné zdroje financovania a vyjadriť sa k potenciálnemu konfliktu záujmov. Práca musí obsahovať prehlásenie, že nebola a v prípade akceptácie, nebude zaradená na publikovanie do iného časopisu, ktoré musí byť podpísané všetkými autormi na znak ich súhlasu s obsahom rukopisu. Prijaté práce sa stávajú trvalým vlastníctvom časopisu a bez písomného súhlasu vydavateľa nesmie byť reprodukovaná žiadna časť akceptovanej práce.

Formálna stránka rukopisu –

- rozsah rukopisu je obmedzený na 12 normostrán (21 600 znakov aj s medzerami).
- Odporúčané nastavenie pre MS Word - abstrakt: typ písma Times New Roman, veľkosť 12, riadkovanie 1,0, všetky okraje nastavené na 2,5 cm, zarovnanie doľava, nedeliť slová.
- Odporúčané nastavenie pre MS Word – vlastný text: typ písma Times New Roman, veľkosť 12, riadkovanie 1,5, všetky okraje nastavené na 2,5 cm, zarovnanie doľava, nedeliť slová.
- V texte nepoužívať tučné písmo (bold) a kurzívu (okrem citátov). Tučné písmo používať iba na označenie názvu príspevku a jeho jednotlivých častí, názvy tabuliek a obrázkov.
- Tabuľky, obrázky a grafy musia byť umiestnené na príslušnom mieste v článku (autor ich neposiela samostatne). Tabuľky, grafy a obrázky musia byť označené číslom a názvom a musí byť na ne uvedený odkaz v texte. Veľkosť písma v tabuľke a v grafe je stanovená 10pt.
- Titulná strana rukopisu by mala obsahovať nasledujúce údaje: názov v slovenskom, resp. českom a anglickom jazyku, meno a priezvisko autorov (uvádzať v plnom znení aj s titulmi), oficiálny úplný názov pracoviska aj s korešpondenčnou adresou každého autora, kontaktné údaje prvého autora, resp. autora určeného pre korešpondenciu.
- Štruktúra abstraktu je nasledovná:
    - Východiská
    - Ciele
    - Súbor a metódy/metodika
    - Výsledky
    - Záver

Práca teoretického charakteru by mala obsahovať nasledujúce časti:

- názov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, štruktúrovaný abstrakt v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku (rozsah do 250 slov), maximálne 5 kľúčových slov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, úvod, vlastný text, (vrátane vymedzenia cieľov štúdie, príp. formulovanie sledovaných problémov), metodiku (spôsob výberu literárnych zdrojov, spôsob analýzy), výsledky (prezentácia vlastných výsledkov analýzy), záver a zoznam bibliografických odkazov.

Práca výskumného charakteru by mala obsahovať nasledujúce časti:

- názov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, štruktúrovaný abstrakt v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku (rozsah do 250 slov), maximálne 5 kľúčových slov v slovenskom (resp. českom) a anglickom jazyku, úvod, cieľ, súbor, metodiku, výsledky, diskusiu, záver a zoznam bibliografických odkazov.

Citovaná literatúra je zoradená tak, aby všetci autori citovaní v texte boli uvedení v Zozname bibliografických odkazov a naopak. V texte sa uprednostňuje citovanie podľa metódy prvého údaja a dátumu (vrátane uvedenia čísla strany, resp. strán), citovaná literatúra je v zozname bibliografických odkazov zoradená v abecednom poradí. Uvádzajú sa všetci autori, pri väčšom počte autorov ako 3 sa uvádza za menom tretieho autora skratka „et al.“.

Príklady citácie:

Monografické publikácie/knihy:
PRIEZVISKO, M. rok vydania. *Názov*: *Podnázov*. Vydanie. Miesto vydania: Názov vydavateľa, rok vydania. Počet strán. ISBN.
Kapitoly v monografiách/ knihách:
PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In Priezvisko, M. editorov. *Názov monografie*. Vydanie. Miesto vydania: Vydavateľ, rok vydania. ISBN, rozsah strán (strana od - do).
Článok v seriálovej publikácii:
PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In *Názov zdrojového dokumentu* (noviny, časopisy). ISSN, rok, ročník (číslo zväzku), číslo, rozsah strán.
Príspevok v zborníku:
PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov článku. In *Názov zborníka* [druh nosiča]. Miesto vydania : Vydavateľ, rok vydania, ISBN, rozsah strán (strana od – do).
Články v elektronických časopisoch a iné príspevky:
PRIEZVISKO, M. rok vydania. Názov. In *Názov časopisu*. [Druh nosiča]. rok vydania, ročník, číslo [dátum citovania]. Dostupnosť a prístup. ISSN.
Legislatívne dokumenty:
Označenie a číslo legislatívneho dokumentu/rok publikovania a skratka úradného dokumentu. Názov. Poznámky.

Rukopis je možné zaslať v elektronickej podobe na e-mailovú adresu: zdravotnicke.listy@tnuni.sk

Časopis ponúka priestor na reklamu a sponzorovanie časopisu, a to predovšetkým zameranú na zdravotnícke produkty a služby. Redakcia a vydavateľ majú právo odmietnuť reklamu alebo sponzorstvo, a to z akéhokoľvek dôvodu. Redakcia aj vydavateľ zaručujú, že edičná a reklamná činnosť sú na sebe nezávislé a zadávatelia reklamy a sponzori nemôžu ovplyvňovať publikačný a recenzný proces.

Adresa redakcie:
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2, 911 01 Trenčín

tel.: +421 32 7400611
e-mail: zdravotnicke.listy@tnuni.sk
www.fz.tnuni.sk