SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava v Rožňave
detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej
Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram, Česká republika
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice

ZDRAVIE - HYBNÁ SILA OŠETROVATEĽSTVA BEZ HRANÍC

ZBORNÍK VEDECKÝCH PRÁC

Piešťany, 2018



Názov zborníka: Zdravie – hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc
Počet strán: 245

Zostavovateľ: doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.

Autor: Kolektív autorov

Recenzenti:
prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
PhDr. Veronika Funtová

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej v Rožňave

Rok vydania: 2018

Náklad: 300 ks

ISBN 978-80-8132-184-9

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Za obsahovú, odbornú, jazykovú správnosť a citáciu literárnych zdrojov zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Reprodukovanie je povolené s podmienkou uvedenia zdroja.

OBSAH

PREDHOVOR 5

BALÚCHOVÁ Martina 6
STRATÉGIE MANAŽMENTU ZMIEN AKO PODMIENKA ROZVOJA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ Stanislava, BIRÓ Csaba 22
ATEROSKLERÓZA Z HĽADISKA AUTOIMUNITY

BUŠOVSKÁ Miroslava, KILÍKOVÁ Mária 31
MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O DETSKÉHO PACIENTA S INTOXIKÁCIOU

DIMUNOVÁ Lucia 46
ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ AKO KĽÚČOVÝ DETERMINANT ZDRAVIA

FOJTLÍNOVÁ Iveta, ZONOVÁ Andrea 55
MOŽNOSTI PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE V PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH SMRDÁKY

FUNTOVÁ Veronika 60
RASIZMUS A PŘEDSUDKY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

GEĽHOŠOVÁ Iveta, KILÍKOVÁ Mária 79
KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S DUŠEVNOU PORUCHOU – ALKOHOLIZMUS

HRDINKOVÁ Jana 94
SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V LÁZNÍCH MARIÁNSKÉ LÁZNĚ

HULKOVÁ Viera 105
ABeCeDa ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

JAKLOVÁ Milada 115
UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ V DOMOVÉ PRO SENIORY

KILÍKOVÁ Mária 126
OŠETROVATEĽSTVO V STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE MARGINALIZOVANÝCH KOMUNÍT - TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ PROBLEMATIKY

KORCOVÁ Soňa 137
ANALÝZA INTERNÍHO AUDITU VE VYBRANÉM LÁZEŇSKÉM ZAŘÍZENÍ

MACKOVÁ Zuzana 155
ROZVOJ ZDRAVIA V KONTEXTE VÍZIE STREDNEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ŠKOLY SKALICA

MIKLOVIČOVÁ Emília, KRISTOVÁ Jarmila 165
AGRESÍVNY PACIENT – KOMUNIKAČNÉ STRATÉGIE VERZUS PRACOVNÉ SKÚSENOSTI V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

ORLOVSKÁ Otília, KILÍKOVÁ Mária, MESÁROŠOVÁ Lucia 176
MANAŽMENT AKÚTNYCH STAVOV SESTROU ŠPECIALISTKOU BEZ FYZICKÉHO KONTAKTU S PACIENTOM

RATAJOVÁ Radka 184
AUDITY A JEJICH PŘÍNOS PRO OŠETŘOVATELSTVÍ

RAKOVÁ Jana 199
PARTICIPÁCIA SESTIER NA PREVENCII A AKTIVITÁCH V OBLASTI PODPORY ZDRAVIA

ROTTKOVÁ Jana 210
MOTIVÁCIA SESTIER PRACOVAŤ V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

ŠOLTÉSOVÁ Mária, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea 222
VPLYV HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE NA REGENERÁCIU PORÚCH SLUCHU

ŠULCOVÁ Petra 230
MANAGEMENT RIZIK V KARLOVARSKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICI

PREDHOVOR

Do istého okamihu, často do určitého veku máme všetci pocit, že sme nesmrteľní. A potom? Potom ochorieme a za zdravie by sme ochotne vymenili takmer všetko... Zdravie je najdôležitejšou a najcennejšou hodnotou ľudského života. Zdravie alebo pevné zdravie si navzájom prajeme pri rôznych oslavách, či už osobných, životných alebo spojených s príchodom nového roka alebo pri narodení dieťaťa.

Zdravie je v rámci spoločnosti všeobecne uznávaným meradlom jej vyspelosti v oblasti zdravotnej starostlivosti, ekonomiky, politiky a kultúry. V príspevkoch tohto vedeckého zborníka sme sa pokúsili poskytnúť čitateľom tzv. „zdravotnú gramotnosť“, ktorú možno chápať ako schopnosť jednotlivcov získať, spracovať a pochopiť informácie a situácie súvisiace so zdravím a/alebo so systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti a vedieť sa v týchto situáciách adekvátne rozhodnúť. Zdravotná gramotnosť je jedným z faktorov, ktoré formujú postoj k zdraviu a vedú k zdravému správaniu jednotlivcov.

Chápanie pojmu zdravia závisí od spoločnosti, v ktorej človek žije, od kultúrneho prostredia, súvisí so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka a z toho vychádzajú aj očakávania vo vzťahu k zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Zdravie a správanie ľudí nemožno od seba oddeliť. Zdravie je vo veľkej miere práve v „našich rukách“, je jednou zo základných metaparadigiem a je hybnou silou ošetrovateľstva bez hraníc.

V recenzovanom vedeckom zborníku sú uverejnené príspevky odborného a vedeckého charakteru autorov zo Slovenskej, Českej republiky a Rakúska tematicky zamerané na zdravie, kúpeľnú ošetrovateľskú starostlivosť a kvalitu v ošetrovateľskej praxi.
Tvorcovia zborníka – zostavovateľka, recenzentky a autori ponúkajú odbornej verejnosti, zdravotníckym pracovníkom z rôznych klinických disciplín, ale aj študentom odboru ošetrovateľstvo užitočné poznatky, rady a skúsenosti. Výber vedeckých prác je výsledkom vedecko-výskumnej činnosti sestier pôsobiacich na akademickej pôde a v klinickej praxi.

Za autorský kolektív
doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.

STRATÉGIE MANAŽMENTU ZMIEN AKO PODMIENKA ROZVOJA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

BALÚCHOVÁ Martina

ABSTRAKT

Zdravotníctvo prechádza rôznymi zmenami a jedným zo základných predpokladov jeho rozvoja a budúcej prosperity je cieľavedomé formovanie a realizácia kvalitného strategického manažmentu na úrovni subjektov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Správne nastavený a fungujúci systém riadenia organizácie s dôrazom na využitie stratégie ako nástoja znižuje fluktuáciu pracovníkov, pozitívne ovplyvňuje prestíž sesterskej profesie a v podstatnej miere podmieňuje rozvoj a ekonomickú prosperitu zdravotníckeho zariadenia v dlhodobej perspektíve. Sestry - manažérky používaním nových postupov riadenia, efektívnym rozhodovaním a využívaním praktických skúseností môžu významne prispieť k zavádzaniu zmien do procesu riadenia zdravotníckych zariadení. Vytvorenie strategického zámeru má zaistiť naplnenie smerovania zariadenia z dlhodobého hľadiska, s cieľom zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti, zabezpečiť stabilitu, konkurencie schopnosť a zároveň i efektivitu práce v organizácii.

Kľúčové slová: Manažment zmien. Stratégia. Strategický proces. SWOT analýza. Zdravotnícke zariadenie.

ÚVOD

České zdravotníctvo a zdravotnícke zariadenia sa nachádzajú v stave dynamicky rastúcej konkurencie. Slovo konkurencia v zdravotníctve nie je obvyklé, možno ho nahradiť „súťažou o vlastnú budúcnosť“, ale podstata zostáva rovnaká. Tradičná predstava mnohých i súčasných riaditeľov a manažérov zdravotníckych zariadení je, že ich nemocnice nie sú firmy či podnik a zdravotníctvo nie je vhodné riadiť, inovovať dnes už neobstojí. Manažéri v priemysle na rozdiel od manažérov zdravotníckych zariadení už na začiatku deväťdesiatich rokov pochopili dôležitosť tvorby základných strategických dokumentov, akými sú poslanie, vízia a hodnoty zariadenia.

Existencia týchto dokumentov je jednou zo základných podmienok pre získanie certifikátu kvality či akreditácie a zároveň je prostriedkom pre získanie podpory, angažovanosti a lojality zamestnancov vedúcich k rozvoju a prosperity zariadenia. Snahou zariadení v strategickom procese je nájsť nové, vhodnejšie metódy a postupy skvalitňovania, prípadne rozširovania služieb podľa požiadaviek prijímateľov, či žiadateľov dlhodobej starostlivosti, ktoré by priniesli zmenu a s ňou i úspech a rozvoj organizácie. Úspešnosť zariadení je závislá od pripravenosti a schopností ľudí, ktorí uskutočňujú dôležité rozhodnutia, zmeny. Zmena vedie k novým objavom, možnostiam či rozvoju. V súčasnej dobe mnoho sestier plní manažérske funkcie, role a využívaním teoretických vedomostí a praktických skúseností ovplyvňujú proces riadenia v systéme poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Sestry - manažérky používaním nových postupov riadenia, efektívnym rozhodovaním a využívaním praktických skúseností môžu významne prispieť k zavádzaniu zmien do procesu riadenia zdravotníckych zariadení.

STRATEGICKÝ MANAŽMENT ZMIEN

Strategický manažment zmeny ponúka potrebnú metodológiu i nástroje k vytvoreniu plánu a jeho realizácií vedúcich k úspešnému rozvoju zdravotníckych zariadení (Dražanová, 2008). V súčasných podmienkach, kedy sa podniky nachádzajú v neustále sa meniacom prostredí, ktoré so sebou prináša hrozby, ale i príležitosti k získaniu komparatívnych výhod, predstavuje strategický manažment zmeny kotvu, umožňujúcu analyzovať prítomnosť zariadenia na trhu, ale i v spoločnosti a zároveň naznačuje smer k vývoju organizácie. Práve fungujúce strategické riadenie predstavuje pre organizáciu významnú konkurenčnú výhodu. Udáva jej jasný smer, predstavuje spojenie, ktoré zaistí, že sa všetko, čo podnik uskutočňuje, uberá v jednom správnom strategickom smere. Strategický manažment zmeny môžeme chápať ako určitú schému postupu, ktorá naznačuje, ako za presne stanovených podmienok dosiahnuť vytýčené ciele. Ide o prehľad možných krokov činností, ktoré sú prijímané zariadením aj napriek neznalosti budúcich okolností, podmienok súvislostí, kedy nie je možné presne označiť jednotlivé výhody, či nevýhody pre budúce rozhodovanie (Armstrong, 2007). Manažment zmien je v súčasnosti všade prítomným aspektom organizačného správania sa. Zmena úzko súvisí s formovaním organizačnej kultúry, dizajnom a organizačným či manažérskym rozvojom. Je podstatou a základom organizačnej dynamiky. Prax ukazuje, že zmeny v organizáciách sú na vzostupe a

potreba zmien sa zvyšuje. Zaoberať sa zmenou je dôležitá súčasť manažérskej práce. Tvorí jednu z jej najdôležitejších úloh. Manažment zmien je predpokladom pre udržanie sa na trhu, zlepšovanie svojej pozície, otázkou samotného prežitia. V súčasnej dobe tvorba stratégie, jej implementácia a realizácia, spoločne s monitoringom, hodnotením výkonnosti a efektivity práce a nasledujúcimi možnými korektívnymi opatreniami je nevyhnutnou a podstatnou podmienkou rozvoja organizácie v kontexte plnenia role v oblasti poskytovania kvalitných zdravotníckych služieb. Úlohou manažmentu v praxi je zmeniť človeka, skupinu ľudí, firmu či inú organizáciu do želaného stavu. Zmena je cestou k úspechu, respektíve udržaním konkurencieschopnosti. Manažment zmien a inovácií je súčasťou každého úspešného podniku. Strategický manažment vytvára priestor pre rozvoj organizácií a zaoberá sa formuláciou stratégie, jej implementáciou a následnou kontrolou. Jadrom strategického manažmentu je stratégia. Fotr et al. (2012) ďalej uvádza, že manažérska stratégia tvorí základ každého strategického plánu a je nositeľkou realizácie daného zámeru. Dobrá stratégia musí ovplyvniť firemnú kultúru a zároveň i myslenie zamestnancov. Stratégia musí podnecovať zamestnancov, aby sa sami iniciovali pri hľadaní cesty k realizácií strategických cieľov. A práve táto participácia stimuluje zamestnancov k tvorbe stratégií, rozvíjaniu tvorivej aktivity, odstráneniu zbytočných pracovných porád. Participácia zamestnancov vytvára priestor pre kvalitnú odbornú činnosť, prácu personálu a samozrejme pre kontakt s klientom/pacientom. Cieľom stratégie je dospieť k súmernosti všetkých zložiek zariadenia a vytvoriť fungujúci a jednotný celok pre ďalšiu prosperitu.

POTREBA ZMIEN V ZDRAVOTNÍCTVE

Rapídny rozvoj ošetrovateľstva vo svete má zásadný vplyv i na ošetrovateľstvo v Českej republike. Schopnosť sestry - manažérky kreatívne myslieť je rozhodujúcim faktorom v procese transformácie v zdravotníctve. Kreativita je chápaná ako schopnosť vymyslieť niečo nové, hľadať spôsoby, cesty, ako veci zlepšovať. Je to postoj prijímať zmeny a inovácie, ochota tvorivo myslieť a vytvárať nové možnosti (Škrla et al., 2003). Kreativita je neoddeliteľnou súčasťou sestry - manažérky v procese zmeny, pretože rovnako ako kvalita, predstavuje rozhodujúci faktor pri budovaní zdravotníckeho zariadenia, kde kvalita poskytovanej starostlivosti rozhodne o jeho budúcom rozvoji. Technologické inovácie, globalizácia, nové

liečebné metódy, sa stávajú kľúčovým faktorom pre transformáciu. Významní predstavitelia manažmentu tvrdia, že zmeny sa v tomto storočí stanú normou (Škrla et al., 2003).

SESTRA – MANAŽÉRKA A JEJ ÚLOHA V PROCESE ZMIEN

Perikles je vzorom klasickej podoby stratéga. Tvrdí, že „*stratég by mal vidieť to, čo iní nevidia*". Zdôrazňoval, že stratégovia sa nemajú sústreďovať iba na tvorbu vízií a stratégií, ale úspešnosť stratégie závisí aj od schopnosti stratégov získať si podporu pre svoje myšlienky, presvedčiť iných o účinnosti stratégie. Stratégia nevyžaduje iba myslenie, ale aj konanie. Strategický manažér je tvorcom stratégie, ktorý musí prejaviť tvorivosť, intuíciu, originálnosť a súčasne je realizátorom stratégie, musí byť presvedčivý pri jej propagácii, vytrvalý pri riešení problémov a konfliktov a schopný administrátor ovládajúci každodenný chod podniku. Požiadavky na prácu strategického manažéra sú mimoriadne náročné, rozsiahle, zložité a dokonca protirečivé. Je nositeľom role tvorcu a súčasne realizátora stratégie, predkladá vzdialené vízie a pevne sa drží reality, ktorú podrobne analyzuje a vyhodnocuje. Vedie svojich podriadených k dosahovaniu odvážnych cieľov v budúcnosti, podnecuje ich nadšenie a súčasne riadi každodenný chod podniku. Zdravotnícky manažment je odbor, ktorý v blízkej budúcnosti bude stále častejšie ovplyvňovať kľúčové rozhodovanie manažérov v zdravotníckych zariadeniach. Rastie zdravotná gramotnosť klientov/pacientov a ich požiadavky pri nákupe zdravotnej starostlivosti enormne rastú. Práve aj z týchto dôvodov je potrebné, aby kompetencie zdravotníckych manažérov rástli, aby sa zdravotnícky manažment zaradil medzi atraktívny, kariérne perspektívny pre tých, ktorí preferujú inovatívny, hodnotovo orientovaný, náročný spôsob myslenia manažérskej práce.

STRATEGICKÁ ANALÝZA V PROCESE ZMIEN, CHARAKTERISTIKA, CIEĽ

Strategická analýza má pri diagnostike zmeny veľmi dôležitú úlohu, pretože umožňuje manažmentu zdravotníckeho zariadenia pomocou strategickej analýzy si uvedomiť aká je súčasná situácia, aké má predpoklady k úspechu, či neúspechu a na čo by sa mal manažment v súčasnosti zamerať a kam smerovať. Analýza prostredia v procese zmeny je jedným z najdôležitejších krokov, ktorý musí každý manažér - stratég realizovať. Cieľom strategickej analýzy je identifikovať, analyzovať a evaluovať všetky faktory potenciálnych vplyvov

na finálnu podobu stratégie, prípadne cieľov a to v ich vzájomných súvislostiach. Dôležité je analyzovať nielen súčasné trendy a javy, ale tiež prognózovať smery budúceho vývoja, prípadne budúcnosť aktívne vytvárať. Na základe získaných analýz sa definuje strategické smerovanie organizácie, aby svoje poslanie a víziu v dlhodobom časovom horizonte mohla implementovať a realizovať v praxi, a tým prispela k zvyšovaniu kvality starostlivosti a efektivity práce. Analýzou prostredia sa získavajú validné informácie k spracovaniu SWOT analýzy, ktorá je kľúčovým faktorom pri tvorbe stratégie. Je potrebné zdôrazniť, že cieľom strategickej analýzy nie je analyzovať všetky zložky jednotlivých faktorov, ale identifikovať len tie, ktoré majú pre zdravotnícke zariadenie rozhodujúci význam a ovplyvňujú jeho rozvoj a efektivitu.

PREDMET PRIESKUMU, CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNEJ VZORKY, METODIKA

Chronicare s. r. o. je špecializované oddelenie zamerané na poresuscitačnú následnú intenzívnu starostlivosť o chronických klientov, ktoré zabezpečuje efektívnejší, koordinovanejší a plynulejší prechod ventilodependentného klienta do domáceho prostredia a jeho starostlivosť i mimo nemocničného prostredia. Prieskumnú vzorku tvorilo celkom 176 respondentov, zložených z lekárov, top manažérov, zamestnancov, pacientov hospitalizovaných v období realizácie prieskumu a ich rodinní príslušníci, čím sme získali dostatočne validnú vzorku pre objektívnosť a reliabilitu výsledkov. V prieskume sú spracované výsledky spoločne s analýzou dát, s deduktívnou interpretáciou strategického plánu a následne s jeho evaluáciou do jednotlivých analýz. Vytvoril sa tak základ pre tvorbu nového strategického plánu doplneného o zlepšujúce opatrenia. Technikou rozhovoru Focus Group bola získaná báza informácií k tvorbe SWOT analýzy daného zdravotníckeho zariadenia. Focus Groups boli realizované v období január 2016 – október 2016.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Analýza makroprostredia

Analyzovali sme prostredie, v ktorom sa v súčasnej dobe oddelenie Chronicare s. r. o. nachádza. Komplexne spracovaná analýza vonkajšieho prostredia, uvedená v tabuľke 1, nám dáva prehľad o faktoroch externého prostredia v dlhodobom horizonte, ktoré konkrétne zdravotnícke

zariadenie ovplyvňujú. Z množstva uvedených faktorov sme analyzovali iba tie, ktoré sa v minulosti ukázali ako zásadné pre činnosť zdravotníckeho zariadenia. Z hľadiska makroprostredia sú to podmienky spoločné prakticky všetkým zdravotníckym zariadeniam v ČR. Výrazným negatívom je *súčasná legislatíva*, nízka alebo žiadna participácia medzi rezortami zdravotníctva a sociálnej starostlivosti. Z ekonomického hľadiska došlo v ostatných rokoch relatívne ku stabilizácii systému, ale napriek tomu zostávajú niektoré problémy nedoriešené. Predovšetkým enormný nárast nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zhoršujúce sa demografické ukazovatele budú v najbližších rokoch vyžadovať systémové riešenia. Veľkou hrozbou pre celý segment dlhodobej starostlivosti sa v analýze javí nepripravenosť zložiek sociálnych služieb s ohľadom na demografický starnúcu populáciu, prevalenciu chronických ochorení a enormný nátlak poisťovní na lôžka poskytujúce dlhodobú zdravotnú starostlivosť. Do budúcnosti je nevyhnutné podporiť rozvoj sociálneho systému, nadviazať väčšiu kooperáciu jednotlivých zložiek, vytvoriť koordinovanejší prechod z lôžkovej starostlivosti do domáceho prostredia a zaistiť dostatočnú úroveň zdravotných služieb i mimo zdravotníckych zariadení.

Tabuľka 1 Zhrnutie SLEPT (PEST) analýzy makro prostredia

S	**SOCIÁLNE FAKTORY**	
Rast požiadaviek K/P na kvalitu zdravotných a sociálnych služieb	ZZ ponúka štandardnú ponuku zdravotných služieb pre K/P.	Problémy verejných financií, zdravotníctva a sociálnej politiky s možnosťou reformy.
V portfóliu ZZ by sa segment K/P s dependenciou mal navyšovať.	Konkurenčné prostredie je zvýhodnené v oblasti ponuky preventívnych programov. Zmena postoja K/P v ponímaní zdravia a zdravotnej starostlivosti.	Postupné zmeny v demografickom vývoji spoločnosti (starnutie populácie, efektívnejší spôsob liečby).
L	**LEGISLATÍVNE FAKTORY**	
Zákony a právne postupy, zmeny v procesných a hmotných úpravách právnych predpisov.	Snaha o zaistenie transparentnosti právneho systému a istoty v zdravotnej politike.	Legislatívne zmeny v oblasti vzdelávania a personálnej politiky lekárskych i nelekárskych pracovníkov.
E	**EKONOMICKÉ FAKTORY**	

Stav a fungovanie ekonomiky, s ohľadom na enormný nárast štátneho dlhu.	Lacné ľudské zdroje v rámci EU. Zvýšená konkurencia a rapídne zmeny v cenovej politike.	Postupný odliv kvalifikovaných pracovných síl, negatívny vplyv na rast a rozvoj ekonomiky štátu.
P	**POLITICKÉ FAKTORY**	
Reforma vo verejných financiách a jej dopad na segment zdravotníctva.	Negatívny vplyv na personálne zdroje v ZZ, problémy s finančným ohodnotením.	Legislatívne opatrenia Ministerstva zdravotníctva ČR.
T	**TECHNOLOGICKÉ FAKTORY**	
Zvyšovanie a zlepšovanie informačného a technologického zázemia.	Zvyšujúci sa počet informačných zdrojov, s ktorými môže ZZ pracovať.	Modernizácia prístroj. techniky a uplatnenie modernejších postupov.

(Zdroj: Autorka)

Analýza mikroprostredia

Najvýznamnejšou príležitosťou zdravotníckeho zariadenia na základe vyššie uvedenej matice je ***Nenasýtený trh v oblasti poskytovania DUPV (domáca umelá pľúcna ventilácia) a jej participácia*** s najvyššou dosiahnutou hodnotou 1,5. Tento faktor bude tvoriť základ pre tvorbu stratégie. Na 2. a 3. mieste sú faktory číslo 1 a 2, za ktorými hneď nasleduje možnosť tvorby dynamického plánu zmien. Naopak najväčšiu hrozbu pre zariadenie predstavuje faktor číslo 2, teda odliv vysokokvalifikovanej pracovnej sily do zahraničia hodnotou 1,2. Veľký vplyv má aj hrozba substitútov chápaných ako zložky sociálnych služieb. Na základe týchto výsledkov musí zdravotnícke zariadenie venovať veľkú pozornosť vzniku potenciálnych faktorov a vynaložiť snahu na využitie príležitostí z externého prostredia a zároveň znížiť vplyv možných hrozieb.

Syntéza slabých a silných stránok deklaruje 16 položiek. Na základe výsledkov slabých a silných stránok uvedených v tabuľke 3 je zrejmé, že zdravotnícke zariadenie sa opiera o stredne silnú internú pozíciu, smerujúcu k silnej pozícií s vysokým potenciálom splnenia strategického zámeru. Pri eliminácií niektorých slabých stránok je schopný dosiahnuť svoje stanovené ciele a zlepšiť svoje postavenie na trhu. Medzi najdôležitejšie silné stránky patrí adekvátne finančné zdroje, potenciál pre kooperáciu a záujem personálu o vzdelávanie s hodnotením **1,5**, **1,0** a **0,4**.

Každá silná stránka je úspechom samotnej firmy. Z hľadiska strategickej perspektívy sú dôležité práve silné stránky zdravotníckeho zariadenia, pretože budú tvoriť základ, na ktorom sa vybuduje stratégia a konkurenčná výhoda. Silné stránky využijeme pre spracovanie strategického plánu a položky s najvyššou hodnotou a dôležitosťou budú tvoriť základňu pre formuláciu strategického zámeru. Najvýznamnejšou slabou stránkou zdravotníckeho zariadenia je absencia kooperácie so zložkami sociálneho systému s hodnotením **1,5** a následne nejasný strategický zámer zariadenia **0,4.** Intervenciami v oblasti slabých stránok sa budeme snažiť eliminovať ich alebo ich využiť a prepracovaním získať prínos pre oddelenie do budúcnosti.

Je potrebné, aby zariadenie eliminovalo slabú stránku v oblasti kooperácie sociálneho systému, pretože tento faktor môže radikálne ovplyvniť ďalšie smerovanie organizácie. Zdravotnícke zariadenie musí venovať zvýšenú pozornosť eliminácii alebo zníženiu rizika slabej stránky v oblasti sociálneho zabezpečenia zamestnancov. Ľudský faktor je najdôležitejším faktorom, ktorý proces transformácie ovplyvňuje, preto v strategickom zámere je nutnosť predmetnú slabú stránku zdravotníckeho zariadenia riešiť. Významným krokom je využitie dobrého mena medzi klientmi/pacientmi a ich príbuznými, ktoré patrí medzi silnejšie články jeho fungovania.

Tabuľka 2 Syntéza a vyhodnotenie príležitostí a hrozieb

Príležitosti (O)		**Váha (V)**	**Hodnota (H)**	**(V) x (H)**
1	Rozvoj spolupráce so zložkami primárnej oblasti a sociálneho systému	0, 3	4	1,2
2	Cieľavedomé využitie potenciálu ľudských zdrojov	0, 2	4	0,8
3	Nenasýtený trh v oblasti poskytovania DUPV (domáca umelá pľúcna ventilácia) a jej participácia	0, 3	5	**1,5**
4	Využitie potenciálu komunikačnej techniky	0, 1	3	0,3
5	Možnosť tvorby dynamického plánu zmien	0, 1	5	0,5
Celkom príležitosti		**1**	**21**	**4,3**
Hrozby (T)				

1	Nepripravenosť zložiek sociálnych služieb s ohľadom na demografický vývoj	0,3	-3	0,9
2	Odliv vysokokvalifikovanej pracovnej sily do zahraničia	0,4	-3	**1,2**
3	Odmietavý postoj poisťovní k riešeniu sociálno-zdravotnej politiky	0,2	-5	1,0
4	Pokles kvality poskytovanej dlhodobej starostlivosti	0,1	-4	0,4
Celkom hrozby		**1**	**-15**	**3,5**

(Zdroj: Autorka)

Tabuľka 3 Vyhodnotenie slabých a silných stránok

Silné stránky (S)		**Váha (V)**	**Hodnota (H)**	**(V) x (H)**
1	Adekvátne finančné zdroje	0,2	5	**1,0**
2	Potenciál pre kooperáciu zložiek primárnej starostlivosti a poisťovní	0,3	5	**1,5**
3	Inovačná schopnosť ZZ a záujem top manažérov i zamestnancov o zmenu	0,1	4	0,4
4	Dobré meno u klientov	0,1	2	0,2
5	Záujem personálu o vzdelávanie a zvyšovanie kvalifikácie	0,1	4	**0,4**
7	Vysoká obsadenosť mužského pohlavia v statuse sanitár, ošetrovateľ	0,1	2	0,2
8	Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti	0,1	3	0,3
Celkom silné stránky		**1**	**25**	**4**
Slabé stránky (W)		**Váha (V)**	**Hodnota (H)**	**(V) x (H)**
1	Nejasný strategický zámer	0, 2	-3	**0,6**
2	Absencia kooperácie so zložkami sociálneho systému	0, 3	-5	**1,5**
3	Absencia manažmentu diverzity a integrácie	0, 1	-1	0,1

4	Fluktuácia ľudských zdrojov, vysoké vyťaženie a nedostatočné vzdelávanie zamestnancov	0, 1	-2	0,2
6	Nedostatočné sociálne zaistenie pre zamestnancov	0,1	-2	0,2
7	Nedostatočná konkurencie schopnosť	0, 1	-1	0,1
8	Slabá interná i externá komunikácia	0, 1	-2	0,2
Celkom slabé stránky		**1**	**-20**	**2,9**

(Zdroj: Autorka)

SWOT analýza

Na základe externej a internej analýzy sme získali potrebné údaje pre vytvorenie konečnej SWOT matice. Zostavenie matice SWOT analýzy umožňuje a zjednodušuje porovnávanie celkových hodnôt vonkajších príležitostí a rizík s vnútornými silnými a slabými stránkami zariadenia znázornených v tabuľkách 2 a 3. Stratégie **SO** znamená využitie silných stránok vnútorného prostredia s využitím príležitostí z vonkajšieho prostredia. Výber strategickej alternatívy vychádza z kvantitatívneho i kvalitatívneho porovnania externých aj interných faktorov tak, aby bola zvolená najefektívnejšia stratégia pre NIP Chronicare s. r. o. Pre tvorbu novej stratégie v procese manažmentu sme zmien zvolili stratégiu využitia príležitostí s aplikovaním silných stránok ZZ, stratégiu SO.

Tabuľka 4 Prehľad hodnôt jednotlivých analýz

Faktor	Silné stránky S	Slabé stránky W	Príležitosti O	Hrozby T
Celkom	**4**	2,9	**4,3**	3,5

(Zdroj: Autorka)

Modifikácia stratégie

Poslednou fázou v procese strategického riadenia je samotná implementácia strategického plánu, či samotných stratégií do praxe. Úspešnosť a prínos navrhnutej stratégie je závislá práve na implementácii a realizácií v konkrétnom zdravotníckom zariadení. Stratégia je neoddeliteľnou súčasťou každého zariadenia, a preto je veľmi dôležité venovať jej tvorbe veľkú pozornosť, aby bolo zdravotnícke zariadenie úspešné, prosperujúce, aby dokázalo fungovať efektívne a kvalitne. Proces strategického plánu zmien má za úlohu zaistiť naplnenie strategického smerovania zariadenia v súčasnosti a v budúcnosti, s cieľom zvýšenia kvality poskytovanej starostlivosti a efektivity práce. V časovej analýze je uvedený časový harmonogram jednotlivých krokov realizácie strategických plánov. Niektoré opatrenia sú realizované súčasne s vypracovaním efektivity práce, iné vyžadujú časovú náročnosť. Daný harmonogram je znázornený na časovej osi, uvedenej nižšie, predstavujúci obdobie od júna 2017 do marca 2018. Obdobie je ohraničené časovým horizontom a jednotlivé kroky, termíny ich realizácie sú uvedené v tabuľke 5.

Tabuľka 5 Harmonogram realizácie strategických plánov

INTERVENCIA STRATETIGICKÝCH PLÁNOV		**Termín realizácie**
1.	Zriadenie pracovnej pozície“ koordinátora následné péče“, zriadenie pozície koordinátora DUPV	6/2017
2.	Tvorba metodiky DUPV a edukačných plánov	6/2017
3.	Zostavenie edukačného tímu	6/2017
4.	Úprava platovej politiky a benefitov	6/2017
5.	Plán vzdelávacích aktivít, seminárov pre rok 2017/2018	7/2017
6.	Úprava pracovného prostredia a nastavenie sociálnej politiky v oblasti starostlivosti o zamestnancov	7/2017
7.	Manažment diverzity prijatie osoby zdravotne znevýhodnenej a tvorba náplne práce	7/2017
8.	Vypracovanie návrhu propagačného letáku s novou stratégiou	8/2017
9.	Externá komunikácia, úprava webových stránok s prezentáciou oddelenia Chronicare	9/2017
10.	Kooperácia zložiek sociálneho systému v procese DUPV a edukácia praktických lekárov a sestier ADOS	10 - 11/2017

11.	Realizácia odborného seminára pre zamestnancov	12/2017
12.	Vydanie edukačnej brožúry pre K/P DUPV	12/2017
13.	Realizácia kreatívnych inzercií v mediach	6/2017 – 3/2018
14.	Zhodnotenie jednotlivých etáp realizácií akčných plánov	1 - 2 /2018

(Zdroj: Autorka)

DISKUSIA

Potreba reformy systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti a legislatívne ošetrenie systému dlhodobej starostlivosti je nevyhnutná. Súčasný systém starostlivosti o chronických pacientov je dlhodobo „zakonzervovaný“ a neumožňuje reagovať na zmeny potrieb spoločnosti. Zmeny vyvolané technickým a technologickým vývojom prinášajú zmeny i do segmentu zdravotníctva, ktoré sa premietajú do pomerov, vzťahov a financovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Zvyšovanie tlaku zo strany zdravotných poisťovní a znižovanie transakčných nákladov sa prejavujú znižovaným úhrad v súvislostí s počtom hospitalizovaných dní.

Dôraz by mal byť kladený na vyššiu mieru spolufinancovania zdravotných poisťovní na domácu starostlivosť. Vyššou informovanosťou a zapojením ostatných zložiek systému dlhodobej starostlivosti, by malo smerovať k nastaveniu efektívneho fungovania segmentu v súlade s etickými normami, ktoré riešime v strategickom pláne nášho prieskumu.

MZ ČR pripravilo v rámci programu *Zdravie 2020 - Národná stratégie ochrany podpory zdravia a prevencie chorôb* jedenásť akčných plánov. Snahou akčného plánu je riešiť kontinuálne zvyšovanie kvality následnej dlhodobej a domácej starostlivosti, zlepšenie dostupnosti indikovanej starostlivosti v súlade s demografickým vývojom populácie, zvýšenie efektivity poskytovaných služieb následnej dlhodobej a domácej starostlivosti. Z uvedeného dôvodu MZ ČR v júni 2017 vypísalo výberové konanie k realizácií jedného z jedenástich akčných plánov s cieľom vytvoriť nový, inovatívnejší pilotný program DUPV. Nakoľko iniciátorom transformácie v nastávajúcom projekte sme boli práve my, rozhodli sme sa túto príležitosť využiť so snahou vytvoriť fungujúci systém poskytovania dlhodobej starostlivosti. Spoločnosť Chronicare s. r. o. sa daného výberového konania zúčastnilo, predložilo plán v procese zmeny a na základe inovačných stratégií výberové konanie *vyhralo*. Stalo sa tak výhradným poskytovateľom DUPV v ČR.

Nemožno nespomenúť odkaz jedného z najväčších českých velikánov, *Tomáša Baťu*, ktorý vo veľmi významnej miere ovplyvnil podnikateľskú históriu. Svoj podnikateľský úspech dosiahol predovšetkým vďaka svojej húževnatosti, odhodlaniu a osobnému prístupu k zákazníkovi, čím je inšpiráciou i v súčasnosti. T. Baťa videl svoju divíziu v kladnom prístupe k inováciám a novinkám. Nebál sa zavádzať nové postupy, metódy či riadenie zamestnancov. Jeho stratégia, ktorá vychádzala z individuálneho prístupu k jedincovi ako i k zamestnancovi či zákazníkovi sa stala i našim mottom. Vo veľkej miere vyzdvihujeme správanie sa T. Baťu k pripomienkam a podnetom od zamestnancov. Už pred 80 rokmi takto získané informácie nekončili u neho v koši, ale boli využívané pre ďalší rozvoj jeho firmy. Snažil sa zmeniť myslenie klienta či zamestnanca, a tým vybudovať životaschopnú firmu. Úpravou stratégie v oblasti komunikácie plánujeme i my pozitívne prispieť k revitalizácií zariadenia aj na úrovni medziľudských pracovných vzťahov.

Chronicare s.r.o. je presvedčený, že motivácia je kľúčom k úspešnému fungovaniu spoločnosti. Domnievame sa, že znalosť a využitie teórií motivácie v procese manažmentu zmeny nám umožní vytvorenie takých motivačných procesov a pracovného prostredia, ktoré podporí sestry pri uplatňovaní svojich schopností, kreativity, s cieľom naplniť vlastné potreby a zároveň participovať na plnení cieľov zariadenia. Je reálným predpokladom, že dobre motivovaný zamestnanec pracuje efektívne, lebo si je vedomý, že jeho úsilie podporuje záujmy ZZ, ale i zároveň uspokojuje svoje vlastné potreby. Súhlasíme s názorom Kolmana (2012), že i realizátor zmeny, tj. sestra manažérka, musí byť dobre motivovaná, aby dokázala prirodzene a správnym spôsobom motivovať subjekt zmeny. Motiváciu v procese zmeny chápeme ako kľúčovú, pretože vytvorenie pracovného prostredia a atmosféry, ktoré umožnia uspokojiť potreby zamestnancov Chronicare s.r.o., budú stimulovať a aktivovať k efektívnemu pracovnému výkonu v prospech pacientov, ale i zdravotníckeho zariadenia ako objektu zmeny. V súčasnosti sa stretávame so zníženou pracovnou motiváciou v dôsledku nedostatočného finančného ohodnotenia, nedostatku personálu, nevhodných pracovných podmienok, či nedostatku sociálnej podpory zo stany zamestnávateľa, ktorá veľkou mierou dokáže ovplyvniť ďalší rozvoj zdravotníckeho zariadenia. Taktiež výsledky nášho prieskumného bádania nám potvrdili, že uvedené faktory demotivačne pôsobia na pracovný proces v zdravotníckom zariadení, a preto ich riešenie sa stalo pre nás prioritou pri tvorbe strategických plánov (Pokojová 2010).

Domnievame sa, že faktory, ktoré ovplyvňujú negatívne rast zariadenia a v nemalej miere i pracovnú spokojnosť zamestnancov, by manažéri mali poznať, evaluovať a získané fakty využiť na tvorbu strategických plánov. Podľa výskumu Zacharovej (2010) sú najčastejšie sestrami uvádzané demotivačné faktory predovšetkým zle nastavený systém odmeňovania, nevyhovujúce organizačné i pracovné podmienky a negatívne javy v súvislosti s interpersonálnymi vzťahmi v organizácii. Podobné výsledky vyplývajú i z prieskumu Hadašovej a Rusnákovej (2007), kde ako najvýznamnejší demotivačný faktor uvádzajú jednoznačne finančné nedocenenie. Súhlasíme s názorom, že úspešnosť a dobré meno zdravotníckeho zariadenia je založené na ľudskom potenciály. Spokojnosť sestier, či nadšenie z práce je tiež cenným nástrojom pre zlepšovanie kvality poskytovanej starostlivosti.

Spokojný personál prejavuje lojalitu, má sklon prijímať a akceptovať zmenu, či rozhodnutia. Pozitívna atmosféra na pracovisku a uspokojenie z práce je výsadou sestry manažérky, ktorá dokáže byť pre zamestnancov oporou a stabilitou i v procese zmeny (Pokojová, 2010). Ako uvádzajú Hadašová, Rusnáková (2007) základom úspechu a rozvoja organizácie je pozitívna atmosféra, inšpirujúce pracovné prostredie, kvalitné pracovné podmienky, interpersonálne vzťahy a efektívna komunikácia s možnosťou osobného rastu zamestnancov.

ZÁVER

Dlhodobá, chronická intenzívna starostlivosť prešla v ostatných desaťročiach aj v ČR rozsiahlym vývojom. Zlepšila sa kvalita a dostupnosť poskytovaných služieb a výrazne sa zvýšil počet poskytovateľov v danej oblasti. V konkurenčnom prostredí je Chronicare nútené neustále potvrdzovať opodstatnenosť svojho pôsobenia na trhu, čo si vyžaduje vyberať a využívať správne manažérske nástroje. Poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti patrí v súčasnosti medzi náročné úlohy všetkých poskytovateľov služieb, bez ohľadu na to či fungujú ako súkromné alebo štátne organizácie. Najdôležitejším kritériom, podľa ktorého si pacienti vyberajú zdravotnícke zariadenie je kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorú je možné vo veľkej miere ovplyvniť správnym a efektívnym riadením organizácie. Úspešnosť inštitútov závisí od pripravenosti a schopností ľudí, ktorí uskutočňujú a sú zodpovední za rozhodnutia. Schopnosť rozhodovať sa v meniacom a ťažko predvídateľnom prostredí si vyžaduje ovládanie vhodných metód a techník, predovšetkým uplatňovanie strategického myslenia, s čím úzko

súvisí využívanie účinných prístupov a postupov v manažérskej praxi. Správne rozhodnutia manažmentu vo všetkých oblastiach sú základným predpokladom spojeným s konkurencieschopnosťou zariadenia, zabezpečením jeho dlhodobého rastu, rozvoja a etablovania sa v poskytovaní zdravotných služieb v jednotlivých segmentoch.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ARMSTRONG, M. 2007. *Řízení lidských zdrojů* : Nejnovější trendy a postupy. 10. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

DRAŽANOVÁ, M. 2008. *Konkurenceschopnost a vybrané aspekty strategických rozhodnutí na etapách inovačního cyklu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 27 s. ISBN 978-80-245-118022.

FOTR, J. 2012. *Tvorba strategie a strategické plánování*: teorie a praxe. Praha : Grada Publishing, a.s.,2012. 381 s. Expert. ISBN 978-80-247-3985-4.

HADAŠOVÁ, L., RUSNÁKOVÁ, R. 2007. Podpora motivačnej stratégie v ošetrovateľstve. In *Sestra a lekár v praxi: časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov.* 2007. roč. 6, č. 7-8, s. 20-21. ISSN 1335-9444.

KOLMAN, L. a kol. 2012. *Motivace, produktivita a způsob života*. Praha : Linde, 2012. 191 s. ISBN 978-80-7201-892-5.

POKOJOVÁ, R. 2010. Hodnocení zaměstnanců jako součást kariérního růstu. In *Sestra*. 2010. roč. 20, č. 12, s. 24-26. ISSN 1210-0404.

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ZACHAROVÁ, E. 2010. Motivační faktory v sesterském povolání. In *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 6, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

Kontakt na autorku:

Bc.Baluchová Martina DiS.

Zemědělská 4A

Jablonec nad Nisou 466 05

+420 773 682 914

ATEROSKLERÓZA Z HĽADISKA AUTOIMUNITY

BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ Stanislava, BIRÓ Csaba

ABSTRAKT

Na základe nových vedeckých poznatkov je ateroskleróza vnímaná ako autoimunitná choroba. Ateroskleróza sa vyskytuje prevažne v rozvinutých krajinách s tzv. západným štýlom života, kde predstavuje závažný zdravotný a celospoločenský problém. Z genetického hľadiska je známych asi 160 génov, ktoré sa zúčastňujú na vývoji aterosklerózy. Z hľadiska autoimunitných procesov sa zistilo, že k hlavným zmenám dochádza na úrovni endotelu. Na endotely a subendoteliálne vzniká zápalová reakcia, ktorá má všetky črty autoimunitného procesu. Dochádza aj k celkovým a lokálnym prejavom tohto imunitného zápalu, ktoré sa dajú biochemicky merať resp. diagnostikovať. Do takto zmeneného terénu z krvi do subintimálneho priestoru preniká hlavne oxidovaný LDL, ktorý je následne fagocytovaný makrofágmi. Tie sa menia na penové bunky, ktoré sú základom vzniku samotného lipoidného resp. lipidového plátu, ktorý je prvým morfologickým znakom arterosklerotického procesu.

Kľúčové slová: Ateroskleróza. Autoimunita. Chlamydia pneumoniae. HSP60.

ÚVOD

Autoimunitné choroby kardiovaskulárneho systému zastupujú dve chorobné jednotky. Jednou je proces aterosklerózy a druhou je reumatická horúčka. Ateroskleróza sa vyskytuje prevažne v rozvinutých krajinách charakterizovaná tzv. západným štýlom života, reumatická horúčka naopak najviac v rozvinutých krajinách. Ateroskleróza v rozvinutých krajinách predstavuje vážny zdravotný a celospoločenský problém. Jej následky sú na prvom mieste v rebríčku úmrtnosti ich obyvateľov. Súvisí hlavne s nadmerným energetickým príjmom, faktormi vonkajšieho prostredia, stresom, ktoré podporujú rozvoj zápalových procesov najprv tzv. reverzibilnej aterosklerózy, ktoré časom vyúsťujú do procesov ireverzibilnej aterosklerózy, ktoré končia vážnymi klinickými následkami v podobe ischemickej choroby srdca, infarktu myokardu, periférnych vaskulárnych chorôb (Buc, 2016).

Ateroskleróza postihuje tepny. Teória venosklerózy v dnešnej doby nie je jasná. Aterosklerotické (arteriosklerotické) zmeny vznikajú v intime tepien. Z morfologického hľadiska ateroskleróza sa rozdeľuje na tri stupne. Prvý stupeň tvoria lipoidné prúžky a lipoidný plát, v ktorom aterosklerotické zmeny sú ešte reverzibilné. Druhý stupeň tvorí fibrózny plát a aterómový plát a tretí stupeň tvoria aterómové vredy a kalcifikácie (Bednář, 1975). Druhý a tretí stupeň aterosklerózy patrí medzi ireverzibilné zmeny. V rámci prvého štádia v intime, subintimálne vznikajú tukové usadeniny vo forme prúžkov, vankúšikov, ktoré pôsobia na priľahlé a okolité spojivové tkanivo intimi a médie vo forme hypoxie, ktoré vedie k následnej fibrotizácii a k tvorbe aterómových plátov, ktoré neskôr exulcerujú alebo kalcifikujú. Samotná fibróza je podporovaná aj samotným cholesterolom resp. kryštálikmi cholesterolu, ktoré typicky posilňujú fibroplastické procesy s aktiváciou samotných fibroblastov a tvorbou väziva (Bednář, 1975). Celkovo pri ateroskleróze dochádza k zhrubnutiu steny tepny v dôsledku celulizácie steny tepny počas aterosklerotického procesu s makrofágmi, proliferáciou buniek hladkej svaloviny médie, postupným zmnožením prevažne kolagénových vlákien, ktoré sú produkované aktivovanými fibroblastmi a hromadením cholesterolu resp. cholesterolových kryštálikov subintimálne (Buc, 2016).

Z biochemického hľadiska tuky medzi črevom, pečeňou, tepnami a periférnymi tkanivami sa prenášajú vo väzbe na lipoproteíny, ktoré sa nazývajú ako endogénne lipidy. Endogénne lipidy sú syntetizované v pečeni a vylučované do krvi, fyziologicky sú súčasťou krvnej plazmy resp. bielkoviny krvnej plazmy, vo vode sú nerozpustné a sú viazané na bielkoviny – apoproteíny, s ktorými spolu vytvárajú komplexy lipoproteínov (Buc, 2016). Lipoproteíny na základe denzity, konfigurácie, elektroforetickej mobility delíme na chylomikróny, lipoproteíny s veľmi nízkou denzitou (very low density lipoproteins, VLDL), lipoproteíny so strednou denzitou (intermediate density lipoproteins, IDL), lipoproteíny s nízkou denzitou (low density lipoproteins, LDL), lipoproteíny s vysokou denzitou (high density lipoproteins, HDL). Celkovo lipoproteíny sú sférickou časticou, v ktorom rozoznávame jadro, ktoré je hydrofóbne, obsahuje triglyceridy (triacylglyceroly, TAG), esterifikovaný cholesterol a vonkajšiu periférnu časť, ktoré sú tvorené fosfolipidmi a cholesterolom, do ktorého sa ponárajú jednotlivé apoproteíny. Jednotlivé častice endogénnych lipidov (chylomikróny, VLDL, IDL, LDL, HDL) sa odlišujú naviazaným

apoproteínom, pomerom triglyceridov a esterifikovaného cholesterolu. Chylomikróny sú asociované hlavne apoproteínom ApoB-48, VLDL a IDL hlavne apoproteínom ApoE, LDL hlavne apoproteínom ApoB-100 a HDL hlavne apoproteínom ApoA1 (Buc 2016). Chylomikróny sú syntetizované v enterocytoch tenkého čreva. VLDL sú syntetizované v pečeni. IDL vzniká oxidáciou VLDL pôsobením hepatálnej lipázy. LDL vznikajú v rámci oxidácie IDL počas katabolizmu VLDL v pečeni, ich hlavnou úlohou je transport triglyceridov a cholesterolu z pečene do tkanív, buniek. HDL (subfrakcie HDL1, HDL2a, HDL2b, HDL3) sú syntetizované v pečeni, v enterocyte, k ich definitívnemu formovaniu dochádza v krvnej plazme a ich hlavnou funkciou je transport triacylglycerolov a cholesterolu z buniek, z bunkových membrán, z tkanív, z LDL do pečene (Biró, 2014). V rámci fyziologických pochodov cholesterol v tenkom čreve v enterocyte sa viaže na chylomikróny. Chylomikróny s naviazaným cholesterolom cez lymfatické cievy sa dostávajú do hlavného miazgovodu (ductus thoracicus), ktorý sa vlieva do podkľúčnicovej žily (vaena subclavia) do žilovej krvi, kde lipoproteínovou lipázou endotelových buniek žíl sa štiepia na triglyceridy a cholesterol. Cholesterol a triglyceridy (TAG) z krvi sa vychytávajú v pečeni, kde cholesterol buď podlieha β – oxidácii s tvorbou acetyl – CoA, ktorá ďalej vstupuje do Krebsovho cyklu s tvorbou redukovaných foriem koenzýmov, ktoré vstupujú ďalej do reakcií terminálnej oxidácie s tvorbou energie vo forme adenozíntrifosforečnej kyseliny (ATP), alebo vstupuje do syntetických procesov (syntéza steroidných hormónov), alebo sa vylučuje do žlče vo forme žlčových kyselín. Triglyceridy (triacylglyceroly, TAG) sa štiepia na glycerol, alebo sa z nich syntetizujú vyššie karboxylové kyseliny, mastné kyseliny, alebo sa vylučujú do žlče. V hepatocyte fyziologicky časť cholesterolu sa esterifikuje. Esterifikovaný cholesterol s TAG sa viaže na VLDL, ktorý je syntetizovaný v drsnom endoplazmatickom retikule (DER) hepatocytu ako nezrelý VLDL. VLDV s TAG a esterifikovaným cholesterolom sú vylučované do krvi. V krvi sa fyziologicky nachádzajú HDL lipoproteíny vo frakciách HDL2a, HDL2b, HDL3. Tieto jednotlivé frakcie HDL v rámci štruktúry môžu do seba prechádzať resp. sa meniť pôsobením lecitín cholesterolacyltransferázy a hepatálnej lipázy. Význam HDL frakcií je v tom, že v krvi vychytávajú voľný cholesterol z bunkových membrán, tkanív, LDL častíc - hlavne frakcia HDL3. V krvi dochádza k interakcii medzi nezrelými VLDL časticami a frakciami HDL2a a HDL2b pôsobením cholesteryl – ester transfer proteínu (CEPT), pomocou ktorého VLDL priberá cholesterol z HDL2a a odovzdáva TAG na HDL2b. Takto nezrelé VLDL častice v krvi

sa menia na zrelé VLDL častice s vyšším obsahom cholesterolu. Zrelé VLDL častice pôsobením lipoproteínovej lipázy endotelových buniek sa menia na IDL, ktorý je schopný priberať ešte väčšie množstvo cholesterolu z krvi. IDL s cholesterolom z krvi sa znovu vychytáva v pečeni v hepatocyte, kde 70% cholesterolu sa vylúči do žlče vo forme žlčových kyselín a 30% cholesterolu naviazaného na IDL pôsobením hepatálnej lipázy sa mení na LDL - z toho asi 20% LDL s cholesterolom ostávajú v pečeni, kde inhibujú tvorbu cholesterolu de novo, potláčajú syntézu bunkových receptorov pre LDL, aktivujú acylcholesterolacyltransferázu, následkom ktorého estery cholesterolu sa ukladajú do hepatocytov ako zásobný tuk, ktoré je základom fyziologickej steatózy pečene (maximálne do 5% z celkového objemu pečene, ktorá normálne váži priemerne 1,5 kg). Asi 10% LDL s naviazaným cholesterolom sa vylučuje do krvi a je fyziologicky transportovaný k jednotlivým orgánom, tkanivám, bunkám s receptormi pre LDL (v podstate všetky bunky v ľudskom organizme) pre ich ďalšie fyziologické fungovanie (Biró, 2014).

GENETIKA ATEROSKLERÓZY

Je dokázaná vyššia pravdepodobnosť výskytu aterosklerózy u monozygotných dvojčiat. V rámci genome – wide association studies (GWAS) sa identifikovalo asi 160 génov, ktoré spolupracujú na vývoji aterosklerózy. Z nich najdôležitejšie sú tri gény:
TLR4 gén s tvorbou Toll – like receptor 4, ktorý je receptorom lipopolysachyridov (LPS).
CD14 gén s tvorbou receptora pre komplex LPS – a proteín viažuci lipopolysacharid (LBP).
CCR2 gén kódujúci receptor pre chemokín MCP-1.
Nižšia pravdepodobnosť vzniku aterosklerózy sa pozorovala, ak v reťazci TLR4 v pozícii 299. sa nachádzalo namiesto glycínu kyselina asparágová.
Vyššia pravdepodobnosť vzniku aterosklerózy sa pozorovala u osôb v reťazci CD14 s alelou v pozícii 260. s treonínom a v reťazci CCR2 s alelou v 64. pozícii izoleucínom.

Autoimunitné a zápalové mechanizmy pri rozvoji aterosklerózy

Vývoj aterosklerózy je spájaný so zvýšenou hladinou LDL v krvi a jeho ukladaním do steny artérií, kým HDL pred ním chráni. V podstate ide o patologický „prechod“ LDL

do subendotelového spojivového tkaniva artérií na základe autoimunitných mechanizmov, ktoré následne indukujú zápalové procesy. Toto potvrdzujú aj laboratórne výsledky, ktoré sa získali na geneticky modifikovaných myšiach, ktoré nedokázali syntetizovať VLDL, IDL alebo nemali LDL receptory. Okrem toho sa pozorovalo, že u ľudí po splenektómii sa vyvíja dvakrát častejšie ťažká ateroskleróza ako u ľudí bez splenektómie, tzv. protektívny účinok sleziny. Predpokladá sa, že u nesplenektomovaných ľudí dochádza k tvorbe autoprotilátok, ktoré sú namierené proti hlavnému patologickému antigénovi – oxidovanému LDL (oxLDL), ktorému bránia v prechode do lipidového plaku resp. k tvorbe lipidového plaku (Buc 2016). Lipidový plak obsahuje T – lymfocyty, makrofágy, dentritové bunky:

T – lymfocyty: na svojom povrchu exprimujú CD25, CD154. Okrem toho, prítomné sú pomocné T – lymfocyty Th1, Th17, cytotoxické T – lymfocyty, ktoré prispievajú k destabilizácii plaku. Ďalej regulačné T – lymfocyty s nedostatočnou funkciou. Prítomné sú aj αβ T – lymfocyty a γδ T – lymfocyty a to 2-3x vyššom počte ako v periférnej krvi, ktoré rozpoznávajú lipidové / glykolipidové antigény a stresové proteíny HSP60, MICA, MICB.

NKT bunky (Natural killer T cells): rozpoznávajú glykolipidy prezentované CD11d molekulami.

→ okrem toho prítomné sú aj: B – lymfocyty, imunoglobulíny M (IgM), c - reaktívny proteín (CRP), zložky komplementu C3, C4, zložky membrány atakujúceho komplexu (MAC), imunoglobulíny IgE s aktiváciou tkanivových bazofilov (mastocytov) v adventícii, kde sa tiež naštartujú procesy aterosklerózy.

Endotelové bunky nad aterosklerotickým plátom sú aktivované:

- exprimujú adhezívne molekuly, ktoré sa exprimujú aj z fyziologických okolností (selektíny, integríny, ICAM-1) a aj patologické adhezívne molekuly ako VCAM-1.
- produkujú cytokíny (TNF-α, IL-8, IL-12), exprimujú bunky HLA II. triedy (HLA DR) so schopnosťou prezentácie antigénu.
- dochádza k zníženej produkcii endotelového oxidu dusnatého (NO), ktoré fyziologicky vyvažuje vazokonstrikčný účinok endotelínu a angiotenzínu II.
- exprimujú proteíny teplotného šoku HSP60, ktoré fyziologicky chránia bunku (napr. pred denaturáciou bielkovín), alebo patologicky vznikajú pri bakteriálnych / vírusových infekciách. HSP60 na úrovni DNA je až na 95% homológna medzi Mycobacterium tuberculosis, Escherichia coli, Chlamydia trachomatis. Zistilo sa, že medzi HSP60 týchto mikroorganizmov a HSP60 človeka existuje až 50 – 55% homológia. HSP60 je imunogénny, všetci ľudia a zvieratá

po infekcii vyvíjajú protilátkovú a bunkovú imunitnú odpoveď. Klinické pozorovania poukazujú na vysoko pravdepodobnú účasť Chlamydia pneumoniae na rozvoj aterosklerotického procesu. Chlamydia pneumoniae obsahuje vysoké množstvo HSP60, ktoré sa viaže na CD14 monocytov, v ktorých sa indukuje syntéza prozápalových cytokínov ako interleukín 1β (IL-1β), faktor nekrotizujúci nádory α (TNF-α). Predpokladanými inými mikroorganizmami, ktoré hrajú úlohu v procesoch aterosklerózy pravdepodobne budú aj Helicobacter pylori, Cytomegalovírus (CMV). V dnešnej dobe sa predpokladá, že skrížená imunitná odpoveď na HSP60 je iniciátorom aterogenézy resp. tvorby anti-HSP60 protilátok (Buc 2016).

MECHANIZMUS VZNIKU ATEROSKLERÓZY

1. Človek počas života prekoná niekoľko desiatok mikrobiologických infekcií, proti ktorým resp. proti mikrobiálnym antigénom a aj mikrobiálnemu HSP60 tvorí protilátky a T – lymfocyty, ktoré fyziologicky chránia človeka pred ďalšou infekciou.
2. Počas života na človeka pôsobí veľké množstvo exogénnych enviromentálnych stresových faktorov (znečistené ovzdušie), a rôzne iné ďalšie infekcie, napr. vírusová infekcia (chrípka).
3. Dochádza ku aktivácii endotelových buniek so zvýšenou tvorbou HSP60 a zvýšenou tvorbou adhezívnych molekúl resp. expresii nových adhezívnych molekúl ICAM-1, VCAM-1, E-Selektin.
4. Na úrovni endotelu dochádza ku krížovej reakcii medzi mikrobiálnym HSP a predtým vytvoreným humánnym HSP60.
5. Následkom toho vzniká reakcia protektívnych protilátok, T – lymfocytov s aktiváciou imunitného procesu:
→ endotelové bunky začínajú produkovať chemokíny (MCP-1) a fraktalkín a T –lymfocyty, monocyty začnú prenikať subendoteliálne,
- monocyty sa menia na makrofágy pomocou rastového faktora M-CSF (produkované endotelovými bunkami), tie aktivujú T – lymfocyty so syntézou interferónu gamma (IFN-γ), na základe ktorého endotelové bunky exprimujú HLA molekuly II. triedy (HLA-DR) a makrofágy začnú syntetizovať prozápalové cytokíny TNF-α, IL-1β, metaloproteinázy (želatináza B) a IL-18, ktorý spätne aktivuje T – lymfocyty k tvorbe interferónu γ (IFN-γ).

Dochádza k celkovým a lokálnym prejavom tohto imunitného zápalu, ktoré sa dajú biochemicky merať:

- dochádza k celkovému prejavu zápalu so zvýšením hladiny CRP. Veľmi dôležité je sledovať hladiny CRP vysoko senzitívnou metódou, ktorá umožňuje stanoviť hladinu CRP už od 0,2 $mg.L^{-1}$, tzv. high sensitivity CRP (hsCRP). CRP ako taký viaže fosforylcholín a pomáha k jeho konverzii na oxLDL, viaže VLDL a následne aktivuje komplement, podporuje syntézu tkanivového faktora, ktorý podporuje koagulačný proces (Buc 2016);
- a k lokálnemu prejavu zápalu: so syntézou leukotriénov (LTB4), ktorý je chemoatraktant monocytov – dochádza k posilneniu lokálneho zápalu a aterosklerotických procesov a k aktivácii endotelových buniek s produkciou rastových faktorov (M-CSF) a osteopontínu, ktoré v konečnom dôsledku vedú ku kalcifikácii plátov.

6. Do takto zmeneného terénu z krvi do subintimálneho priestoru preniká „fyziologické“ LDL a oxidovaný LDL. Fyziologické LDL sa viaže na makrofágy, ktoré majú fyziologicky LDL receptory a cholesterol sa takto dostáva do makrofágov. Makrofágy k nadmernému prísunu cholesterolu sa bránia tým, že znižujú expresiu LDL – receptorov na svojom povrchu a vylučujú cholesterol do krvi, ktoré preberá HDL. Oxidovaný LDL vzniká následkom posunutia rovnováhy medzi oxidantmi a antioxidantmi v prospech oxidantov. Endogénnym zdrojom oxidantov sú fyziologické procesy (mitochondriálna respirácia, kaskáda kysliny arachidónovej) a patologické procesy (fagocytóza, zápal), z exogénnych faktorov UV – žiarenie, xenobiotiká, znečistené ovzdušie, západný štýl života. Oxidované LDL má omnoho vyššiu schopnosť prieniku do makrofágov, lebo na makrofágoch sa viažu na špecifické receptory, ktoré patria do rodiny „smetiarskych“ (scavenger) receptorov (SR-A1, SR-A2, atď.), ktorých počet na makrofágoch sa neznižuje aj napriek zvyšujúcej sa koncentrácii oxidovanej LDL v krvi. Oxidovaný LDL (oxLDL) imunitný systém vníma ako znak nebezpečenstva (danger-associated molecular patterns, DAMP) , ktorý je schopný spúšťať kaskádu zápalových procesov. Oxidovaný LDL má patologicky pozmenený apolipoproteín B, ktorý je rozpoznaný, spracovaný a prezentovaný antigén prezentujúcimi bunkami ako dentritové bunky, makrofágy pre T - lymfocyty, ktoré následne stimulujú B – lymfocyty k tvorbe protilátok proti oxLDL, ktoré sú dokázateľné a ich hladina koreluje s rozsahom aterosklerotického postihnutia (Buc 2016). Makrofágy s oxidovaným LDL sa menia na penové bunky, ktoré sa preplnia a následne praskajú a ich celý obsah aj s oxidovaným LDL sa dostáva už do predtým zápalovo zmeneného subendoteliálneho

priestoru. Dochádza k aktivácii resp. indukcii TLR4 (Toll – like receptor 4), ktorého ligandy (napr. fibronektín) indukujú aktiváciu TLR4 s následnou syntézou prozápalových cytokínov. Ku vzniku penových buniek prispievajú aj endotelové bunky s neustálou tvorbou aj rastových faktorov M-CSF, ktoré aktivujú aj bunky hladkého svalstva, ktoré produkujú metaloproteinázy, ktoré umožňujú penovým bunkám penetrovať cez extracelulárny matrix (ECM) a tým podporujú rast plaku a zároveň vedú k destabilizácii plaku. Kvôli zvýšenej tvorbe IFN-γ s T – lymfocytmi je inhibovaná fyziologická syntéza ECM, ktorá sa takto neobnovuje. Takto dochádza k stenčovaniu fibróznej čiapočke na povrchu plaku až napokon fibrózny plak praskne, čo spôsobí kontakt so zložkami hemokoagulačného systému s obnaženým povrchom cievy s následnou trombózou (Buc 2016).

ZÁVER

V dnešnej dobe na základe nových vedeckých poznatkov ateroskleróza je vnímaná ako autoimunitná choroba.. Z genetického hľadiska je dokázaná vyššia pravdepodobnosť výskytu aterosklerózy u monozygotných dvojčiat. V rámci genome – wide association studies (GWAS) sa identifikovalo asi 160 génov, ktoré spolupracujú na vývoji aterosklerózy, z nich najdôležitejšie sú TLR4, CD14, CCR2. Z hľadiska autoimunitných procesov sa zistilo, že k hlavným zmenám dochádza na úrovni endotelu, kde dochádza ku krížovej reakcii medzi mikrobiálnym HSP a predtým vytvoreným humánnym HSP60. Následkom toho vzniká zápalová reakcia protektívnych protilátok, T – lymfocytov s aktiváciou imunitného procesu v mieste reakcie medzi mikrobiálnym HSP a predtým vytvoreným humánnym HSP60. Dochádza k celkovým a lokálnym prejavom tohto imunitného zápalu, ktoré sa dajú biochemicky merať. Do takto zmeneného terénu z krvi do subintimálneho priestoru preniká hlavne oxidovaný LDL, ktorý vzniká následkom posunutia rovnováhy medzi oxidantmi a antioxidantmi v prospech oxidantov, ktorý je následne fagocytovaný makrofágmi, ktoré sa potom menia na tzv. penové bunky, ktoré sú základom vzniku samotného lipoidného resp. lipidového plátu, ktorý je prvým morfologickým znakom arterosklerotického procesu. V dnešnej modernej dobe laboratórnych vyšetrovacích metód je možná relatívne skorá biochemická diagnostika aterosklerózy, v podstate vychádza z mechanizmu vzniku aterosklerózy: zahŕňa stanovenie hladiny LDL, CRP, TNF-α, MCP-1, IL-

6, receptorov pre IL-1β, solubilných kostimulačných molekúl CD40L a hladiny protilátok anit-oxLDL a anti - HSP60 (Buc 2016).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BUC, M. 2016. *Autoimunita a autoimunitné choroby.* 2. vydanie. Bratislava : VEDA, 2016. 667. ISBN 978-80-224-1511-8.

BIRÓ, CS. 2014. *Vybrané kapitoly z klinickej biochémie pre humantitné smery.* 1. vydanie. Příbram : Příbramská tiskárna s.r.o., 2014. 87. ISBN 978-80-905973-0-3.

BEDNÁŘ, B. 1975. *Učebnice patologické anatomie.* 2. vydanie. Praha : Avicenum, 1975. 760, 08-053-75.

Kontaktná adresa:
Mgr. Stanislava Biró Klocháňová
Očná klinika – Očná banka SZU a UNB
Antolská 11
851 07 Bratislava

MUDr. Biró Csaba
Onkologický ústav sv. Alžbety,
Ústav patológie
Heydukova 10
Bratislava

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O DETSKÉHO PACIENTA S INTOXIKÁCIOU

BUŠOVSKÁ Miroslava, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

V našom príspevku prezentujeme výsledky prieskumu, ktorého cieľom bolo zistiť najčastejšie vyskytujúce sa intoxikácie a deficity potrieb v detskom veku. Uskutočnili sme retrospektívnu analýzu zdravotnej dokumentácie v Detskej Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Banskej Bystrici na klinike Pediatrickej Anesteziológie a Intenzívnej medicíny. Graficky ilustrujeme klasifikáciu intoxikácií detí a charakterizujeme deficity v potrebách detí podľa Marjory Gordonovej. Výsledky podmienili potrebu vypracovať návrh mapy starostlivosti pre potreby intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Mapu starostlivosti sme aplikovali u detí s diagnózou intoxikácia alkoholom a liekmi. Odporúčame využívanie mapy starostlivosti v praxi v rámci intenzívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Dieťa. Deficity. Intoxikácia. Mapa starostlivosti. Potreby.

ÚVOD

Intoxikácie u detí patria medzi najčastejšie vyskytujúce sa akútne príhody na Slovensku. V ošetrovateľskej praxi sa stretávame najčastejšie s intoxikáciou liekmi u dievčat do 17 roku života a intoxikáciou alkoholom u chlapcov do 16 roku života. Zdravotná starostlivosť o intoxikované dieťa sa poskytuje na jednotke intenzívnej starostlivosti. Sestra poskytuje špecializovanú starostlivosť v intenzívnom ošetrovateľstve. Klinika Anesteziológie a Intenzívnej medicíny v Banskej Bystrici sa zaraďuje medzi vysoko špecializované pracovisko poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť realizovanú metódou ošetrovateľského procesu zo zameraním na potreby detského pacienta a riešením deficitov uspokojenia potrieb. Intoxikácie v detskom veku a deficity v potrebách detí podmienili návrh na vypracovanie mapy starostlivosti. Mapa starostlivosti predstavuje určitý štandard, ktorá udáva smer v ošetrovateľskej starostlivosti. Mapa

predstavuje určitú cestu, ktorej cieľom je zefektívnenie starostlivosti poskytovanej sestrou. Jej význam sa uplatní aj v rámci adaptačného procesu novoprijatých sestier.

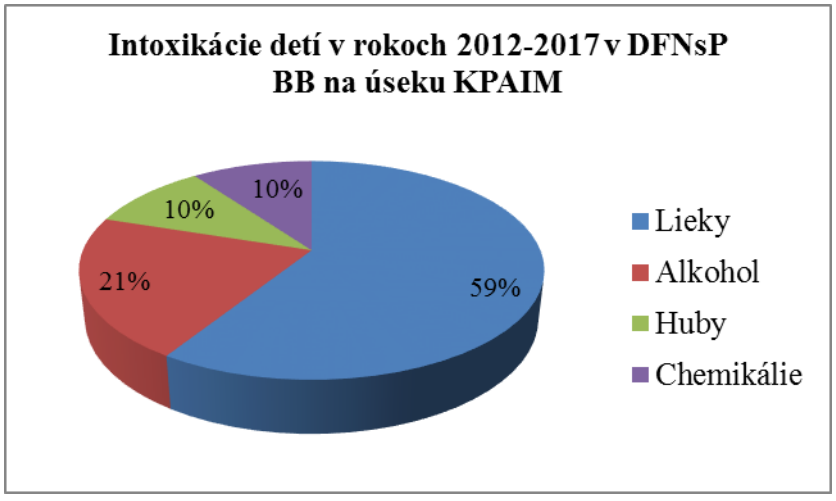
INTOXIKÁCIA - CHARAKTERISTIKA

Národné toxikologické a informačné centrum v Bratislave ročne eviduje, odborne informuje a zaznamenáva intoxikácie rôzneho druhu. Štatistické údaje vykonané toxikologickým centrom informuje, že v roku 2013 bolo 1960 konzultovaných otráv vo väčšine prípadov sa jednalo o deti do piateho roku života. Percentá otráv u detí každoročne stúpa. Najčastejšie sú to intoxikácie liekmi, ktorých počet za rok 2015 bol v pomere 42% alkohol, 7%, rastliny a huby 9% (Plačková, 2014). Americká asociácia pre kontrolu intoxikácií vykonala štúdiu kde za rok 2003 bolo viac ako 90% otráv u detí do šiesteho roku života spôsobených v domácom prostredí, 52% do troch rokoch a 39% sa jednalo o adolescentov (Wheeler, 2007). Intoxikácie patria v dnešnej dobe k najčastejším náhlym príhodám vyžadujúce si okamžitú lekársku pomoc (Kovács, 2010). Boledovičová (2010) opisuje intoxikáciu ako celkové poškodenie organizmu vniknutím škodlivej látky tzv. noxy do tela viacerými cestami. Noxa do organizmu môže vstúpiť cez neporušenú kožu, vdýchnutím, krvným obehom, alebo priamo požitím. Účinok toxínov môže spôsobiť vážne poškodenie orgánov ľudského tela ktoré môže skončiť smrťou. Intoxikácie alkoholom, liekmi u detí nie sú výnimočné práve naopak sú pomerne časté. Na Slovensku zaznamenávame výrazný zostup intoxikácie detí už v období mladšieho a staršieho školského veku. Najviac po alkohole siahajú dievčatá až 60 % vo veku 12-16 rokov Vo väčšine prípadov je suicidálna príčina zo strachu pred rodičmi, šikana v škole a iné možné príčiny (Kuželová,2010). Podľa Plačkovej (2014,s.75) alkohol u detí v období staršieho školského veku a puberty je droga ktorá je najviac používaná a intoxikácie sú častejšie. Za rok 2005 bolo v Detskej fakultnej nemocnici v Bratislave hospitalizovaných detí do veku 15 rokov v počte 540 s čoho bolo 260 dievčat. Najmladší pacient bol vo veku 10 rokov (Kuželová,2010). V Českej republike najmladšie dieťa ktoré malo skúsenosti s pitím alkoholu bolo vo veku osem rokov. Štatistické údaje v Čechách dokazuje že 50% detí majú skúsenosť s opilstvom. Priemerný vek je od 11- 17 rokov (Hladík,2009).

PRIESKUM - METODIKA A VÝSLEDKY

Prieskum sme realizovali v Detskej fakultnej nemocnici v Banskej Bystrici na klinike Pediatrickej anestézie a intenzívnej medicíny. Našim cieľom bolo zistiť počet intoxikácií detí v časovom období posledných piatich rokoch. Použili sme metódu obsahovej analýzy dokumentov. Za dokument sme považovali zdravotnú dokumentáciu pacienta.

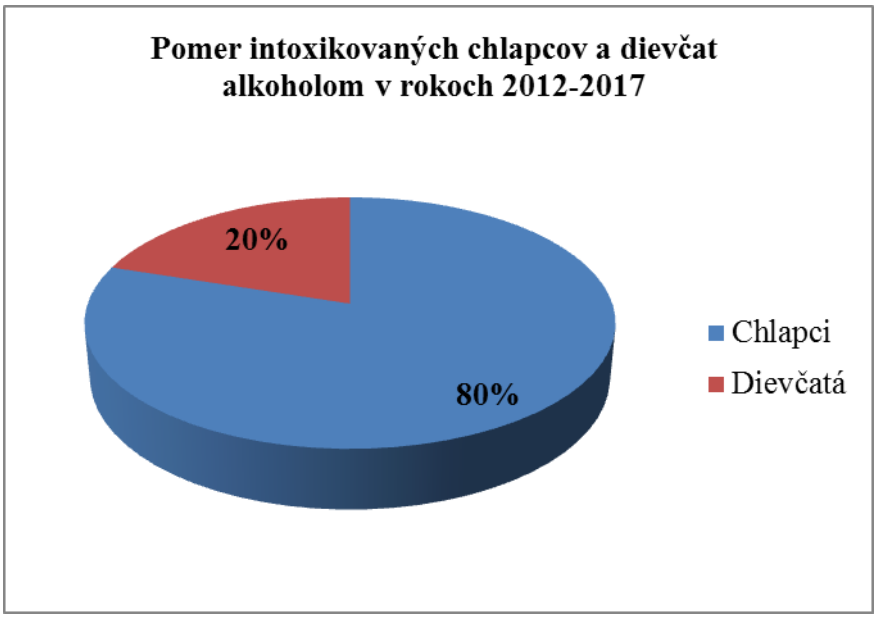
Analyzovali sme 102 dokumentov, ktoré boli archivované v Detskej Fakultnej nemocnici v Banskej Bystrici. Zistili sme, že od roku 2012-2017 bolo hospitalizovaných 49 detí vo veku 2-16 rokov života s diagnózou akútna intoxikácia (Graf 1). 29 detí do 16. roku života boli intoxikované liekmi po suicidálnej príčine. 3 dvojročné deti boli klasifikované ako náhodné intoxikácie v domácom prostredí a 10 detí intoxikované alkoholom s kvantitatívnou a kvalitatívnou poruchou vedomia. Najvyššie zastúpenie v počte hospitalizovaných intoxikovaných detí boli dievčatá v celkovom počte 20 zo 49 hospitalizácií. Výskyt intoxikácií v detskom veku za posledných päť rokov má stúpajúci charakter, pričom klesá počet intoxikácií alkoholom a stúpa suicidálna príčina intoxikácií liekmi.



Graf 1 Intoxikácie detí v rokoch 2012-2017 v DFNsP na úseku KPAIM

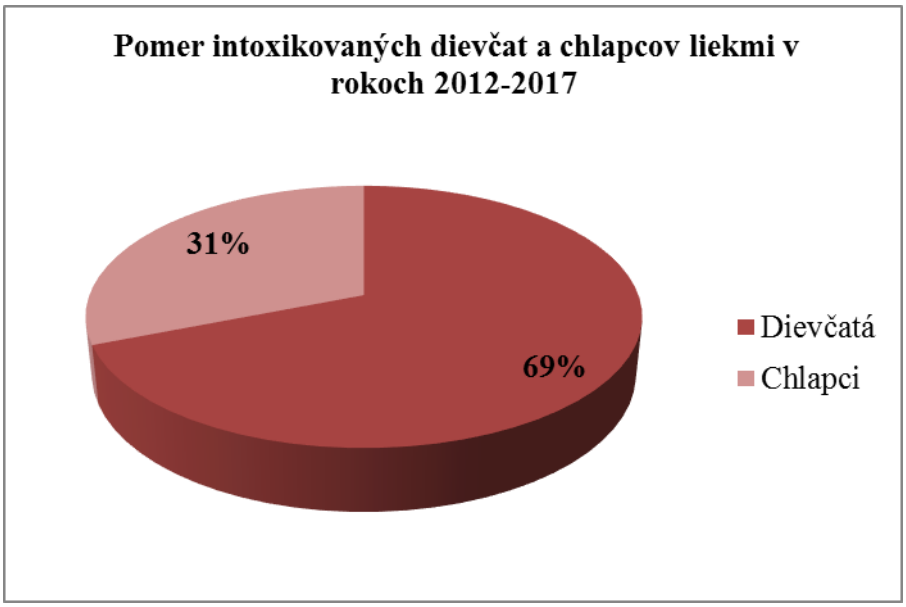
Intoxikácia alkoholom sa prejavuje utlmením CNS ktorá je závislá od množstva požitého alkoholu. Pri akútnej otrave u detí dochádza k poklesu telesnej teploty v ťažkých prípadoch až k opuchu mozgu čo môže zapríčiniť smrť (Hladík, 2009). Alkohol z organizmu sa dokáže vstrebať do hodiny v závislosti od metabolizmu, hmotnosti, pohlaví, veku, zdravotného stavu

v niektorých prípadoch sa posudzuje aj rasa Boledovičová (2011) opisuje vzhľadom na pohlavie je ženské pohlavie citlivejšie a málo odolné vplyvom toxických látok. Alkohol sa rýchlo vstrebáva v tenkom čreve, približne 10 % zo žalúdka, 2% močom a minimálne množstvo sa vylúči z organizmu dychom (Hosák, 2015).



Graf 2 Počet intoxikovaných chlapcov a dievčat alkoholom v rokoch 2012-2017

Intoxikácia liekmi: Národné toxikologické a informačné centrum v Bratislave v roku 2013 evidovalo až 1900 intoxikácií detí z čoho približne 76 % boli deti do 5 roku života. Vždy sa jednalo o náhodné otravy liekmi v domácom prostredí. Najčastejšie sa jedná o lieky tlmiace bolesť ako Paralen, alebo Ibalgin, vitamíny najčastejšie Vigantol, prípadne antidepresíva a opiáty (Plačková, 2014). Najrizikovejšia skupina sú deti to troch rokoch života, nakoľko si dieťa osvojuje zvyky a zručnosti ktoré opakuje po rodičoch. V období staršieho školského veku a puberty otrava liekmi má skôr demonštratívny charakter (Rakovcová, 2014). Veľmi nebezpečná je intoxikácia Paracetamolom ktorá často býva podceňovaná vzhľadom na jeho možnú dostupnosť vo farmakologickom priemysle Za nebezpečnú a toxickú dávku u detí sa považuje 75 mg na hmotnosť dieťaťa (Rakovcová, 2014).



Graf 3 Pomer intoxikovaných dievčat a chlapcov liekmi za rok 2012-2017

Potreba sa v ošetrovateľstve definuje ako stav alebo deficit chýbajúcej vnútornej sily podmienená nedostatkom, alebo prebytkom smerujúca k úprave vnútornej rovnováhy (Žiaková, 2009). Vývin potreby je závislý od zmeny a spôsobu jej uspokojenia. Pri uspokojovaní potrieb v rámci intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta je potrebné si uvedomiť, že v zdravotníckom zariadení sa potreby ale aj správanie dieťaťa môže meniť. V intenzívnom ošetrovateľstve sa uspokojenie potrieb saturuje podľa naliehavosti. Prioritne sa uspokojujú biologické potreby, tíšenie bolesti, zabezpečenie príjmu potravy a vylučovanie, taktiež je dôležité pomôcť pacientovi plniť pôvodné sociálne úlohy prípadne ho prichystať na nové úlohy a výzvy. V prieskume sme u detí do 17 roku života v celkovom počte 49 identifikovali tieto najčastejšie deficity v oblasti výživy u každého pacienta z dôvodu nemožného per-os príjmu, v oblasti vylučovania u každého pacienta v súvislosti zo zavedením permanentného močového katétra, a vylučovania stolice, aktivita deficit u každého pacienta súvisiaci s únavou, zníženou koncentráciou, strachom, úzkosťou, spánok deficit u každého pacienta, posudzovanie vnímanie kvalitatívna porucha vedomia u 10 detí, kvantitatívna porucha vedomia u 5 detí, vnímanie seba samého, rola vzťahy deficit u 10 pacientov súvisel zo slabými sociálnymi podmienkami, odolávanie stresu u každého pacienta z dôvodu strachu s následkov. Deficity potrieb sme posudzovali podľa konceptuálneho modelu funkčných vzorcov zdravia Marjory Gordonovej. Na základe výsledkov sme navrhli mapu starostlivosti.

MAPA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Mapa starostlivosti je navrhnutá na konkrétnu diagnózu akútnej intoxikácie liekmi a alkoholom. Definuje vyšetrovacie metódy, liečbu a ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu. Je zameraná na najčastejšie vyskytujúce sa deficity potrieb u intoxikovaného dieťaťa a uspokojeniu týchto potrieb. Ošetrovateľská starostlivosť o intoxikované dieťa spočíva v stabilizácií zdravotného stavu a zabezpečenia obehového a dychového systému. Hospitalizované dieťa s diagnózou akútna intoxikácia v čase príjmu na Kliniku pediatrickej anestézie a intenzívnej medicíny sa v závislosti od množstva požitia látky a zdravotného stavu napája na invazívnu umelú pľúcni ventiláciu, nepretržité monitorovanie srdcovej a dychovej frekvencie a saturácie kyslíka. V deň príjmu sa vykonáva CT vyšetrenie mozgu, odber biologického materiálu na toxikologické vyšetrenie. Podľa zdravotného stavu pacient absolvuje neurologické konzílium na lôžku.

Prvý ošetrujúci deň: Pacienta monitorujeme každú hodinu, sleduje sa bilancia tekutín, sledujeme diurézu v hodinovom intervale, odsáva sa sekrét z DC, opakujeme toxikologické vyšetrenie, pacienta polohujeme v 3. hodinových intervaloch. Podľa zdravotného stavu sa pacient prebúdza z umelého spánku.

Druhý ošetrujúci deň: Podľa zdravotného stavu monitorujeme fyziologické funkcie v trojhodinových intervaloch, sledujeme diurézu v trojhodinových intervaloch. Pacient absolvuje psychologické a neurologické konzílium na lôžku. Odoberáme poslednú vzorku biologického materiálu na toxikologické vyšetrenie.

Tretí a štvrtý ošetrujúci deň: pacient absolvuje psychiatrické konzílium. Prípadne podľa odporúčania klinického psychiatra pacient absolvuje ústavnú starostlivosť na vysunutom špecializovanom liečebnom ústave, alebo sa detský pacient lieči ambulantne.

Mapa ošetrovateľskej starostlivosti o intoxikované dieťa liekmi a alkoholom				
Dátum: 22.01.2018	**KPAIM Banská Bystrica**			
Meno a Priezvisko:	**R.Č:**	**Dg:**		
Alergická anamnéza				
Kritická cesta	**Príjem**	**1. deň**	**2. deň**	**3-4. deň**
Vyšetrovacie metódy	CT vyšetrenia hlavy, EKG, MR hlavy	Podľa ordinácia lekára	Podľa ordinácie lekára	Podľa ordinácie lekára
Laboratórne vyšetrenia	FW, KO, Glykémia, Urea, kreatinín, NA, K, Cl, ALT, AST, ALP, Bi, Toxikológia	KO, ALT, AST,ALP, Bi, Glykémia, toxikológia	toxikologia	Podľa ordinácie lekára
Konzílium	Neurologické na základe CT vyšetrenia	Podľa potreby	Neurologické, psychologické	psychiatrické
Anamnéza	Rodinná, osobná, sociálna, lieková, gynekologická u dievčat, alergická			
Terapia	Infúzna, antidotá, pyretiká	Infúzná, antidotá, analgetiká, pyretiká	Infúzna, antiemetiká, analgetiká, diuretiká, laxatíva	Podľa potreby a ordinácie lekára
Venózne vstupy	Pripraviť pomôcky a asistovať lekárovi pri zavedení CVK, AV. Zaviesť PVK. Dodržiavať zásady asepsy	Sledovať funkčnosť PVK. Funkčnosť CVK, kontinuálny preplach CVK, AV 1/1 FR. Asepticky ošetriť CVK. Prelepiť tekadermom	Sledovať funkčnosť PVK, CVK, AV, posúdiť okolie vpichu podľa Madona. Dodržiavať zásady asepsy pri manipulácií s CVK. Kontinuálny preplach. Asepticky ošetriť AV a PVK	Sledovať funkčnosť PVK posúdiť okolie vpichu podľa Madona. Asepticky odstrániť CVK, AV v spolupráci s lekárom. Dodržiavať zásady asepsy. Hrot s CVK odoslať na kultivačné vyšetrenie

Fyzikálne vyšetrenia	Invazívne meranie TK, centrálna TT, P, D, SPO2	Invazívne meranie TK, centrálna TT, P, D, SATO2	TK. TT, P, D, SATO2	TK, TT, P.D, SATO2
Diétne obmedzenia	Infúzna terapia	Enterálny príjem tekutiny	D.Č: 2	D.Č: 2
Vnímanie zdravia	Zber informácií zo zdravotnej dokumentácie, rodičov, záchranárskeho tímu		Objektívne zhodnotiť účinky analgosedácie, sledovať výraz tváre, reakciu na okolie	Otázky o svojom zdraví zamerané na športové aktivity, preventívne prehliadky. Sledovať verbálny prejav
Výživa	Podávať parenterálnu výživu podľa ordinácie lekára sledovať účinky a rýchlosť cez infúznu pumpu. Zaviesť NGS sledovať nauzeu, vracanie zabezpečiť dostatočnú hydratáciu a zvýšenú polohu	Parenterálna výživa	Postupný prechod na enterálny príjem. Podávať tekutiny sledovať toleranciu možnú nauzeu, vracanie, ťažkosti s prehĺtaním	Enterálny príjem. Podávať šetriacu stravu sledovať toleranciu. Posúdiť stravovanie čas, množstvo, obľúbené jedlá, alergie na potraviny
Príjem tekutín	Vo forme infúzií podľa ordinácie lekára	Infúzie podľa ordinácie lekára	Sledovať množstvo za 24 hodín. Dopĺňať tekutiny vo forme infúzií podľa ordinácie lekára	Sledovať množstvo za 24 hodín. Postupne navýšiť príjem tekutín na 1,5l podľa tolerancie
Bilancie	Zaviesť PMK. Sledovať množstvo moču za 24 hodín. Farbu ,prímesi, hematúriu. Posúdiť bolesť a pálenie v oblasti močového mechúra v súvislosti zo zavedením PMK	Sledovať množstvo moču za 24 hodín, farbu, prímesi. Funkčnosť PMK. Posúdiť dyskomfort v súvislosti zo zavedením PMK. Sledovať možné odpady s NGS	NGS p.o.l čo najrýchlejšie zrušiť, sledovať vracanie,	Zrušiť PMK, sledovať množstvo moču za 24 h. posúdiť ťažkosti s vylučovaním možnú retenciu, dizúriu, oligúriu, strangúriu. Podať diuretiká p.o.l. Naložiť teplý obklad na brucho.

Vyprázdňovanie	Naložiť plienku. Sledovať odchod črevných plynov a peristaltiku čriev.	Posúdiť peristaltiku auskultačne, defekáciu, odchod plynov, zápcha, hnačka	Posúdiť peristaltiku čriev, odchod plynov, pri zápche podávať laxatíva p.o.l	Zabezpečiť súkromie a dostatok času na vyprázdnenie. Zaznamenať čas, konzistenciu prímesi.
Hygiena	Hygiena vykonať na lôžku v spolupráci so sestrou	Ráno, večer hygiena zabezpečiť pomôcky a pomoc pri vykonaní toalety.	Toaleta ráno pri umývadle v spolupráci so sestrou. Večer sprcha v doprovode sestry	Toaleta 2x denne vykonávaná samostatne. Zabezpečiť výmenu posteľnej bielizne
Spánok	Sledovať účinky analgosedácie. Sledovať možné spontánne prebúdzanie. V spolupráci s lekárom ukončiť analgosedovanie pacienta. Sledovať doznievajúce účinky	Zabezpečiť vhodné podmienky na spánok. Dostatočné vetranie, eliminácia prevádzkového hluku, spánkové rituály, sledovať kvalitu spánku, zabezpečiť tlmenie bolesti	Eliminovať prevádzkový hluk, zabezpečiť denné aktivity na lôžku aj mimo lôžka podľa zdravotného stavu v spolupráci školskou sestrou	Denné aktivity mimo lôžka, škola v nemocnici
Posudzovanie vnímanie	Posudzovať a sledovať stav vedomia podľa Glasgow, sledovať veľkosť a fotoreakciu zreníc	Posudzovať stav vedomia podľa Glasgow, kladenie otázok, sledovať verbálnu odpoveď, orientáciu v čase a v priestore	Posudzovať stav vedomia podľa Glasgow, sledovať orientáciu v čase a v priestore, poruchy pamäte	
Vnímanie seba samého	V závislosti od zdravotného stavu	V závislosti od zdravotného stavu	Empatický prístup, taktné správanie, zabezpečiť súkromie a vhodné miesto na rozhovor s pacientom so súhlasom rodičov	Zabezpečiť súkromie na rozhovor s klinickým psychológom alebo psychiatrom. Spolupracovať so sociálnou sestrou

Aktivita	Prevencia vzniku dekubitov. Zabezpečiť pomôcky na prevenciu dekubitov.	Polohovať pacienta, samostatné polohovanie v prípade potreby zabezpečiť pomoc, RHB na lôžku	Povzbudzovať v aktivite na lôžku prípadne k zmene polohy. Poskytnúť pomoc a nácvik chodu okolo lôžka	RHB mimo lôžka. Zabezpečiť samostatné aktivity mimo lôžka
Sebestačnosť	Posúdenie sebestačnosti pacienta podľa Barthelovej škály	Posúdenie stavu kože na predilekčných miestach podľa Nortona	Posudzovanie schopnosti samostatnej hygieny a starostlivosti o seba podľa Barthelovej škály pomaly zvyšovať telesnú záťaž	Posudzovať samostatnú schopnosť podľa Barthelovej škály Pacient vykonáva samostatne seba obslužné činnosti
Rola- vzťahy		Vytvoriť priestor a podmienky na rozhovor s rodičmi, taktné správanie, empatický prístup, odporučiť pomoc psychológa, psychoterapie	Spolupracovať s odborníkom klinickej psychológie	psychoterapia
Odolávanie stresu			Realizovať rozhovor s pacientom empatický prístup, vhodné otázky, postupne budovať dôveru sestra- pacient	Realizovať rozhovor s pacientom, empatický prístup, dôvera sestra- pacient
Spiritualita	Vhodnými otázkami zistiť od rodičov náboženské presvedčenie	Podľa zdravotného stavu ponúknuť možnosť návštevy farára k lôžku pacienta	Zabezpečiť prítomnosť duchovného pri lôžku pacienta	Zabezpečiť možnosť absolvovať bohoslužbu v nemocničnej kaplnke

Sociálna situácia	Finančná situácia, kontakt na jedného z rodičov	Spolupráca so sociálnou sestrou	Prítomnosť jedného z rodičov počas hospitalizácie dieťaťa	
Poučenie pacienta	Súhlas s terapeutickými a diagnostickými metódami podpisuje rodič prípadne poverená osoba v starostlivosti o detského pacienta		Detského pacienta poučiť o dennom režime oddelenia, nutnosti rehabilitácie a včasnej mobilizácií diétnom režime ako aj jeho dodržiavania	Poučiť rodiča o nutnosti ďalšej liečebnej starostlivosti v ústavnej alebo ambulantnej psychiatrickej alebo psychologickej liečbe
Aktivity pacienta	Zákonný zástupca súhlasí s liečbou. Informovaný súhlas podpísaný	Detský pacient pokojný. Má zabezpečený kontinuálny monitoring VF. Hodnoty monitorovania sú fyziologické. Prijíma ordinovanú terapiu. NGS zrušená odpady boli minimálne	Pacient má zabezpečený komfort. Prijíma ordinovanú liečbu. Rehabilitácia zabezpečená aktívne cvičí na lôžku a aj mimo lôžka. Verbalizuje strach z následkov	Pacient má zabezpečený komfort. Verbalizuje žiadne ťažkosti s vylučovaním. Enterálny príjem prijíma bez ťažkostí. Pacient a zákonný zástupca poučený o ambulantnej príp. ústavnej starostlivosti.

Sesterské diagnózy

D 120- neúčinné dýchanie. **D 122**- neschopnosť udržiavania spontánneho dýchania **I121**- riziko vzniku infekcie **K 100**- narušená verbálna komunikácia. **P 101**- zmena poznávacích funkcií. **S 150**- nedostatočná spolupráca **V137**- znížený príjem tekutín **T 113**- porucha termoregulácie. **V 131**- vracanie. **V126**- porucha prehĺtania **V 128**- nechutenstvo **V100**- zápcha **V109**- zmenené vyprázdňovanie moču **P111**- strach **S140**- narušený spánok **S122**- sebapoškodzovanie **R110**- narušené vzťahy v rodine	**A 115**- obmedzená pohyblivosť **I 121**- riziko vzniku infekcie **D 104**- riziko vzniku dekubitov **B 110**- akútna bolesť **D 123**- riziko dusenia. **P 111**- strach. **S 100**- nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene. **S 140**- narušený spánok. **T 113**- porucha termoregulácie **V 101**- riziko vzniku zápchy **V104**- zmenené vyprázdňovanie stolice **V 109**- zmenené vyprázdňovanie moču. **V 127**- riziko poruchy prehĺtania. **V 128**- nechutenstvo **V 130**- nevoľnosť. **V 131**- vracanie.	**A 100**- narušená adaptácia jednotlivca. **E 100**- nedostatok informácií. **E 103**- nedostatok vedomostí. **I 121**- riziko vzniku infekcie. **P102**- zmenený myšlienkový proces. **P 111**- strach. **S 102**- riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene. **S 121**- riziko narušenia sebakoncepcie. **S 142**- riziko poruchy spánku. **V106**- retencia moču. **V 109**- zmenené vyprázdňovanie moču. **V 124**- odmietanie potravy. **V 129**- riziko nechutenstva. **V 137**- znížený príjem tekutín.	**B 100**- bezmocnosť. **I 111**- riziko sociálnej izolácie. **K 101**- riziko narušenia verbálnej komunikácie. **P 104**- riziko zmeny psychického stavu. **P 111**- strach. **P 109**- smútok. **R 111**- riziko narušenia vzťahov v rodine. **S 123**- riziko sebapoškodzovania . **V 122**- zmenená výživa menší príjem ako telesná potreba **V 129**- riziko nechutenstva. **V124**- odmietanie potravy

Sesterské intervencie

-prijať pacienta v spolupráci s lekárom -uložiť na lôžko -vypísať vstupný pediatrický ošetrovateľský záznam -odovzdať rodičom osobné veci -napichnúť PVK. - zaviesť NGS -pripraviť pomôcky k zavedeniu CVK a AV. -asistovať lekárovi pri zavádzaní. -v spolupráci s lekárom zaviesť PMK -sledovať odpady z NGS -odobrať odbery p.o.l. -napichnuté vstupy ošetriť dezifekčným roztokom a prelepiť. - sledovať frekvenciu vracania - podávať ordinovanú liečbu - monitorovať VF - sledovať kvalitu dýchania - zabezpečiť dostatočnú hydratáciu vo forme infúzií p.o.l. - sledovať a zaznamenať diurézu - zabezpečiť pokoj na lôžku	- monitorovať VF každú hodinu a zaznamenať do zdravotnej dokumentácie. - sledovať a zaznamenávať diurézu za 24 hodín. - podávať tekutiny po lyžičkách sledovať toleranciu - zapísať bilancie tekutín do zdravotnej dokumentácie - polohovať v pravidelných intervaloch -Podávať ordinovanú terapiu. -sledovať účinky terapie. - zhodnotiť okolie vpichu PVK, CVK, AV použiť posudzovaciu škálu podľa Madona. - zabezpečiť kontinuálny preplach 1/1 FR. - posudzovať vedomie podľa Glascow. - podávať antiemetiká p.o.l. - zabezpečiť dostatočnú hydratáciu vo forme infúzií p.o.l. - zabezpečiť zvýšenú polohu pri nevoľnosti alebo nauzey - sledovať zmeny vo vyprázdňovaní stolice	-monitorovať VF každé tri hodiny. -sledovať diurézu a bilancie tekutín za 24h. -podávať tekutiny a šetriacu stravu - sledovať toleranciu., možnú nauzeu. -zabezpečiť zvýšenú polohu pri nauzey. - podávať ordinovanú terapiu. - starostlivosť o AV, PVK. - posudzovať miesto vpichu podľa Madona. - spolupracovať s pacientom pri vykonaní toalety. - posúdiť schopnosť sebaopatery podľa Barthela. - zabezpečiť denné aktivity na lôžku aj mimo. - zrušiť PMK, NGS. - sledovať frekvenciu močenia, bolesť a pálenie pri močení, zdržiavanie močenia. - podávať diuretiká p.o.l. - zabezpečiť súkromie a možnosť vyprázdnenia na toalete.	-zrušiť PVK, CVK, AV - zabezpečiť plný enterálny príjem. -sledovať a zaznamenať toleranciu do zdravotnej dokumentácie -sledovať a zaznamenať vylučovanie, množstvo, defekáciu, konzistenciu do zdravotnej dokumentácie. - posudzovať schopnosť samostatnej sebaobsluhy podľa Barhtela. - realizovať rozhovor s pacientom . - upokojiť pacienta - empatický prístup -poučiť zákonného zástupcu o nástupe ambulantnej alebo ústavnej liečbe v špecializovanom psychiatrickom pracovisku. - odovzdať prvý termín kontroly v psychologickej ambulancii.

ZÁVER

Intoxikáciou sa stretávame nielen u detí. Je však na zamyslenie prečo dieťa siaha po liekoch či alkohole. Dieťa napriek svojím neuváženým činom zostáva najdôležitejšou osobou v srdciach rodičov a zaslúži si kvalitnú starostlivosť v rámci charty práv hospitalizovaného dieťaťa. Pri hospitalizácií u detí často dochádza k deficitom potrieb, ktoré ovplyvňuje správanie dieťaťa. Je dôležité aby sestra tieto deficity rozpoznala, identifikovala, správne posúdila a zabezpečila ich uspokojenie. V rámci hospitalizácie je dôležité aby dieťaťu nemocničné prostredie uspokojovanie potrieb výrazne neobmedzovalo. Uskutočnili sme prieskum metódou analýzy

dokumentov v Detskej Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Banskej Bystrici. Opísali sme najčastejšie vyskytujúce sa intoxikácie v detskom veku, ktoré sme graficky znázornili a rozdelili podľa veku a pohlavia. Identifikovali sme najčastejšie vyskytujúce sa deficity potrieb v detskom veku bez ohľadu na vývinové obdobie. Zistené deficity sme posúdili podľa konceptuálneho modelu funkčných vzorcov zdravia Marjory Gordonovej. Vypracovali sme mapu ošetrovateľskej starostlivosti o liekmi a alkoholom intoxikované dieťa. Stanovili sme sesterské diagnózy a intervencie v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Negatívnym zistením bol nedostatok informácií sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti o význame mapy starostlivosti. Mapa starostlivosti predstavuje určitý štandard v poskytovaní starostlivosti a jej uplatnenie v praxi je predmetom ďalšieho prieskumu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol., 2010. *Pediatrické ošetrovateľstvo,*3. vyd. Martin : Osveta, 2010. 214 s. ISBN 978-80-8063-331-8.

BOLEDOVIČOVÁ, M. 2011. Otravy v detskom veku. In *Prevence úrazu, otrav a násilí* [online]. 2011, VII. roč, č. 1 [citované 2018- 01-19]. Dostupné na internete: casopis-zsfju-zsf-jcu.cz/ prevence urazu- otrav-a nasilí. ISSN 1804-7858.

HOSÁK, L. - HRDLIČKA, M.- LIBIGER, J. a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha : Karlova univerzita, 2015. 647s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HLADÍK, M. 2009. Alkohol- prolém u dětí a mladistvých. In *Pediatrie pro praxi.* 2009, roč.1, č.10, s. 48-50. ISSN 1803-5264.

KOVÁCS, L a kol. 2010. *Pediatria*. 2.vyd. Bratislava : ARETE. 2010. 412 s. ISBN 978-80-970624-2-2.

KUŽEĽOVÁ, M. - HARČÁROVÁ, A.- ONDRIAŠOVÁ, E. 2010. Intoxikácie alkohol u detí a adolescentov hospitalizovaných v DFNsP v Bratislave. In *Pediatria pre prax.* 2010, roč.1, č. 11, s. 29-32. ISSN 1339-4231.

PLAČKOVÁ, S. 2014. Otravy u detí. In *Praktické lekárnictvo*. 2014, roč. 4, č.2-3, s.74-76. ISSN 1338-3132.

RAKOVCOVÁ, H. 2014. Dětské otravy léky. In *Pediatria pre prax.* 2014, roč.15, č. 1, s. 29-32. ISSN 1336-8168.

WHEELER S. D. et al.2007. *Pediatric Critical Care Medicine.* London : Springer- Verlag, 2007.1765 s. ISBN-13: 978-1-84628-463-2.

ŽIAKOVÁ, K a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník.* Martin : Osveta, 2009. 210 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktné údaje autorov

Bušovská Miroslava
VŠZaSP sv. Alžbety DP bl. Sáry Salkaházi Rožňava
Kósu- Schoppera 141/22, 048 01 Rožňava

Mária Kilíková
VŠZaSP sv. Alžbety DP bl. Sáry Salkaházi Rožňava
Kósu- Schoppera 141/22, 048 01 Rožňava

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ AKO KĽÚČOVÝ DETERMINANT ZDRAVIA

DIMUNOVÁ Lucia

ABSTRAKT

Zmena filozofie zdravotnej starostlivosti poukazuje na novodobé smerovanie pozornosti medicíny a ošetrovateľstva z oblasti liečby chorôb do oblasti primárnej a sekundárnej prevencie. Zdravie, jeho podpora a ochrana sa stáva centrom pozornosti celej spoločnosti. Jedným z konceptov podpory zdravia je zdravotná gramotnosť. Príspevok je zameraný na vymedzenie pojmu, členenie a využívanie hodnotiacich nástroj súvisiacich so zdravotnou gramotnosťou v rámci vzdelávania a klinickej praxe.

Kľúčové slová: Edukácia. Hodnotiace nástroje. Zdravie. Zdravotná gramotnosť.

ÚVOD

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013-2020 predstavuje základný dokument, ktorý by mal určovať smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku. V piatej časti tohto dokumentu sú identifikované základné nástroje, ktorými je možné optimalizovať zdravotný stav populácie. Dokument sa zaoberá piatimi celkami a to: zdravotným stavom obyvateľstva, podporou verejného zdravia, všeobecnou/ambulantnou starostlivosťou, ústavnou zdravotnou starostlivosťou a elektronickým zdravotníctvom. Zdravotníctvo ako každý iný rezort nemá prebytok finančných zdrojov a preto nie je možné neustále navyšovať jeho náklady (Funtová, 2016). Keďže očakávaný demografický vývoj na Slovensku so sebou prinesie mnoho závažných zmien, ktoré súvisia so socioekonomickým statusom, je potrebné na tieto, reagovať už v súčasnosti. V dôsledku nepriaznivého demografického vývoja sa predpokladá nárast dopytu po zdravotníckych službách najmä v oblasti starostlivosti o starších pacientov a v liečbe kardiovaskulárnych a onkologických ochorení. Slovensko v medzinárodných porovnaniach vyčnieva najviac v chorobnosti i predčasnej úmrtnosti na preventabilné ochorenia (Kovalčík, 2015). Tieto parametre poukazujú na nutné posilnenie

prevencie a výchovy k zdraviu. V príspevku sa venujeme jednému z nástrojov zlepšenia zdravotného stavu obyvateľstva – zdravotnej gramotnosti.

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ

Svetová zdravotnícka organizácia definuje pojem „zdravotná gramotnosť“ (Health Literacy) ako „kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a používaniu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav“ teda schopnosť človeka vyhľadať, pochopiť a využiť informácie o zdraví a zdravotníckych službách (World Health Organization, 1998). Autor Liba (2016) uvádza, že ide o komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využívať pre správne rozhodovanie o svojom zdraví. Ide o schopnosť jednotlivca kompetentne a primerane aplikovať vedomosti a zručnosti v konkrétnych zdravotných situáciách, o schopnosť realizovať účinné preventívne opatrenia intervenujúce do životného štýlu v smere podpory zdravia. Zdravotná gramotnosť je chápaná ako schopnosť urobiť správne zdravotné rozhodnutia v kontexte každodenného života (Holčík, 2011). Hlavnou podstatou definícii je, že koncept zdravotnej gramotnosti zahŕňa vedomosti, motiváciu a kompetencie potrebné k zabezpečeniu prístupu k produktom a službám potrebným k podpore zdravia, pochopeniu systému zdravotnej starostlivosti, hodnoteniu a aplikovaniu informácií o zdraví, tak aby bolo možné robiť rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, prevencie chorôb a podpory zdravia v každodennom živote (Sorensen, et al., 2012).

HODNOTIACE NÁSTROJE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

Rastúci záujem o túto problematiku vedie ku konceptualizácii a vývoju nových hodnotiacich nástrojov. Posudzovacie nástroje majú variabilitu použitia pre rôzne typy posúdenia a ich výber sa riadi určitými kritériami (Kilíková, 2017). Pri analýze zdravotnej gramotnosti populácie je možné využiť Nutbeamov koncepčný model, ktorý popisuje ***funkčnú, interaktívnu a kritickú úroveň zdravotnej gramotnosti*** (Nutbeam, 2000). Funkčná zdravotná gramotnosť je spojená s výsledkami zdravotnej výchovy, dáva k dispozícii informácie

o zdravotných rizikách a zdravotníckych službách (napr. účasť na očkovaní, na preventívnych prehliadkach). Interaktívna zdravotná gramotnosť obsahuje vyspelejšie kognitívne schopnosti jednotlivcov. Je zameraná na rozvoj samostatnosti každého človeka pri zodpovednosti a upevňovaní vnútornej motivácie v snahe prispieť k zlepšeniu zdravia. Najvyššiu úroveň predstavuje kritická zdravotná gramotnosť, ktorá zahŕňa pokročilejšie kognitívne schopnosti, kde sú informácie kriticky analyzované, týkajú sa individuálneho správania sa jednotlivcov, činnosti sú orientované sociálne aj politicky a politicky a významovo sa podieľajú na realizácii zdravotne priaznivého sociálneho prostredia (Frisch et al., 2012 s. 118).

Hodnotenie zdravotnej gramotnosti na zistenie jej úrovne sa realizuje prostredníctvom hodnotiacich nástrojov. Možností ako merať schopnosti – kompetencie tak, aby reflektovali ich uplatnenie v reálnom životnej situácii, sú obmedzené, a preto je i počet meracích nástrojov, ktoré spĺňajú kritériá na nenáročnosť, efektivitu, čas administrácie a zároveň i validitu, limitovaný (Dingová, Jakubcová, 2011, s. 37). Nástroje na hodnotenie zdravotnej gramotnosti sa líšia podľa zamerania na konkrétne aspekty, napr. materiálna gramotnosť, porozumenie a vysvetlenie lekárskych pojmov (Sorensen, et al., 2012). Je možné rozdeliť do viacerých kategórií:

1. Nástroje na identifikáciu ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti: REALM- SF;
2. Testy na zistenie reálnej funkčnej zdravotnej gramotnosti: TOFHLA, NVS;
3. Testy zamerané na zistenie vzťahov medzi úrovňou zdravotnej gramotnosti a determinantmi zdravia: NAAL, HeLMS.

Jedným z najviac využívaných a prepracovaných je Dotazník zdravotnej gramotnosti – Health Literacy questionnaire HLQ. Ide o komplexný merací nástroj, ktorý sa zameriava na deväť rôznych oblastí zdravotnej gramotnosti, ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti (Osborne, et al., 2013). V priebehu roka 2014 bol dotazník HLQ preložený štandardnou procedúrou do českého jazyka a výsledná česká verzia HLQ (HLQ CZ) bola validizovaná na reprezentívnej vzorke 1000 respondentov vo veku od 15 rokov a vyššie, ktorým bol dotazník HLQ administrovaný formou interview. Okrem dotazníka HLQ a socio-demografických ukazovateľov sa v tejto výskumnej vzorke skúmali aj ďalšie premenné ako životný štýl, so zdravím súvisiace správanie a rizikové správanie a vybrané indikátory zdravotného stavu. Predbežné štatistické analýzy ukazujú, že adaptácia a validizácia HLQ CZ

prebehla úspešne, čo umožní napojenie výskumu v oblasti zdravia a sociálno-ekonomických nerovností v zdraví v Českej republike do aktuálneho kontextu na globálnej úrovni (ICZ, 2018).

Autori Čepeková a kol. (2017) popisujú jednotlivé domény HLQ, pričom charakterizujú prejavy nízkej a vysokej úrovne v danej dimenzii u respondenta:

1. Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
2. Dostatočné informácie o starostlivosti o svoje zdravie
3. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie
4. Sociálna opora v oblasti zdravia
5. Posúdenie zdravotných informácií
6. Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
7. Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti
8. Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví
9. Pochopenie zdravotných informácií, do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť.

Ešte v nedávnej minulosti panoval názor, že za naše zdravie je zodpovedný lekár, spoločnosť. Poštou odosielané pozvánky na preventívne prehliadky ľudia prijímali automaticky. V súčasnosti má starostlivosť o svoje zdravie v rukách každý sám. Zahrňuje ochranu a podporu, cielenú prevenciu, aktívnu spoluprácu pri včasnej diagnostike, liečbe a rehabilitácii. Vychádza zo súčasných poznatkov preventívnej medicíny a má významný vplyv na podchytenie včasných štádií chronických neinfekčných ochorení. K takejto starostlivosti o svoje zdravie je potrebná kontinuálna a odborne garantovaná zdravotná edukácia (Fait, et al., 2008).

MULTIDISCIPLINÁRNY KONTEXT

Keďže zdravotná gramotnosť znamená kognitívnu a sociálnu schopnosť, ktorá determinuje motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k zdravotným informáciám, porozumieť im a využívať ich na rozvoj a udržanie dobrého zdravia (Holčík, 2010) je nevyhnutné jej dôkladné vyhodnotenie a získanie dostatku informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií zameraných na rozvoj zdravotnej gramotnosti. Pojem zdravotná gramotnosť sa využíva

v nadväznosti na zdravotnú výchovu (edukácia pacientov, výchova k zdraviu), podporu zdravia, európsku politiku, zdravotné systémy a sociálne determinanty zdravia (Ondruš, 2014). Predstavuje komplexný fenomén zahrňujúci jednotlivca, rodinu a komunitu. Z týchto dôvodov je nevyhnutné vnímať zdravotnú gramotnosť v multidisciplinárnom kontexte. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je v rukách *medicíny, ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva i sociálnej práce.* Priamo je pôsobením politickej, ekonomickej, sociálnej a zdravotnej roviny. Na potrebu interakcie ošetrovateľstva a zdravotnej politiky poukazujú aj autori Jankechová a kol. (2011). Edukačné intervencie spolu s výchovou k zdraviu by mali smerovať k rozvoju modernej roly sestry, ktorá by v podmienkach profesionálneho ošetrovateľstva mohla vytvárať priestor pre napĺňanie úloh pomáhajúcich profesií (Raková, 2013, s. 162). Podobne verejné zdravotníctvo prostredníctvom Poradní zdravia má možnosť priamo pôsobiť na zdravotnú gramotnosť celej populácie.

ZÁVER

V živote populácie je mnoho rizikových faktorov, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravie (Zamboriová, Simočková, 2017). Chápanie pojmu zdravia závisí od spoločnosti, v ktorej človek žije, súvisí so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka a z toho vychádzajú aj očakávania vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti (Hulková, Hulka, 2015). Nárast civilizačných ochorení vedie k zvýšeným finančným nákladom pre celú spoločnosť. Nevyhnutné je preto posilniť prevenciu na všetkých úrovniach. V primárnej prevencii sa javí ako vysoko účinné posilnenie zdravotnej gramotnosti populácie. Spôsoby zvyšovania zdravotnej gramotnosti je možné realizovať v rámci vzdelávania v predškolských a školských zariadeniach, v rámci edukácie, výchovy k zdraviu či v sociálnej politike. Zdravotná gramotnosť zohráva kľúčovú úlohu v oblasti podpory zdravia a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti (Čepová a kol., 2017, s. 24). Zdravotná gramotnosť sa stala kľúčovou témou a je v centre záujmu vedcov zaoberajúcich sa zdravím, lekárov, poskytovateľov služieb v oblasti zdravia, politických činiteľov a samozrejme ľudí angažujúcich sa v oblasti zdravia a zdravotníckych služieb. Jej hlavným cieľom je zvýšenie podielu človeka na starostlivosti o vlastné zdravie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ČEPOVÁ, E., KOLARČÍK, P., MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In *Zdravotnictví a sociální práce,* 2017. roč. 12, č.1, s. 24-32. ISSN 1336-9326.

DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T. 2011. Health Literacy – New Concept for Nursing Practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2011. vol. 1, no. 1, pp. 34–41. ISSN 1338-6263.

FAIT, T. et al. 2008. *Preventivní medicína*. Praha : Maxdorf, 2008., 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7.

FRISCH, A. et al. 2012. Defining and measuring health literacy:how can we profit from other literacy domains? In *Health promotion international*, 2012, vol. 27, no.1, pp. 117-126.

FUNTOVÁ, V. 2016. Řízená péče jako skrytá rezerva finančních nákladů na zdravotní péči. In *Sborník abstraktů konference s medzinárodní účastí k 10. výročí pracoviště VŠZ a SP sv. Alžbety v Příbrami -Příbramské dny zdravotnictví a sociální práce*, 21.- 22. 10. 2016, Příbram : Ústav J.N. Neumanna, VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 2016. ISBN 978-80-906146-9-7, s. 69-70.

HOLČÍK J. 2011. Škola a zdraví 21. Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem. [online] 2011. [cit. 2018-03-2]. Dostupné na internete: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/cze/holcik.pdf.

HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

HULKOVÁ, V., HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia a ich vplyv na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. In Kolektív autorov: *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo III.* vyd. Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR; Detašované pracovisko b. Sáry Salkaházi Rožňava, 2015. s. 42 – 57. ISBN 978-80-906146-2-8.

ISZ – Institut sociálniho zdraví. *Zdravotní gramotnost a její aplikace do praxe*. Univerzita Palackého v Olomouci [online] 2018. [cit. 2018-02-22]. Dostupné na internete: https://oushi.upol.cz/vyzkum/zdravotni-gramotnost/.

JANKECHOVÁ, M., OTRUBOVÁ, J., ZÁVODNÁ, V. 2011. Súčasný obraz ošetrovateľstva v zdravotnej politike. In *Aktuálne otázky politiky*: zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie zo dňa 4.2.2011. Trenčín : Trenčianska Univerzita A. Dunčeka v Trenčíne, 2011. ISBN 978-80-8075-485-3. s. 75-80.

KILÍKOVÁ, M. 2017. Hodnotiace a meracie nástroje ako súčasť zdravotnej dokumentácie. In *Ošetrovateľstvo 2020- trendy, zmeny a budúcnosť*: zborník vedeckých prác. vyd. VŠZ a SP sv. Alžbety, Bratislava; Detašované pracovisko b. Sáry Salkaházi Rožňava, 2017. s. 133 – 144. ISBN 978-80-8132-166-5.

KOVALČÍK, J. 2015. Analýza Zdravotného stavu obyvateľstva, faktorov ktoré ho ovplyvňujú a dlhodobých vyhliadok finančnej udržateľnosti zdravotníctva v SR. [online]

INEKO, 2015. [cit. 2018-03-08]. Dostupné na internete: http://*www.ineko.sk/file_download/875*

LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii*. Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016 s. 244. ISBN 978-80-555-1612-7.

NOVYSEDLÁKOVÁ, M. HUDÁKOVÁ, Z. 2012. Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné na internete: https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/p14.pdf

NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health educationand communication strategies unto the 21st century. In *Health promotion internationa*l, 2000, vol. 15, no. 3, pp. 259.

ONDRUŠ, P. 2014. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. 2014. 319 s. ISBN 978-80-89057-47-4.

OSBORNE, RH. et al. 2013. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). In *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, no. 1, pp.1-17.

RAKOVÁ, J. 2013. Výchova k zdraviu ako významná súčasť kooperácie v pomáhajúcich profesiách. In Kolektív autorov: *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo I.* Příbram: Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR., 2013. ISBN 978-80-8132-097-2, s. 149-163.

SORENSEN, K. et. al. 2012. Health literacy and public health; A systematic review and integration of definitions and models. In *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, no. 1, pp.80.

STRATEGICKÝ RÁMEC STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE PRE ROKY 2013-2020. [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné na internete: *www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/Sekcie/IZP/strategicky-ramec-starostlivosti...*

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva. [online]. 1998. [cit. 2017-10-17]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf. >.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2017. Manažment rizík rómskej komunity v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľstvo 2020- trendy, zmeny a budúcnosť*: zborník vedeckých prác. vyd. VŠZ a SP sv. Alžbety, Bratislava; Detašované pracovisko b. Sáry Salkaházi Rožňava, 2017. s. 247 - 256. ISBN 978-80-8132-166-5.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva LF UPJŠ,
Tr. SNP 1, Košice
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

MOŽNOSTI PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE V PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH SMRDÁKY

FOJTLÍNOVÁ Iveta, ZONOVÁ Andrea

ABSTRAKT

Liečivé zdroje PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOV Smrdáky sú predurčené na dosahovanie zdravia. Zameriavame sa nielen na liečbu kožných a pohybových ochorení, ale aj na prevenciu, posilnenie a zvýšenie odolnosti proti chorobám. Balneoterapia patrí k najstarším formám preventívnej starostlivosti, jej cieľom je obnoviť zdravie. Liečebná starostlivosť zvyšuje odolnosť proti stresu, zvyšuje obranyschopnosť organizmu, upravuje látkovú výmenu a hormonálne riadenie organizmu. Balneoterapia celkovo pozitívne ovplyvňuje ľudský organizmus a zvyšuje rozsah všetkých funkčných schopností. Pozitívnych výsledkov je dosiahnuté nielen u osôb dospelých, ale aj u detských pacientov.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Prevencia. Zdravie.

ÚVOD

Človek je bytosťou, ktorá sleduje určitý cieľ a má v živote určitý zámer. Chceme niečo dosiahnuť, vytvoriť a úspešne dokázať, túžime zrealizovať naše plány a predstavy. Pri dosahovaní našich cieľov je nevyhnuté byť zdravý, choroba nám v tom naopak bráni. Zdravie je prostriedok na dosahovanie cieľa, pričom môže byť i cieľom samo o sebe, a to hlavne u chorých ľudí trpiacich bolesťou, či u handicapovaného človeka. Je nevyhnutné udržiavať a prehlbovať si zdravie, ktoré nám poskytuje istotu čeliť životným problémom a prekážkam.

Právo na rozvoj, ochranu a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. Každý bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na požívanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia. Zdravie patrí medzi základné ľudské práva všetkých ľudí na svete. (Janečková, Hnilicová,2009).

Prevencia je chápaná ako zabránenie vzniku choroby, v širšom zmysle prevencia znamená predchádzanie vzniku, rozvoju, komplikáciám, nepriaznivým následkom ochorenia a predčasnému úmrtiu a to intervenciami na úrovni jedinca alebo spoločnosti.

Prevencia sa realizuje na úrovni:

- celospoločenskej - vzdelanie, legislatíva, ekonomika a financie, dostupnosť informácií,
- komunitnej - ovplyvňovanie hygienických návykov, pracovných, bytových podmienok, doprava, služby pre obyvateľstvo, sociálne služby, svojpomocné skupiny,
- individuálnej – vypestovanie zdravého životného štýlu, motivácia k realizácii zdravého spôsobu života (Puteková, Kabátová, Martináková, 2016).

Preventívnu starostlivosť chápeme v niekoľkých rovinách zdravotnej starostlivosti :

1. Primárna prevencia - dosahovanie vyššieho stupňa zdravia - predchádzanie vzniku a vplyvu rizikových faktorov, ich eliminácia - priamo orientovaná na predchádzanie určitých chorôb (očkovanie). Primárna prevencia podporuje a ochraňuje zdravie populácie v týchto oblastiach:

- hygiena životného prostredia,
- hygiena práce a chorôb z povolania,
- hygiena výživy,
- hygiena detí a dorastu,
- epidemiológia infekčných chorôb,
- epidemiológia neinfekčných chorôb,
- ochrana pred rádioaktívnym žiarením,
- sexuálne zdravie.

2. Sekundárna prevencia – ide o včasné vyhľadávanie a predchádzanie možných deficitov a komplikácií spôsobených základným ochorením u človeka s následnou včasnou a účinnou liečbou.

3. Terciálna prevencia – učí chorých a znevýhodnených ľudí ako čo najlepšie využiť možnosti zdravého života.

Neustále predlžovanie ľudského veku a neskorší odchod do dôchodku si vyžaduje pravidelnú starostlivosť o zdravie, pri ktorom je rovnako dôležitá nielen liečba a starostlivosť o chorých, ale aj prevencia (Mlčák, 2011).

MOŽNOSTI PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE V PRÍRODNÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH SMRDÁKY

Cieľom kúpeľnej liečby a preventívnej starostlivosti je zhojenie kožných prejavov, ústup pohybových ťažkostí a dosiahnutie dlhodobej remisie, čiže obdobia bez príznakov ochorenia. Dôležité je aj dosiahnutie pocitu aktívneho zdravia a zvýšenie psychickej i fyzickej pohody, čo v konečnom dôsledku prispeje k zlepšeniu kvality života.

Základom liečby v PLK Smrdáky sú sírovodíkové minerálne kúpele podávané formou vaňových kúpeľov alebo čiastočných minerálnych kúpeľov ručných a nožných vaní. Podpornou liečbou sú tiež prísadové kúpele, napr. hypermangánový, s prísadou oleja a iné. Počas minerálneho kúpeľa sírovodík preniká kožou do organizmu, má protizápalové liečivé účinky a výrazný priaznivý vplyv na imunologické zmeny v organizme.

Čiastočné alebo celkové bahenné zábaly zmierňujú lokálne opuchy v okolí kĺbov, redukujú napätie v svaloch a zlepšujú výživu chrupaviek, spojivového tkaniva a medzistavcových platničiek.

Neoddeliteľnou súčasťou liečby pacientov s kožnými ochoreniami sú najmodernejšie úzkospektrálne formy aplikácie ultrafialového žiarenia, ktoré patria medzi najúčinnejšie, no zároveň majú najmenšie negatívne dlhodobé sprievodné následky opaľovania, ktoré sú na ultrafialových prístrojoch podávané lokálnou alebo celkovou formou. Počas letných mesiacov sa využíva slnenie v prírodnom soláriu.

Liek určený na vonkajšiu aplikáciu sa nanáša priamo na kožu. Obvykle sem patria krémy, masti, pasty, mlieka, roztoky, liečivé šampóny a ďalšie. Tento druh ošetrenia sa označuje aj ako ošetrenie prvej voľby. Úspech lokálnej liečby spočíva v správnej ošetrovacej technike, ktorá sa týka pravidelnosti aplikácie, veľkosti vrstvy masti či krému, doby aplikácie a režimu liečby. Pri ošetrovaní je dôležité častejšie ošetrovanie kože, ako jednorazovo aplikovať hrubú vrstvu.

Okrem vaňových minerálnych kúpeľov, bahenných či prafínových zábalov, fototerapie a lokálnej liečby je možné využiť široké možnosti elektroliečebných procedúr, rôzne druhy masáži a liečebnej rehabilitácie. Individuálnym prístupom je liečba ordinovaná každému klientovi, podľa jeho zdravotného stavu a indikácii tak, aby bol dosiahnutý čo najväčší zdravotný efekt, odpočinok a zároveň regenerácia tela i duše.

V rámci liečebno – preventívnych pobytov poskytujeme 60 druhov liečebných procedúr ústavnou alebo ambulantnou formou. Liečebné pobyty zahŕňajú „Intenzívny kúpeľný pobyt“ a „Komplexný kúpeľný pobyt“. Preventívne pobyty zhŕňajú pobyt „Chuť Smrdák“ a pobyt „Zdravá koža.“

Pre ambulantných klientov je možnosť konzultácie s lekárom, konziliárne vyšetrenie, ako aj kontrola znamienok dermatoskopom, posúdenie kožných problémov.

Liečba detských pacientov s neinfekčnými kožnými ochoreniami je možná od 3 rokov veku.

ZÁVER

O zdraví môžeme hovoriť ako o protiklade choroby. Zdravie je tak stavom, keď sa nevyskytujú vážnejšie somatické či psychické ťažkosti a je príznačným dokonalým fungovaním organizmu. Prevenciou môžeme dosiahnuť ideálny stav zdravia, po ktorom túžime a nechceme sa od neho odchýliť, pretože má prepojenie s pracovnou výkonnosťou, vysokou kvalitou medziľudských vzťahov a s etickými, morálnymi či spoločenskými kritériami, ktoré ak spĺňame, tým viac sme považovaný za zdravých.

Ošetrovateľstvo má svoje nezastupiteľné miesto v starostlivosti o pacienta. Ani v budúcnosti prístroje nikdy úplne nenahradia odborné vedomosti, či láskavý prístup k práci a chorým ľuďom i k prevencii.

Zdravie nie je vždy len tovar, pacient nie je vždy len klient a zdravie nie je iba majetkom a vecou jednotlivca, ale aj investíciou celej spoločnosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

JANEČKOVÁ, H. HNILICOVÁ,H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotníctví*. Praha : Portál, 2009, 296 s. ISBN 978-80-736-759-2-9.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha : Akademia, 2005, 264 s. ISBN 80-200-130-7-5.

KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. 2009. *Základy klinické výživy*. Praha : Forsapi, 2009, 113 s. ISBN 80-869-120-8-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychológie nemoci.* Praha : Grada Publishing a.s., 2002, 200 s. ISBN 80-247-017-9-0.

LIŠKOVÁ, M. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin : Osveta, 2006, 72 s. ISBN 80-806-321-6-2.

MLČÁK, Z. 2011. *Psychológia zdravia a choroby*. Ostrava : Ostravská univerzity, 2011, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.

PÉČ, J. et al. 2010. *Systematická liečba psoriázy u dospelých*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010, 154 s. ISBN 978-80-223-2795-4.

PUTEKOVÁ, S., KABÁTOVÁ, O., MARTINÁKOVÁ, J. 2016. *Prevencia v ošetrovateľstve*. Trnava : SAV, 2016, 184 s. ISBN 978-808-082-99-8-8.

Kontaktná adresa:
Mgr. Fojtlínová Iveta
PLK Smrdáky
906 03 Smrdáky

RASIZMUS A PŘEDSUDKY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

FUNTOVÁ Veronika

ABSTRAKT

Česká republika se po roce 1989 otevřela světu a stává se multikulturním státem. Charakteristickým znakem každé společnosti je různorodost názorů a postojů. Některé postoje jsou právem označovány jako rasistické. Rasismus má své kořeny zapuštěny hluboko v historii a do budoucna není předpoklad, že se podaří je vymýtit. Barva kůže a náboženské přesvědčení je nejčastějším faktorem rasové kategorizace.

Klíčová slova: Etnické skupiny. Netolerance. Předsudky. Rasa. Rasismus.

ÚVOD

Pro současný svět je charakteristická vysoká míra setkávání lidí odlišných kultur, ras a národů. Česká republika se stále více otevírá světu a tím vystavuje své obyvatele, kteří žili mnoho let v izolaci, konfrontaci odlišnosti. Situace v České republice se nijak neliší od situace v ostatních evropských zemích. V profesním i soukromém životě vstupujeme do mnoha sociálních vztahů a ne každý je připraven tyto vztahy zvládat neagresivní cestou, bez zakořeněných předsudků. Základní orientaci ve světě kultur by měla mít každá sestra a neměla by být zaskočena setkáním s tímto pacientem.

Rasismus je nebezpečná hierarchie sociálních skupin na základě etnického klíče, společensky nebezpečný jev, který popírá rovnost. Prostupuje všemi oblastmi života moderní společnosti a nevyhýbá se ani zdravotnictví. Většinou nejde o záměrný rasismus, ale skrytý, jehož základ je hluboce zakořeněn ve většině z nás a je poznamenán dlouhodobou izolací naší země. O politický azyl požádalo mnoho občanů různé barvy pleti a náboženského vyznání. Globalizace, migrace obyvatel a změny lidských hodnot jsou faktory, které se nejvíce podílí na vzniku rasistických postojů. S cizinci se můžeme setkat ve zdravotnických zařízeních nejen v roli pacienta, ale pokud uspějí s žádostí, stanou se našimi plnohodnotnými spoluobčany a často i našimi pracovními kolegy. Podle Průchy (2006) je podstata rasismu v určité nenávisti

člověka k člověku. Vyrůstá z nedostatku tolerance, lásky, pochopení a porozumění. Bývá důsledkem jednoduchých představ lidí, ale i výsledkem tuposti a nepochopení. Mnohdy základ činí náboženská nebo ideová zatvrzelost. Základem rasistických teorií může být mýtus o fyzické a psychické nerovnosti – čili nerovnocennosti lidských ras. Pokud tyto rasistické teorie nachází živnou půdu v oblasti vzdělávání, nebo trhu práce, dochází k rasové diskriminaci. Bývá to situace, kdy příslušníci jiné rasy, která je ve společnosti minoritní, jsou znevýhodňování ve srovnání s příslušníky majoritní skupiny obyvatel. Allport (2004) zdůrazňuje, že muslimové nedůvěřují nemuslimům, Židé, kteří unikli vyhlazování ve střední Evropě, jsou ve svém novém státě Izrael obklíčeni antisemitismem. Většina uprchlíků chodí bez cíle hostitelskými zeměmi a mnoho barevných lidí trpí ve světě nedůstojným zacházením z rukou bělochů. Etické normy pro lidské chování stanovily před tisíciletími náboženské systémy – všechny požadují princip bratrství všech obyvatel planety. Ale dostát jim v době vyspělé techniky a atomu, vyžaduje pochopení faktorů, které vedou k nenávisti a toleranci.

POČÁTKY RASOVÉ KLASIFIKACE

Podle Průchy (2006) své rase věnoval člověk pozornost už od pradávna, lidská zvědavost o sobě sama, sahá hluboko do historie a lze tvrdit, že dokonce již od úsvitu civilizace (a nelze vyloučit, že ještě dříve) si této nápadné skutečnosti o rozlišnosti dobře všímal. Jiná barva kůže, jak se zdá, se stala měřítkem odlišnosti, ale i základním kritériem averze, či naopak jistých sympatií, bratrství a důvěry. Nejvíce zřetelným důkazem jsou staroegyptské malby, které zcela jasně zobrazují zástupce jednotlivých známých ras. Deska z období XII. Dynastie v Thébách, na které jsou zobrazeny postavy, znázorňující čtyři rasy, které se nejvíce vyskytovaly v civilizované oblasti Nilu. Znázorňují červenohnědého Egypťana, nahnědlého Palestince, ploskonosého a tlustopyského černocha a světlého Libyjce. Zprávy o černoších (Nahsi) byly známy už z doby VI. Dynastie. Staroegyptské umělecké tvorby nám daly jasně najevo, že rasy byly Egypťany dobře vnímány a rozlišovány. Nejde jen o Egypťany. I jiné starověké civilizace věděly, že existuje více lidských barev. Inkové tvrdili, že neviděli jinou rasu než svoji rudou, ale byli přesvědčeni, že existuje bílá rasa. Až s příchodem prvních Evropanů se jejich domněnka potvrdila. Z čínské mytologie je také známo, že byli stvořeni lidé více barev pleti. Celou historií lidstva, až do současnosti, se prolínají názory, že právě

vlastní rasa je v dominantním postavení vůči těm ostatním. To je také důvod, proč se kromě bílého rasismu hovoří o barevném. Ale nikdy není nic černobílé. I uvnitř bílé rasy se vyskytují rasistické projevy. Je logické, že zájem o jiné rasy byl především jedním z důvodů objevných cest. Těchto náročných, ale i nebezpečných expedicí se kromě námořníků, kolonizátorů a pověřenců panovnických rodů zúčastňovali i badatelé, kteří shromažďovali poznatky o domorodcích. Zajímal je jejich tělesný vzhled, život, zvyky, psychická úroveň, víra a náboženské projevy. Vznikaly základy antropologie, rostl zájem o různé rasy a postupně vznikaly rasové teorie. V druhé polovině 17. století je známa první vědecká klasifikace lidských ras. Podle Průchy (2006) ji vytvořil ji francouzský badatel F. Bernier, který rozdělil lidstvo na čtyři skupiny:

- Evropané a západní Asiaté.
- Afričané (černoši).
- Východní Asiaté.
- Laponci.

Z této teorie je zřejmé, že o Austrálii a Americe neměl ani ponětí. K hodnocení svých ras použil barvu pleti a vlasů, tvar vlasů, tvar obličeje a nosu, tvar oční štěrbiny a výšku těla – celkem sedm rozlišovacích znaků. Každý jedinec je nositelem znaků, které jsou považovány za kritéria klasifikace rasy. Kombinace znaků, které, se tvoří mezirasovým křížením, vede k postupnému stírání rasových rozdílů. Avšak u následujících generací můžou být zpětně eliminovány. Za rasové znaky jsou považovány ty, které jsou na první pohled patrné: barva kůže, profilace obličeje, délka hlavy, tvar a barva vlasů, tělesná výška. Tato všeobecná teorie rozděluji lidstvo na tři velké skupiny (tři velké rasy).

- Bílá rasa – představuje asi 40 % z celkového počtu lidstva a je velmi variabilní.
- Žlutá (asijsko-americká) – představuje asi 50 % celkového počtu a má 3 vedlejší rasové podskupiny:

- severomongoloidní (např. Mongolové)
- jihomongoloidní (např. Malajci)
- americká (indiáni)

- Černá (negroidní) – představuje zbylých 10 % z celkového počtu lidstva. Takovéto rozdělení lidstva je spíše tradiční členění a někdy je nazýváno jako geografické dělení

(Dacík, 2001). „Antropologové nenašli žádný přesvědčivý důkaz, který by podepřel názor, že bílá rasa je vyvinutější než ostatní“ (Allport, 2004, s. 139). V dnešní (moderní) antropologické terminologii bylo zavedeno podobné třídění lidstva – rasová taxonomie. Za základní rasovou skupinu je označena rasa bílá – europoidní, další je žlutá – mongoloidní a černá – negroidní. Kromě tohoto, somatického třídění, existuje ještě pojetí ras, které je odvozeno z kulturních jevů. Hovoří se např. o germánské, nordické, románské, slovanské nebo židovské rase.

VLIV VÝCHOVY

Na světě neexistuje společnost, kde by se děti neučily k jaké etnické nebo náboženské skupině patří. „Na základě příbuzenství se předpokládá, že dítě převezme předsudky svých rodičů, a také to, že se stane obětí jakéhokoli předsudku, namířeného proti jeho rodičům“ (Allport, 2004, s. 314). Děti mají stejnou příslušnost jako jejich rodiče, je nutné mít na paměti, že rodiče svým dětem předávají etnické postoje, a proto dochází k přenosu předsudků výchovou a výukou. Často je názor rodičů a učitelů směsicí tolerance a nesnášenlivosti, tehdy dítě přebírá obojí. Malé děti jsou zvědavé, jsou schopny si uvědomit odlišnosti mezi rasovými skupinami a velmi se o ně zajímají. Objevují pocit, že bílá je něco víc, spíše na základě spojení bílé barvy s čistotou. A čistotnost je hodnota, kterou vštěpujeme dětem velmi brzy. V dětských učebnicích můžeme najít seznam pěti ras – bílá, hnědá, žlutá, rudá a černá. Tím se zdá, že barva pleti je podstatná. Příčin, proč se v posledních sto letech stala rasa jádrem kategorizace představ o rozdílech mezi lidmi, je mnoho. Lidstvo přijalo model dědičnosti rodinné a od toho si odvodilo dědičnost rasovou (Allport, 2004).

Hodnoty, které přijímáme v rámci socializačního procesu, se učíme odmalička. Bývají to názory našich rodičů, prarodičů, naší společnosti a které nám ukazují co je správné a naopak, co je pravda, kultura, tradice i náboženství (Šišková, 2008).

MEZINÁRODNÍ MIGRACE OBYVATELSTVA

Odhadem dnes žije mimo svou vlast, tedy zemi, kde se narodili a jejíž občanství nesou asi 150 milionů lidí. Rozmístění je velmi nerovnoměrné. Sedm nejvyspělejších zemí světa má

na svém území asi jednu třetinu světové populace migrantů. Asi polovinu ze světové migrační komunity lze nalézt v rozvinutých zemích, druhá polovina v rozvojových zemích. Dynamika růstu této populace je značná, za rok přibývají 2 – 4 miliony migrantů. Současné pohyby mají mnoho příčin a důsledků. Obecně lze tento přesun charakterizovat jako tok obyvatelstva z chudého Jihu na bohatý Sever. Za hlavní činitele těchto pohybů můžeme považovat nerovnováhu v bohatství jednotlivých oblastí, válečné konflikty, výšku životní úrovně a ekonomické síle jednotlivých států. Migrace skupin obyvatelstva a destabilizovaná etnická situace jsou průvodními znaky společenského a politického vývoje v Evropě na přelomu druhého a třetího tisíciletí. Bezprostřední dopady má tento migrační trend i v České republice. Početné skupiny přistěhovalců, které přicházejí z východní a jihovýchodní Evropy, z arabských, afrických a asijských zemí, ale také ze severoamerického a jihoamerického kontinentu, vytvářejí v České republice novou mezietnickou kontaktní situaci. Tím vzniká nové mezietnické klima, které je českému obyvatelstvu neznámé a cizí (Bittnerová, 2005).

RASISMUS A PŘEDSUDKY V SOUČASNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE

Celkově zesiluje odmítavý postoj k imigrantům přicházejících do České republiky. Odmítavé stanovisko k cizincům posiluje. Cizince v zemi hodnotí nepříznivě více jak dvě třetiny obyvatel. Netolerance pramení hlavně z názoru, že se cizinci podílí na vysokém nárůstu kriminality a snižují bezpečnost v zemi. Převažují rovněž obavy z negativních ekonomických vlivů (činnost mafií, podvody, praní špinavých peněz). Postoj české společnosti je různý a vztahuje se k národnosti. Nejvíce vadí Romové, Rusové, Ukrajinci, Asiaté a Arabové. Většina české populace by uvítala přizpůsobení etnických skupin našim zvyklostem (Ivanová, 2005). „Civilizovaní lidé dosáhli pozoruhodného mistrovství v ovládání energie, hmoty a neživé přírody vůbec, a rychle se učí zvládat fyzické utrpení a předčasnou smrt. Ale pokud jde o mezilidské vztahy, vypadá to, jako bychom žili v době kamenné“ (Allport, 2004, s. 23). Rasismus v současné společnosti je velmi citlivé a složité téma, jeho řešení si vyžaduje kvalifikovaný přístup antropologů, kriminologů a psychologů. Rasismus je fenomén celosvětový, a proto vyžaduje koordinovaný postup i v globálním měřítku. Má své příčiny a zakořeňuje tam, kde nalézá příhodné podmínky a živnou půdu. Proto ani moderní demokratické společnosti nejsou schopny se s rasismem a jeho projevy vypořádat. Pokud

přestoupí mez zákona, snaží se tyto demokracií krajně nebezpečné projevy potlačovat a také represivně postihovat. Jako každý projev krajního radikalizmu či přímo extremismu. Rasismus je součást světonázoru, životní filosofie nebo osobnostním rysem a má svůj vývoj, tudíž, by bylo chybné vnímat rasismus černobíle. Přestože se tak bohužel často děje, jako nějaký koktejl nežádoucích názorů a zejména projevů, vyznačujících se určitými sympatiemi v historickém kontextu, uznáváním vlády silné ruky, kategorického řešení sociálních problémů a s tím spojeného násilí (Dacík, 2001). Dvacáté století, provázené mnohými politickými zvraty a střety různých státních a národních subjektů, přineslo zásadní proměny etnické struktury českých zemí. Od ustavení samostatné Československé republiky až po dnešek, se museli Češi vyrovnat s několika situacemi, které výrazně ovlivnili jejich postoje k cizincům. Nejprve to bylo postavení většinového národa v českých zemích, kde s nimi žilo kontinuálně početné jinonárodní obyvatelstvo. Později, v období 2. světové války, bylo české obyvatelstvo nedobrovolně uzavřeno do české jazykové oblasti, kde nově příchozí nadřazení cizinci byli jazykově totožní s předchozím jazykovým obyvatelstvem, ale kulturně odlišní.

Dalším obdobím bylo postavení téměř absolutní většiny s málo početnými jinoetnickými skupinami. Ve druhé polovině 20 století vyrůstala generace Čechů s vědomím jednoznačné existence občanské společnosti, ve které mají většinu a kde národnostní menšiny představují nepodstatné procento obyvatelstva. V posledním období 20. století je český národ ve většinovém postavení avšak konfrontován skupinami, které přicházejí žít v České republice svým autonomním životem (Bittnerová, 2005). Mnoho předsudků sdílí široký okruh lidí, který nezaznamenává, že to jsou pouze předané informace a představy. Tím se vytvářejí stereotypy. Ty začnou vadit tehdy, pokud začneme hodnotit člověka podle barvy kůže, oblečení nebo příslušnosti k určité skupině obyvatel. Předávání informací přestav je velmi nebezpečným jevem, stavíme tím bariéru mezi jedinci, žijícími vedle sebe. Předpojatost vzniká z hodnotových vzorců chování, tradic a zkušeností. Vede nás k takovým závěrům, které jsou pravdivé bez jakýchkoliv důkazů. Většinou je naše domněnka ovlivněna hodnotami a zkušenostmi s podobnými jedinci a ani si neuvědomujeme, jak ubližujeme a nedáváme druhému šanci. Podle přístupu k minoritě se minorita chová. Je-li přijata, zajímá se o dění v majoritě, je-li kritizována, kupí se problémy a narůstají konflikty. Chování k minoritě můžeme označit pěti stupni:

- Negativní vyjadřování – hanlivé výroky, vtipy atd., můžou je užívat političtí, kulturní a mediální představitelé ve sdělovacích prostředcích.
- Vyhýbání se kontaktu – nemusí se jednat pouze o národnostní menšinu ale o jakoukoliv skupinu (vozíčkáři, mentálně postižení, sexuálně odlišní občané). Jedná se o odmítavé stanovisko ve vztahu kolega v zaměstnání, sousedství v místě bydliště atd..
- Diskriminační zacházení – příslušníci nemají přístup na určitá místa, nemají možnost dosáhnout stejné vzdělání a pracovní pozice jako příslušník majority.
- Fyzické útoky – útoky na člena minority nebo jeho majetek.
- Genocida – fyzická likvidace všech příslušníků minority (Šišková, 2008).

ETNICKÉ SKUPINY V ČESKÉ REPUBLICE

Česká republika, která je středně velkým průmyslovým a vyspělým státem, se stává často cílem migrací pro skupiny osob i jednotlivce z vyspělých i velmi vzdálených zemí. Usídlují se tu lidé z různých kontinentů, příslušníci jiných kultur, náboženství a barvy pleti. Války, ekonomické rozdíly a politické převraty jsou často příčinou migrace. Emigrace z Československa mívala také politické důvody – německá okupace a komunismus. Je potřeba si uvědomit tyto skutečnosti, pokud hodnotíme důvody současné imigrace do České republiky. Po roce 1989 se složení cizinců výrazně změnilo. Změny v zemích a otevřením hranic, dříve označovaných jako socialistické, k nám přivedlo imigranty ze států bývalého SSSR. Přistěhovalectví z Balkánu zavinila válka v Jugoslávii. Do České republiky se přistěhovalo mnoho osob ze západních zemí, nejvíce však z arabského světa z důvodu válečných konfliktů. Česká společnost je k cizincům diferencovaná, záleží na národnosti a rase. V svém sousedství by Čechům nejméně vadilo žít vedle Slováků, Francouzů, Židů a jiných. Více by jim vadilo sousedství Rusů, Ukrajinců, Asiatů a Arabů. Úplně nejvíce by za sousedy v roce 2010 nechtěli Romy. Situace se však vlivem celosvětové politické situace mění a v roce 2018 by podle průzkumu za své sousedy nejvíce nechtěli muslimskou komunitu. Pokud by toto byl oficiální výsledek skutečnosti, multikulturní orientace české společnosti by byla vážná. Jaké je ve skutečnosti etnické klima v současné české společnosti, nejsou věrohodné a vědecky fundované poznatky (Ivanová, 2005).

Romové

Romská historie je historií tvrdých krutostí a nepředstavitelného pronásledování. Do Evropy přišli Romové v době, kdy byla feudálně zcela obsazena a nebylo v ní místo pro usazení. Pokud se nechtěli stát poddanými jako jednotlivci i jako skupina, byli donuceni k životu na neustálém útěku (Pekárek, 1997). „Romské rodiny fungují jako uzavřené systémy. Vzhledem k temperamentu a mentalitě mají nízkou sebedisciplínu a sebeovládání“ (Sedláková, 2006, s. 24). Předkové dnešních Romů pocházejí z indického subkontinentu, kde po staletí provozovali svá řemesla (kovářství, kotlářství, korytářství, košíkářství, hudba) a žili kočovným způsobem. Z Indie odešli v 10. století a od 13. století jsou trvale přítomni na evropském kontinentu. Nejdříve byli vítáni, protože přinášeli zajímavé informace o vzdálených zemích a přinesli nové technologie ve zpracování kovů a různých řemesel. Brzy začala Romy pronásledovat církev za bezvěrství, čarodějnictví a světská moc jim přisuzovala špionáž, sabotáže a loupežnictví. Vyvrcholením pronásledování byla 2. světová válka a její vyhlazovací politika. Většina západoevropských Romů skončila v koncentračních táborech. V poválečném období se na východě i západě Evropy stali nedobrovolným objektem asimilační politiky (Šišková, 2001). Romové jsou jednou z nejpočetnějších minorit v České republice. Je to skupina obyvatelstva, která se výrazně odlišuje od tzv. „standardizovaného“ průměru. Odlišnost je v první řadě etnická (z toho vyplývající rozdílnost kulturní, jazykovou a hodnotovou) a dále sociální, která jen z části vyplývá z etnické. Nejdůležitějším smyslem života Rómů v minulosti bylo přežít. Romové si během staletí vytvořili vlastní filozofii pohledu na svět a společenské vztahy. Na tradičních základech, se rozvinula silná rodinná soudržnost s důrazem na silnou populaci, která umožnila zachování rodu. Drobná kriminalita byla převážně chápána jako rovnocenný způsob zajištění obživy (Veselý, 1997). Sociální systém Rómů nemá obdobu na celém světě. Vzdáleně se mu podobají sociální systémy některých kočovných i polokočovných národů (američtí Indiáni, afričtí či arabští kočovníci). Charakteristickým znakem je rod, jeho cena – cena života. Vzájemná vazba Rómů nemá obdoby v historii lidstva. Romové mají po staletí svá nepsaná pravidla- veškeré rozhodování je společné, neschopnost být sám, vyčlenění z rodu je největším trestem, četnost je podmínkou štěstí, čas je minulost a přítomnost, budoucnost neexistuje, čas se neodvozuje od ročních období, neustálá změna – změna místa a prostředí zvyšuje naději na přežití, setrvání na jednom místě zvyšuje nebezpečí, způsob obživy, řemesla jsou podřízena této

neustálé změně, základní dovedností je schopnost umět se vyhnout, uniknout před nebezpečím, verbálně vždy projevovat souhlas, nesouhlas se vyjadřuje uhnutím pohledu. Dorozumívání se děje gestem, držením těla, intonací hlasu, hudbou (Pekárek, 1997). „Lepší vajíčko dnes, než slepice zítra“ říká romské přísloví a charakterizuje tím romské hodnoty. Další přísloví říká: „Jím, piju, žiju, umřu – nač hospodařit“ a tím je vyjádřen vztah Romů k budoucnosti. Proto většina Romů nemá žádný vztah ke školnímu vzdělání, které přináší plody až po mnoha letech (Šišková, 2008). Romská menšina má v současnosti s Čechy mnoho nevyřešených problémů. Z české strany jim je vytýkána hlučnost, nevzdělanost, špatné sousedské vztahy, špatná pracovní morálka, kriminalita, agresivita a prostituce. Romové vytýkají Čechům citový chlad, nadřazené chování, rasismus a xenofobii. Chování obou skupin ovlivňují předsudky z dávné i nedávné historie a nevyřešené křivdy. Tržní hospodářství vytlačilo z trhu práce celé skupiny Romů. Liberalizace trhů s byty přispěla ke koncentraci Romů v okrajových částech měst. Naopak pozitivní vývoj nastává v postupné emancipaci romské menšiny. Vytváří si vlastí občanské struktury a přejímá odpovědnost za vlastní vývoj. Mnohá občanská sdružení věnují Romům a jejich dětem velikou pozornost, vydávají časopisy a knihy v romštině. Televize i rozhlas vysílá pro romské etnikum pravidelné pořady. V současné době se snaží romští intelektuálové v rámci svého národního obrození o obnovení tradic, hodnot romské kultury a znovuzavedení některých zvyků. Čas ukáže, zda bude jejich snaha korunována úspěchem (Šišková, 2008).

Ukrajinci

Nejvýrazněji se Ukrajinci v českém prostředí začali vyskytovat na konci 18. století, kdy byla část území (východní Halič a severní Bukovina) přiřazena k habsburskému soustátí. Další ukrajinská emigrantská vlna přišla po 1. světové válce. V dnešní době je Ukrajinská komunita ze všech nejpočetnější. Hlavním důvodem je blízkost obou států, špatná ekonomická situace Ukrajiny a malé jazykové i kulturní bariéry. V otázce národní hrdosti jsou někdy až nekritičtí, idealizují svůj národní celek, který není vnímán ve své reálné, ale spíše ve vysněné až zkreslené podobě. Národní zvyky souvisejí s církevními svátky a s výročními dny výrazných osobností národní minulosti. (Šišková, 2001). „Základní hodnotový systém tradiční ukrajinské skupiny v ČR nevykazuje vzhledem k dlouhodobému soužití s českým obyvatelstvem zásadní odlišnosti od jeho hodnotového systému“ (Šišková, 2008, s. 87). Ukrajinská ekonomika se

od roku 1990 velmi zhoršuje, má nedostatek pracovních míst a mzdy nepokryjí základní životní potřeby. V rámci Sovětského Svazu migrovali za prací především na Sibiř, po otevření hranic odjížděli do USA, Polska, Izraele (trvalé přesídlení), Turecka a České republiky. Naše země je lákavá z hlediska poptávky po levné pracovní síle v nekvalifikovaných oborech a vysokého výdělku ve srovnání s ukrajinskými poměry. Dominují migranti ze Zakarpatské Ukrajiny – Rusíni z důvodu jazykové blízkosti obou národů. Ekonomická migrace do České republiky se stala svým způsobem módou. Zpočátku se jevila jako dočasná, ale u mnoha se objevují tendence zde zůstat trvale. Mnoho se rychle adaptovalo, mají pronajaté byty, vlastní auta a snaží se přizpůsobit českému prostředí. Děti chodí do českých škol, mají české přátele a přijímají české tradice (Bittnerová, 2005).

Vietnamci

Vietnam byl asi 1000 let pod tvrdou nadvládou Číny. Od 16. století trvala nadvláda Francouzů. V roce 1945 byla založena Vietnamská demokratická republika. Několikaletá válka s USA skončila v roce 1976. Od té doby provádí komunistická strana moderní hospodářské reformy. První občané, kteří oficiálně přijížděli do Československa, byli rovnou z letiště odvezeni na ubytovny a izolování od Čechů. Byli přísně hlídáni svou ambasádou, neměli dostatečnou jazykovou výbavu a to vše přispívalo k vzájemné izolovanosti. Čeští občané argumentovali, že přijíždí občané, kteří nejsou dostatečně zdravotně prověřeni a mohou být zdrojem různých chorob. Neméně závažným faktorem byl institut tzv. zástupce, člověka, který měl na starosti vyřizování na všech úřadech. „Nejvýznamnějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost“ (Šišková, 2008, s.104). Výrazným lišícím prvkem v chování je úsměv – často vyjadřuje omluvu. Dalším prvkem je citové vnímání. Vietnamci nejsou zvyklí dávat najevo své city na veřejnosti. Hladit po vlasech a tělesně se dotýkat smí pouze rodiče své děti. Smrkání do kapesníku je neslušné a směšné. Přímý pohled do očí může vyjadřovat domýšlivost (Šišková, 2008). „Vietnamci nedávají najevo svoje problémy, jejich pohyby jsou klidné, i v náročných situacích konají většinou bez efektu. Velký význam připisují sebekontrole“ (Sedláková, 2006, s.50). Jsou jednou z nejpočetnějších národnostních komunit. Soužití s Čechy se může počítat na desetiletí, vzájemné vztahy jsou výjimkou. Do podvědomí se dostali především těmito stereotypy – co Vietnamec, to trhovec, negativně ovlivňují ekonomiku a zvyšují růst kriminality. Výskyt Vietnamců má svou

historickou kontinuitu. V období po 2. světové válce začali studovat první vietnamští studenti střední a vysoké školy. Řízené pracovní migrace začali asi v roce 1967. V 80. letech přijalo Československo 30 000 Vietnamců – studentů a stážistů v továrnách. Po roce 1989 začal zesilovat proud asijských běženců na západ. Jednalo se především o ekonomické uprchlíky. Kulturním znakem u Vietnamců je silné rodinné pouto. Rodinu tvoří až tři generace. S rodinou jsou spjaty tradice (příprava jídla, uctívání předků – malé oltáříky). Vietnamci se z ekonomických důvodů začínají přizpůsobovat našim svátkům a tradicím. Z původních, vietnamských svátku udržují hlavně příchod Nového (lunárního) roku. Pro Vietnamce je důležité vzdělání, otvírá jim bránu k dobrému zaměstnání. Mnoho dětí se narodilo v Čechách, ve Vietnamu nikdy nebyli, příbuzné znají jen z vyprávění a často neumí ani dobře ani řeč svých rodičů (Bittnerová, 2005).

Muslimové - Afgánci, Syřané, Iránci

Islámské náboženství Islám říká, že život a smrt, nemoc a zdraví jsou dány z vůle Boží. Nařizuje však muslimům, aby léčili své nemocné a provedli vše k prevenci nemoci (Ivanová, 2005). Jelikož Islám je náboženstvím zákona a nezná žádné ostré dělení na záležitosti náboženské a světské, vše podle něj spadá pod Boží zákonodárství. Islámské náboženství je vývojově třetí nejmladší a vzniklo ze semitského civilizačního prostředí Předního východu. Tak jako v judaismu a křesťanství se základem stala víra v jediného Boha, stejného, k němuž se obracejí židé a křesťané. Islám tohoto Boha nazývá Alláh. Pojem Islám se v Evropě používá jako cejch pro určité negativní jevy. Je potřeba zdůraznit, že i přes nesporně blízké historické kořeny byly vztahy mezi křesťanskou a islámskou civilizací po celé dějiny poznamenány chronickou nedůvěrou a nepřátelstvím. Na Západě přetrvává syndrom islámského nebezpečí, který občas nabývá na síle v závislosti na mezinárodním politickém vývoji. Obě strany se svou vzájemnou nenávistí netají. Historických i aktuálních politických důvodů pro nepřátelské chování je mnoho (teroristické útoky). Můžou se chovat i bezdůvodně agresivně, pokud musí dokazovat před komunitou svou statečnost. Pravou ruku považují za čistou a levou za nečistou. Pokud bychom podávali cokoliv levou rukou, můžou to považovat za urážku. Hygienické návyky odpovídají prostředí bez teplé nebo tekoucí vody. Negramotnost v Afganistanu je 90 %. Denní dobu určuje čas modliteb a poloha slunce. Často nemají doklady, neví, kdy se narodily a za vlastním jménem mají jméno otce a dalších

předků, příjmení nemají nebo neznají. V tradiční afgánské společnosti ženy nemají žádná práva, nemají vycházet z domu a stýkat se s jinými muži s výjimkou rodiny. Pokud jdou ven z domu, musí mít mužský doprovod a jsou celé zakryté (Šišková, 2008).

EMPIRICKÁ ČÁST

Problém průzkumu

Průzkumná otázka je orientována na multikulturní znalosti, vývoj rasové intolerance a averzi sester a pacientů ve vybrané pražské fakultní nemocnici v roce 2018. Rádi bychom komparovali dvě časová období (rok 2010 s rokem 2018), vzhledem k mezinárodní situaci, migračních vlnách a celosvětovému problému s terorismem.

V jakém rozsahu a k jakým etnickým skupinám převládá rasismus a předsudky u sester a pacientů ve zdravotnických zařízeních v roce 2010 a v roce 2018?

Cíle

1. Vyjmenovat, ke kterým cizincům a kulturám mají sestry a pacienti největší předsudky.
2. Zjistit rozsah netolerance a odmítání skupin jiné kultury a barvy pleti.
3. Zkoumat skupinu sester, hospitalizovaných pacientů a jejich nejprioritnější příčiny předsudků a odporu.
4. Navrhnout opatření k eliminaci rasismu a předsudků ve zdravotnických zařízeních.

Na základě uvedených cílů jsme stanovili následující hypotézy.

Hypotéza č. 1 Odlišná barva pleti vyvolává obavy u pacientů i sester.

Hypotéza č. 2 Sestry mají největší předsudky k muslimské komunitě.

Hypotéza č. 3 Spouštěcím faktorem netolerance je obava z odlišnosti, kulturní rozdílnosti a možné kriminality.

Hypotéza č. 4 Vytvořením edukačního letáku se pozitivně změní postoj sester k této problematice.

Metodika výzkumu

Průzkum byl prováděn kvantitativní metodou, technikou sběru údajů byly dotazníky. Průzkum jsme prováděli v časovém úseku leden - únor 2010 a pro komparaci únor-březen

2018. Ke zpracování výzkumu byly použity dva anonymní dotazníky. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků sestrám a 120 dotazníků pacientům jak v roce 2010, tak v roce 2018. Dotazníky byly naprosto stejné pro oba roky. Pro sestry obsahoval 17 otevřených otázek, které byly buď škálové nebo polytomické. Dotazník pro pacienty obsahoval 9 otázek škálových a polytomických. U obou nabízených dotazníků bylo možno zaškrtnout více než jednu odpověď. Oslovovali jsme náhodně vybrané respondenty, kteří byli v těchto časových úsecích hospitalizováni nebo absolvovali ambulantní vyšetření.

Charakteristika výběrového souboru

Výzkumné soubory byly dva. V rámci pravdivosti a objektivity jsme dotazníky opět rozdali 120 respondentům z řad pacientů a 120 sestrám lůžkových a ambulantních oddělení ve vybrané pražské fakultní nemocnici. Sestry jsme oslovovali prostřednictvím vedoucích sester jednotlivých klinik. Respondentům jsme nechali úplnou volnost ve vyplňování. Oba dotazníky byly rozdány na 6 klinik interních a 6 klinik chirurgických oborů rovnoměrně (každý obor 60 dotazníků). Každá jednotlivá klinika dostala 10 dotazníků, tímto jsme vytvořili široký záběr různých respondentů. Návratnost byla u sester v roce 2010 94 % a u pacientů 97 %, v roce 2018 u sester 85 % a pacientů 89 %. Tak vysokou návratnost přičítáme tomu, že pro sestry dotazníky rozdávaly a sbíraly vrchní sestry, které vzhledem ke svému postavení mají respekt. Pacientům byly dotazníky rozdávány během hospitalizace, které při propuštění vraceli, nebo v prostorách ambulance navraceli osobně.

VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Hypotéza č. 1 Odlišná barva pleti vyvolá obavy u pacientů i sester.

2010 – Hypotéza **nebyla** potvrzena

2018 – Hypotéza **byla** potvrzena

Mezilidské vztahy jsou v dnešní společnosti všeobecně špatné, v průzkumu vyšly v podstatě horší než v roce 2010. A když přihlédneme k barvě pleti nebo jinému náboženskému vyznání, negativní postoj zaujme většina obyvatel, respektive zdravotnického personálu. Tvář bývá zpravidla prvním zdrojem orientace ve vztahu k druhému člověku. Pohlaví, věk a rasa, je dalším charakteristickým rysem, který nás ve vztahu k druhému člověku zajímá. Bez ohledu

na individuální odlišnost, ihned přisoudíme každému člověku určitou nálepku. Ke spokojenosti pacientů patří kromě lékařské a ošetřovatelské péče i chování a postoje tohoto personálu. Tyto postoje se nedají úplně naučit, vycházejí z našeho nitra a odhalí náš postoj k jinému etniku.

Hypotéza č. 2 Sestry mají největší předsudky k muslimské komunitě.

2010 – Hypotéza **nebyla** potvrzena

2018 – Hypotéza **byla** potvrzena

V roce 2010 měly respondenti největší problém s komunitou Svědků Jehovových, v roce 2018 převládají muslimové. Svou roli určitě sehrává celosvětový problém boje s terorismem, četné teroristické útoky s mnoha oběťmi, což není zanedbatelné. V tomto období je český národ ve většinovém postavení avšak konfrontován skupinami, které přicházejí do České republiky žít svým autonomním životem. Mnoho předsudků je sdíleno širokým okruhem lidí, který nezaznamenává, že to jsou pouze předané představy a informace. Vytvářením škodlivých stereotypů, které začnou vadit tehdy, pokud začneme hodnotit člověka podle barvy kůže, náboženství, oblečení nebo příslušnosti k určité skupině obyvatel. Tím stavíme bariéru mezi jedinci žijícími vedle sebe.

Hypotéza č. 3 Spouštěcím faktorem netolerance sester je obava z odlišnosti, kulturní rozdílnosti a možné kriminality.

2010 – Hypotéza **byla** potvrzena

2018 – Hypotéza **byla** potvrzena

Tato Hypotéza se jako jediní potvrdila i roce 2018. Opět jsou to praktické zkušenosti ze současnosti Sestry jako důvody předsudků k jiným etnickým skupinám, označily negativní zkušenosti, možné páchání trestné činnosti, nižší inteligence a charakterová jinakost. Zároveň si ale uvědomují, že tito přistěhovalci většinou opouští svou vlast z důvodu války nebo bídy.

Hypotéza č. 4 Vytvořením edukačního letáku se pozitivně změní postoj sester k této problematice.

2010 – Hypotéza **nebyla** potvrzena

2018 – Hypotéza **byla** potvrzena

Sestry si oproti roku 2010 uvědomují nutnost vzdělávat se, vědět koho ošetřuji a co od takového pacienta mohu očekávat, proto se naprosto správně rozhodují změnit postoj, nasbírat co nejvíce informací, včetně edukačních letáků. Nejvhodnější způsob edukace sester by měla být ošetřovatelská směrnice, ve které budou vypracovány jednotlivé etnické skupiny, jejich specifika a závazné pokyny pro ošetřovatelskou péči. Edukační letáky pro pacienty by vhodnou formou měly upozorňovat na skutečnost, že jsou ošetřováni ve velké pražské fakultní nemocnici a mohou se setkat s pacientem i ošetřovatelským personálem, který bude jiné barvy pleti, národnosti a náboženského vyznání. Tyto letáky by měly být k dispozici na chodbách a v čekárnách zdravotnických zařízení. Je důležité myslet na to, že pacienti, kteří náležejí k odlišným etnikům a kulturám, patří do kategorie tzv. náročných pacientů a být na tuto situaci dobře připraveni.

DISKUSE

Je zajímavé, že při běžném setkání s člověkem jiné barvy pleti nepociťují pacienti téměř žádné obavy. Ale ve chvíli, kdy se z běžného občana stane ošetřovatelský personál, liberální postoj změní. Na otázku, zda by měly mít české sestry přednostní pozice na pracovišti, odpovědělo jak v roce 2010, tak v roce 2018 většina respondentů rozhodně ano a většinou ano. Z tohoto vyplývá, že zatímco sestrám nevadí pacienti jiné barvy pleti a národnosti, v občanském životě nejsou tak tolerantní. A naopak pacienti v občanském životě neřeší barvu pleti a náboženské vyznání, ale k ošetřovatelskému personálu tak vstřícní nejsou. Souhlasíme s Allportem (2004), krerý uvádí: „Na základě příbuzenství se předpokládá, že dítě převezme předsudky svých rodičů, a také to, že se stane obětí jakéhokoli předsudku, namířeného proti jeho rodičům“ (Allport, 2004 str. 314). Dále zmiňuje informaci o dětech, které mají stejnou příslušnost jako jejich rodiče a je nutné mít na paměti, že rodiče svým dětem předávají etnické postoje a proto dochází k přenosu předsudků výchovou a výukou.

Největší předsudky mají respondenti v roce 2010 k romskému etniku, více jak padesát procent. Čtvrtina respondentů označila komunitu Muslimů. V roce 2018 převažovala velmi výrazně skupina Muslimů. Zajímalo nás také, jaký mají respondenti názor na náboženské vyznání z všeobecného pohledu, tedy ne jen u pacientů. V roce 2010 tři čtvrtě respondentů

sester neposuzuje člověka podle jeho náboženského vyznání. V roce 2018 se situace změnila a více jak polovina sester posuzuje člověka podle jeho náboženského vyznání. Další otázka byla zaměřena na osobní předsudky k náboženství. Nabídli jsme 6 náboženských směrů. Odpověď nás překvapila – nejvíce předsudků cítí sestry v roce 2010 k náboženství Svědků Jehovových. Pouze slabá třetina označila islámské náboženství. Ještě konkrétněji zněla následující otázka, které náboženství respondentům nejvíce vadí. Téměř tři čtvrtiny respondentů označili opět náboženství Svědků Jehovových. V roce 2018 se situace obrátila a nejvíce předsudků vnímají sestry k islámskému náboženství, což je reakce na současnou politickou situaci. Buddhismus, Judaismus a Hinduismus neoznačil žádný respondent jak v roce 2010, tak i v roce 2018. Šišková (2008) v této souvislosti upozorňuje na fakt, že většina muslimských žen nemá žádná práva, nesmí vycházet z domu a stýkat se s jinými muži, což je pro nás nepochopitelné a nepřijatelné.

Ptali jsme se respondentů jaký mají názor na přistěhovalce. Necelých padesát procent respondentů si myslí, že svou vlast opustili z důvodu války nebo bídy. Těsně pod třicet procent respondentů je přesvědčeno, že jsou zdrojem kriminality. 16 % respondentů se těchto přistěhovalců bojí pro jejich odlišnost a raději se setkání vyhne. Následná otázka byla zaměřena ne negativní zkušenosti s občany jiného etnika. Odpověď ano a spíše ano označilo 58 % respondentů, což znamená skoro dvě třetiny. Na druhou stranu nesmíme opomenout zdůraznit, že asi jedna třetina nemá, nebo spíše nemá špatné zkušenosti. Zajímalo nás také, čeho se nejvíce respondenti obávají při setkání s jiným etnikem. Těsně pod sedmdesát procent respondentů uvedlo, že mají obavy z jejich kriminality, kterou často páchají, pochází z jiné kultury, jsou charakterově odlišní a bojí se jich. 15 % respondentů se setkání raději vyhne. Opakem je 16 % respondentů, kteří necítí žádné obavy. Velmi podobné výsledky vyšly i v roce 2018. Dacík (2001) ve své knize *Člověk a rasa* uvádí, že předsudky mohou pramenit z povědomé averze či jisté opatrnosti ke všemu co je odlišné, Allport (2004) ve své publikaci *O povaze předsudků* uvádí, že dítě přebírá předsudky svých rodičů a Novák (2002) v knize *O předsudcích* píše, že národnostní předsudky mají většinou kořeny v osobní zkušenosti.

V roce 2010 sestry o další vzdělávání neprojevily zájem, nemají potřebu se v této problematice orientovat a vzdělávat se. Myslíme si, že odpovědi respondentů v roce 2010 pramení hlavně z neznalosti. Naopak v roce 2018 sestry projevily zájem o další vzdělávání v této oblasti, protože se pravděpodobně setkaly s pacienty jiných etnika a pociťovaly

částečnou neznalost a nejistotu v poskytování ošetřovatelské péče. Zjistily i nutnost začlenění multikulturní výchovy do koncepčního projektu nemocnic. Kutnohorská (2008) uvádí, že velké fakultní nemocnice musejí být připraveny více než ostatní, na pacienty jiných etnik, mnohdy velmi cizokrajných. Ivanová, Špirudová a Kutnohorská (2005) zdůrazňují, že s rostoucím přílivem cizinců se stále více otevírá otázka péče o jejich zdravotní stav a to tvoří základ multikulturního ošetřovatelství. S oběma názory souhlasíme.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Management zdravotnického zařízení

- Vydat směrnici pro zdravotnický personál nemocnice, která by seznámila sestry s pojmy kultura, multikultura a multikulturní ošetřovatelství.
- Seznámit sestry popřípadě i ostatní zdravotnický personál s nejpočetnějšími etnickými skupinami, které žijí na území ČR.
- Vytvořit ošetřovatelskou směrnici, která by přesně popsala jednotlivé etnické skupiny a jejich specifika při ošetřování.
- Zařadit multikulturní ošetřovatelství do programu celoživotního vzdělávání (semináře, odborné konference, přednášky atd.).
- Využít každé příležitosti vést sestry k toleranci a vstřícnosti k pacientům i personálu jiné barvy pleti a náboženského vyznání.

Sestry

- Vzdělávat se a zajímat o jiná etnika, která mohou být pacienty fakultní nemocnice.
- Aktivně se zúčastňovat seminářů, odborných konferencí na téma multikulturní ošetřovatelství.
- Nastudovat specifika ošetřovatelské péče o nejpočetnější etnické skupiny v regionu.
- Být profesionálem a potlačit v sobě averzi nebo předsudky vůči některým skupinám pacientů z řad nepreferované etnické skupiny.

ZÁVĚR

V současnosti žije v České republice mnoho občanů, kteří nejsou původními obyvateli. Setkáváme se s nimi všude, na ulici, v obchodech i ve zdravotnických zařízeních. Česká republika se stala vyspělou evropskou zemí a jejím cílem v této oblasti je vést obyvatele k toleranci jiných kultur nebo alespoň k respektování jiných kultur. Postoje obyvatel k příslušníkům odlišných ras, národů, etnik, kultur či náboženství by se měly využívat především ke vzájemnému obohacení.

Problémů, které trápí dnešní společnost, je celá řada. Některé z nich lze vyřešit v krátkodobém časovém horizontu, některé problémy přetrvávají dlouhá léta a je pravděpodobné, že se s nimi budou potýkat i budoucí generace. Mezi dlouhodobé problémy patří začleňování jiných etnik do společnosti. Téměř každého občana, kterého se zeptáte na potíže s jinými etniky, vám odpoví: Romové – páchají trestnou činnost, kradou, mají dluhy, neplatí nájem, nechodí do práce a jsou špinaví. Vietnamci – zbohatlíci, stánkaři v tržnicích. Ukrajinci – organizovaný zločin, dělníci ve všech profesích. Islamisté – teroristé, neumí nic jen válčit. To jsou postoje a předsudky, které narušit a zbourat bude velice obtížné.

Je potřeba vytvořit edukační letáky pro pacienty, které by vhodnou formou upozorňovali na skutečnost, že jsou ošetřováni ve velké pražské fakultní nemocnici a mohou se setkat s pacientem i ošetřovatelským personálem, který bude jiné barvy pleti, národnosti a náboženského vyznání.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ALLPORT, G. W. 2004. *O povaze předsudků.* 1. vyd. Praha : Prostor, 2004. 574 s. ISBN 80-7260-125-3.

BITTNEROVÁ, D. - MORAVCOVÁ, M. – NOSKOVÁ, H. a kol. 2005. *Kdo jsem a kam patřím*. 1. vyd. Praha : SOFIS, 2005. 460 s. ISBN 80-902785-8-2.

DACÍK, T. 2001. *Člověk a rasa.* 1. vyd. Brno : CERM, 2001. 130 s. ISBN 80-7204-216-53.

FUNTOVÁ, V. 2010. *Rasismus a předsudky ve zdravotnických zařízeních*. VšZSP Příbram – bakalářská práce. 2010. 69 s.

IVANOVÁ, K. – ŠPIRUDOVÁ, L. – KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. 248 s. ISBN 97-80-247-2150.

PEKÁREK, P. 1997. Zánik sociokultur. *Demografie.*, roč. 39, 1997. č. 1, s. 36 – 37. ISSN 0011-8265.

PRŮCHA, J. 2006. *Multikulturální výchova. Teorie, praxe, výzkum*. 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 2006. 211 s. ISBN 80-85866-72-2.

SEDLÁKOVÁ, G. 2006. Ošetrovateľstvo a Romovia. In *Sestra*. 2006. roč. V, č. 3-4, s. 24-25. ISSN 1335-9444.

SEDLÁKOVÁ, G. 2006. Rodinné ošetrovateľstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. In *Florence*. 2006. ročník II. č. 2, s. 50-51. ISSN 1801-464X.

ŠÍŠKOVÁ, T. 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. 273 s. ISBN 978-807367-182-2.

ZÁKON 372/2011. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.* [on line] [2018-03-28] Dostupné na: zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast9http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

Kontakt

PhDr. Veronika Funtová
Centrum sociálně ošetřovatelské péče
Parmská 390
109 00 Praha 10
e-mail: funtova@seznam.cz

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S DUŠEVNOU PORUCHOU – ALKOHOLIZMUS

GEĽHOŠOVÁ Iveta, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Príspevok pojednáva o kvalite života pacientov so závislosťou na alkohole. Našim cieľom bolo charakterizovať kvalitu života pacientov v prvej etape liečby a porovnať ju s kvalitou života u abstinujúcich alkoholikov. Použili sme štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že abstinujúci alkoholici dosiahli lepšie skóre kvality života vo všetkých doménach oproti alkoholickým pacientom. Výsledky práce môžu prispieť k zlepšeniu životného štýlu a minimalizovaniu recidív závislých pacientov.

Kľúčové slová: Abstinencia. Alkoholizmus. Duševná porucha. Kvalita života.

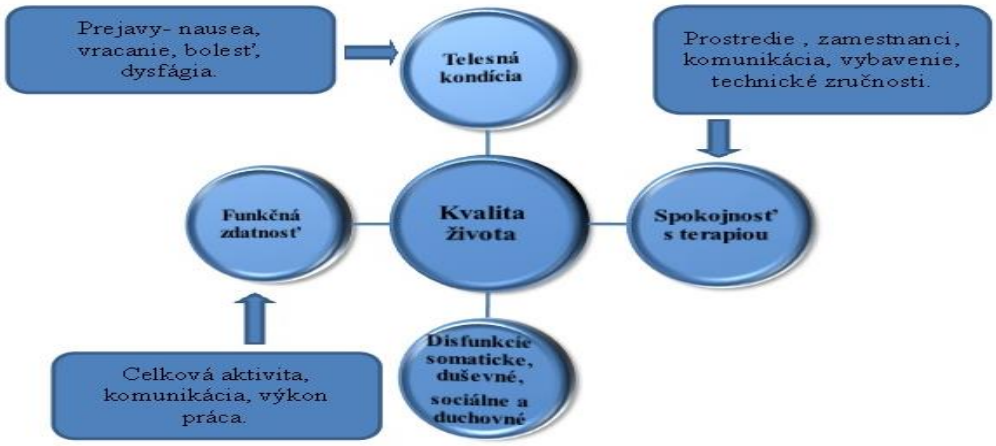
ÚVOD

Závislosť od alkoholu je diagnóza, ktorá značí totálny úpadok osoby po fyzickej, psychickej a sociálnej stránke. Začínajúci alkoholik spočiatku nemá žiadne problémy, najskôr pije pri oslavách, inokedy zo smútku, alebo keď je v strese, proste vždy sa nájde nejaká príležitosť. A čím častejšie si alkoholik vedome vytvára, alebo vyhľadáva takéto príležitosti, o to viac sa u neho prehlbuje závislosť. Závislosť od alkoholu môže mať až patologické následky, prinajmenšom je jeho zdravie ohrozené po somatickej a psychickej stránke. Začínajú vznikať orgánové poškodenia a rôzne psychotické poruchy. Alkoholik si už necení svoju rodinu, zamestnanie a izoluje sa od všetkého. V rozvinutom štádiu závislosti už vstane aj v noci a vypije si, aby sa u neho neprejavili abstinenčné príznaky, čo je hlavným indikátorom zníženej, alebo zmenenej kvality života. Pri somatických ochoreniach spôsobených alkoholom osoba môže pociťovať aj bolesť, ktorá je nežiadúca a je vnímaná u religióznych ľudí ako Boží trest, čo v konečnom dôsledku znamená opäť raz zmenenú kvalitu života. Riešením ako začať odznova žiť je abstinencia. Abstinent je vyrovnaný so svojím predchádzajúcim delikventným životom a snaží sa robiť všetko pre to, aby do neho nespadol buď skôr, či neskôr, pretože závislosť od alkoholu je tvorená z remisie a relapsu. Pri abstinovaní sa u pacienta dajú do značnej miery vyliečiť rôzne poruchy, dokonca je

schopný sa začleniť do nového pracovného tímu. Neodmysliteľnou súčasťou liečby, alebo prevencie závislostí sú rodinný príslušníci, ktorí by aj napriek všetkému mali byť v tomto boji pijanovi oporou. Obnovené zdravie, získanie sociálneho statusu a nový priatelia, predstavujú pre abstinenta ten správny fenomén, pod ktorým je možné si predstaviť spokojnosť, šťastie a teda kvalitný život.

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA A ZÁVISLOSŤ NA ALKOHOLE - TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ PROBLEMATIKY

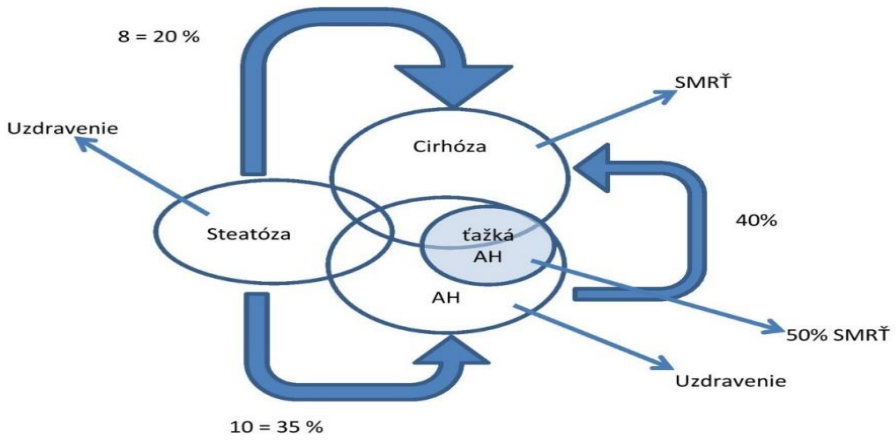
Švehlíková, Heretik (2008) posudzujú kvalitu života zo psychologického aspektu. Na základe výskumov došli k záveru, že kvalitu života je možné popísať ako subjektívne prežívanú životnú pohodu (well-being). Je ovplyvnená zdravím a má dve hlavné charakteristiky. Multidimenzionálnosť znamená, že posudzovanie kvality sa nemôže týkať len jednej oblasti života. Je potrebné posudzovať minimálne tri z nich. Tvoria ju: oblasti fyzických ťažkostí, duševné a afektívne oblasti a funkčná zdatnosť. Subjektivita je pojem, ktorý poníma jedincove prežívanie choroby. To znamená, že dvaja rôzny pacienti aj keď trpia tou istou chorobou, majú úplne odlišné prežívanie. V subjektivite zohrávajú úlohu determinanty ako sú osobnostné charakteristiky, schopnosť prispôsobiť sa a stupeň sociálnej podpory. Kocsisová a Hrubý (2011) prebrali vo svojom článku od Klenera a Vorlíčeka zaujímavý spôsob grafického znázornenia faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života vo vzťahu k zdraviu.



Obrázok 1 Faktory vplývajúce na kvalitu života (Zdroj: Kocsiová, Hrubý, 2011, s. 38).

Jeden z faktorov vonkajšieho prostredia, ktorý ovplyvňuje kvalitu života osoby je užívanie alkoholu v objeme, ktorý je možné pomenovať ako alkoholizmus. Srivastava a Bhatia (2013) tvrdia, že závislosť od alkoholu je bežná psychiatrická porucha, ktorá ale má významný vplyv na zdravie a na jeho kvalitu. Podľa Globálnej správy o stave alkoholu, predstavovali abúzy alkoholu 1,4 % celkovej záťaže chorôb. Úmrtia spôsobené nadmernou spotrebou alkoholu predstavujú 3,2 % čo v prepočte na počet osôb znamená 1,8 milióna. Pričom zdravotné postihnutie spôsobené nadmerným užívaním alkoholu sa vyskytuje u 4 % čo v číslach znamená, že disfunkciu a tým pádom zníženú kvalitu má až 58,3 miliónov ľudí. Výsledok liečby pre závislosť od alkoholu, a jej prirodzený priebeh je tvorený z remisie a relapsu. Dôležitú úlohu tu zohráva práve výsledok kvality života alkoholického pacienta. U osoby závislej od alkoholu je najviac po somatickej stránke ohrozená pečeň, pretože je tu vysoké riziko vzniku cirhózy pečene. Podľa Žigraia (2009) môže viesť cirhóza až k hepatocelulárnemu karcinómu, konkrétne až v 80% prípadov HCC je spôsobených cirhózou. Ďalším rizikovým determinantom súvislosti k vzniku HCC bez prítomnosti cirhózy patrí práve alkohol, keď sa prekročí príjem etanolu nad 60g na deň.

Szántová (2008) graficky znázornila formy alkoholového poškodenia pečene. Pretože riziko úmrtia u neliečených osôb stúpa, kým za 3 roky stúpne o 20% po 5 rokoch stúpne o ďalších 20%. Alkoholová hepatitída vzniká pri dennej spotrebe 30-60g pričom prevalencia tvorí 10-20%.



Obrázok 2 Formy alkoholového poškodenia pečene (Zdroj: Szántová, 2008, s. 171).

Faller a kolektív (2015) sú toho názoru, že užívanie alkoholu predstavuje celosvetový problém. Vedie k narušeniu medziľudských vzťahov, vznikajú zdravotné a psychické problémy. Problémy vznikajú dôsledku zneužitia alkoholu a preukazujú sa na odlišnej QoL. Jedinci, ktorí sa stali závislí na alkohole vykazujú výrazný pokles kvality života. Pokiaľ majú títo jedinci snahu vyliečiť sa, aj QoL bude vyššia. Kvalita života jedinca je veľmi dôležitá na stanovenie výsledkov liečby zneužívania alkoholu. Terapeutické intervencie môžu zlepšiť kvalitu života alkoholikov, ktorých príjem alkoholu je vyšší než denná dávka. Takáto účinná liečba preukazuje aj významné zlepšenie QoL. Závažnosti závislostí dobre odstraňujú organizácie na pomoc v sociálnej a psychickej oblasti pretože sú v úmere poskytnutých intervencií. Srivastava a Bhatia (2013) popisujú, že u niektorých ľudí je vyššie riziko výskytu následkov z užívania alkoholu. Predispozíciu k týmto rizikám majú po väčšine muži, ktorí sú viacej vnímavejší na stres, trpia úzkosťou, nie sú nikdy s ničím spokojní. Vicáňová a Rovná (2009) tvrdia, že ošetrovateľstvo má snahu pomáhať jednotlivcovi, ale aj celej komunite ľudí či rodinám vo fyzickom, duševnom a sociálnom zdraví v interakcií s ekologickým a sociálnym prostredím. Základným cieľom ošetrovateľstva je profylaxia zdravia vrátane rôznych ochorení a udržanie si alebo zlepšenie kvality života**.** Ošetrovateľstvo má snahu ovplyvniť životy ľudí v rámci zmeny nevhodného životného štýlu. Poslaním sestry je rekonvalescencia o duševné, fyzické a sociálne zdravie alkoholika, ktorý je len na začiatku svojho „boja“ abstinencie. Pokiaľ pacient akceptuje a pomocnú ruku prijme, tak ošetrovateľstvo mu môže byť veľmi nápomocné, pretože sestra má zato edukovať pacienta o dôležitosti zdravého životného štýlu, náležitosti zmeny spôsobu života, čo v konečnom dôsledku vedie ku kvalitnému životu abstinujúceho alkoholika.

PRIESKUM – METODIKA

Do prieskumu bolo zaradených 70 osôb vo veku od 20 do 80 rokov. Použitá bola metóda stratifikovaného výberu respondentov, ktorí tvorili dve podskupiny. Respondenti prvej podskupiny v počte 35 osôb, boli zaradení do prvej etapy liečby. Druhú vzorku tvorilo 35 osôb - abstinenti. Metódu pre získanie empirických dát sme si zvolili dotazník WHOQOL-BREF - skrátená verzia základnej dotazníkovej metódy WHOQOL-100, slúžiacemu k porovnaniu kvality života s jej štyrmi metódami.

Ich vymedzenie je nasledovné:

- doména fyzická,
- doména psychická,
- doména sociálna,
- doména prostredia.

Zodpovedaním 26 otázok umožnili respondenti vytvoriť štruktúru hodnôt, následne tabuľkovým spracovaním rozčlenenú do kategórii a množín, ktoré napomohli vytvoriť grafický a percentuálny pohľad na kvalitu života skupín a s ňou súvisiacich, aj jej životných domén. Prieskum respondentov prvej skupiny, teda u pacientov v liečbe, bol realizovaný 17. januára 2018 a prieskum druhej skupiny, teda abstinujúcich alkoholikov, bol uskutočnený 02. februára 2018. Miestom realizácie prieskumu boli edukačné priestory Odborného liečebného ústavu psychiatrického, n. o. Predná Hora. Vstupné údaje boli spracované a graficky preformátované v programe MS Excel 2010 a ako štatistické nástroje boli použité deskriptívna a korelačná metóda.

Problém prieskumu: Aká je diferencia kvality života u pacientov v ústavnej liečbe a v abstinencii?

CIELE PRIESKUMU

- Zistiť, vyhodnotiť a porovnať úroveň kvality života u alkoholického pacienta na začiatku liečby a v čase abstinencie metódou WHOQOL-BREF.
- Analyzovať a zhodnotiť výsledky podľa domén.
- Identifikovať rozdiely vo výsledných sústavách a získané informácie vyhodnotiť podrobným a celkovým rozborom.
- Vyjadriť svoj objektívny názor k danej problematike a následne odporučiť riešenie tohto problému.

Prieskumná otázka 1: Sú abstinujúci po absolvovaní liečby spokojnejší s kvalitou svojho života než pacienti na začiatku liečby?

Prieskumná otázka 2: Pociťujú abstinujúci po absolvovaní liečby vyššiu kondíciu, viac energie a lepší fyzický stav?
Prieskumná otázka 3: Aké sú rozdiely nálad, kognitívnych funkcií a vzťahov abstinentov po absolvovaní liečby a pacientov v liečbe?
Prieskumná otázka 4: Dochádza u dlhodobo abstinujúcich k zlepšeniu rodinných a sociálnych vzťahov, priateľstva, menia sa názory okolia na nich?
Prieskumná otázka 5: Ako vnímajú abstinujúci pacienti po absolvovaní liečby a pacienti na začiatku liečby prostredie v ktorom žijú ?
Prieskumná otázka 6: Majú abstinenti po absolvovaní liečby lepší zdravotný stav ako pacienti na začiatku liečby?

VÝSLEDKY PRIESKUMU

Vo vzťahu k prieskumnej otázke 1 uvádzame, že abstinent je s kvalitou svojho života spokojnejší, pretože abstinenti dosiahli skóre 4,2 pričom alkoholický pacienti dosiahli len 3,457143. Rozdiel v skóre tvoril 0,742857, presne o tento výsledok hodnotili abstinenti kladnejšie svoju kvalitu života. V doméne fyzické zdravie dosiahli abstinenti lepšie doménové skoré, ktoré bolo 27,64577 pričom alkoholický pacienti dosiahli doménové skóre len 23,5712. Z týchto výsledkov nám vyplýva, že abstinenti majú lepšiu kondíciu, viac energie a celkovo sa po fyzickej stránke cítia viacej fit. Presný rozdiel v doménovom skóre bol 4,07457. V doméne prežívanie alebo teda v psychologickom zdraví abstinenti dosiahli doménové skóre 24,4856 pričom alkoholický pacienti len 21,9143, čo znamená rozdiel o 2,5713. Z týchto výsledkov nám vyplýva, že v celkovom afektívnom prežívaní sa ľahšie adaptujú abstinenti. V doméne vzťahy abstinenti vykazujú doménové skóre 11,2286 oproti alkoholickým pacientom, ktorí dosiahli doménové skóre 10,0286 z týchto výsledkov nám rozdiel tvoril 1,2 čo znamená, že vzťahy sa u abstinujúcich sú lepšie. V doméne prostredie sú abstinenti s prostredím, v ktorom žijú viacej spokojnejší, pretože doménové skóre dosiahli 31,5718 pričom alkoholický pacienti dosiahli doménové skóre len 27,7714. Rozdiel vo výsledkoch je 3,8004. Zdravotný stav abstinentov je výrazne lepší pretože dosiahli skóre 3,857143 pričom alkoholický pacienti dosiahli skóre len 3,314286. Rozdiel tvoril 0,542857.

Tabuľka 1 Výsledné hodnoty pozorovaní a porovnanie s inými autormi (priemerné skóre)

Rozdiely percentuálneho skóre v jednotlivých doménach medzi rôznymi pozorovaniami	Náš prieskum	Srivastava a Bhatia	Akvardar
Fyzické zdravie	4,07	5,5	1,72
Prežívanie	2,57	2,95	1,27
Sociálne vzťahy	1,2	1,3	2,81
Prostredie	3,8	3,18	0,52

Tabuľka 2 Výsledky odpovedí zahrnuté do domén (hrubé skóre)

Prieskumná otázka	Pacienti v liečbe celkové skóre	%	Abstinenti celkové skóre	%	Rozdiel v porovnaní
Sú s kvalitou svojho života spokojnejší pacienti v liečbe, alebo už abstinujúci?	121	45,15%	147	54,85%	9,70%
Ktorá zo skupín má lepšiu kondíciu, viacej energie, proste lepší fyzický stav?	417	41,95%	577	58,05%	16,10%
Aké sú rozdiely z psychologického hľadiska abstinentov a pacientov v liečbe?	434	45,59%	518	54,41%	8,82%
Akým spôsobom vnímajú členovia prieskumu pocit priateľstva, podpory rodiny a názory okolia, respektíve aké sú ich sociálne vzťahy?	351	47,18%	393	52,82%	5,64%
Aký je pohľad pacientov v liečbe a abstinentov na prostredie, v ktorom žijú?	972	46,80%	1105	53,20%	6,40%
Aký je zdravotný stav pacientov v liečbe a abstinentov?	116	46,22%	135	53,78%	7,56%

DISKUSIA

Kvalita života zahŕňa stav duševného, fyzického a sociálneho blahobytu, toto tvrdenie uvádza Faller (2015) vo svojej publikácií, kde sa zameriaval na determinanty, ktoré ovplyvňujú pokles kvality života u alkoholických pacientov. Faller tvrdí, že nadmerné užívanie alkoholu sa vyznačuje poklesom kvality života pričom čiastková alebo úplná abstinencia vykazujú zlepšenie kvality života jedinca. Faller vykonal multicentrickú prierezovú štúdiu u 298 respondentov starších ako 18 rokov, ktorí boli v roku 2015 závislí od alkoholu. Fallerova štúdia bola schválená inštitucionálnou kontrolnou radou nemocnice de Clínicas de Porto Alegre a príslušnými radami všetkých stredísk, ktoré boli zahrnuté do danej štúdie. Srivastava a Bathia (2013) realizoval štúdiu u 56 pacientov v priemernom veku 35,94 ± 7,32 v Guru Teg Bahadur v rokoch 2007 až 2008. Náš prieskum bol realizovaný v priestoroch Odborného liečebného ústavu na Prednej Hore v mesiacoch január - február 2018. Prieskum v rámci priestorov OLÚP nám schválila námestníčka pre ošetrovateľstvo danej neziskovej organizácií. Prieskumnú vzorku respondentov nám tvorilo 35 pacientov v prvej etape liečby. Z toho bolo 24 mužov a 11 žien. Faller uvádza, že ich štúdie podstúpilo 153 mužov vo veku priemerne 41,6 ± 8,7. Akvardar (2006) posudzoval 34 alkoholických pacientov v priemernom veku 44,97 ± 8,48 z čoho bolo 88,2% mužov a 11,8% žien, ktorí boli prijatí z ambulancie Dokuz Eylül University Psychiatry. Lengyelová (2014) hodnotila pomocou štruktúrovaného rozhovoru a dotazníka kvalitu života u alkoholických pacientov liečiacich sa v nemocnici s poliklinikou v Považskej Bystrici v rokoch 2013 - 2014. Jej vzorka pozostávala z 15 respondentov vo veku 18 – 53 rokov. V našom prieskume sa pohyboval priemerný vek u všetkých pacientov v liečbe 49,46 rokov. Faller preukázal vo svojich štúdiách, že zneužívanie alkoholu pôsobí toxicky na životný organizmus a teda spôsobuje choroby, čo znamená aj nižšiu QoL. V našom prieskume na otázku „ako by ste hodnotili kvalitu svojho života?“ odpovedali pacienti v prvej etape liečby najčastejšie 57%, že ich kvalita života nie je ani zlá ani dobrá. Na otázku „ako ste spokojný so svojim zdravím?“ odpovedali alkoholický pacienti najčastejšie 43%, že sú so svojím zdravotným stavom spokojní. Napriek týmto tvrdeniam až 40% pacientov uviedlo, že im fyzická bolesť bráni robiť to, čo potrebujú. Faller uvádza, že až 74% alkoholických pacientov udáva, že liečbu nesmierne potrebujú. V našom prieskume sa k danej problematike vyjadrilo 43% pacientov, ich najčastejšia odpoveď bola,

že liečbu potrebujú tak na strednej úrovni. Z Lengyelovej (2014) prieskumu vyplýva, že najčastejšia odpoveď týkajúca sa finančného zabezpečenia bola u 93,33% alkoholikov, že primerane majú dostatok finančných zdrojov na uspokojovanie svojich potrieb. Musíme konštatovať, že aj v našom prieskume bola najpreferovanejšia odpoveď na otázku ohľadom finančného zabezpečenia priemerne a to konkrétne u 40% alkoholických respondentov. Lengyelová následne hodnotila spokojnosť so svojím životom, kde jej až 60% respondentov odpovedalo, že so svojím životom nie sú ani spokojní ani nespokojní. V našom prieskume 46% respondentov tvrdí, že ich život baví stredne, primerane, proste nesťažujú si. Lengyelovej výsledky prieskumu ohľadom spokojnosti so svojím vzhľadom vykazujú u 66,67% ani nespokojnosť, ale ani spokojnosť u respondentov. V našom prieskume 34% respondentov odpovedalo, že väčšinou sú schopní prijať svoj fyzický vzhľad. 66,66% alkoholických pacientov v prieskume u Lengyelovej odpovedalo, že sú zamestnaní. V našom prieskume sa 43% respondentov zhoduje s odpoveďou ani spokojný ani nespokojný na otázku schopnosti a možností vykonávať pracovný pomer. Celkom často bola najpreferovanejšia odpoveď u 46,67% pacientov v prieskume Lengyelovej na otázku ako často jednotlivci pociťujú negatívne pocity alebo nálady. V našom prieskume 57% alkoholických pacientov odpovedalo, že negatívne pocity pociťujú len zriedka kedy. Konštatujeme, že už liečba alkoholických pacientov v prvej etape môže napomôcť k zvyšovaniu kvality života. 53,33% pacientov v prieskume Lengyelovej má trochu problémy so spánkom. V našom prieskume 34% pacientov tvrdí, že sú aj napriek závislosti spokojní so svojím spánkom. Čo znamená celkové odlišnosti pociťovania našich pacientov a pacientov Lengyelovej. Až 66,67% pacientov u Lengyelovej má nedostatočné informácie o odvykacej liečbe respektíve prístupu k nim. V našom prieskume 43% pacientov vykazuje, že má priemerné informácie. Rodina podporuje 66,67% respondentov z Lengyelovej prieskumu. V našom prieskume 34% pacienti tvrdia, že s podporou od rodiny a známych nie sú spokojný, ale nemôžu tvrdiť, že ani nespokojný. Čo znamená, že u Lengyelovej majú väčšiu oporu zo strany rodiny a priateľov jej respondenti.

V doméne fyzické zdravie naši pacienti dosiahli skóre 23,5712 čo je o niečo lepšie ako u alkoholických pacientov u Srivastava a Bathiu, ich pacienti dosiahli doménové skóre 21,45±5,16. Akvardarovi alkoholický pacienti dosiahli doménové skóre len 12,60 ± 2,15 čo znamená, že majú nedostatočnú kvalitu života v rámci domény fyzické zdravie. V doméne

prežívanie alebo teda v psychologickom zdraví naši alkoholický pacienti dosiahli doménové skóre 21,9143 pričom u Srivastava a Bhatiu prežívanie alkoholických pacientov dopadlo doménovým skóre 18,39±4,00. Najnižšie doménové skóre dosiahli Akvardarovi alkoholici 13,30 ± 2,30 čo znamená, že naši pacienti nemajú až do takej miery narušené prežívanie, pretože vykazujú najvyššie hodnoty kvality života v rámci domény prežívanie. Vzťahy u našich respondentov dopadli doménovým skóre 10,0286 pričom u Srivastava a Bhatiu dosiahli alkoholici doménové skóre 9,04±2,64 čo zase raz znamená, že aj napriek závislostiam naši pacienti sú na tom celkovo s kvalitou života lepšie. Pacienti Akvardara dosiahli najvyššie skóre v doméne vzťahy 12,31 ± 3,36 čo znamená najväčšiu oporu zo strany rodiny a priateľov voči alkoholickým pacientom. Prostredie, v ktorom žijú naši respondenti ohodnotili doménovým skóre 27,7714. U Srivastava a Bhatiu dosiahli jeho pacienti doménové skóre 24,07±3,75. Najnižšie doménové skóre mali Akvardarovi pacienti 13,23 ± 2,17. Z týchto výsledkov môžeme konštatovať, že kvalita života našich pacientov nevykazuje prílišné odchýlky výsledkov v porovnaní so Srivastavom a Bhatiom. Aj keď naši pacienti dosiahli lepšie skóre v doménach a aj pri odpovediach na otázky z dotazníka, okrem jednej domény a to vo vzťahoch, kde Akvardarovi pacienti dominujú je možnosť ako dosiahnuť ešte lepšie skóre kvality života a to teda abstinovaním.

Okrem alkoholických pacientov, ktorí nám tvorili prvú vzorku respondentov sme posudzovali aj kvalitu života u vyliečených alkoholikov. V našom prieskume bolo 35 abstinentov z toho 11 žien a 24 mužov v priemernom veku 46,8 rokov. Akvardarova vzorka tvorila 49 vyliečených ľudí z toho bolo 36,7% mužov a 63,3% žien, ktorých priemerný vek bol 33,78±11,71 rokov. Srivastava a Bhatia posudzovali kvalitu života u tej istej vzorky ľudí a teda u 56 pacientov vo veku 18-45 rokov, ale po trojmesačnej liečbe. Rozdiel medzi našimi alkoholickými pacientmi a abstinentmi bol preukázateľný. Abstinenti na otázku ohľadom vnímania vlastnej kvality života dosiahli o 0,742857 vyššie skóre než naši alkoholici. V prvej doméne fyzické zdravie naši abstinenti dosiahli doménové skóre 27,64577 pričom zdravá populácia u autora Akvardara túto doménu ohodnotila doménovým skóre 14,32±2,18 je nutné povedať, že našim abstinentom sa fyzické zdravie vo veľkej miere obnovilo. Ale aj pacientom u Srivastava a Bhatiu priniesla trojmesačná liečba osoh, ich pacienti v doméne fyzické zdravie hodnotili 27,00±3,63 doménového skóre. Tieto výsledky nám poukazujú, že naši ale aj Srivastavovy a Bhatiovy abstinenti posudzujú náramné zvýšenie kvality v doméne fyzické

zdravie. Rozdiely sú ba priam až zanedbateľné, čo je znak toho, že abstinovanie prinavráti fyzické zdravie. Szántová (2008) tvrdí, že najlepšou liečbou alkoholickej pečene pijana je totálne abstinovanie a všetky ostatné postupy sú len podporné. Abstinenti majú 80% mieru prežitia. Toto tvrdenie môžeme aj my potvrdiť, pretože v našom prieskume sa abstinujúci vo fyzickom zdraví cítia až o 4,07457 doménového skóre lepšie a aj ich zdravotný stav sa abstinovaním zlepšil konkrétne rozdiely sú medzi alkoholikmi a abstinentmi o 0,542857 skóre lepšie pre abstinentov. V doméne prežívanie, naši abstinenti dosiahli doménové skóre 24,4856 u Srivastava a Bhatiu bolo doménové skóre dosiahnuté 21,34±2,81 čo poukazuje na lepšie výsledky pri dlhodobom abstinovaní, než po trojmesačnej liečbe. Psychologické zdravie u Akvardara hodnotili zdravý jedinci na 14,57±2,10 čo znamená, že naši pacienti dosiahli najvyššiu kvalitu života v doméne prežívanie. Naši abstinenti dosiahli 11,2286 doménového skóre v doméne vzťahy. Trojmesačný abstinenti u Srivastava a Bhatiu dosiahli v tejto doméne 10,34±1,84 doménového skóre a u Akvardara zdraví jedinci 15,12±2,86 doménového skóre z čoho vyplýva, že čím dlhšie jedinec abstinuje, tým sú rodinné väzby pevnejšie a priateľstvá lepšie. Naši abstinenti hodnotili prostredie, v ktorom žijú na 31,5718 doménového skóre pričom u Srivastava a Bhatiu (2013) bolo hodnotenie po trojmesačnej liečbe nižšie, pretože dosiahli doménové skóre 27,25±3,75. Zdravá vzorka ľudí u Akvardara dosiahla najnižšie doménové skóre a to len 13,75±2,23 čo môže znamenať aj to, že prostredie, v ktorom žijú môže byť plné nástrah, ktoré abstinenta môžu opätovne priviesť k alkoholu. Srivastava a Bathia (2013) konštatujú, že kvalita života sa ukázala ako dôležitý výsledok liečby pre závislosť od alkoholu, ktorej prirodzený priebeh sa skladá z remisie a relapsu. Toto tvrdenie môže potvrdiť aj autorka Durcová (2014), ktorá pomocou kauzistickej metódy posudzovala kvalitu života v rodinách začínajúcich abstinentov. Následne kazuistiky u jednotlivých respondentov vyhodnotila a došla k záverom, že rodina žijúca so závislým na alkohole je disharmonická. Alkoholizmus u jedného z rodičov v tomto prípade to bol otec sa prejavuje psychickou traumou aj na dieťati. Alkohol nerozbíja len rodinné vzťahy, ale ovplyvňuje celé jedincove bytie. Ako preukázala Durcová, závislý stratí zamestnanie a nie je schopný si ani žiadne ďalšie udržať.

Prieskumom sme dokázali u našich respondentov že je výrazne lepšia kvalita života u abstinentov nakoľko v každej otázke a doménach dosiahli vyššie skóre. Avšak vyššie skóre v jednotlivých doménach dosiahli aj pacienti po trojmesačnej liečbe a teda trojmesačnom

abstinovaní u Srivastava a Bhatiu, ale aj zdravá vzorka ľudí u Akvardara. U našich abstinentov v samostatnej otázke, ktorá zhŕňala kvalitu života bola lepšie hodnotená od abstinentov presne o 0,742857 skóre. Druhá samostatná otázka, ktorá sa pýtala na to ako jednotlivci hodnotia svoj zdravotný stav, abstinenti dosiahli vyššie skóre presne o 0,542857. V doméne fyzické zdravie naši abstinenti dosiahli lepšie výsledky presne o 4,07457 doménového skóre, v tejto istej doméne pacienti po trojmesačnej liečbe u Srivastava a Bhatiu dosiahli vyššie doménové skóre presne o 5,55 a zdravá vzorka ľudí u Akvadara dosiahla vyššie výsledky oproti alkoholickej skupine presne o 1,72 doménového skóre. Naši abstinenti v doméne prežívanie dosiahli vyššie výsledky oproti alkoholikom presne o 2,5713. Pacienti po trojmesačnej liečbe u Srivastava a Bhatiu dosiahli o pozoruhodných 2,95 doménového skóre lepšie výsledky v doméne psychologické zdravie. Ale aj zdravá vzorka ľudí u Akvadara vykazuje lepšie výsledky oproti alkoholickej skupine presne o 1,27 doménového skóre. V čase abstinovania sa aj vzťahy našich respondentov zlepšili presne o 1,2 doménového skóre. Trojmesačný abstinenti u Srivastava a Bhatiu dokazujú lepšie výsledky vo vzťahoch oproti začiatku liečby presne o 1,3 doménového skóre. Zdravá vzorka u Akvadara v doméne vzťahy zaznamenáva lepšie výsledky oproti alkoholickej skupine presne o 2,81. Naši abstinenti dosiahli druhé najvyššie skóre práve v tejto doméne a teda v prostredí, kde ho hodnotili kladnejšie o 3,8004 doménového skóre oproti našim alkoholickým pacientom. Trojmesačný abstinenti u Srivastava a Bhatiu doménu prostredie hodnotia kladnejšie presne o 3,18 doménového skóre. Najnižšie doménové skóre v doméne prostredie dosiahla zdravá vzorka ľudí u Akvadara, ale pritom oproti alkoholickej skupine bolo lepšie presne o 0,52 doménového skóre.

Na základe nášho prieskumu a analýz jednotlivých autorov odporúčame, aby jedinec mal silnú vôľu zotrvať v abstinovaní, čím sa zvýši kvalita života jedinca, ale aj jeho rodiny.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Z prieskumu vyplynuli záver že čiastočné alebo úplne abstinovanie môže prinavrátiť lepšiu kvalitu života. Takéto tvrdenie nám vyplynulo z dotazníkov, kde abstinenti na každú otázku odpovedali kladnejšie než závislí pacienti.

Na základe analýz a následných zhodnotení prieskumu navrhujeme pre manažment nemocnice:

- Zaoberať sa problematikou QoL u závislých a abstinujúcich alkoholikov.
- Vypracovať dostatok záznamov o kvalite života abstinujúcich.
- Nepodceňovať ukazovatele QoL, pretože sú cennými smernicami správnej zdravotnej starostlivosti.

Odporúčania pre vedúce sestry lôžkových oddelení:

- Vytvárať možnosti štúdia, prednášok o kvalite života závislých od alkoholu.
- Zaznamenávať štádia uzdravovania a tým zvyšujúcu sa QoL.
- Implementovať výsledky aj do budúcej praxe.

Odporúčania pre pacienta:

- Odporučiť prvé dva týždne detoxikačnú kúru na psychiatrickom oddelení.
- Zotrvať v snahe o abstinovanie, aj keď to nie vždy bude ľahké.

ZÁVER

Kvalita života alkoholických pacientov je ovplyvňovaná mierou závislosti pijana. Pokiaľ je jedinec závislí na alkohole až do takej miery, že zanedbáva svoju rodinu, vzdelanie, prácu a je si vedomý toho, že mu alkohol ničí somatické aj psychické zdravie je nutné konštatovať, že pokles kvality života je u neho preukázateľný. Avšak pokiaľ má jedinec snahu o vyliečenie a rodina stojí pri ňom, je to dobrý znak zvýšenia alebo aspoň obnovenia primeranej kvality života. Mnoho autorov sa zhoduje na tom, že abstinovanie dokáže prinavrátiť zdravie a tým pádom aj zvýšiť kvalitu života. Na základe prieskumu a následného analyzovania jednotlivých domén kvality života sme zistili, že abstinenti v jednotlivých doménach dosiahli vyššie skóre čo znamená, že majú lepšiu kvalitu života. Najmarkantnejšie rozdiely boli v doménach fyzické zdravie, kde rozdiel tvoril 4,07457 čo znamenalo, že presne o tento výsledok sú abstinenti zdravší. Nezanedbateľný rozdiel bol tiež v doméne prostredie, kde sa rozdiel v doménovom skóre pohyboval o 3,8004.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AKVARDAR. Y. a kolektív. 2006. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. In *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* [online]. 2006, 60. zväzok č. 6. [citované 2018.02.16]. s. 693-699. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2006.01584.x/pdf>. ISSN 1440-1819.

DURCOVÁ, M. 2014. *Kvalita života v rodine začínajúceho abstinenta a jej dopad na dieťa :* bakalárska práca. Dubnica nad Váhom: VŠ DTI, 2014. 44 s.

FALLER, S. a kolektív. 2015. Factors Associated With a Quality of Life Decrease in Alcoholi Patients Who Sought Treatment. In *Journal of Addiction Research & Therapy.* . [online]. 2015, 6 roč. č. 2. [citované 2018.01.23]. s. 1-6. Dostupné na internete: <https://www.omicsonline.org/openaccess/factors-associated-with-a-quality-of-life-decrease-in-alcoholic-patients-whosoughttreatment-2155-6105-1000232.pdf> .ISSN 2155-6105.

KOCSIOVÁ, A. – HRUBÝ, R. 2011. Kvalita života onkologicky chorých. In *Sestra.* 2011. roč. X., č. 11-12, s. 38-39. ISSN 1335-9444.

LENGYELOVÁ, M. 2014. *Psychické dôsledky alkoholizmu na kvalitu života* : diplomová práca. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2014. 87 s.

SRIVASTAVA, S. – BHATIA, M. S. 2013. Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. In *Industrial Psychiatry Journal*. [online]. 2013, roč. 22 č. január-jún. [citované 2018.01.17]. s. 41-46. Dostupné na internete: <http://www.industrialpsychiatry.org/requestpdf.asp?B0E1C088796DA26FBEEC6D414A2907043297979C531A39C1774FA0D0A94AC78>. ISSN 0972-6748.

SZÁNTOVÁ, M. 2008. Diagnostika a liečba alkoholového poškodenia pečene. In *Via practica.* 2008. roč. 5., č. 4/5, s. 170-172. ISSN 1336-4790.

ŠVEHLÍKOVÁ, L. – HERETIK, A. 2008. Kvalita života – o čom to hovoríme? In *Psychiatria psychoterapia-psychosomatika.* [online]. 2008, 15 roč. č. 3. [citované 2018.01.17]. s. 194-198. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2008/PSY3-2008 cla5.pdf> . ISSN 1338-7030.

VICÁŇOVÁ, M. – ROVNÁ, S. 2009. Úloha ošetrovateľstva v podpore zdravia abstinujúceho alkoholik. In *Zdravotnícke štúdie.* 2009. roč. II., č. 2, s. 49-51. ISSN 1337-723X.

ŽIGRAI, M. 2009. Nový projekt – slovenský register pacientov s cirhózou pečene. In *Kompendium medicíny.,* 2009. roč. 10., s. 5. ISSN 1336-4871.

Kontaktné údaje:

Bc. Iveta Geľhošová
prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety Detašované pracovisko Bl. Sáry Salkaházi
Kósu Schoppera 22
04801 Rožňava

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V LÁZNÍCH MARIÁNSKÉ LÁZNĚ

HRDINKOVÁ Jana

ABSTRAKT

V příspěvku se zabýváme specifikami ošetřovatelské péče v Mariánských Lázních. Nastínili jsme základní pojmy-lázeňská péče, ošetřovatelská lázeňská péče a specifické znaky lázeňské ošetřovatelské péče poskytované Mariánskými Lázněmi. Opsali jsme role sester v lázních. Jako základ lázeňského ošetřovatelství jsme popsali některé lázeňské procedury-minerální koupele, slatinné zábaly a Mariin plyn, kterým se podávají plynové injekce a suchá plynová lázeň.

Klíčová slova: Lázeňská péče. Mariánské Lázně. Ošetřovatelská lázeňská péče. Ošetřovatelství. Specifika lázeňské péče.

ÚVOD

Lázeňství má na našem území dlouhou tradici, takže je zřejmé, že celý proces poskytování lázeňských služeb a lázeňské péče prošel také dlouhým vývojem. Lázeňství je naprosto specifickým souhrnem aktivit, specifické infrastruktury a lidských zdrojů v oblasti poznání a praxe, který se soustředí na znalost přírodních léčebných zdrojů a realizace technik a procedur využívajících je k léčení (Pásková, Zelenka, 2012). Lázeňství je nedílnou součástí cestovního ruchu a cestovní ruch jako takový zaujímá velice důležité postavení v životě každého člověka. V ČR je lázeňství oblastí cestovního ruchu s velice dlouhou tradicí, což je přímým důsledkem bohatství přírodních minerálních zdrojů území ČR (Orieška, 2010).

Dlouhá historie lázeňství v ČR souvisí s faktem, že lázeňství je převážně evropskou záležitostí. Mezi klasické lázeňské země jsou tradičně počítány Německo, Francie, Itálie, Rakousko, Švýcarsko, Slovensko, Bulharsko či Maďarsko. Co se týče tradice českého klasického lázeňství, její počátek je možné hledat už ve 14. století, kdy byly založeny první a nejstarší lázně v ČR Karlovy Vary (Fialová, 2014).

České lázeňství v současné době prochází stále silnějším procesem modernizace, která se projevuje v rozšiřování a flexibilitě nabídky léčebných a dalších služeb, v aktivním

marketingu, který reflektuje celkové životní a demografické trendy potenciálních klientů a také v záruce kvality poskytovaných služeb, jejichž garantem jsou organizace sdružující lázně. České lázeňství tak v současné podobě musí reagovat na řadu podnětů, které by se daly definovat jako pokračování tradice poskytování zdravotní péče, přizpůsobení se novým životním podmínkám a klientele a současně zajišťovat požadovaný standard ve službách. V prvním bodu je nutné se vyrovnat se změnami, které v poskytování zdravotní péče lázněmi přináší česká legislativa. Tento proces se samozřejmě velice úzce dotýká také ošetřovatelské lázeňské péče jako specifického druhu ošetřovatelství.

OŠETŘOVATELSTVÍ V LÁZENSTVÍ

Přes všechny změny, které probíhají v současném českém lázeňství a přes celkovou transformaci české společnosti směrem k západnímu stylu života a také přes demografické změny, zůstává základem lázeňské péče a lázeňství jako takového ošetřovatelství. Ošetřovatelské služby jsou základem lázeňství a stále jsou také primární aktivitou českých lázní. Ošetřovatelské služby poskytované lázněmi se poskytují individuálně, a to na základě provedené vstupní, kontrolní a výstupní prohlídky ošetřujícího lázeňského lékaře. Tyto prohlídky jsou základem pro stanovení postupu a podoby léčebné procedury, rozsahu jednotlivých úkonů a také systému aplikace, jejichž součástí je také ošetřovatelská péče. Samotná ošetřovatelská lázeňská péče je aplikace léčebných výkonů. To znamená, že pojmem ošetřovatelská či zdravotní lázeňská péče jsou označovány jednotlivé procedury, které konkrétní lázně nabízejí a které jsou právě po vyhodnocení lázeňským lékařem ve specifické podobě a harmonogramu předepsány individuálnímu pacientovi.

Ošetřovatelství v lázních se musí přizpůsobovat celkovým změnám, kterými současné ošetřovatelství prochází. V současné době je ošetřovatelství profesí, která má v rámci zdravotní péče jasně definované kompetence. Základní orientace ošetřovatelství se zaměřuje na péči o zdraví tedy prevenci a péči v nemoci. Kvalita ošetřovatelské péče se neustále zvyšuje, což se týká také ošetřovatelské péče v lázních. Rozvíjí se také výzkum v oblasti ošetřovatelství a v neposlední řadě se stále více prosazuje také edukační část ošetřovatelství, kdy sestry a další nositelé profese ošetřovatelství edukačně působí na pacienty (Kutnohorská, 2011). I když je ošetřovatelství provozované v lázních specifické právě lázeňským

prostředím, ve kterém probíhá, stále je jeho hlavním smyslem zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Ošetřovatelství v lázních je specifické tím, že se zaměřuje na celou řadu onemocnění a chorob, takže i proces zapojení pacienta do péče je ovlivněn právě konkrétní nemocí (Šamánková a kol., 2006).

Ošetřovatelství v lázních se realizuje v úkolech sestávajících z poskytování aktivní ošetřovatelské péče, z poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu a z poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. Lázeňské ošetřovatelství přistupuje k nemocnému, respektive pacientovi či klientovi, z holistického hlediska, aplikuje i prevenci a nositelé profese ošetřovatelství spolupracují s celým týmem. Také v lázních je stěžejním prostředkem ošetřovatelské péče komunikace. Komunikace je neoddělitelnou součástí práce sestry pracující v lázních a je také základem všech činností, které sestry provádějí. Sestry musejí umět pacientům a klientům v lázních empaticky naslouchat a jasně porozumět jejich verbálním i neverbálním projevům (Plévová a kol., 2011).

Základem ošetřovatelské péče v lázních je starost o pacienta. V lázních a v lázeňském ošetřovatelství není třeba věnovat pozornost takovým oblastem ošetřovatelství, jakými jsou předoperační a pooperační péče, stabilizace pacienta apod. V lázních se ošetřovatelství věnuje pacientům a klientům, jejichž stav je stabilizovaný, což určuje specifickou podobu lázeňského ošetřovatelství. Přesto je možné setkat se při výkonu lázeňského ošetřovatelství s celou řadou problémů. Pacienty a klienty lázní jsou z velké části lidé, kteří trpí nějakým onemocněním nejrůznějšího charakteru– od kardiologických chorob, přes choroby pohybového či dýchacího ústrojí, přes gynekologické problémy až po problémy kožní a psychické. S tím mohou při ošetřovatelství souviset problémy, kdy se pacient s onemocněním nesrovnává a sám sebe nedokáže přijmout, pacient může v důsledku svého onemocnění a náročnosti programu lázeňské ošetřovatelské péče pociťovat únavu, úbytek energie či slabost a může trpět nejrůznějšími psychickými poruchami (Šafránková – Nejedlá, 2006).

Dalším znakem lázeňského ošetřovatelství je etický přístup k pacientům a klientům. I když pacienti a klienti lázní nejsou v bezprostředním ohrožení života, je možné se při výkonu lázeňského ošetřovatelství setkávat s celou řadou etických problémů. Pacienti a klienti v lázních na sestry spoléhají, věří jejich znalostem a vědomostem a nepochybují o tom, že indikovaný a realizovaný způsob léčby je pro ně tím nejlepším. Nezanedbatelné je také to,

že často jsou pacienty a klienty českých lázní cizinci, takže specifikem lázeňské ošetřovatelské péče je také její multikulturnost (Kutnohorská, 2013).

Hlavním specifikem lázeňského ošetřovatelství jsou procedury, které tvoří rámec celkového ošetřovatelství provozovaného v lázeňských zařízeních. To znamená, že sestry působící v lázních mají na starost mimo běžných ošetřovatelských úkonů právě zajištění těchto procedur. Každé lázně poskytují odlišné procedury a svá specifika v tomto směru mají i Mariánské Lázně. Nejprve tak představíme všeobecně procedury, které jsou součástí lázeňského ošetřovatelství, a pak se zaměříme na Mariánské Lázně. Jandová (2009) se problematice české lázeňské medicíně věnuje velice podrobně a uvádí, že se jedná o velice komplexní přístup, který je ve srovnání s přístupy zahraničními značně specifický. Lázeňské ošetřovatelství je tak nedílnou součástí celkového lázeňského zdravotnického přístupu a lázeňské sestry jsou součástí multidimenzionálního zdravotnického týmu působícího v lázních.

Česká lázeňská medicína tak podle výše uvedené autorky v sobě originálně integruje spolu s aplikací přírodních léčivých zdrojů také léčebnou rehabilitaci, fyzikální léčbu, dietoterapii, farmakoterapii, fytoterapii, ergoterapii, arteterapii a muzikoterapii, klimatoterapii, reflexoterapii, klinickou psychologii a psychoterapii, klinickou logopedii a edukaci, pedologii, pediatrii a externí systémy a informační medicínské technologie. Léčebná rehabilitace neboli fyzioterapie zahrnuje celou řadu služeb a úkonů od individuální léčebné tělesné výchovy a skupinové léčebné tělesné výchovy, přes individuální či skupinovou hydrokinezioterapii až po nácvik lokomoce v bazénovém chodítku. Léčebných úkonů spojených s pohybem a rehabilitací je celá řada a vždy je nutné je indikovat a předepisovat v souladu s aktuálním zdravotním stavem pacienta (Jandová, 2009).

Fyzikální léčba neboli fyziatrie je klinický obor medicíny využívající k léčení fyzikálních energií. V rámci zdravotní lázeňské péče se jedná o energie pocházející z vlastních přírodních zdrojů konkrétního lázeňského zařízení, které jsou doplňovány o aplikaci z umělých zdrojů energií. Umělými energetickými zdroji může být např. fototerapie laserem, solux či magnetoterapie (Poděbradský, Poděbradská, 2009). O návaznosti jídla a lázeňských služeb již byla zmínka v souvislosti se stravovacími službami. Pobyt v lázních je u pacienta či hosta spojen se speciálními stravovacími podmínkami, které přímo souvisejí s indikací pacienta (Hainer a kol., 2011). Co se týče farmakoterapie, ta vychází z původní pacientovy léčby

stanovené specialisty. V lázních se personál jen zasazuje o pravidelné dodržování farmakologické léčby a je dohlíženo na její účinky.

Všechny výše uvedená odvětví péče, které v rámci komplexní péče o pacienta či hosta realizují společně s procedurami české lázně, souvisejí s tělesným stavem jedince a jejich přímá aplikace je většinou realizována právě sestrami. Kromě toho však česká lázeňská ošetřovatelská péče využívá také způsoby aktivizace lidské psychiky a relaxace. Do této oblasti lázeňské ošetřovatelské péče spadají ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, klimatoterapie a klinická psychologie a psychoterapie. Zatímco ergoterapie je odvětvím využívajícím smysluplné trávení volného času k psychickému posílení a uvolnění pacienta (Krivošíková, 2011), muzikoterapie a arteterapie se zaměřují na využití hudby a umění (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Účinky těchto aplikací jsou známé a používané v různých případech, takže je jen logické, že je do komplexní péče o pacienta zařazují také české lázně. Indikace těchto prostředků psychické léčby vychází opět z diagnostiky lázeňského lékaře (Jandová, 2009).

Klimatoterapie je zvláštním případem v komplexu lázeňské péče, protože se jedná o komplex převážné fyzikálních jevů, které souvisí s okolím konkrétního lázeňského místa. V případě klimatických lázní se jedná o základní přírodní léčivý zdroj (Khallaf, 2011), v případě ostatních typů přírodních léčivých lázní se jedná o statut přiznaný ministerstvem. V rámci ošetřovatelské lázeňské péče se využívají také různé formy reflexoterapie – masáže, akupunktura a další. Velice specifickým faktorem v rámci české komplexní lázeňské péče je edukace pacientů. Jak uvádí Jandová (Jandová, 2009, s. 9), *„…česká lázeňská medicína má ve světě prioritu v edukaci klientů v režimových opatřeních i edukaci speciálních léčebných postupů podle dané diagnózy a aktuálního funkčního stavu klienta.“*

Mariánské Lázně jsou světoznámým lázeňským městem, které vyniká velkým množstvím minerálních pramenů s různým chemickým složením vyvěrajících na malém území.

V okolí města Mariánské Lázně se nachází 160 kyselek, z nichž 40 je přímo na katastrálním území města Mariánské Lázně. Prameny Mariánských Lázní se vyznačují vysokou rozmanitostí, která dělá z Mariánských Lázní lokalitu vhodnou pro léčbu celé řady nemocí. Mezi nejvýznamnější prameny Mariánských Lázní patří Křížový pramen, Ferdinandův pramen, Lesní pramen, Rudolfův pramen, Ambrožovy prameny, Karolinin pramen, Mariin pramen, Balbínův pramen, Medvědí pramen (Prameny, 2017).

Mariánskolázeňské prameny léčí:

- nemoci ledvin a močových cest (chronické záněty, ledvinové a močové kameny, pooperační stavy, onemocnění prostaty);
- nemoci dýchacího ústrojí (záněty, průduškové astma, alergické rýmy, stavy po operaci dolních cest dýchacích);
- nemoci pohybového ústrojí (bolesti zad, páteře, velkých kloubů, kloubních náhrad a stavy po operaci);
- metabolická onemocnění (obezita, dna, zácpa, cukrovka);
- gynekologická onemocnění včetně léčby neplodnosti (léčba neplodnosti, inkontinence moči, rodidel, sterility);
- onkologická onemocnění (rehabilitace u pacientů, mající za sebou ukončenou onkologickou léčbu).

Lázeňské služby v současné době v Mariánských Lázních organizuje společnost *Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s.* Jedná se o největší společnost poskytující lázeňskou péči a hotelové služby v ČR. Společnost je členem skupiny Arisende s.r.o. (od 06.10.2017), předtím Danubius Hotels Group, což je jeden z největších hotelových řetězců v Evropě, provozující lázeňské hotely také v Maďarsku, Velké Británii, Rumunsku a na Slovensku. Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. jsou certifikované lázně s dlouholetou léčebnou tradicí a využívající sužby erudovaného profesionálního zdravotnického týmu. Mariánské Lázně se soustředí na provoz a poskytování procedur čtyř typů:

- léčebné procedury z přírodních zdrojů (konkrétně minerální koupele, slatinné zábaly, suché plynové koupele CO2, plynové injekce, inhalace pramenů, pitná kůra);
- ostatní léčebné procedury (jako elektroterapie, magnetoterapie, léčebný tělocvik, různé druhy koupelí);
- wellness procedury (různé druhy masáží, sauna, sanarium, parní lázeň);
- kosmetická ošetření pro dámy i pány.

Činnost společnosti Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. vychází z dvousetleté tradice provozování lázeňství v Mariánských Lázních. Základem ošetřovatelské péče a jejích specifik jsou léčebné zdroje v okolí Mariánských Lázní. Specifickými zdroji léčebných kúr

v Mariánských Lázních jsou zejména minerální prameny, slatina a Mariin plyn. Spojení tradice léčebních přírodních zdrojů, současných přístupů k lázeňství a nejmodernějších technologií dělá lázeňské procedury Mariánských Lázní vysoce účinné. Vliv na pozitivní účinky léčby pacientů mají nepopiratelně i okolí města, jeho multikulturní charakter a veškerá vybavenost.

Co se týče specifických ošetřovatelských výkonů, které v rámci českého lázeňství poskytují Mariánské Lázně jako výjimečné, jedná se o minerální koupele, minerální prameny, edukace o pitných kúrách, slatina, plynové injekce, Mariin pramen a suché plynové koupele v Mariině plynu. Minerální koupele jsou prováděny v místní přírodní minerální vodě, která vyvěrá ze země. Tato voda má velice vysoký obsah CO_2, dále vysoký podíl minerálních solí a huminových kyselin. Protože kyseliny se ve vodě projevují až při teplotě 28-34 °C, jsou koupele prováděny v teplé vodě. Vliv koupelí se projevuje na prokrvování kůže, příznivě působí také na funkce srdce a ledvin, nezanedbatelný je antistresový vliv koupelí. Koupele jsou obzvláštňovány příměsí extraktů z různých bylin nebo solí, čímž se ještě zvyšuje jejich blahodárný účinek.

O vysokém počtu minerálních pramenů v samotných Mariánských Lázních a v blízkém okolí už byla řeč výše. Jednotlivé prameny mají zcela různorodé složení a tím, že se nacházejí na tak malém prostoru, jsou geologickou zvláštností. Teplota pramenů se pohybuje mezi 7 a 10 °C, a to z nich dělá tzv. studené kyselky. Kromě koupelí se prameny využívají k inhalaci a pití. Různorodost pramenů stojí za širokou škálou indikací, které Mariánské Lázně nabízí. Pití pramenů je základem minerální pitné kúry Mariánských Lázní. Pro pitnou kúru se speciálně ordinuje množství vody, protože základem pitné kúry je aplikace vody vnitřně. Konkrétní množství určuje lékař, na základě diagnózy, ale v zásadě se doporučuje vypít 1,5 až 2 litry minerální vody denně. Pitná kúra na pacienta působí svou teplotou, chemickým složením a objemem a přímo působí na složení moči, rychlejší činnost ledvin a řádnou funkci střev. Současně pitná kúra působí edukativně, protože pacienty vede ke správnému pitnému režimu.

Slatina nebo také peloidy, rašeliny či další bahna jsou typickou součástí pramenů a nacházejí se přímo v jejich okolí. Proto, aby slatina měla blahodárné účinky, musí dojít k její určité úpravě a ohřevu na teplotu cca 40 °C. Slatina se pak aplikuje formou zábalů a obkladů, které jsou na tělo či jeho části přikládány na dobu 20 až 30 minut. Jedná se o tzv. teploléčbu, kdy teplo slatiny působí na zvýšení prokrvení a místní látkovou výměnu.

Důsledkem je zvýšení vstřebávání u chronických zánětlivých infiltrátů, změkčení vaziva a uvolnění kosterních svalů a hladké svaloviny pokrývající vnitřní orgány.

Mariin pramen je pro Mariánské Lázně významným, protože jeho objev stojí na počátku založení lázeňského města jako takového. Tento pramen dal dokonce lázeňskému městu jeho jméno. Mariin pramen je ve skutečnosti vývěr přírodního plynu CO_2 a je využíván hlavně pro plynové injekce v případě onemocnění kloubů, páteře a srdečních chorob. Užívá se však rovněž pro suché plynové koupele, které snižují krevní tlak, lepší činnost srdce a prokrvují dolní končetiny.

Mariin pramen je zdrojem hned celé řady procedur. Plynové injekce probíhají aplikací Mariina plynu do podkoží, a to v místech velkých kloubů a páteře. Plynové injekce mají blahodárný vliv na záda a klouby, uvolňují bolestivost těchto partií a zlepšují jejich prokrvení. Injekce také působí na rychlejší hojení ran a zranění. Suché plynové koupele z Mariina plynu se nazývají plynové obálky. Tato procedura je v lázeňství zcela ojedinělá a využívá Mariin plyn, který má vulkanický původ a obsahuje 99,7 % CO_2. Plyn se vstřebává přes oděv a účinky jsou zlepšení prokrvení celého těla a protizánětlivé účinky. Mariin plyn má prokazatelný stimulující účinek na produkci sexuálních hormonů testosteronu a estradiolu, takže z tohoto důvodu je často léčba vyhledávána muži pro zvýšení sexuální aktivity (Léčebné lázně Mariánské Lázně, 2017).

ZÁVĚR

Současné ošetřovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři i ostatními odborníky. Profese sestry všeobecně, bez ohledu na to, v kterém konkrétním zdravotnickém oboru se uplatňuje, má celospolečenskou roli, která je nezastupitelná. Právě sestry jsou nositelky výkonu ošetřovatelství a jejich stěžejním úkolem je poskytování profesionálního ošetřovatelství. V průběhu posledních desetiletí se navíc společenský pohled na sestry významně mění a společnost si jako celek stále více uvědomuje nenahraditelnost sester.

Role sestry v rámci ošetřovatelského procesu v lázních je role profesionála a také role filantropická, tedy role člověka. Sestry působící v lázních musejí být kompetentně a profesionálně kvalifikované pro výkon své profese, to znamená, že se od nich na prvním

místě očekává dostatečné vzdělání. Profesionalizace ošetřovatelství a tedy fakt, že sestra působící v lázních, zajišťuje v prvé řadě profesionální, kvalifikovanou a kvalitní péči o pacienty. Od sestry v lázních se tak očekává nejen efektivní řízení ošetřovatelské činnosti, ale také realizace jednotlivých úkonů ošetřovatelské péče, participace na celkovém zdravotnickém procesu, spolupráce s celým multidimenzionálním zdravotnickým týmem a flexibilní reakce na nejrůznější změny systému poskytování ošetřovatelské péče (Farkašová a kol., 2006). Role sestry v ošetřovatelském lázeňském procesu jako role odborníka je naprosto nepostradatelná. Sestra se totiž jako *odborník „…podílí na diagnóze, informuje a vzdělává pacienta, přímo pacienta ošetřuje a pečuje o něj"* (Benáková a kol., 2007, s. 185).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BENÁKOVÁ, N. a kol. 2007. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha : Triton, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7254-966-5.

FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Ošetřovatelství – teorie.* Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FIALOVÁ, D. 2014. Lázeňství – spojení darů přírody a lidského umu. In *Geografické rozhledy*. 2014. roč. XXIV., č. 1, s. 8-9. ISSN 1210-3004.

HAINER, V. a kol. 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 464 s. ISBN 978-80-247-3252.

JANDOVÁ, D. 2009. *Balneologie*. Praha : Grada Publishing a.s, 2009. 440 s. ISBN 978-80-247-2820-9.

KANTOR, J. - LIPSKÝ, M. - WEBER J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha : Portál, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KHALLAF, M. K. 2011. *The Impact of Air Pollution on Health, Economy, Environment and Agricultural Sources.* Croatia : Ivana Lorkovic, 2011. 456 s. ISBN 978-953-307-528-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

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

KUTNOHORSKÁ, J. 2011. *Historie ošetřovatelství.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetřovatelství.* Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. [online]. 2017 [cit. 2017-12-02]. Dostupné na internete <http://www.medispa.cz/index.php/cs/lecebne-lazne-marianske- lazne.html>.

ORIEŠKA, J. 2010. *Služby v cestovním ruchu*. Praha : Idea servis, 2010. 405 s. ISBN 978-80-85970-68-5.

PÁSKOVÁ, M. - ZELENKA, J. 2012. *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Praha : Ministerstvo pro místní rozvoj, 2012. 768 s. ISBN 80-239-0152-4.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011a. *Ošetřovatelství I.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011b. *Ošetřovatelství II.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PODĚBRADSKÝ, J. – PODĚBRADSKÁ, R. 2009. *Fyzikální terapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2899-5.

Prameny [online]. Mariánské Lázně s.r.o., 2017 [cit. 2017-12-02]. Dostupné na internete < https://www.marianskelazne.cz/o-meste/prameny/>.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha : Karolinum, 2006. 354 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. – NEJEDLÁ, M. 2006 *Interní ošetřovatelství II*. Praha : Avicenum, 2006. 216 s. ISBN 978-802-4717-777.

Kontaktná adresa autorky:
Jana Hrdinková
Lázeňský Hotel Centrální Lázně
Goethovo náměstí 29/1
353 01 Mariánské Lázně

ABeCeDa ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

HULKOVÁ Viera

ABSTRAKT

Autorka v príspevku predstavuje pojem zdravotná gramotnosť, jej význam v ošetrovateľskej praxi a v edukácii v ošetrovateľstve, model zdravotnej gramotnosti, možnosti merania a hodnotenia úrovne zdravotnej gramotnosti. Zvyšovanie úrovne zdravotnej gramotnosti nielen pacientov, ale aj zdravotníckych pracovníkov, je úlohou pre nadchádzajúce roky ako neoddeliteľná súčasť zdravotnej kultúry 21. storočia.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Sestry. Zdravotná gramotnosť. Zdravie.

ÚVOD

Do istého momentu alebo do určitého veku máme všetci dojem, že sme nesmrteľní... Potom ochorieme a sme ochotní na zdravie vymeniť všetko. Socializmus nám zanechal v spoločnosti mýtus o bezplatnom zdravotníctve a o zodpovednosti štátu za zdravie jednotlivcov, následkom čoho stále vysoké percento populácie nevenuje pozornosť prevencii, svojmu zdravotnému stavu, podpore zdravia. Mnohé výskumy a štúdie zhodne uvádzajú, že 70 % populácie absolvuje pravidelné preventívne prehliadky, väčšinou ženy, ktoré majú zodpovednejší prístup k vlastnému zdraviu. Najviac negatívnych odpovedí uvádzali respondenti vo veku 19 až 30 rokov (Hulka, 2015).

Sofistikovanejšie pokroky v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti predlžujú život jedincov, na strane druhej – demografický trend spôsobuje nárast nákladov nielen na zdravotnícky, ale aj sociálny systém.

Zdravie je ovplyvňované mnohými faktormi, počnúc genetickou výbavou, ktorá je nám daná, až po faktory, ktorými vieme svoje zdravie ovplyvniť, akým je napr. životný štýl. A práve zdravý životný štýl je jedným z cieľov Národného programu podpory zdravia. Úlohou k dosiahnutiu tohto cieľa je vytvárať podmienky na zlepšenie spôsobu života, a tak umožniť obyvateľom zvýšiť kvalitu života a prevziať zodpovednosť za vlastné zdravie (Hulka, 2015). K významným faktorom v oblasti podpory zdravia, prevencií ochorení a

efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti patrí aj zdravotná gramotnosť. „Každý z nás sa môže aktívne podieľať na vlastnom zdraví“ (Raková, 2013, s. 151). Podľa jedného z prvých dokumentov podpory zdravia – Otawskej charty z roku 1986, bola podpora zdravia chápaná ako proces inštitucionálnych a spoločenských zmien smerujúcich k tomu, aby sa umožnilo jednotlivcom získať kontrolu nad svojím zdravím a nad jeho zlepšovaním. Znamenalo to meniť ľudí z pasívnych konzumentov zdravotnej starostlivosti na aktívne a zodpovedné osoby starajúce sa o svoje zdravie, vytvárať pre nich možnosti na „zdravé voľby“ a motivovať ich, aby robili „zdravé rozhodnutia“, podporovať tých, ktorí chcú žiť zdravšie. Rozvoj a zvyšovanie všeobecnej úrovne zdravotnej gramotnosti by malo byť prioritou v starostlivosti o zdravie (Holčík, 2010).

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ - CHARAKTERISTIKA

Význam slova „gramotnosť“ podľa Slovníku slovenského jazyka znamená schopnosť čítať, písať a počítať. Postupne sa však s týmto pojmom začali spájať aj iné schopnosti. Objavila sa gramotnosť počítačová, jazyková, finančná a od roku 1974 poznáme aj zdravotnú. V literárnych zdrojoch možno dohľadať veľké množstvo definícií zdravotnej gramotnosti.

Zdravotná gramotnosť patrí v súčasnej dobe medzi kľúčové faktory v oblasti podpory zdravia, prevencie ochorení a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Autori podľa WHO definujú zdravotnú gramotnosť ako „súbor kognitívnych a sociálnych schopnosti, ktoré určujú motiváciu a spôsobilosť jednotlivcov k tomu, aby si dokázali získať prístup k informáciám, pochopiť a využiť ich spôsobom, ktorý podporuje a udržuje dobré zdravie“ (Čepová, Kolarčík, Madarasová Gecková, 2017, s. 25).

Jedinci všetkých vekových kategórií by mali mať potrebné vedomosti, schopnosti, zručnosti tzv. kompetencie na získavanie, chápanie a vyhodnocovanie zdravotníckych informácií v oblasti zdravotnej starostlivosti. Úroveň zdravotnej gramotnosti úzko súvisí so všeobecnou gramotnosťou. Holčík (2010) uvádza rozdelenie zdravotnej gramotnosti podľa Nutbeamovho modelu do troch kategórií:

1. Funkčná zdravotná gramotnosť – súvisí so zdravotnou výchovou a spočíva v poskytnutí informácií o zdravotných rizikách a orientácii v zdravotníckom systéme (napr. očkovanie, preventívne prehliadky).

2. Interaktívna zdravotná gramotnosť – orientuje sa na zdravotno-východné programy zamerané na konkrétne problémy niektorých populačných skupín, napr. svojpomocné skupiny pacientov.
3. Kritická zdravotná gramotnosť – rozvíja u jedincov schopnosti, ktoré sa týkajú ich individuálneho správania vo vzťahu k zdraviu.

MERANIE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

Výskum a meranie zdravotnej gramotnosti prebiehalo v obmedzenej miere, vedci sústreďovali pozornosť len na jednoduché zručnosti súvisiace so zdravím. Obrat nastal v roku 2013, keď prof. Richard Osborne a jeho tím z Deakin University v Melbourne, Austrália vyvinul Dotazník zdravotnej gramotnosti (Health Literacy Questionnaire, HLQ ™). Výsledky meraní začali prinášať na jednej strane množstvo dôkazov o súvislosti nízkej zdravotnej gramotnosti so zlým zdravotným stavom ako aj jej súvislosť s nerovnosťami v zdraví (Čepová, Kolarčík, Madarasová Gecková, 2017). Dotazník bol vyvinutý v úzkej spolupráci s pacientmi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a manažérmi v oblasti zdravia. Dotazník zdravotnej gramotnosti HLQ je komplexný merací nástroj, ktorý je zameraný na deväť rôznych oblastí zdravotnej gramotnosti, na základe ktorých sa vytvorí detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikujú sa problematické oblasti.

Deväť domén slovenskej verzie dotazníka zdravotnej gramotnosti:

1. Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény:

Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény nie sú schopní spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nemajú spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo majú problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pre zdroj informácií alebo poradenstvo.

Vysoká úroveň domény:

Ľudia majú vzťah s aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobré pozná a dôverujú v poskytovaných radách a informácií. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.

2. Dostatočné informácie o starostlivosti o svoje zdravie

Nízka úroveň domény:

Osoby s obmedzenou úrovňou zdravotnej gramotnosti v tejto doméne sa domnievajú, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

Vysoká úroveň domény:

Osoby majú a vedia všetky informácie, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

3. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie

Nízka úroveň domény:

Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú na starostlivosť o svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény:

Ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou.

4. Sociálna opora v oblasti zdravia

Nízka úroveň domény:

Ľudia nemajú sociálnu podporu v otázkach zdravia.

Vysoká úroveň domény:

Ľudia majú sociálnu oporu ktorú potrebujú pre svoje zdravie.

5. Posúdenie zdravotných informácií

Nízka úroveň domény:

Respondenti nedokážu pochopiť väčšinu informácií o zdraví aj napriek snahe a nedokážu posúdiť, ktoré informácie sú pre nich správne.

Vysoká úroveň domény:

Ľudia majú schopnosť identifikovať správne a spoľahlivé informácie. Dokážu vyriešiť nesprávne informácie sami alebo s pomocou ostatných.

6. Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény:

Osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nechápu. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény:

Osoby sa aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasnosti.

7. Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény**:**

Osobám pri tejto úrovni nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti. Taktiež majú problém s pochopením, čo je k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo majú nárok.

Vysoká úroveň domény:

Osoby dokážu zistiť na aké služby v zdravotníckom systéme majú nárok a využívať ich. Sú schopné obhájiť prečo je to v prospech pre nich v systéme zdravotnej starostlivosti.

8. Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví

Nízka úroveň domény:

Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.

Vysoká úroveň domény:

Osoby s touto úrovňou aktívne využívajú dostatok zdrojov pre vyhľadávanie aktuálnych informácii.

9. Pochopenie zdravotných informácií, do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

Nízka úroveň domény:

Ľudia majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácii alebo poučeniu o vyšetrení a inštrukciám ako správne užívať lieky. Je pre nich zložité čítať alebo vypĺňať lekárske formuláre.

Vysoká úroveň domény:

Osoby sú schopné porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií). V prípade potreby dokážu adekvátne vyplniť zdravotnícke formuláre týkajúce sa zdravia (Čepová, Kolarčík, Madarasová Gecková, 2017, s. 27-29).

V súčasnej dobe má viac ako 10 % európskej populácie nízku úroveň zdravotnej gramotnosti. Jej príčinou je často nedostatočné vzdelanie, zlá socioekonomická situácia, veková rozdielnosť a neefektívna komunikácia zo strany zdravotníckych pracovníkov. Pokiaľ je jej úroveň nedostatočná, nastáva zhoršenie zdravotného stavu, zníženie kvality života, zvýšenie chorobnosti a tiež nákladov na zdravotnú starostlivosť. Nízka zdravotná gramotnosť sa častejšie vyskytuje u zraniteľných skupín obyvateľstva ako sú starí ľudia, osoby s nižším vzdelaním alebo s chronickým ochorením, je spojená so zvýšenou mortalitou, častejšou a dlhšou hospitalizáciou, nepravidelným absolvovaním preventívnych prehliadok, nesprávnym užívaním liekov a neefektívnou komunikáciou so zdravotníckymi pracovníkmi.

Človek s nižšou zdravotnou gramotnosťou podceňuje starostlivosť o svoje zdravie aj možnosti prevencie. Jedinec so zdravotnými problémami prichádza do zdravotníckeho

zariadenia v neskorých štádiách ochorenia, kedy liečba už nie je dostatočne účinná. Nízka zdravotná gramotnosť vo svojom dôsledku devastuje systém starostlivosti o zdravie, znemožňuje plné využitie nových metód a degraduje úsilie zdravotníckych pracovníkov, a práve preto je potrebné jej neustále zvyšovanie (MZ ČR, 2015, s. 4).

Podľa Holčíka (2010) nízka zdravotná gramotnosť spôsobí v USA každoročne škodu odhadovanú na 73 miliárd dolárov, pričom prax dokazuje, že zlepšenie zdravia obyvateľov prostredníctvom zvyšovania zdravotnej gramotnosti si vyžaduje oveľa nižšie náklady než následné riešenie zdravotných problémov zdravotníckymi službami. Výskum zdravotnej gramotnosti v Kanade v roku 2007 preukázal, že 55 % obyvateľov v produktívnom veku má nízku úroveň zdravotnej gramotnosti a v populácii nad 65 rokov boli výsledky ešte horšie. Vyššiu úroveň zdravotnej gramotnosti vykazovali ženy a vysokoškolsky vzdelaní ľudia.

Nízka zdravotná gramotnosť je príčinou plytvania v systéme zdravotnej starostlivosti a podľa Akčného plánu MZ ČR č. 12: Rozvoj zdravotnej gramotnosti na obdobie 2015 – 2020, odhaduje české ministerstvo zdravotníctva, že nízka zdravotná gramotnosť spôsobuje ročnú stratu 12 miliárd Kč.

Česká republika sa zapojila v rokoch 2014 – 2015 do výskumného projektu EÚ, ktorý mal za cieľ získať vstupné údaje a zmapovať stav zdravotnej gramotnosti populácie vo vybraných krajinách EÚ. Spolu s Bulharskom dosiahli najhoršie výsledky a naopak Holandsko a Írsko obsadili prvé priečky. Relevantné údaje v rámci SR zatiaľ nemáme k dispozícii, aj keď v súčasnej dobe prebiehajú prvé výskumy.

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V OŠETROVATEĽSTVE

Podľa Holčíka (2010, s. 152) je zdravotne gramotný človek, ktorý o svojom zdraví kvalifikovane rozhoduje, je schopný využívať zdravotný systém, vie sa v ňom orientovať. Zdravotná gramotnosť sa prejavuje schopnosťou získať informácie o zdravotnom stave, využiť ich, riadiť sa nimi, schopnosťou poskytnúť prvú pomoc, motiváciou podporovať zdravie.

Hodnotenie a zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je potrebné v každej vekovej kategórií. Pri zvyšovaní zdravotnej gramotnosti populácie zohrávajú dôležitú úlohu práve sestry. K tomu je ale potrebné, aby sa sestry v tejto problematike vzdelávali a aby sa zdravotná

gramotnosť zakomponovala do vzdelávania v ošetrovateľstve. Ošetrovateľstvo má značný podiel na zvyšovaní úrovne zdravotnej gramotnosti populácie, najmä v súvislosti s procesom edukácie pacientov (Novysedláková, Hudáková, 2012).

Významným nástrojom na zvyšovanie úrovne zdravotnej gramotnosti populácie sú komunitné programy a projekty. Umožňujú zlepšovať zdravotnú gramotnosť tam, kde ľudia žijú, pracujú, oddychujú a starnú. Jedná sa napríklad o programy Zdravé mesto, Škola podporujúca zdravie, Podnik podporujúci zdravie, Bezpečná škola, Bezpečná komunita, Mestá priateľské seniorom, Zdravý kraj, Zdravý región, Zdravá nemocnica a pod. (MZ ČR, 2015).

Hoci sú v súčasnej dobe zdravotnícke informácie široko dostupné prostredníctvom internetu, vo zvyšovaní úrovne zdravotnej gramotnosti majú nezastupiteľné miesto práve sestry prostredníctvom efektívnej komunikácie. „Novodobé ošetrovateľstvo sa vzhľadom na svoje zameranie na zdravie a podporu zdravia radí k disciplínam, ktoré zohrávajú významnú úlohu v oblasti prevencie a výchovy k zdraviu“ (Raková, 2013, s. 149). K cieľom ošetrovateľstva podľa Kilíkovej (2017, s. 74) patrí „zachovanie, udržanie optimálneho zdravotného stavu a zlepšenie kvality života, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na získanie nezávislosti a sebestačnosti, zmierňovanie utrpenia, ako aj odovzdávanie vedomostí, ktoré sú zamerané na zmenu životného štýlu“. Pacient s adekvátnou zdravotnou gramotnosťou rozumie obsahu informovaného súhlasu, vie „čítať“ zdravotnícke formuláre a etikety, predpisy, rozumie a dodržiava plán liečby, režimové odporúčania od zdravotníkov.

ZÁVER

Zdravotná gramotnosť pomáha ľudom nájsť a využiť informácie o vlastnom zdraví, zvyšuje celkovú úroveň zdravotného stavu populácie, má kľúčovú úlohu v podpore zdravia. Mala by byť súčasťou výchovy detí, aby si deti čím skôr osvojili potrebné znalosti a návyky, aby sme formovali ich postoje a názory na zdravie. Zdravotná gramotnosť pomáha rozvíjať osobnosť človeka, má nesporné ekonomické, sociálne, kultúrne benefity. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je celoživotný proces.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ČEPOVÁ, E., KOLARČÍK, P., MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In *Zdravotnictví a sociální práce.* 2017. roč. 12, č.1, s. 24-32. ISSN 1336-9326.

DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T. 2011. Zdravotná gramotnosť – nový pojem pre ošetrovateľskú prax. In *Ošetrovateľstvo : teória, výskum, vzdelávanie,* 2011. č.1. s. 34-41. ISSN 1338-6263.

HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

HULKOVÁ, V., HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia a ich vplyv na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. In Kolektív autorov, 2015, *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo III.* 1. Vydanie. 2015. Vydavatel : Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR, Detašované pracovisko b. Sáry Salkaházi Rožňava. s. 42 – 57. ISBN 978-80-906146-2-8.

HULKOVÁ, V., HULKA,J. 2016. Ošetrovateľstvo v kontexte kúpeľnej starostlivosti. In Kolektív autorov, 2016, *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo IV*. 2016. Vydavatel : Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR. s. 39 – 47. ISBN 978-80-88206-01-9.

HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia slovenskej populácie. In *Diplomová práca*. Vysoká škola ekonómie a manažmentu verejnej správy v Bratislave, 2015, 106 s.

KILÍKOVÁ, M. 2017. *Metaparadigmy teórie ošetrovateľstva I.* 1. vydanie. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2017, 498 s, ISBN 978-80-88206-30-3.

MZ ČR, 2015. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020. In *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.* 2015, 50 s. ISBN neuvedené.

NOVYSEDLÁKOVÁ, M., HUDÁKOVÁ, Z. 2012. Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. In *Zborník príspevkov z vedecko – odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou Quo vadis zdravotníctvo*, 8. -9. 11. 2012, Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove. s. 416-421. ISBN 978-80-555-0698-2.

RAKOVÁ, J. 2013. Výchova k zdraviu ako významná súčasť kooperácie v pomáhajúcich profesiách. In Kolektív autorov, 2013, *Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo I.* 1. Vydanie. 2013. Vydavatel : Ústav sv. J.N. Neumanna, Příbram, ČR. s. 149-163. ISBN 978-80-8132-097-2.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: akční plán č. 12: rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. 50 s [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz

Zdravotní gramotnost mladých dospělých, 2015. In *Národní síť podpory zdraví* [online]. 25/10/2015 [cit. 22.2. 2018]. Dostupné z: http://nspz.cz/zdravotnigramotnost/

Zdravotní gramotnost pro veřejnost, 2015. In: *Národní síť podpory zdraví* [online]. 25/10/2015 [cit. 22.2.2018]. Dostupné z: http://nspz.cz/zdravotni-gramotnost/

Kontaktná adresa autorky:
doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.
SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.
Winterova 29, 921 29 Piešťany
viera.hulkova@spapiestany.sk

VŠ sv. Alžbety, n.o. Bratislava
Detašované pracovisko Příbram, ČR

UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY

JAKLOVÁ Milada

ABSTRAKT

Motivace seniorů k aktivnímu stylu života v podmínkách domova pro seniory je zaměřena na specifickou oblast ošetřovatelské péče, kterou péče o seniora bezesporu je. Stárnutí populace je jedním z nejaktuálnějších problémů dnešní doby. Hodnotový systém společnosti, která zdůrazňuje zachování především biologicky podmíněných pravomocí mládí, seniory velmi znevýhodňuje. Naším cílem je motivovat seniory k zájmu o naplnění volnočasových aktivit a tím udržovat jejich zdraví. Příspěvek prezentuje motivační a demotivační faktory ovlivňující přístup seniorů k aktivizaci.

Klíčová slova: Aktivní životní styl. Domov pro seniory. Motivace. Senior.

ÚVOD

Život seniorů v dnešní hektické době není příliš jednoduchý. Stáří je neustále lidmi považováno za fázi, která již společnosti nic nepřináší. Vzhledem k demografickému trendu, který se vyznačuje stále vzrůstajícím počtem seniorů, je téma aktivizace seniorů jako součást udržování zdraví seniorů stále aktuálnější.

Člověk by měl celoživotně zdokonalovat své záliby, zájmy, a to dříve, než zestárne, aby měl pak čím naplnit svůj volný čas. To je mnohdy problém právě v pobytových zařízeních, protože senior zde často z nedostatku zájmů nemá možnost naplnit své volnočasové aktivity. Personál působící v pobytových zařízeních pro seniory by měl umožnit seniorům prožít dobrý a kvalitní život, kdy ztrácejí svůj původní domov a musí se přizpůsobovat pravidlům nového domova. Měl by znát změny, požadavky a určitá rizika, která seniorský věk přináší. Udržování zdraví seniora by mělo být uspokojování všech potřeb, a to nejen biologických a psychických, ale i sociálních a duchovních. V příspěvku se věnuje stárnutí a stáří, motivaci a aktivitě, která je pro život nejen seniora nezbytná, ale někdy bohužel málo doceňovaná. Všeobecně je popsán aktivizační proces a konkrétně jednotlivé možnosti aktivizačních činností, ať jsou to pohybové či kognitivní aktivity.

STÁŘÍ A PROCES STÁRNUTÍ

Stáří (sénium) je životní období, které je charakterizováno úbytkem schopností a zvýšeným výskytem nemocí a chorob. Souvisí s fyzickým vzhledem, duševní schopností, energetickým stavem a společenským životem. Biologické stáří: „Jde o souhrn nevratných biologických změn, predikující zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí, případně i maximální čas zbývající do přirozené smrti u daného člověka.“ (Čevela 2012, s. 25). Zjednodušeně řečeno se jedná o věk orgánů a fyziologických reakcí organismu ovlivněných genetickou predispozicí a životním stylem, nemocemi a povoláním. Sociální stáří začíná odchodem ze zaměstnanecké oblasti a nástupem do starobního důchodu, dané odpovídajícím věkem, finanční identitou a změnou sociálního statutu. Je to souhrn sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrn zvýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku. Odchod do penze dovoluje lidem budovat svou identitu na nových základech (absence práce). Důraz je kladen na využití volného času spolu s odpovědností jedince za jeho naplnění. Kalendářní stáří slouží zejména k orientačnímu odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku. Každá společnost by si přála samozřejmě co nejvíce úspěšně aktivních a stárnoucích starých lidí, obzvláště v době, kdy se prodlužuje střední délka života a kdy přibývá lidí, kteří se dožívají vysokého věku. Společnost by měla mít zájem vytvářet starším lidem vhodné podmínky k úspěšnému stárnutí, hlavně v poskytování kvalitní zdravotní péče, poskytování sociální a finanční podpory. Měla by také podporovat činnosti, které přispívají k aktivizaci starších jedinců, a i k navázání sociálních kontaktů. Aktivizační činnosti mohou být např. tělesný pohyb, kulturní programy, studium univerzit třetího věku nebo různé přednášky. Pomocí geriatrických činností může společnost zajišťovat činnosti, které mohou kladně i nenásilně ovlivnit styl života a s tím i zlepšit celkovou důstojnost při prožívání vyššího věku. Müllpachr (2009) zároveň uvádí, že by měla každá vyspělá společnost zahájit změnu v postoji jedince ke stáří a starším lidem, aby nedocházelo k věkové diskriminaci a nevhodnému chování k seniorům.

Stárnutí probíhá od narození až do smrti jedince. Haškovcová (2010) popisuje stárnutí jako biologický proces, při kterém dochází u jedince při zvyšování věku k modifikování lidského organismu. Postupně se mění i naše funkce v oblasti biologické, tělesné i duševní. U každého jedince probíhá proces stárnutí individuálně a variabilně. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je kalendářní věk, který je pouze nahodilou a nepříliš přesnou mírou. Dále sociální

věk, kdy společnost očekává určité chování přisuzované určitému věku a v neposlední řadě psychologický a biologický věk. Nárůst seniorů přináší a nastoluje otázky ekonomického, sociálního, psychologického, filozofického i medicínského charakteru. Z toho důvodu je stárnutí důležitým problémem lidstva jako celku.

MOTIVACE A AKTIVITA

„Pojem motivácia je odvodený od latinského slova „movere“ - pohybovať sa. Existuje množstvo definícii pojmu motivácia, ktoré sa odlišujú formuláciou ale po obsahovej stránke sa zvyčajne podobajú. Spoločným znakom rôznych definícii je, že motiváciu charakterizujú ako psychologický proces, ovplyvňujúci vnútorné pohnútky (motívy), ktorý usmerňuje správanie človeka. Motivácia je vôľa konať“ (Kilíková, 2013, s. 149). Často se do konání zapojuje víc než jen jeden motiv, a působí také emoce, stimuly a postoje člověka. Motivace seniora je důležitá pro osobní rozvoj, pro pochopení vnějších a vnitřních potřeb a stejně tak i vyšší výkon seniora. Potřeby souvisí s biologií organizmu, stejně tak i s pracovní i sociální existencí ve společnosti. Základem motivace je snaha organismu dosáhnout vnitřní rovnováhy mezi sebou samým a prostředím tak, aby senior získal vlastní uspokojení a soběstačnost. Motivace je taktéž soubor faktorů, které seniora podněcují či aktivují nebo dávají jednání účel a směr. Jak budeme jednat a jakou cestou bude naše energie směřována, záleží na kombinaci intelektuálních, fyzických a duševních procesech. Motivace se uplatňuje při řízení společně s plánováním, organizováním a kontrolou. Smyslem motivace je vzbudit v seniorovi touhu a přání, vykonat něco, co bude ve shodě se zájmy organizace. Jak uvádí Plamínek (2007) k motivaci lze dojít dvěma cestami. V prvním případě senioři motivují sami sebe tím, že zjišťují, nacházejí a provádějí činnost (nebo je jim činnost přidělena), která uspokojuje jejich potřeby, nebo alespoň míří k tomu, že od ní čekají splnění svých cílů. Ve druhém případě mohou být senioři motivováni managementem prostřednictvím takových způsobů, jako je odměňování, povyšování, pochvala a jiné. Vnější motivace bude na seniora působit krátkodoběji než vnitřní, protože je přijata od jiného seniora. Zatímco vnitřní motivace vyjde přímo z přesvědčení daného seniora.

Aby člověk strávil aktivní stárnutí a stárnul dobře, musí mít něco, čím smysluplně vyplní každý den, co ho bude bavit a naplňovat, zaměstnávání klientů v domovech

pro seniory činnostmi, které obohacují a zpříjemňují každodenní život. Procvičování paměti, procvičování jemné motoriky rukou, pozornosti a myšlení, je taktéž prevencí před nudou, jednotvárností a rutinou v ústavním režimu. Základem je předat klientům pozitivní životní zkušenost, humor, optimismus a očekávání pěkných okamžiků. Aktivizační pracovník je podle Suché (2013) jedním z důležitých činitelů aktivizace seniorů. Na jeho odborných a osobnostních předpokladech závisí postup aktivizačního procesu a uskutečňování cílů tohoto procesu. Obecně mezi lidské předpoklady začleňujeme schopnost empatie, autenticity a přijetí seniora takového, jaký je. Z odborných zručností je třeba zmínit schopnost přiměřené komunikace, znalost etických norem, volby aktivizačního procesu, ale i specifik seniorského věku a poměrů mezi seniory. Mezi další nejvýznamnější činitele, které ovlivňují aktivizační proces, je samotný senior. Je důležité přihlédnout především na jeho zdravotní stav, sociální a psychické aspekty. Třetím a neméně závažným činitelem je náplň aktivizačního procesu. Ten by měl být upraven výsledným cílům, kterých má být získáno. Především se jedná o cíle stanovované na základě potřeb seniora, se zřetelem na orientaci a schopnosti terapeuta a zaměření zařízení, v níž k aktivizaci vzniká. Při aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních jsou z provozních důvodů téměř vždy preferovány činnosti ve skupině. Kromě kognitivních funkcí je tak ve větší míře ovlivňována i emocionální oblast. Sociálním kontaktem s ostatními členy skupinového setkání je podporována vzájemná pomoc, ohleduplnost i názornost činnosti. „Nejprospěšnějšími jsou ty aktivity, při kterých se využívá lidské kreativnosti.“ (Holmerová, 2014, s. 70). Pohlaví zúčastněných se nerozlišuje, naopak přítomnost druhého pohlaví se vykazuje jako příznivý stimul. V ideálním případě jsou při sedavé aktivitě rozestavěny židle do kruhu, čímž se zaručí výborný kontakt s aktivizačním pracovníkem a zvýší pocit rovnosti všech zúčastněných.

DOMOVY PRO SENIORY

Zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.) definuje domov pro seniory jako pobytovou sociální službu určenou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a které se dostali do situace vyžadující pravidelnou pomoc druhé osoby. Mezi základní činnosti služby patří poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Díky těmto činnostem přispívají domovy seniorů k zachování a rozvíjení kvality života seniorů, jejich soběstačnosti, autonomii a také k začlenění do života společnosti. Kompletní výčet úkonů, které jsou zajištěny při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory, obsahuje vyhláška (Vyhláška č. 505/2006 Sb.), kterou uvádí zákon o sociálních službách. Senior se stává klientem domova po přijetí na základě podané žádosti a šetření sociálního pracovníka v přirozeném prostředí žadatele. Jak uvádí Holmerová (2014), přijetí klienta do pobytového zařízení znamená zahájení nové etapy života a představuje výraznou změnu pro seniora, který je zcela odlišný od toho stávajícího. Každý se s touto hlavní změnou vyrovnává jinak a různě ji snáší. Proto by měly být v zařízení vytvořeny takové podmínky, aby ulehčili plynulý přechod a adaptaci na neznámé prostředí a nový způsob života. Všechny činnosti jsou poskytovány s vysoce individualizovaným přístupem a se snahou zapojit klienta do aktivní spoluúčasti. Každý domov seniorů má přesně danou organizační strukturu, kterou stanoví zřizovatel a musí být v souladu se zákonem. (Malíková, 2011). Institucionální a právní rámec poskytuje pracovníkům vymezení a definování služby, její zasazení do společenského kontextu. Zahrnuje zákony, vyhlášky a nařízení zřizovatele, vnitřní předpisy, metodické postupy, zřizovací listinu organizace, organizační pokyny a nařízení, standardy, kvalifikační předpoklady, domácí a návštěvní řád, etický kodex zaměstnanců. Zdravotníci, sociální pracovníci, pracovníci přímé obslužné péče, aktivizační pracovníci a další obsluhující personál, pak poskytují profesionální péči těm, kdo se v důsledku svého zdravotního stavu dostali do složité životní situace a potřebují pomoc – sociální intervenci.

PRŮZKUM

Každý člověk prochází nezastavitelně procesem stárnutí. Pokud okolnosti a zdravotní stav dovolí, bude jednou zařazen mezi seniory. Je velmi důležité zajistit, aby měl senior dostatek senzorických podnětů a organizovaných volnočasových aktivit za účelem motivace k důstojnému a kvalitnímu trávení „podzimu“ svého života. Proto je přínosné zaměřit se empiricky právě na faktory ovlivňující ideální aktivizaci seniorů. Cílem je zjistit možné faktory ovlivňující přístup seniorů k aktivizaci. Je třeba pátrat po názorech seniorů

na prospěšnost aktivizačních činností, po účasti na aktivním způsobu života, po faktorech, které jejich přístup ovlivňují, zda se mění v průběhu pobytu a díky obměně činností nabízených personálem.

Pro sběr údajů v tomto průzkumném šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Z oslovených respondentů poskytlo rozhovor 38 žen a 1 muž.

Jako první jsme zjišťovaly, co motivuje seniora k aktivnímu stylu života v podmínkách domova pro seniory. Jak uvádí tabulka 1, z celkového počtu 39 oslovených motivuje klienta k činnosti při aktivizačních činnostech nejvíce rodina, a to pochvalou a uznáním. Dále jsou motivováni spolubydlícím, jeho povzbuzením a pochvalou, který se v domově stává nejbližším klienta, tedy „druhou rodinou“. Personál byl nejvíce zastoupen fyzioterapeutem, který má pravidelně každé dopoledne společné zdravotní cvičení.

Tabulka 1 Motivace seniorů k aktivizačním činnostem

	Počet	**%**
Rodina	19	49
Personál	5	13
Spolubydlící	9	23
Ostatní	6	15

V druhé fázi jsme zjišťovaly, co seniora naopak demotivuje k aktivnímu životnímu stylu v podmínkách domova pro seniory. Jak je uvedeno v tabulce 2, klient je nejvíce demotivován pracovníky domova, to jak pracovníky přímé péče, tak i zdravotnickým personálem. Největším demotivátorem pro klienta je u personálu neochota a náladovost. Spolubydlící nejčastěji demotivuje seniora náhodnou roztržkou. V průběhu rozhovoru velká část klientů s úsměvem uvádí, že „vždy je chyba na obou stranách“.

Tabulka 2 Demotivace seniorů k aktivizačním činnostem

	Počet	%
Rodina	2	5
Personál	26	67
Spolubydlící	7	18
Ostatní	4	10

Ve třetí fázi jsme mapovaly, jestli u seniorů převažuje vnitřní nebo vnější motivace. Tabulka 3 zobrazuje, že vnitřní motivace je pro seniora důležitější, protože vychází z jeho přesvědčení. Vnější motivace působí na seniora krátkodoběji než vnitřní, je nejčastěji ovlivněna jeho zdravotním stavem, sílou a náladou. Vnější motivace přichází od rodiny, spolubydlícího i personálu.

Tabulka 3 Vnitřní a vnější motivace seniorů k aktivizačním činnostem

	Počet	%
Sebevzdělávání	7	18
Aktivní život	5	13
Sebejistota, úspěch	16	41
Rodina	6	15
Personál	2	5
Spolubydlící	3	8

Čtvrtá část mapovala, o které aktivizační činnosti mají klienti v domově pro seniory největší zájem. Jak je uvedeno v tabulce 4, největší zájem mají senioři o společné cvičení pod vedením fyzioterapeuta. Dále o aktivity s dětmi, které svojí bezprostředností a zájmem vždy seniorům „vlijí krev do žil“. Z aktivity trénink paměti je nejúspěšnější hledání konkrétních významných osobností spojených s daným výročím, zemí či jinou konkrétní situací. A v neposlední řadě to jsou ruční práce, kdy senioři tvoří na dané téma.

Tabulka 4 Aktivizační činnosti v domově pro seniory

	Počet	%
Trénování paměti	5	13
Četba	3	8
Ruční práce	4	10
Muzikoterapie	2	5
Cvičení	11	28
Aktivity s dětmi	8	20
Společenské hry	1	3
Návštěva divadla	2	5
Cizí jazyky	2	5
Jiné	1	3

DISKUSE

Proč seniory v domovech aktivizovat? Aktivizace umožňuje kontakt lidí stejného věku, zprostředkuje výměnu poznatků, zážitků, dá příležitost sdílet s někým svoje radosti i strasti, nabízí vhodné prostředí pro upevňování sociálních dovedností a možnost seberealizace. Dalo by se říct, že aktivizace naplňuje sociální potřeby. Vidovičová (2014) ve svém průzkumu došla ke stejnému závěru. Navrhuje, aby člověk strávil aktivní stárnutí a stárnul dobře, musí mít něco, čím smysluplně vyplní každý den, co ho bude bavit a naplňovat. V zařízeních sociální péče, což jsou domovy pro seniory, je aktivizační činnost nedílnou součástí individuálního plánování v péči o klienta v jeho domácím prostředí. Staří lidé často trpí zdravotními problémy (špatně slyší, vidí, chodí…), mají pocit neužitečnosti, neschopnosti (nenaplňují své psychické potřeby), my jim můžeme pomoci získat pocit, že něco dokázali, zvýšit jim sebevědomí. Snažíme se objevit, co seniory baví a naplňuje.

Jaké činnosti tedy seniory baví? Určitě je to velmi individuální, proto by měl být program co nejpestřejší, aby dal prostor realizovat se všem seniorům. Problémy se kterými se u seniorů setkáváme: nízké sebevědomí, orientace na výkon, skepse, nízká motivace.

Prostřednictvím dobře zvolených a připravených aktivit se nám může podařit zapojit postupně většinu členů do nabízených činností v domově pro seniory. Aktivity by měly být rozprostřeny do celého dne např. zájmové kroužky, cvičení nebo procházka, odpočinek, cvičení paměti, tanec terapie nebo muzikoterapie. Programy by měly být co nejpestřejší, aby jeden den nesplýval s druhým. Krišková (2010) považuje zaměstnávání klientů v domovech pro seniory činnostmi, které obohacují a zpříjemňují každodenní život. Procvičování paměti, procvičování jemné motoriky rukou, pozornosti a myšlení, je taktéž prevencí před nudou, jednotvárností a rutinou v ústavním režimu. Základem je předat klientům pozitivní životní zkušenost, humor, optimismus a očekávání pěkných okamžiků. Při všech aktivitách by se měl personál snažit podporovat klienty, dát jim dostatečný prostor, nabídnout pomoc, oceňovat a povzbuzovat. Možnost volby a nezávislosti je přitom důležitým rysem jejich životní spokojenosti a autonomie (Sýkorová 2007).

ZÁVĚR

Průzkumné šetření prokázalo, že aktivizace seniorů v domově pro seniory je velmi důležitá, a proto musí být nedílnou součástí každého dne. Personál by měl klienta k aktivitám motivovat a poskytovat mu potřebné informace a čas se aktivizačních činností v domově zúčastňovat. Otázkou zůstává, proč tomu tak není? Odpovědí může být pracovní vytížení, možná i pracovní přetížení či vyhoření. Snažme se ale vždy stavět klienta a jeho potřeby, touhy a přání na první místo v naší každodenní „rutině“.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BENEŠOVÁ, D. 2014. *Gerontagogika : Vybrané kapitoly.* 1.vyd. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.

ČELEDOVÁ, L.- KALVACH Z.- ČEVELA R. 2016. *Úvod do gerontologie.* Praha : Karolimium. 2016. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA R, KALVACH Z.,ČELDOVÁ L. 2012. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. 1.vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

HOLMEROVÁ, I., a kol. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha : Mladá fronta. 2014.

HROZENSKÁ, M. - DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

KILÍKOVÁ, M., 2013. *Teória manažmentu v ošetrovateľstve*. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, 391s. ISBN: 978-80-260-3845-0.

KLEVETOVÁ, D. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne opatrovateľstvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin : Osveta. ISBN 978-80-8063-329-5.

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

MÜLLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika.* 2.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

PLAMÍNEK, J. 2007. *Tajemství motivace*. 1. vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-1991-7.

SUCHÁ,J. - JINDROVÁ, I. - HÁRTLOVÁ B. 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* 1. Vyd. Praha : Portál, 2013. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

VIDOVIČOVÁ L., KAFKOVÁ M., 2012. *Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života*. Brno : Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, 2012.

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Kontakt:

Mgr. Milada Jaklová
Na Kopci 366
Mukařov- Srbín
Tel: 732410807

OŠETROVATEĽSTVO V STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE MARGINALIZOVANÝCH KOMUNÍT - TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ PROBLEMATIKY

KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Základy teórie komunitného ošetrovateľstva sú v podmienkach slovenského ošetrovateľstva štandardne spracované a verejnosti dostupné. Neriešenou časťou tejto problematiky je jej praktická aplikácia, legislatívna podpora, existencia výskumu, ktorá by vedecky podporila rozvoj implementačnej stratégie. Našim cieľom je poukázať na potrebu kooperácie viacerých odborov a odborníkov v riešení otázky roly komunitnej sestry v podpore zdravia marginalizovaných osôb a komunít. Príspevok má kompilačný charakter. Pri jeho spracovaní boli použité teoretické metódy poznania. Je výsledkom teoretickej analýzy publikovaných bibliografických zdrojov, ktoré pomenúvajú marginalizované komunity. Vybrané marginalizované komunity sme charakterizovali, popísali sme ich subsystémy a načrtli sme koncept aplikácie všeobecnej teórie komunitného ošetrovateľstva do procesu starostlivosti o marginalizované komunity metódou ošetrovateľského procesu.

Kľúčové slová: Komunita. Marginalizácia. Ošetrovateľstvo. Sestra. Zdravie.

ÚVOD

Strategický rámec starostlivosti o zdravie na roky 2013-2020 pomenúva priority, ktoré sa mali stať základom pre formovanie politiky zdravia jednotlivých členských štátov európskeho spoločenstva. Ambíciou tohto dokumentu je na základe metodického postupu identifikovať reálne problémy slovenského zdravotníctva, nájsť merateľné ukazovatele a stanoviť dosiahnuteľné ciele do roku 2030. Zároveň sa očakáva, že následne budú identifikované kľúčové nástroje pre dosiahnutie týchto cieľov. Prvá časť dokumentu pomenúva spoločné priority členských krajín Svetovej zdravotníckej organizácie pre európsky región WHO v oblasti zdravotníctva, ktoré sú súčasťou dokumentu Zdravie 2020 (Health 2020). Pre slovenské ošetrovateľstvo je dôležité poznať tretiu časť dokumentu, ktorá popisuje

očakávaný demografický vývoj na Slovensku do roku 2050 a odhaduje dopad starnutia populácie na zdravotníctvo na Slovensku. Z cieľov Politiky Zdravie 2020 je výzvou jej štvrtá prioritná oblasť „vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.“ Tento dlhodobý zámer bol motiváciou k voľbe témy príspevku. Našim cieľom je identifikovať tie skupiny obyvateľstva, pre ktoré je charakteristická vyššia zraniteľnosť a marginalizácia. Tieto komunity sú výzvou pre naplnenie roly komunitnej sestry v slovenskom ošetrovateľstve. Otázkou sú limity tejto starostlivosti, ktoré ju robia hraničnou alebo bezhraničnou?

ZÁKLADNÉ POJMY

Vláda SR má za cieľ výzvy a dlhodobé ciele Strategického rámca starostlivosti o zdravie na roky 2013-2020 dosiahnuť za pomoci individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie vrátane marginalizovaných komunít. Pod pojmom marginalizácia sa rozumie sociálno-ekonomická degradácia osoby, komunity alebo regiónu. Za marginálneho - okrajového podľa Hanzlíkovej (2006) sa považuje osoba alebo komunita, ktorá vyznáva odlišné sociokultúrne normy. Marginálna komunita sa vyznačuje tým, že žije na okraji spoločnosti, je vysoko zraniteľná a riziková v oblasti:

- zamestnanosti a chudoby,
- má nízku úroveň spoločenského uplatnenia a
- má vysoké riziko zdravotného deficitu.

Je označením pre nie úplne asimilované skupiny, ktoré čiastočne opustili svoju kultúru a neprijali alebo neboli prijatí novou kultúrou, v ktorej žijú. K marginálnym osobám, komunitám je možné zaradiť:

- prisťahovalcov – imigrantov,
- opustené deti „deti z ulice“,
- prepustených väzňov z výkonu trestu,
- prostitútky,
- drogovo závislé osoby a osoby s hendikepom,
- osoby bez domova,

- dlhodobo nezamestnaných,
- Rómsku minoritu.

Charakteristickým znakom je ich sociálne vylúčenie - exklúzia, čo neznamená, že musia byť chudobní a segregovaní. Sociálne vylúčenie v praxi znamená, že osoby, komunity majú nerovnaký prístup k piatim základným zdrojom svojej existencie:
- k zamestnaniu,
- k bývaniu,
- k sociálnej ochrane,
- k zdravotnej starostlivosti a vzdelaniu,
- nie sú schopní uplatňovať svoje práva.

Sociálne vylúčenie ako príznak marginalizácie je z pohľadu ošetrovateľstva potenciálnym rizikom vzniku deficitov v uspokojovaní potrieb, ktoré môžu vyústiť v akútny deficit zdravia. Rola komunitnej sestry v starostlivosti o marginalizované osoby a komunity spočíva v participácii na ich sociálnej a zdravotnej inklúzii. Pod sociálnou inklúziou sa rozumie dlhodobé odstraňovanie prekážok začlenenia sa marginalizovaných do spoločnosti implementáciou princípov solidarity a reciprocity. Zdravotná inklúzia pomenúva aktivity komunitnej sestry v podpore zodpovednosti za svoje zdravie. Komunitná sestra zdravotnú inklúziu realizuje tak, že *podporuje* marginalizovanú osobu, komunitu v situácii, kedy menované subjekty majú vedomosti o zdravom spôsobe života, ale nemajú pevnú vôľu na ich dodržiavanie. Komunitná sestra *edukuje* osobu a komunitu v situácii, kedy vykazujú deficit vedomostí a zručnosti v starostlivosti o svoje zdravie. Iba v krajom prípade, t.j. pri strate sebestačnosti v starostlivosti o svoje zdravie, preberá komunitná sestra *plnú zodpovednosť za manažment zdravia v plnom rozsahu* (Hanzlíková, 2006).

ZÁKLADY TEÓRIE KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MARGINALIZOVANÚ KOMUNITU PROSTITUOVANÝCH

Prostitúciou sa rozumie uspokojovanie sexuálnych potrieb iného súložou, iným spôsobom pohlavného styku alebo iným obdobným sexuálnym stykom za odmenu (trestný zákon).

Na Slovensku podľa výsledkov štúdií (Ministerstvo vnútra SR, 2012) sa vyskytuje tzv. *pouličná a diaľničná prostitúcia.* Nóvum je kontrolovaný variant pouličného sexu vo „*vykonávacích boxoch.*“ Veková kategória prostituujúcich osôb pri tejto forme prostitúcie je rôzna. Ich intelektuálna úroveň je nízka, ako aj úroveň dosiahnutého vzdelania. Veľmi často ide o osoby mentálne zaostalé, sociálne nevyspelé a sú často závislé na drogách. Z pohľadu komunitného ošetrovateľstva je známe, že pri tejto forme prostitúcie je vysoké riziko nákazy a šírenia pohlavných chorôb. Inou formou je *prostitúcia vykonávaná na privátoch a v bytoch*, ktoré sa prenajímajú alebo ich vlastnia. Oznamovanie tejto služby sa uskutočňuje formou inzerátov, dohadzovačmi (taxikári, čašníci). *Prostitúcia vykonávaná v erotických podnikoch,* v nočných baroch, salónoch. Tieto subjekty vykazujú oficiálnu podnikateľskú činnosť ako relaxačné a masážne služby, kluby ponúkajúce pohostinskú činnosť alebo tanečné predstavenia a pod touto legendou sa v nich ponúkajú služby prostitútok.

Eskortný servis je objednávka prostitútok cez telefón. Príjem z týchto služieb si zlegalizujú ako príjem za sprostredkovanie spoločnosti žien. Vo väčšine prípadov ide o solventnú zahraničnú klientelu a spoločníčkami sú ženy v mladom veku, ktoré ovládajú cudzie jazyky, pochádzajú zo strednej spoločenskej vrstvy a majú dosiahnutý vyšší stupeň vzdelania. *Nútená prostitúcia* je v Slovenskej republike fenomén, ktorý sa prieči dobrým mravom. Jej vykonávanie nie je trestné. Trestné je zjednanie, pohnutie, zvedenie, využitie, získanie alebo ponúknutie na vykonávanie prostitúcie. Tieto aktivity sú označované pojmom kupliarstvo. V súčasnosti sa dajú charakterizovať štyri princípy, ktoré upravujú prostitúciu.

Princíp prohibície v praxi znamená, že pouličná aj „domová“ prostitúcia sú zakázané, všetky skutky alebo osoby v spojitosti s prostitúciou sú trestané. Tento typ sa aplikuje vo Švédsku, Nórsku a Litve.

Princíp regulácie vyjadruje, že štát reguluje pouličnú aj „domovú“ prostitúciu. Prostitúcia tak nie je trestná, pokiaľ sa realizuje v rámci predpísaných regulácií. Zákonom predpísané sú povolenia pre verejné domy a povinnosť pre prostitútky sa registrovať, chodiť pravidelne na zdravotné kontroly a odvádzať dane. Tento typ sa aplikuje v Holandsku, Nemecku, Rakúsku a Maďarsku.

Princíp abolície vyjadruje, že pouličná, ani „domová“ prostitúcia nie sú zakázané. Štát sa rozhodol tolerovať prostitúciu a neintervenovať do nej. Prostitúcia medzi dospelými osobami

nie je trestná, avšak sprostredkovanie, napomáhanie, využitie, ponúkanie alebo koristenie z prostitúcie je trestné. Tento typ sa aplikuje v Českej republike, Poľsku, Španielsku a v Slovenskej republike.

Nový abolicionizmus vyjadruje, že pouličná aj „domová“ prostitúcia nie sú zakázané, ale štát intervenuje do prostitúcie tým spôsobom, že zakazuje prevádzkovanie erotických salónov. Tento typ sa aplikuje v Belgicku, Francúzsku, Taliansku (Hamačková, 2015). Poznaním základov teórie prostitúcie ako problému komunitného ošetrovateľstva o marginalizované osoby a komunity je predpokladom k prevencii potenciálnych rizík zdravia danej komunity. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce deficity zdravia je možné zaradiť riziko vzniku neinfekčných, infekčných systémových ochorení, pohlavne prenosných ochorení, riziko telesného násilia, narušenie sebaúcty, riziko závislosti na návykových látkach, extrémne nízka úroveň hygieny (pri pouličnej prostitúcii) narušený obraz tela a i. V súčasnosti nie je vpracovaný koncept komplexnej zdravotnej starostlivosti o túto marginalizovanú komunitu. Jediným riešením ostáva primárna prevencia a individualizovaná komunitná starostlivosť, ktorá si vyžaduje erudíciu a odbornú pripravenosť komunitnej sestry.

ZÁKLADY TEÓRIE KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MARGINALIZOVANÚ KOMUNITU OSÔB BEZ DOMOVA

Ak sa osoba ocitne na ulici, väčšinou prechádza týmito štádiami:

Prvé štádium, kedy sa osoba bez domova pokúša zbaviť svojho aktuálneho sociálneho statusu. Dbá na svoj zovňajšok, je upravená, čistá a dokonca elegantná. Snaží sa znova zaradiť sa do života, hľadá si prácu, nadväzuje kontakt s rodinou alebo priateľmi. Človek sám seba nepovažuje za osobu bez domova. Verí v zlepšenie situácie, má svoje sny o lepšej budúcnosti.

Druhé štádium – regresia. Tým, že osoba nemá adresu alebo telefón, všetky administratívne úkony, ktoré má vykonať, sa mu zdajú zložité. Po registrácii na úrade práce začne navštevovať zariadenia rýchleho občerstvenia. Postupne prichádza o sebaúctu až dovtedy, kým sa prestane zaoberať hľadaním si práce a udržiavaním si svojho zovňajšku.

Tretie štádium - rezignácia. Osoba sa vzdáva svojej minulosti a jeho doterajšie sociálne väzby zanikajú. V tomto štádiu je minimálna časť ľudí bez domova, ktorí by mali záujem pracovať a

zaradiť sa do bežného života – aj keby to bolo možné (Holováčová, 2013). Osoby bez domova podľa Tvrdoňa a Kasanovej (2004) je možné klasifikovať do troch skupín.

Zjavní bezdomovci – osoby, ktoré žijú na uliciach; tí, ktorí vyhľadávajú ubytovanie v nocľaháreň ach a útulkoch. Je to najviditeľnejšia časť populácie osôb bez domova.

Skrytí bezdomovci sú osoby bez prístrešia, ktoré sa neobracajú na verejné či charitatívne služby, aby našli nocľah. Prespávajú v pivniciach, kanáloch, vagónoch a pod.

Potenciálni bezdomovci sú osoby, žijúce v rozličných zložitých životných situáciách spojených s ťažkosťou udržať si byt; tí, ktorí čakajú na prepustenie z inštitucionálnych zariadení. Z pohľadu ošetrovateľskej praxe starostlivosť o osobu bez domova je spojená s predsudkami. Je zúžená na poskytnutie základnej zdravotnej starostlivosti v prípade akútneho ohrozenia života. Vzhľadom na široké spektrum ochorení (svrab, tuberkulóza, chronické rany) sú ošetrovaní na ambulanciách alebo sú hospitalizovaní. Najčastejšie sú hospitalizovaní na chirurgickom, traumatologickom, infekčnom, pľúcnom, doliečovacom oddelení a oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny. Z posúdenia osoby pri príjme vyplývajú zistenia o veľmi nízkej hygienickej úrovni tela a odevu (nutná hygienická očista), žiadne doklady (občiansky preukaz, karta poistenca, pacient zvyčajne nie je evidovaný u všeobecného lekára), žiadne osobné veci (osobná bielizeň, papuče, hygienické potreby...). Osoba je bez kontaktu na príbuzných alebo podporné osoby. Je náročné získať anamnestické údaje (zamlčanie prekonaných ochorení, úrazov), sestry signalizujú ťažkosti s komunikáciou (psychické zmeny, závislosti, jazyková bariéra, nevhodné vyjadrovanie – vulgarizmy). Osoby vykazujú zlý zdravotný stav (polymorbidita, infekčné ochorenia), odmietanie pobytu v nemocnici, odmietanie nemocničného a liečebného režimu. Typické je odmietanie pacienta bezdomovca zo strany spolupacientov pri umiestňovaní na izbu. V oblasti uspokojovania sociálnych potrieb sú takého osoby vysoko rizikové. Takmer vždy u nich dominuje riziko dlhodobej neschopnosti spokojovať základné potreby. Sú vystavení riziku násilia, toxikománii, patologickým formám spoločenského právania sa. Je možné u nich identifikovať deficit sebaopatery, deficit v osobnej hygiene, v uspokojovaní výživy, vyprázdňovania, potreby spánku. Často sa diagnostikuje deficit objemu telesných tekutín, narušená je komunikácia, adaptácia, osobná identita a osoba vykazuje znaky neschopnosti naplnia rolí. Prítomná môže byť hypertermia, hypotermia, intolerancia aktivity, narušená celistvosť kože, násilie voči sebe, okoliu, nedostatočná spolupráca osoby, nesúhlas, riziko poranenia, riziko

infekcie, strach, stresový syndróm zo zmeny prostredia, zhoršené spoločenské interakcie, zmena správania, zmenená výživa – nižší príjem než telesná potreba. V starostlivosti o túto marginalizovanú komunitu je možné sa stotožniť s názormi odborníkov z rezortu sociálnej starostlivosti, ktorí deklarujú, že neexistuje štandard, model zdravotno-sociálnej starostlivosti osoby bez domova. Průdková, Novotný (2008) v uspokojovaní potrieb osôb bez domova odporúčajú postupovať podľa Maslowovej hierarchie potrieb. Vyvstáva otázka, do akej miery sú možnosti ošetrovateľstva v tejto problematike limitované?

ZÁKLADY TEÓRIE KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MARGINALIZOVANÚ KOMUNITU MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Hulková (2013) uvádza, že osobitou komunitou, ktorej príslušníci potrebujú špecifickú starostlivosť, sú osoby s mentálnym postihnutím. Hlavným znakom mentálneho postihnutia je znížená inteligencia, ktorá sa vyjadruje pomocou tzv. IQ - inteligenčného kvocientu. Postihnutie prináša behaviorálne, sociálne, emocionálne problémy, ale aj problémy s adaptáciou a flexibilitou myslenia. Osoba s mentálnym postihnutím môže mať niektoré schopnosti vysoko vyvinuté, iné zasa oslabené. Významnou problematikou je obmedzenie spôsobilosti k právnym úkonom alebo úplné zbavenie právnej spôsobilosti. Autorka je toho názoru, že základným aspektom komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o mentálne postihnutých je akceptovanie ich samotných a poskytnúť im takú mieru podpory, ktorá im umožní sebarealizáciu a začlenenie v čo najvyššej možnej miere vzhľadom na mieru postihnutia. K najčastejším metódam používaným v komunitnej starostlivosti o mentálne postihnutých patrí asistencia, individuálna starostlivosť a skupinová terapia. Švarcová (2000) charakterizuje niektoré zásady komunitnej starostlivosti u túto marginalizovanú komunitu. Upriamuje pozornosť na potrebu dodržať *zásadu prevencie.* Komunitná sestra prevenciu realizuje uplatňovaním výchovných, liečebných a sociálnych opatrení. *Zásada komplexnosti* vyjadruje potrebu starať sa o osobu s mentálnym hendikepom v intenciách filozofie holizmu. *Zásada jednotnosti* vyjadruje potrebu koordinácie starostlivosti. *Zásada dispenzarizácie* vysvetľuje autorka, ako potrebu evidovať a kontinuálne monitorovať postihnutú osobu. Pod zásadou optimálneho prostredia vyjadruje potrebu pretvárania prostredia hendikepovaného tak, aby sa stal stimulom pre rozvoj jeho schopností. *Zásada resocializácie*

vyjadruje zameranie starostlivosti na umožnenie návratu mentálne postihnutej osoby do spoločnosti.

KONCEPT KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O MARGINALIZOVANÉ KOMUNITY - UNIVERZÁLNY POHĽAD

Rybárová (2018) odporúča v starostlivosti o marginalizované komunity implementovať metódu ošetrovateľského procesu. Prioritou je individualizovaná starostlivosť a orientácia aj na rodinu osoby vyžadujúcej komunitnú starostlivosť. V marginalizovaných komunitách odporúča, aby komunitný assessment vo fáze posudzovania bol zameraný na identifikáciu zdravotných aktív a pasív komunity, na identifikáciu vysoko rizikových skupín v komunite a zber údajov dôležitých pre plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti v komunite. V marginalizovaných komunitách sa posudzujú demografické údaje, zdravotný stav, geografické charakteristiky, životný štýl, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, pôsobenie dobrovoľníckych a charitatívnych organizácii poskytujúcich zdravotnú a sociálnu starostlivosť, stav bezpečnosti prostredia, rolu štátnej správy, samosprávy, ekologické podmienky a i. Kvalitné posúdenie je základom validnej identifikácie komunity, opisu a charakteristike komunity. Je možné identifikovať štruktúry v komunite a rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie komunity. Významné je, že kvalitné posúdenie umožní identifikovať možnosti a metódy ovplyvňovania rizikových faktorov v komunite. Diagnostika v marginalizovaných komunitách má byť zameraná na celú komunitu. Zhrňujúce vyhlásenia o stave zdravia komunity v doplnení o identifikované vysoko rizikové skupiny, na ktorých problémy majú byť zamerané intervencie. Podľa tejto autorky kompletná sesterská diagnóza komunity obsahuje:

- sumár zdravotného stavu komunity,
- správu o tom, v čom je zdravie komunity zraniteľné,
- špecifický zoznam rizikových vplyvov na osoby alebo rodiny a sumárny výkaz kompetencií, zdravotných schopností komunity.

V diagnostike odporúčame aplikovať klasifikačný systém ošetrovateľskej praxe Omaha. Plánovanie starostlivosti si vyžaduje určenie priorít. V praxi to znamená potrebu určiť, ktorý

problém má najväčší vplyv na smrť, ochorenie, práceneschopnosť, náklady na rehabilitáciu, na invaliditu komunity. Ďalej určiť, ktoré skupiny populácie (deti, matky) sú osobitne ohrozené, ktorý problém je zvlášť citlivý z hľadiska intervencie. Je potrebné odlíšiť, ktorým z problémov sa nezaoberali iné organizácie v komunite, ktorý z problémov má z hľadiska zlepšenia zdravotného stavu najväčší potenciál pre ekonomický alebo iný prínos. V neposlednom rade je potrebné určiť, ktoré z problémov sú zaradené medzi regionálne alebo národné priority. Úspešnosť realizácie závisí napr. od pripravenosti a ochoty komunity riešiť problém, od skúseností a zručností sestier, od schopností sestier vykonávať komunitne orientované činnosti (Hanzlíková, 2006).

ZÁVER

Hodnotenie komunitnej starostlivosti o marginalizované komunity je nepretržitá súčasť ošetrovateľského procesu, ktorá umožňuje ustavičnú revíziu, modifikáciu a skvalitňovanie komunitnej praxe. Ošetrovateľstvo v starostlivosti o zdravie marginalizovaných osôb a komunít vykazuje deficit etnoošetrovateľských výskumov. Správy ministerstiev vnútra a zdravotníctva apelujú na absenciu koncepcie komplexnej starostlivosti o marginalizované komunity. Sú toho názoru, že na Slovensku bolo v predchádzajúcom období realizovaných niekoľko parciálnych monitorovaní zdravotného stavu týchto komunít. Realizovali sa vo vybraných regiónoch a lokalitách a len čiastkovo monitorovali vybrané determinanty zdravia. Úplne chýbajú informácie o bezdomovcoch a utečencoch. Celkovo chýbajú komplexné, reprezentatívne a validné informácie o zdravotnom stave znevýhodnených komunít na Slovensku (program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku). Teoretické východiská problematiky evokujú potrebu odbornej diskusie a multidisciplinárnej participácie tímov na kreovaní konceptu komunitnej starostlivosti o marginalizované komunity.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

HAMACKOVÁ, O. 2015. Súčasný právny režim a možnosti legislatívneho vymedzenia inštitútu prostitúcie v Slovenskej republike neprečítané. In *Učená právnická spoločnosť*. [online]. 2015. [citované 2018.01.04.2018]. Dostupné na internete: http://www.ucps.sk/clanok-0-2870/SUCASNY_PRAVNY_REZIM_A_MOZNOSTI_LEGISLATIVNEHO_VYMEDZENIA_INSTITUTU_PROSTITUCIE_V_SLOVENSKEJ_REPUBLIKE.html.

HANZLÍKOVÁ, A. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo.* Martin : Osveta, spol.s.r.o., 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.

HOLOVÁČOVÁ, V. 2013. Ľudia bez domova v kontexte sociálnych služieb. In *Zborník príspevkov z 5. ročníka študentskej vedeckej konferencie konanej dňa 23. apríla 2013.* Prešov : Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. 2013. s. 129-137.

HULKOVÁ, V. 2013. *Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o mentálne postihnutých.* In KOLEKTÍV AUTOROV. 2013. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo III.* Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, 2013. s. 40-51. ISBN 978-80-8132-097-2.

MINISTERSTVA VNÚTRA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, AKADÉMIA POLICAJNÉHO ZBORU V BRATISLAVE. 2012. *Analýza situácie v oblasti prostitúcie a s ňou súvisiaceho dopytu po sexuálnych službách - záverečná správa z výskumu* Bratislava : 2012. [online]. 2018.[citované: 2018.02.05]. Dostupné na internete: https://www.minv.sk/?informacne-centrum-na-boj-proti-obchodovaniu.

PALOVIČOVÁ, Z. 2013. Sociálne vylúčenie z pohľadu normatívnej teórie. In *Filozofia.* [online]. Roč. 68. 2013. č.7.[citované: 2018.01.31]. s. 595-604.

PROGRAMY PODPORY ZDRAVIA ZNEVÝHODNENÝCH KOMUNÍT. [online]. 2018.[citované:2018.01.31]. Dostupné na internete: http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1259%3Aprogram-podpory-zdravia-znevyhodnenych-komunit&catid=109%3Aprogramy-podporujuce-zdravie&Itemid=34.

PRUDKOVÁ, T. - NOVOTNÝ, P. 2008. *Bezdomovectví.* Praha : Triton, 2008, 94 s. ISBN 978-80-7387-100-0.

RYBÁROVÁ Ľ. *Uplatňovanie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej praxi.* [online]. 2018.[citované: 2018.02.04]. Dostupné na internete: www.unipo.sk/public/media/7613/25.pdf.

ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retadradce: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

TRESTNÝ ZÁKON č.300/2005 Z.z. v zmysle neskorších predpisov. [online]. 2018.[citované: 2018.02.20]. Dostupné na internete https://www.minedu.sk/trestny-zakon/.

TVRDOŇ, M. - KASANOVÁ, A. 2004. *Chudoba a bezdomovstvo.* Nitra : Univerzita Konštantína filozofa, 2004. 138 s. ISBN 80-8050-776-9.

VANÍČKOVÁ, E. 2007. *Dětská prostituce.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-2218-4.

Kontaktné údaje autora:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
VŠZ a SP sv. Alžbety
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava

ANALÝZA INTERNÍHO AUDITU VE VYBRANÉM LÁZEŇSKÉM ZAŘÍZENÍ

KORCOVÁ Soňa

ABSTRAKT

Moderní ošetřovatelství je úzce spjato se zdravotní politikou státu, jejímiž cíli jsou nejen ochrana, podpora a obnova zdraví obyvatelstva, ale také kvalita zdravotních služeb a jejich dlouhodobá udržitelnost. V současnosti, kdy se pozornost upírá na prevenci vzniku nemoci a její chronicity, roste zájem veřejnosti o léčebné pobyty v lázeňských zařízeních. Jedná se o klientelu, která je orientovaná v nabídce, znalá svých možností a z lázeňské léčby chce vytěžit možné maximum. Je tedy zásadní, aby služby, poskytované lázeňským zařízením, byly kvalitní a bezpečné, neboť jen tak bude zachována konkurenceschopnost zařízení. Jedním z nástrojů kontroly kvality poskytované péče je auditní činnost. My jsme si pro naši práci zvolili analýzu interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení, kdy cílem šetření bylo zjistit, je-li využívaný typ auditu efektivním způsobem kontroly kvality lázeňské péče ve vybraném lázeňském zařízení. Problémem jsme stanovili interní audit ve vybraném lázeňském zařízení. Průzkumné šetření jsme uskutečnili za pomoci tří dílčích cílů, kdy jsme ve vybraném lázeňském zařízení vyhodnocovali efektivitu interního auditu, mapovali zaměření oblastí interního auditu a analyzovali vlastní proces interního auditu. Pomocí těchto cílů jsme dospěli ke zjištění, že využívaný typ auditu má ještě značné rezervy, a to jak ve vlastním procesu, tak v oblastech, na které se zaměřuje. Je nutné si uvědomit, že kvalita je jednoznačně budoucností všech zdravotnických zařízení, bez ohledu na typ.

Klíčová slova: Efektivita. Interní audit. Kvalita. Lázeňská péče. Lázeňské zařízení.

ÚVOD

Kvalita a bezpečí zdravotní péče jsou témata velmi aktuální a diskutovaná, stávají se tedy součástí vytvářených zdravotních reforem a zdravotní politiky. S formulováním definice kvality přicházejí i způsoby, jak takové kvality dosáhnout, jakým způsobem ji udržet, případně zvýšit a jakými prostředky ji měřit. Budeme tedy hovořit o auditních činnostech, které jsou v současném systému zdravotnictví zcela běžně uplatňovaným způsobem kontroly

kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Jedná se o činnosti, které mohou být zaměřeny na různé oblasti, ale výsledkem by měla být vždy spokojenost klienta s úrovní péče, která mu byla zdravotnickým zařízením poskytnuta. A právě spokojenost klienta a s tím související budoucí konkurenceschopnost lázeňského zařízení, ve kterém pracujeme, jsou faktory, které nás vedly k výběru tématu naší práce.

Celý průzkum jsme zaměřili na analýzu interních auditů ve vybraném lázeňském zařízení. Jedná se o zdravotnické zařízení, do kterého klientela přijíždí za účelem zlepšení či navrácení zdraví, za účelem aktivizace životních sil a zvýšení kvality života. Je to zařízení, které musí být konkurenceschopné a toho dosáhne pouze za předpokladu, že služby zde poskytované budou prospěšné, kvalitní a bezpečné.

Pro správnou orientaci v problematice a pochopení tématu je nutné vysvětlení samotného termínu audit, seznámení s povinnostmi a způsobilostí interního auditora a neméně důležitý byl náhled na otázku, jakou roli může hrát sestra v týmu auditorů.

Interní audit, na který jsme se zaměřili, se týká všech částí léčebného úseku lázeňského zařízení. Cílem naší práce bylo zjistit, je-li využívaný typ auditu efektivním způsobem kontroly kvality lázeňské péče ve vybraném lázeňském zařízení. K tomu, abychom vyřešili problém průzkumu, kterým byl interní audit ve vybraném lázeňském zařízení, jsme si stanovili tři cíle. Prvním cílem průzkumu bylo zmapovat zaměření oblastí interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení. Druhým cílem bylo vyhodnotit efektivitu interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení a cílem třetím bylo analyzovat proces interních auditů ve vybraném lázeňském zařízení. K průzkumnému šetření jsme využili metodu zúčastněného pozorování a obsahové analýzy dokumentů.

Výstupem průzkumného šetření mají být mimo jiné doporučení pro praxi, která by podpořila funkcionální změny ve smyslu podpory angažovanosti pracovníků v oblasti kvality poskytované péče, s cílem dosáhnout co nejvyšší možné efektivity uskutečňovaného interního auditu. Nejen auditoři, ale také auditovaní by měli chápat obrovský potenciál interních auditů a jejich přínos pro zdravotnické zařízení jakéhokoliv typu.

AUDITY A AUDITOŘI V LÁZEŇSKÉM ZAŘÍZENÍ

Pokud hovoříme o auditu, rozumíme tím proces, který je systematický a dokumentovaný a jeho uskutečněním je možné fakticky a objektivně získat informace o hospodaření organizace, dodržování standardů a kvalitě poskytovaných služeb. Je to nástroj, pomocí kterého lze úroveň kvality udržet, případně naplánovat a uskutečnit kroky vedoucí k nápravě pochybení, která byla uskutečněným auditem zjištěna. Dle Dvořáčka (2014, s. 1)*"Audit představuje synonymum pro objektivitu, účinnost a nástroj zkvalitňování řízení."*

Jedná se o kontrolu kvality na podkladě legislativní, ale také o individuální potřeby jednotlivých lázeňských zařízení. Jedním ze způsobů, jak kvalitu poskytovaných zdravotních služeb analyzovat, je periodické provádění auditu. V lázeňském zařízení probíhají interní a externí audity a každý z těchto auditů má svá pravidla, postup i cíl. Pro správně a účelně provedený audit je také velmi důležitá volba auditorského týmu.

Služby, poskytované zdravotnickým zařízením mají nehmotný, abstraktní charakter. Jedná se o činnosti, odehrávající se ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem (Bolek et al., 2015). Sestra je nezbytným členem týmu interních auditorů. Erudovanost sestry auditorky v praxi, ovšem ve spojení s charakterovými vlastnostmi, doporučovanými k výkonu povolání auditora, je jistou zárukou správně vykonaného auditu, se zaměřením na ty oblasti, které jsou zásadní pro hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. Sestra auditorka, která má dostatečné zkušenosti v oblasti interních auditů a její způsobilost je možno prokázat certifikací, tak může kompetentně vykonávat funkci vedoucího auditora.

Vedoucí auditor zodpovídá za přípravu, provedení i vyhodnocení auditu, za dodržování postupů a požadavků auditu. Povinností dalších pověřených pracovníků, většinou vedoucích pracovníků jednotlivých úseků, je poskytovat všechny potřebné informace, účastnit se všech schůzek i závěrečného jednání a aktivně se podílet na návrhu a realizaci nápravných opatření, vyplývajících z výsledků auditu. To vše ve spolupráci s ostatními zaměstnanci (Brabenec et al., 2012). Ovšem i dnes se setkáváme s negativním postojem zaměstnanců k auditům. Častým argumentem takového postoje v ošetřovatelské praxi je nedostatek sester, moc práce, nedostatek času na kvalitu. Každý zaměstnanec by si měl ale uvědomit, že právě prokázaná kvalita tvoří image zdravotnického zařízení a vyzdvihuje prestiž povolání sestry.

METODOLOGIE

Pro sběr dat, potřebných k uskutečnění našeho průzkumného šetření, jsme zvolili kombinaci dvou kvalitativních metod. První metodou byla obsahová analýza dokumentů a druhou průzkumnou metodou bylo zúčastněné pozorování. Vlastní empirickou práci jsme zahájili osobní konzultací s hlavní sestrou vybraného lázeňského zařízení a na základě získání ústního souhlasu s provedením průzkumného šetření, ovšem pouze na jednom z hotelů společnosti, jsme vyhotovili žádost písemnou, kterou nám svým podpisem schválila hlavní sestra a generální ředitel vybraného lázeňského zařízení.

K analýze dokumentů jsme využili výstupní listy provedených interních auditů, a to šesti po sobě jdoucích, kdy první pochází ze dne 10. 02. 2015, druhý výstupní list se vztahuje k internímu auditu dne 15. 07. 2015, třetí ze dne 16. 02. 2016, čtvrtý ze dne 20. 07. 2016, pátý ze dne 14. 02. 2016 a poslední ze dne 19. 06. 2017. Každý z těchto dokumentů je archivován v tištěné formě u vrchní sestry Grandhotelu Pacifik a zároveň je dostupný na intranetu společnosti Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. K obsahové analýze jsme ze všech hodnocených oddělení vybrali pět základních, která jsme z důvodu zachování anonymity pracovníka, který na daném pracovišti pracuje, označili náhodně přidělenými písmeny A – E.

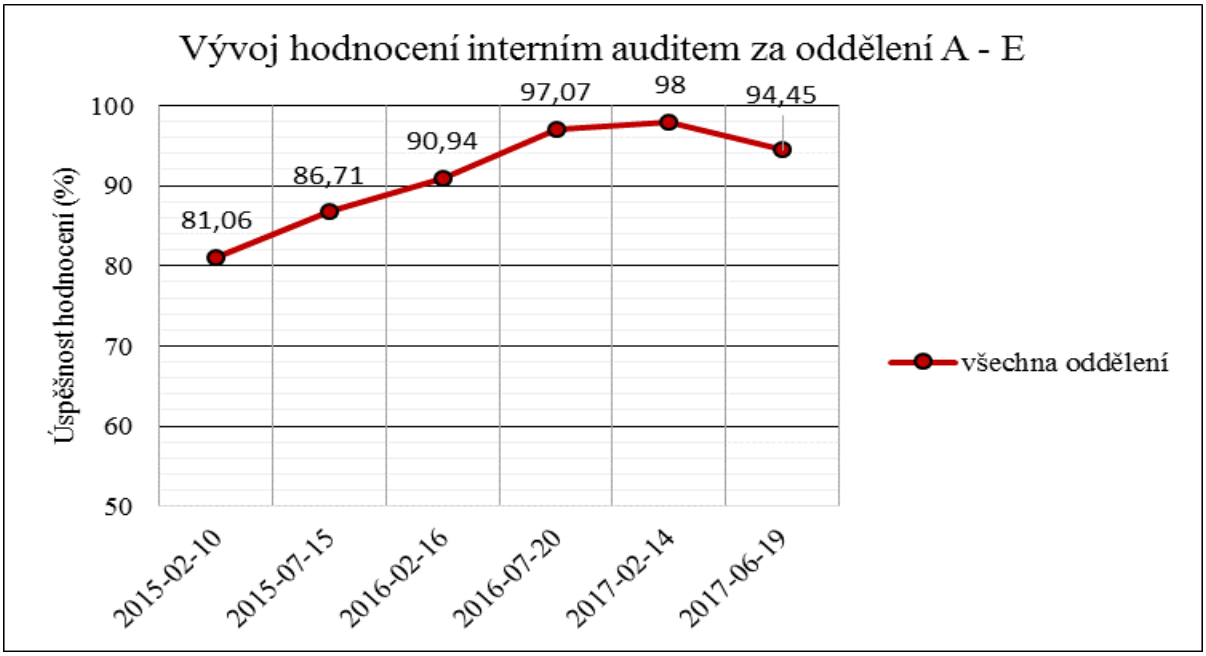
Zúčastněná pozorování jsme uskutečnili dvě. První jsme uskutečnili přímo v souvislosti s probíhajícím interním auditem, dne 19. 06. 2017, a to za účelem možnosti analýzy procesu vlastního interního auditu. Druhé zúčastněné pozorování jsme uskutečnili dne 01. 09. 2017, v léčebném úseku hotelu Grandhotel Pacifik za účelem získání dat, která následně použijeme k porovnání s výsledky obsahové analýzy dokumentů. K uskutečnění této metody pro sběr dat nebylo ani v jednom případě zapotřebí žádného konkrétního souhlasu, neboť kontrola všech oddělení léčebného úseku spadá mezi naše pracovní povinnosti, stejně jako účast při probíhajícím interním auditu, byli jsme tedy plně kompetentní pozorování provést a výsledky zaznamenat. Data, získaná přímou účastí při probíhajícím auditu jsme zaznamenávali do poznámkového bloku, kde jsme se zaměřili na předem specifikované oblasti zájmu - oznámení o zahájení, seznámení s týmem auditorů seznámení s cíli auditu, seznámení s časovým plánem, požadavky na přípravu dokumentace, požadavek na účast zaměstnanců, zajištění úvodní schůzky, dodržení časového plánu, identifikace referenčních dokumentů, osobní prohlídka všech pracovišť, kontrola dokumentace, fotodokumentace,

zajištění závěrečné schůzky, názorové rozdíly mezi auditorem a auditovaným, závěrečná zpráva, požadavek na akční plán s nápravnými opatřeními a výsledky pozorování jsme dále zpracovali do zprávy, kterou jsme zahrnuli do výsledků průzkumu. Data, získaná pozorováním dne 01. 09. 2017, jsme zaznamenávali na předem připravený arch, který obsahoval dotazy, identické s těmi, jež jsou zájmem interního auditu. Jednalo se o dotaz - přivítání klienta úsměvem, jmenovka na levé straně uniformy, je pracovník upravený, pracovník proškolen-vstupní DVD, pracovník proškolen-upselling, pracovník proškolen-péče o zákazníka, pracovník proškolen-protokol, absence osobních věcí, na každé zařízení je check list, protokoly na pracovišti k dispozici, vhodné osvětlení a teplota, čistota prostředí, čisté větráky, vkusná dekorace, úhledně složená deka a prostěradlo, čistá odpočívárna, odpočívárna příjemné světlo a teplota, zdi bez skvrn a poškození, čisté větráky v odpočívárně, hraje vhodná hudba, inhalátory jsou hygienicky čisté, relaxační teplé světlo, šála, polštář a květy jako dekorace, aroma lampa, aroma olej, vhodný ručník pro hosta, označení dveří volno/obsazeno, hodiny na pracovišti. Také zde jsme z důvodu zachování anonymity pracovníka zvolili totožné označení hodnocených pracovišť, jako v případě obsahové analýzy dokumentů, tedy označení písmeny A – E. Žádné z námi uskutečněných průzkumných metod nepředcházela pilotáž.

Ke zpracování dat a jejich prezentaci jsme použili program Microsoft Word a Microsoft Excel. Pro přehlednost předkládáme výsledky v podobě tabulek a grafů s podrobným popisem obsahu. Absolutní četnost je vždy uvedena v celých číslech, četnost relativní se zaokrouhlením na dvě desetinná místa.

VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Výsledky průzkumného šetření předkládáme rozdělené s ohledem na použitou empirickou metodu. Nejprve budeme interpretovat data, získaná studiem a obsahovou analýzou dokumentů, poté bude následovat interpretace výsledků, získaných zúčastněným pozorováním.



Graf 1 Vývoj hodnocení interním auditem za oddělení A – E (Zdroj: Autorka, 2018)

Graf znázorňuje vývoj výsledků auditování léčebného úseku, celkem za oddělení A – E, v šesti po sobě jdoucích interních auditech, a to v časovém horizontu od 10. 02. 2015, do 19. 06. 2017. Nejnižší hodnocení auditovaného oddělení A - E, 81,06 %, bylo zjištěno v únoru 2015. Dále pak byla zaznamenána stálá stoupající tendence, v únoru 2017 bylo dosaženo hodnocení nejvyššího, 98,00 %. V červnu 2017 pak došlo v hodnocení interním auditem k mírnému poklesu. V našemu průzkumném šetření jsme se zaměřili nejen na výsledky, jakých zkoumané lázeňské zařízení při interním auditu dosáhlo, ale zajímaly nás oblasti, na které jsou jednotlivé dotazy zaměřeny.

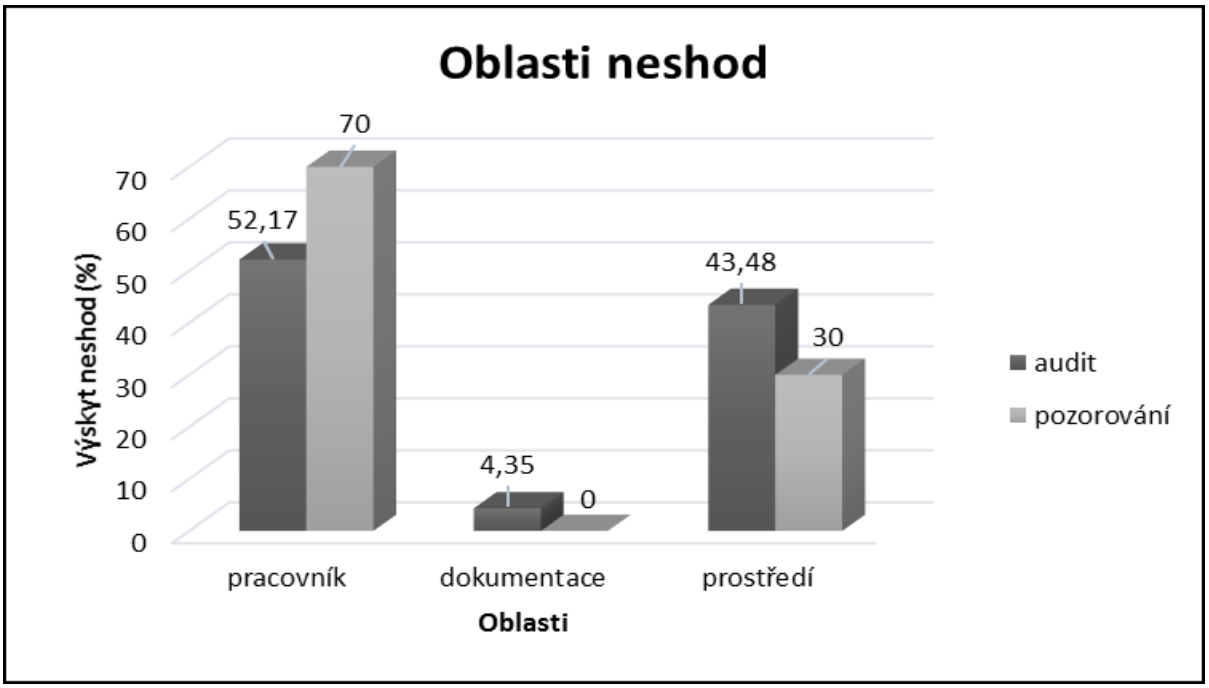
Tabulka 1 Dotazy rozděleny dle oblastí za oddělení A – E

oblast dotazu	**dotaz**	počet opakování	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
pracovník	přivítání klienta úsměvem	5	40	47,62
	jmenovka na levé straně uniformy	5		
	je pracovník upravený	5		
	pracovník proškolen-vstupní DVD	5		
	pracovník proškolen-upselling	5		
	pracovník proškolen-péče o zákazníka	5		
	pracovník proškolen-protokol	5		
	absence osobních věcí	5		
dokumentace	na každé zařízení je check list	4	9	10,71
	protokoly na pracovišti k dispozici	5		
	vhodné osvětlení a teplota	5	35	41,67
	čistota prostředí	4		
	čisté větráky	5		
	vkusná dekorace	2		
	úhledně složená deka a prostěradlo	2		
	čistá odpočívárna	2		
	odpočívárna příjemné světlo a teplota	2		
	zdi bez skvrn a poškození	2		
	čisté větráky v odpočívárně	2		
	hraje vhodná hudba	2		
	inhalátory jsou hygienicky čisté	1		
	relaxační teplé světlo	1		
	šála, polštář a květy jako dekorace	1		
	aroma lampa, aroma olej	1		
	vhodný ručník pro hosta	1		
	označení dveří volno/obsazeno	1		
	hodiny na pracovišti	1		
poskytovaná péče	0	0	0	0

(Zdroj: Autorka, 2018)

V tabulce jsou dotazy z jednoho interního auditu za oddělení A - E rozděleny dle oblastí, na které jsou zaměřeny. Dotazy, zaměřené na pracovníka – přivítání klienta úsměvem, jmenovka na levé straně uniformy, je pracovník upravený, pracovník proškolen – vstupní DVD, pracovník proškolen – upselling, pracovník proškolen – péče o zákazníka, pracovník proškolen – protokol, absence osobních věcí, každý z těchto dotazů se opakuje pětkrát, celkem se jedná o 40 dotazů (47,62 %). Dotazy, zaměřené na dokumentaci – na každé zařízení je check list, dotaz se v interním auditu opakuje čtyřikrát, protokoly na pracovišti,

dotaz se opakuje pětkrát, celkem se jedná o 9 dotazů (10,71 %). Dotazy, zaměřené na prostředí -vhodné osvětlení a teplota, dotaz se opakuje pětkrát, čistota prostředí, dotaz se opakuje čtyřikrát, čisté větráky, dotaz se opakuje pětkrát, dále dotazy, které se opakují dvakrát - vkusná dekorace, úhledně složená deka a prostěradlo, čistá odpočívárna, odpočívárna příjemné světlo a teplota, zdi bez skvrn a poškození, čisté větráky v odpočívárně, hraje vhodná hudba a dále dotazy, vyskytující-se jednou - inhalátory jsou hygienicky čisté, relaxační teplé světlo, šála, polštář a květy jako dekorace, aroma lampa, aroma olej, vhodný ručník pro hosta, označení dveří volno/obsazeno, hodiny na pracovišti. Celkem se jedná o 35 dotazů (41,67 %). Dotazy zaměřené na poskytovanou péči interní audit neobsahuje.



Graf 2 Porovnání výsledků zjištěných neshod mezi interním auditem a pozorováním (Zdroj: Autorka, 2018)

Graf zobrazuje procentuální zastoupení zjištěných neshod dle oblastí a jejich porovnání mezi interním auditem a pozorováním. Oblast pracovník vykazovala při interním auditu nejvyšší počet neshod (52,17 %), stejně jako při pozorování (70,00 %). Nejmenší výskyt neshod byl zjištěn auditem v oblasti dokumentace (4,35 %), pozorováním nebyla shledána neshoda žádná. Druhý nejvyšší počet neshod byl interním auditem zjištěn v oblasti prostředí (43,48 %), stejně jako pozorováním (30,00 %).

Tabulka 2 Složení týmu interních auditorů

obor auditora	2015-02-10		2015-07-15		2016-02-16		2016-07-20		2017-02-14		2017-06-19	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
administrativní pracovník	1	100	1	100	2	100	2	100	1	100	1	100
NLZP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lékař	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ostatní	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
celkem	1	100	1	100	2	100	2	100	1	100	1	100

(Zdroj: Autorka, 2018)

V tabulce je znázorněno zastoupení interních auditorů dle pracovního oboru. Ve všech námi analyzovaných auditech byl tým auditorů složený z administrativních pracovníků, obor administrativní pracovník tedy tvořil 100 %.

Tabulka 3 Náležitosti pozorovaného interního auditu

náležitosti	ano	ne	komentář
oznámení o zahájení	✔		zasláno e-mailem auditovanému subjektu 14 dnů před zahájením
seznámení s týmem auditorů	✔		zasláno e-mailem - jednočlenný tým
seznámení s cíli auditu	✔		zasláno e-mailem
seznámení s časovým plánem	✔		zasláno e-mailem
požadavky na přípravu dokumentace	✔		zasláno e-mailem
požadavek na účast zaměstnanců	✔		zasláno e-mailem - povinná účast vrchní sestry
zajištění úvodní schůzky		✔	
dodržení časového plánu	✔		
identifikace referenčních dokumentů	✔		protokoly
osobní prohlídka všech pracovišť	✔		vždy s ohledem na klienty, masáž a minerální koupel až po skončení procedury
kontrola dokumentace	✔		akční plány vedeny v češtině - jazyková bariéra pro anglicky hovořícího auditora
fotodokumentace	✔		fotodukumentace nedostatků se zachováním anonymity osob
zajištění závěrečné schůzky	✔		účast auditora, vrchní sestry, hlavní sestry
názorové rozdíly mezi auditorem a auditovaným	✔		diskuze na závěrečné schůzce
závěrečná zpráva	✔		zasláno e-mailem za 7 dní
požadavek na akční plán s nápravnými opatřeními	✔		zasláno vrchní sestře s časovým požadavkem ASAP

(Zdroj: Autor, 2018)

Oznámení o termínu zahájení interního auditu bylo zasláno subjektu 14 dnů před zahájením, 05. 06. 2017, e-mailem. Tento e-mail zároveň informoval o jednočlenném, anglicky hovořícím týmu auditorů z oboru administrace, bylo zde také uvedeno jméno a příjmení auditora. Dále informoval o cílech auditu, které se týkaly kontroly léčebného oddělení. Další informace se vztahovala k časovému plánu, který byl pro Grandhotel Pacifik stanoven od 8 – 12 hodin. E-mail zároveň obsahoval požadavek na přípravu dokumentace, která je jak ve formě tištěné – protokoly, Akční plány a check listy, tak v programu Spa Admin, kde je kalendář akcí a tréninky personálu. Z e-mailu dále vyplývala povinnost účasti vedoucí sestry léčebného oddělení při interním auditu. Úvodní schůzka naplánována nebyla. Referenčními dokumenty byly stanoveny protokoly. Časový harmonogram byl dodržen dle plánu. Prohlídka léčebného úseku probíhala za účasti interního auditora a vedoucí sestry a to na všech odděleních. Na oddělení minerálních koupelí a masáží bylo nutno počkat až se pracoviště uvolní. Kontrola dokumentace následně proběhla v kanceláři vedoucí sestry, kde Akční plány jsou vedeny v českém jazyce. V průběhu interního auditu zajišťoval auditor fotodokumentaci nedostatků. V 17 hodin pak v knihovně hotelu Nové Lázně byla zahájena závěrečná schůzka, za účasti auditora, vedoucí sestry, hlavní sestry a Spa managera. Zde byly prodiskutovány názorové rozdíly mezi auditorem a auditovaným, ale také zjištěné neshody. Za 7 dní, 26. 06. 2017, byla vedoucí sestře, řediteli hotelu a hlavní sestře zaslána závěrečná zpráva s požadavkem na vypracování Akčního plánu ihned.

DISKUZE

Závěry, které z našeho průzkumu vyplynuly, budeme diskutovat s názory autorů, kteří se tématikou interních auditů a kontroly kvality také zabývali.

Důležitým zjištěním pro nás bylo, že v lázeňském zařízení, které bylo zájmem našeho průzkumu, probíhá interní audit léčebného úseku pravidelně, 2 x ročně. Fialová (2014) hodnotila ve svém výzkumu jak státní, tak nestátní zdravotnická zařízení a došla k závěru, že 97 % všech zdravotnických zařízení uskutečňuje audity periodicky, minimálně 1 x ročně. Určitě se ztotožňujeme se skutečností, že aktivní přístup zdravotnického zařízení k periodickým kontrolám zdravotní péče v podobě interních auditů, má přímou souvislost nejen se způsobem myšlení, ale se zákonnou povinností, jek uvádí ve svém článku Jojko

(2015). Zároveň plně souhlasíme s názorem Bolka et al. (2015), který uvádí, že vytvořený systém kontroly kvality je nevyhnutelností pro každou organizaci, která chce být také v budoucnu konkurenceschopná. V našemu průzkumu jsme se zaměřili nejen na výsledky, jakých zkoumané lázeňské zařízení při interním auditu dosáhlo, ale zajímala nás také analýza dotazů, které se vztahovaly k hodnoceným oblastem. Námi uskutečněným průzkumem jsme došli ke zjištění, že ve vybraném lázeňském zařízení jsou nejčastěji se vyskytující neshody v oblasti pracovník. Při interním auditu se jednalo o více než dvě třetiny z celkového počtu zjištěných neshod a uskutečněným pozorováním se jednalo o více než polovinu z celkového množství neshod. Tyto výsledky by měla organizace využít k identifikaci slabých míst a následná školení by se na taková místa zaměřovala. Škrla, Škrlová (2008) popisuje, jak je u pracovníků důležité udržet již existující znalosti a dovednosti a vytvářet dovednosti a znalosti nové, a to jako reakci na nové potřeby v oblasti kvality. Také Šupšáková (2017) uvádí, že edukace zdravotnických pracovníků je základním pilířem poskytování kvalitní a bezpečné péče. Hettnerová (2015) hovoří ve svém článku o sdělení ministra zdravotnictví, který na konferenci SAK uvedl, že jednou z klíčových oblastí kvality zdravotní péče je zlepšení edukace pracovníků v oblasti řízení kvality. Edukace pracovníků zdravotnického zařízení musí být systematicky vedená a pravidelně prověřovaná, ovšem kontrola takových školení interním auditem je jen jednou z mnoha způsobů hodnocení. Také Marx a Vlček (2009) tvrdí, že pracovníci musí být srozumitelnou formou seznámeni s požadavky na kvalitu, v jaké mají svou činnost vykonávat. Plně se ztotožňujeme s tvrzením, že vhodně a do maximální možné míry proškolený pracovník, uvědomující si důležitost úrovně poskytované zdravotní péče je základní stavební článek kvality a bezpečí ve všech zdravotnických zařízeních.

Námi uskutečněným průzkumným šetřením jsme zjistili, že přímo na pracovníka je směřována téměř polovina všech dotazů interního auditu, ovšem žádný dotaz není zaměřen na samotný proces poskytování zdravotní péče a dle Válkové (2015) právě indikátory kvality zaměřené na proces, které ukazují shodu se standardy, ukazují úroveň poskytované péče. Shodně nahlíží na význam procesuálních standardů a jejich hodnocení Mášová, Havrdíková (2009). Máme za to, že zaměření na proces by mělo být nedílnou součástí interního auditu léčebného úseku vybraného lázeňského zařízení a ztotožňujeme se s Šupšákovou (2017), která uvádí, že každé zdravotnické zařízení má odpovědnost za kvalitu péče a její kontinuální

zvyšování, je tedy kompetencí zdravotnického zařízení určit zaměření dotazů a zajistit pravidelnost interních auditů.

Zúčastněným pozorováním interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení, v červnu 2017, můžeme potvrdit, že auditor vyžadoval zpětnou vazbu, a to v podobě akčního plánu, ve kterém žádal vedoucí sestru o sestavení časového plánu nápravy zjištěných nedostatků.

O zpětné vazbě a její důležitosti v souvislosti s prováděním auditů hovoří rovněž Bolek et al. (2015), který hovoří o auditní činnosti jako o diagnostickém nástroji a zpětná vazba je pak nástrojem nápravným. Velmi důležitá je objektivita interního auditora, což dle Kafky (2009) v neposlední řadě znamená důsledné vedení dostatečné auditní dokumentace. Výsledkem našeho průzkumu můžeme potvrdit, že v průběhu interního auditu prováděl auditor průběžný zápis o zjištěných skutečnostech a v případě neshody doplnil zápis fotodokumentací. Gricinko (2013) uvádí, že je přímo nutností, aby byl interní auditor přítomen v místě šetření, aby uměl hledat nejen v tištěné dokumentaci, ale že by měl být orientovaný ve využívání komunikačních technologií. Na základě naší analýzy můžeme potvrdit, že tato kritéria byla splněna s výjimkou orientace v dokumentaci, kdy se anglicky hovořící auditor musel při uskutečňování interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení spolehnout na náš výklad v českém jazyce vedené dokumentace a nebyl tak schopen bez naší pomoci dokumentaci vyhodnotit. S názorem Gricinka (2013) se ztotožňujeme. Dále jsme zjistili, že se ve vybraném lázeňském zařízení neúčastní interního auditu žádný NLZP, ani lékař v roli auditora. Zatím nebyl zodpovědným vedoucím pracovníkem společnosti žádný zaměstnanec osloven a nebylo organizováno školení v oblasti interního auditu. Domníváme se, že tým auditorů, doplněný o zdravotníky dané organizace, by pomohl řešit problém jazykové bariéry, zajistil by možnost auditovat procesy poskytování léčebné péče. Havlíčková (2012), na rozdíl od našeho zjištění, ve své práci uvádí, že 100 % dotazovaných zdravotnických zařízení, která byla objektem jejího průzkumného šetření, využívá sestry v roli interního auditora, Hybnerová (2014) dokonce uvádí, že ve zdravotnickém zařízení, ve kterém prováděla průzkumné šetření, je auditorský tým interních auditorů složen z 62,5 % sester, 25 % lékařů a 12,5 % tvoří pracovníci ostatní. Ovšem výzkum Fialové (2014) hovoří o pouhých 11 % sester, které se v roli auditora angažují. Dle Havlíčkové (2012) nemají sestry o toto pověření zájem, a to v celých 95,8 %. Válková (2015) podporuje názor, že sestra je důležitým členem auditního týmu. Ovšem průzkumné šetření Mrázové (2010) zdůrazňuje, že v roli auditora jsou převážně

sestry vedoucí, a to v 60,5 %. Dále uvádí, že jen jedna třetina z nich absolvovala akreditovaný kurz a získala certifikát. Toto zjištění je v rozporu se zjištěním Havlíčkové (2012), která ve své práci dokládá, že ve zdravotnických zařízeních, která byla zájmem jejího průzkumu, jsou certifikace každoročně opakujícími se školeními obnovovány, pouze v jednom zdravotnickém zařízení je školení uskutečňováno každé tři roky. Hybnerová (2014) ve svém průzkumu upozorňuje na to, že je třeba mít týmy interních auditorů multidisciplinárně zaměřené, což uvádí také Kafka (2009) s tím, že interní auditoři by měli být schopni nahlížet na problémy v komplexních souvislostech. Škrla, Škrlová (2008) uvádějí, že je auditorský tým často vnímán zaměstnanci negativně a přirovnává postoj jako k revizorům městské hromadné dopravy. Domníváme se, že zařazením pracovníků dané organizace do auditorského týmu by se tento negativní postoj mohl částečně eliminovat. Ovšem za předpokladu, že by tito pracovníci byli profesionálně proškoleni v oblasti znalostí a dovedností interního auditora.

Brabenec et al. (2012) hovoří o povinnosti pověřených pracovníků se účastnit plánovaných aktivit, spojených s interním auditem. S uvedeným se ztotožňujeme a výzkumem jsme potvrdili, že v námi hodnoceném lázeňském zařízení je vždy nápomocna vedoucí, případně staniční sestra, což koresponduje s požadavky, předem zaslanými auditorem. Válková (2015) dále doplňuje, že účast vedoucí sestry je žádoucí pro její dobrou orientaci v auditovaném prostředí a pro její následnou povinnost se podílet na plánování a realizaci nápravných opatřeních. Dle Hulkové (2016) by měl auditor, po uplynutí doby, která byla stanovena pro odstranění nedostatků, vykonat kontrolu realizace nápravných opatření z auditu. S podobným postupem se ztotožňuje Válková (2015), která hovoří o provedení reauditu. Naší analýzou interních auditů jsme došli k rozporu s tímto tvrzením. Ve vybraném lázeňském zařízení dochází ke kontrole realizace nápravných opatření až při uskutečnění dalšího, plánovaného interního auditu léčebného oddělení, ovšem o realizaci nápravných opatření již není vedena žádná dokumentace. Domníváme se, že zpětná vazba ve formě reauditu je účelným prostředkem kontroly realizace naplánovaných nápravných opatření. Prostředek reauditu by bylo snazší uplatnit, pokud by byl kompetentní tým auditorů dostupný ihned, v případě potřeby organizace. Toto je další indicie k tomu, sestavit auditorský tým z vlastních pracovníků. Zúčastněným pozorováním při interním auditu jsme dále zjistili, že auditor používá k záznamu zjištěného stavu připravený dotazník, ve kterém lze následně spočítat

procentuální úspěšnost auditu. Také Válková (2015) doporučuje k zefektivnění průběhu auditu vytvořit dotazník a použít ho jako formulář pro záznam údajů. Zároveň však zdůrazňuje, že takový způsob je pro auditora náročnější na přípravu. V případě uskutečňovaných auditů ve vybraném lázeňském zařízení jsou tyto dotazníky již připraveny, auditorovi zpřístupněny a všemi auditory periodicky využívány. Tento způsob shledáváme pružným, efektivním a přehledným.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Naším průzkumným šetřením jsme odhalili některá zjištění, na která bychom navázali v podobě doporučení pro praxi, a to jak pro management lázeňského zařízení, tak pro sestry, které ve vybraném lázeňském zařízení pracují.

Doporučení pro management lázeňského zařízení:

- Zhodnotit možný potenciál interního auditu se zařazením vlastních pracovníků do týmu auditorů.
- Podpořit angažovanost zaměstnanců pro roli interního auditora.
- Zajistit certifikovaná školení v oblasti interních auditů pro sestry a lékaře z řad zaměstnanců akciové společnosti Léčebné lázně Mariánské Lázně.
- Podporovat vytváření profesionálního auditorského týmu.
- Zkoncipovat plán pravidelných školení, zaměřených na komunikační dovednosti, nejen pro vedoucí pracovníky, ale také pro budoucí možné členy auditorského týmu.
- Zaměřit se na efektivnější využívání stávajících komunikačních kanálů, informovanost vede k větší angažovanosti pracovníků.
- Organizovat semináře pro všechny pracovníky, zaměřené na tématiku auditů a jejich významu pro jejich práci.
- Vyžadovat aktivní zapojení vedoucích sester při realizaci nápravných opatření, vyplývajících z výstupů z auditu.
- Podporovat celoživotní vzdělávání sester v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče a s tím souvisejícím legislativním rámcem.

Doporučení pro sestry lázeňského zařízení:

- Aktivně se zajímat o výsledky auditů.
- Participovat na sestavování a realizaci nápravných opatření, plynoucích z výsledků auditu.
- Angažovat se v roli auditora při interním auditu.
- Soustavně se vzdělávat v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.
- Sledovat změny ve zdravotním zákonu a řídit se platnými předpisy v rámci poskytování zdravotní péče.
- Striktně dodržovat protokoly a dozorovat jejich dodržování ostatními zaměstnanci.

ZÁVĚR

Průzkumné šetření, kterým jsme se zaměřili na analýzu interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení, považujeme za velmi přínosné. Uvědomujeme si závažnost otázek kvality poskytované zdravotní péče a dopad úrovně této kvality nejen na zdraví klientů, což je faktor nejdůležitější, ale v konečném důsledku jde o konkurenceschopnost a budoucí životaschopnost vlastního zdravotnického, v našem případě lázeňského, zařízení.

Proto, abychom byli schopni vyhodnotit, je-li využívaný typ interního auditu efektivním způsobem kontroly kvality lázeňské péče ve vybraném lázeňském zařízení, provedli jsme segmentaci problému a stanovili si tři dílčí cíle. Nejprve jsme hodnotili zaměření oblastí interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení, kde jsme zjistili, že se pozornost upírá na pracovníka, ve smyslu jeho upravenosti a proškolení, vybavenost pracoviště a dokumentace. Proces poskytované péče klientovi hodnocen nebyl. Domníváme se, že toto zjištění přímo koresponduje s faktem, že interní auditor není zdravotník a jeho přítomnost při prováděné proceduře by nebyla klienty akceptována. Dále jsme vyhodnocovali efektivitu interního auditu ve vybraném lázeňském zařízení, kdy jsme se zaměřili především na to, vyvíjí-li se oblast zájmu interního auditu v souvislosti s měnícími se nároky lázeňského zařízení na kvalitu a dochází-li k vývoji úrovně kvality, která interním auditem byla hodnocena. Jak v obsahu, tak ve výsledcích interního auditu je skutečně možné vývoj zaznamenat, ale máme za to, že by bylo jednoznačně prospěšné rozšířit dotazy, týkající se školení pracovníků. U pracovníků docházelo velmi často k opakování nedostatků a tím se snižovalo celkové hodnocení za léčebný úsek. K naplnění třetího cíle jsme analyzovali proces

interního auditu, který jsme zúčastněně pozorovali od fáze oznámení o zahájení, až po fázi zaslaného požadavku na vytvoření akčního plánu s nápravnými opatřeními k rukám vedoucí sestry. Celý proces jsme shledali účelně naplánovaným, s logicky navazujícími fázemi. Ve složení auditorského týmu shledáváme nedostatek, a to ve smyslu jazykové bariéry, kdy neznalost českého jazyka neumožňuje komunikaci s pracovníky a objektivní orientaci ve vedené dokumentaci.

Jsme přesvědčeni o tom, že by pro lázeňské zařízení bylo jednoznačně přínosné v průzkumném šetření, v oblasti interního auditu, pokračovat a poznatky pak aplikovat do praxe, neboť kvalita péče je pro lázeňské zařízení, v prostředí konkurence a náročné klientely, zárukou jisté budoucnosti a vysoké prosperity.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BOLEK, V. et al. 2015. Modelovanie procesu interného auditu v zdravotníckom zariadení. In *Kontakt*. 2015. roč. 17, č. 3, s. 175-184. ISSN 1212-4117.

BRABENEC, P. et al. 2012. *Implementační příručka: Pokyny k použití systému OLINA online nástroje pro řízení kvality v organizacích zájmového a neformálního vzdělávání.* 1. vydání Praha : Národní institut pro další vzdělávání. 2012. 203 s. ISBN 978-80-87449-35-6.

DVOŘÁČEK, J. et al. 2014. *Due diligence: podstata, postupy, použití*. 1. vydání. Praha : Wolters Kluwer, 2014, 172 s. ISBN 978-80-7478-596-2.

FIALOVÁ, L. 2014. *Využití ošetřovatelských standardů ošetřovatelské péče ve vybraných zdravotnických zařízeních České republiky*. Diplomová práce. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. 2014. 81 s.

GRICINKO, I. 2013. Interní audit a moderní komunikační technologie. In *Interní auditor*. 2013. roč. 17, č. 4, s. 7-8. ISSN 1213-8274.

HAVLÍČKOVÁ, Š. 2012. *Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů.* Diplomová práce. České Budějovice : Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2012. 94 s.

HETTNEROVÁ, M. 2015. 7. výročí konference SAK se zabývala kvalitou ve zdravotnictví. In *Florence*. 2015. roč. XI., č. 7-8, s. 40-41. ISSN 1801-464X.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. 1. vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2016. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.

HYBNEROVÁ, P. 2014. *Optimalizace využití interních auditů v systému řízení zdravotnického zařízení.* Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. 2014. 120 s.

JOJKO, Z. 2015. Interní audit kvality v ambulancích Jak nezapomenout a vyhovět této každoroční povinnosti? In *Medicína pro praxi*. 2015. roč. 12, č. 1, s. 42-43. ISSN 1214-8687.

KAFKA, T. 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. 1. vydání Praha : C. H. Beck. 2009. 167 s. ISBN 978-80-7400-121-5.

MARX, D. – VLČEK, F. 2009. Kapitola první: Standardy řízení kvality a bezpečí. In *Zdravotnické noviny.* 2009. roč. 58, č. 9-10, s. 18. ISSN 0044-1996.

MIKŠOVÁ, Z. 2015. *Profesionalita v ošetřovatelství II*. [online]. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. [citováno 2017-09-09]. Dostupné na internetu: <http: //old.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/dokumenty-normy/2015/Profesionalita-v-osetrovatelstvi_II.pdf>. ISBN 978-80-244-4863-3.

MRÁZOVÁ, I. 2010. *Zmapování úrovně řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích ČR.* Diplomová práce. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 110 s.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání Praha : Grada Publishing a. s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. 1. vydání Praha : Grada Publishing, a. s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-9673-9.

VÁLKOVÁ, M. [online]. 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. [citováno 2017-11-22]. Dostupné na internetu: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>.

Kontaktní údaje autora:
Bc. Soňa Korcová
Plzeňská 282
354 71 Velká Hleďsebe
Tel.: +420/608 984 627
E-mail: sonakorcova@centrum.cz

ROZVOJ ZDRAVIA V KONTEXTE VÍZIE STREDNEJ ZDRAVOTNÍCEJ ŠKOLY SKALICA

MACKOVÁ Zuzana

ABSTRAKT

Príspevok predstavuje víziu manažmentu Strednej zdravotníckej školy Skalica so zreteľom na zvyšovanie kľúčových a odborných kompetencií žiakov organizovaním stáží v zahraničí s cieľom rozšíriť diapazón teoretických vedomostí a odborných zručností žiaka študujúceho v dennej forme študijného odboru zdravotnícky asistent a masér. Autorka prezentuje projektovú činnosť školy od roku 2010 spojenú s organizovaním stáží pre žiakov a učiteľov v zahraničí. Napriek nepriaznivému vývoju počtu žiakov v stredných zdravotníckych školách poukazuje na nevyhnutnosť udržania a zvyšovania odbornej pripravenosti absolventov zvyšovaním kvality výchovnovzdelávacieho procesu a nutnosť zatraktívnenia postavenia zdravotníckych škôl v trhovom školskom prostredí, čím bude neskôr zabezpečený príliv absolventov so zdravotníckym vzdelaním na trh práce, či uchádzačov o študijné programy zdravotníckeho zamerania na vysokých školách.

Kľúčové slová: Kompetencie. Projekt. SZŠ Skalica. Vízia. Zdravie.

ÚVOD

Zdravotnícky systém vychádza z predpokladu, že na zabezpečenie poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby zdravotnícki pracovníci boli dostatočne odborne pripravení v súlade s najnovšími poznatkami vedy, výskumu a praxe. Len tak bude možné zabezpečiť dostatočnú ochranu a upevňovanie ľudského zdravia v našej spoločnosti. Zdravotnícke povolania sa vyvíjali a stále vyvíjajú. Ich rozmanitosť dáva záujemcovi o vzdelávanie možnosť výberu. Rovnako je možný výber aj vzdelávacej inštitúcie, poslaním ktorej je zabezpečovať vysokú odbornú pripravenosť s dôrazom na kvalitu výchovnovzdelávacieho procesu. Absolventi vzdelaní v zdravotníckych odboroch by mali byť profesionáli s pevným morálnym presvedčením, vysokou dávkou empatie, s vlastnosťami ako

je pohotovosť, zodpovednosť, tvorivosť, ochota, vľúdnosť. O to sa snažíme pri výchove a vzdelávaní žiakov v Strednej zdravotníckej škole Skalica (ďalej „SZŠ Skalica“).

VÍZIA STREDNEJ ZDRAVOTNÍCKEJ ŠKOLY SKALICA

Stredná zdravotnícka škola Skalica vznikla v septembri 1960. Tohto roku oslávila svoju 58 ročnú existenciu. Za ten čas vychovala a do praxe pripravila množstvo sestier, zdravotníckych asistentov, masérov, sanitárov. Stredné zdravotnícke školy sú od roku 1953 v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva. Od roku 2003 prešli do zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva školstva Slovenskej republiky s tým, že Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v nich riadi odbornú zložku vzdelávania, určuje sieť študijných odborov a zaraďuje a vyraďuje zo siete SZŠ v Slovenskej republike. V súčasnosti existuje na Slovensku 29 SZŠ vrátane cirkevných. Vydanie Zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov prinieslo ďalšiu transformáciu v zdravotníckom vzdelávaní. Rok 2017 bol vo vzdelávaní žiakov SZŠ výnimočný v tom, že prišlo vydaním Vyhlášky MZ SR č. 28/2017 Z.z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach k posilneniu kompetencií zdravotníckych asistentov. Avšak zostáva pravdou, že všetci zdravotnícki pracovníci sa po získaní vzdelania v stredných zdravotníckych školách alebo vysokých školách Slovenskej republiky plne podieľajú na rozvoji zdravia obyvateľstva doma, niektorí i v zahraničí. Strategické plánovanie v školách vychádza zo zdieľanej predstavy želaného stavu v budúcnosti, z poznania súčasného stavu školy a okolitého prostredia a z náčrtu kľúčových smerov, priorít a činností, ktorými chceme naše predstavy naplniť. Existuje mnoho prístupov k tvorbe plánu rozvoja školy.

Vízia školy (z latinského slova videre - vidieť) je obraz budúcnosti, ktorú chceme vytvoriť, popísaná v prítomnom čase. Vyjadrenie „našej vízie“ hovorí o tom, kam chceme ísť a aké to bude, keď sa tam dostaneme. Je hybným motorom pre realizáciu zmien v škole, lebo dáva tvar a nasmerovanie budúcnosti, ktorú spoločne vytvárame (Halašová a kol., 2008).

Víziou manažmentu SZŠ Skalica je neustále pracovať na tom, aby sme:

- zostali školou otvorenou, modernou, tvorivou,
- konkurencieschopnou - v trhovom školskom prostredí neustále zlepšovali jej postavenie a neustále pracovali na zatraktívnení zdravotníckych študijných odborov,

- samozrejmosťou je zvyšovanie kvality pedagogického a výchovného procesu a vedomostnej úrovne absolventov školy a ich možnosti uplatnenia na trhu práce a na vysokej škole,
- internacionálnosť udržať podávaním projektov, v rámci ktorých sme už opakovane získali nemalé finančné prostriedky na zabezpečenie stáží žiakov v zahraničí a nadviazali zahraničné partnerstvo,
- neustále pracovať na zvyšovaní odborných a kľúčových kompetencií,
- dbať na udržiavanie partnerstva našich sociálnych partnerov v okolí, príp. nadväzovať nové.

ROZVOJ KĽÚČOVÝCH A ODBORNÝCH KOMPETENCIÍ V EDUKAČNOM PROCESE

Učenie znamená pre človeka celoživotný proces. Získava vedomosti, nadobúda schopnosti a zručnosti, formuje vlastné hodnoty a ciele, učí sa správať a komunikovať v rôznych sociálnych situáciách, riešiť problémy, hodnotiť seba i iných, vyjadriť svoj názor či postoj. Problematika získavania, rozvíjania a osvojovania si kľúčových kompetencií priamo a úzko súvisí so zvyšovaním efektivity vyučovania. V dnešnej spoločnosti je nevyhnutné prispôsobovať sa novým, neustále sa meniacim požiadavkám doby. Hľadať viaceré možnosti ciest k modernej, otvorenej, tvorivej a pre profesionálne uplatnenie žiakov užitočnejšej škole. Zjednotená Európa, vstup Slovenska do európskych štruktúr – vyžaduje tzv. európsku dimenziu vzdelávania spojenú aj s aktívnym ovládaním cudzích jazykov. *„Kompetencie sa vymedzujú ako spôsobilosť človeka preukázať vedomosti, zručnosti, schopnosti v praktickej činnosti. Majú nadpredmetový charakter a ich realizácia je viazaná skôr k metódam vyučovania ako k obsahu učiva“* (Turek, 2005, s. 65). Kľúčové kompetencie predstavujú prenosný a multifunkčný súbor vedomostí, zručností a postojov, ktoré potrebuje každý jedinec pre svoje osobné naplnenie a rozvoj, pre zapojenie sa do spoločnosti a úspešnú zamestnanosť (Hučínová a kol., 2007). Pre úspech v práci, ale aj v živote, býva často dôležitá schopnosť jednotlivca dobre spolupracovať, komunikovať s inými ľuďmi a tiež jeho odborné znalosti. Vzdelávanie v každom odbore má smerovať k tomu, aby si jednotlivec vytvoril, na úrovni zodpovedajúcej jeho schopnostiam a učebným predpokladom nasledujúce oblasti kľúčových kompetencií, ktoré sa vzájomne prelínajú a dopĺňajú. Blaško (2013) tvrdí, že kompetencie sa

učia, rozvíjajú aj aplikujú prostredníctvom činností. Odborníci Európskej komisie navrhli týchto osem hlavných oblastí kľúčových kompetencií:

a) *komunikačné* (pripravenosť k dorozumievaniu sa v materinskom a cudzích jazykoch). Mať komunikačné kompetencie znamená porozumieť a interpretovať myšlienky, pocity a informácie v ústnej a písomnej podobe a zapojiť sa do komunikácie v rôznych vzdelávacích, pracovných a životných situáciách, aj v cudzích jazykoch.

b) *matematicko-vedné* (pripravenosť k využívaniu matematiky, základov vedy a techniky v bežnom živote). Mať tieto kompetencie znamená funkčne využívať matematické vedomosti a zručnosti v rôznych životných situáciách, používať základné vedomosti a metódy vied na objasňovanie prírodných zákonitostí, uplatňovať ich v oblasti technológií a pri vysvetľovaní vedecko-technického pokroku.

c) *informačné* (pripravenosť k využívaniu informačno-komunikačných technológií a k narábaniu s informáciami). Mať informačné kompetencie znamená využívať počítač a jeho príslušenstvo na získavanie, posudzovanie, ukladanie, tvorbu, prezentáciu a výmenu informácií a na komunikáciu a účasť v spolupracujúcich sieťach prostredníctvom internetu.

d) *na riešenie problémov* (pripravenosť tvorivo a kriticky samostatne riešiť problémy bežného života). Vzdelávanie má smerovať k tomu, aby jednotlivec bol pripravený tvorivo a kriticky riešiť samostatne bežné pracovné a mimopracovné problémy.

e) *učebné* (pripravenosť k učeniu sa ako sa učiť). Mať učebné kompetencie znamená naučiť sa efektívne sa učiť, pokračovať a zotrvať v učení sa, zorganizovať vlastné učenie sa, účinne hospodáriť s časom a s informáciami, a to tak individuálne ako aj v skupinách, vyhodnocovať dosiahnuté výsledky a pokrok v učení sa, reálne si stanovovať potreby a ciele svojho ďalšieho vzdelávania.

f) *personálne a sociálne* (pripravenosť k sebautváraniu, sebariadeniu osobnosti a k interpersonálnym vzťahom). Mať tieto kompetencie znamená stanovovať si na základe poznania svojej osobnosti primerané ciele osobného rozvoja v oblasti záujmovej i pracovnej, starať sa o svoje zdravie, spolupracovať s ostatnými v skupine a prispievať k utváraniu vhodných medziľudských vzťahov.

g) *pracovné a podnikateľské* (pripravenosť k zamestnanosti a k uskutočňovaniu myšlienok). Mať tieto kompetencie znamená iniciatívne meniť myšlienky na skutky, optimálne využívať svoje osobnostné a odborné predpoklady, uplatňovať tvorivosť, inováciu a riskovanie,

plánovať a riadiť projekty pre dosiahnutie cieľov, pre úspešné uplatnenie sa vo svete práce, zmocniť sa príležitostí pre budovanie a rozvoj svojej profesijnej kariéry i v celoživotnom vzdelávaní.
h) *občianske a kultúrne* (pripravenosť k zapájaniu sa do občianskeho života a k podporovaniu kultúrnych hodnôt).

Škola rozvíja vedomosti a zručnosti žiaka v študijnom odbore – odborné kompetencie, ktoré sa neustále rozvíjajú. Machalová (2004, s.121) popisuje, že „odborná kompetencia zahŕňa odborné výkony v danej profesii, spôsoby profesionálneho správania sa, zmýšľanie, formy práce v profesii, osvojenie si jazyka, poznatkov a hodnôt profesie".
Kľúčové a odborné kompetencie sa učia žiaci SZŠ Skalica rozvíjať v laboratórnych podmienkach v škole a v prirodzených podmienkach nižšie uvedených partnerských organizácií:
FNsP Skalica, a. s.
Prírodné liečebné kúpele Smrdáky
Slovenské liečebné kúpele Piešťany, a. s.
Detský domov Skalica
Zariadenie pre seniorov Skalica
Zariadenie pre deti a dospelých Skalica
Domov dôchodcov a domov sociálnych služieb pre dospelých, Holíč
Zariadenie pre seniorov, Mokrý Háj.

VÝVOJ DENNÉHO ŠTÚDIA V SZŠ

Slovenské demografické ukazovatele vykazujú nižšiu pôrodnosť oproti zvyšujúcemu sa počtu ľudí v seniorskom veku. Už dlhodobo zaznamenávame pokles záujemcov o štúdium v SZŠ SR (viď nižšie Tabuľka 1). Tým sa prehlbuje nepriaznivý vývoj počtu absolventov na stredných zdravotníckych školách, predovšetkým v dennom štúdiu vidíme markantný pokles. Asi 1/3 zdravotníckych škôl mala spomedzi všetkých SZŠ v roku 2017 previs v počte záujemcov o štúdium oproti počtu ponúkaných voľných miest. Jednak to bolo z dôvodu, že počet ponúkaných miest na všetkých stredných školách je dvojnásobkom počtu tohoročných

deviatakov, ale na druhej strane je potrebné zatraktívniť štúdium v SZŠ celoslovenskou kampaňou v spolupráci škôl, zamestnávateľov, ministerstva zdravotníctva a médií po vzore Českej republiky, kde sa už začala kampaň „Studuj zdrávku.“ Jej výsledkom by mal byť nielen zvýšený záujem o štúdium v stredných zdravotníckych školách, ale aj vyššia kvalita absolventov, ktorí by mohli postupne znižovať nedostatok zdravotníckych pracovníkov na našom pracovnom trhu (http://www.aszssr.sk).

Tabuľka 1: Vývoj denného štúdia v SZŠ SR

Školský rok	Školy	Počet absolventov
1988/89	24	2 463
1989/90	25	2 408
1990/91	27	2 392
1991/92	27	2 683
1992/93	27	2 950
1993/94	27	3 440
1994/95	33*	4 364
1995/96	33*	4 647
1996/97	33*	3 603
1997/98	33*	2 764
1998/99	32*	2 351
1999/00	31*	2 648
2016/17	29*	**3 144**

(zdroj: Zdravotnícka štatistika, 2000)

* vrátane cirkevných SZŠ

PROJEKTOVÁ ČINNOSŤ ŠKOLY AKO SÚČASŤ INOVATÍVNEJ EDUKÁCIE

Vďaka grantu z Európskej únie v rámci programu celoživotného vzdelávania podprogramu Leonardo da Vinci a neskôr Erazmus získala SZŠ Skalica opakovane finančné prostriedky určené na rozvoj vedomostí, zručností a kompetencií žiakov. Projekty sa realizujú od roku 2010. Celková hodnota získaných finančných prostriedkov dosiahla v školskom roku 2017/2018 sumu 156 938 Eur. Vycestovať tak do krajín EU mohlo doteraz 90 žiakov a 17 učiteľov. Žiaci pod dozorom sprievodných osôb navštívili Českú republiku, Veľkú Britániu i susedné Rakúsko. Pracovali v rôznych zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, opatrovateľských domoch. Každý účastník stáže získava Europas – mobilita, čo je uznávaný európsky certifikát o absolvovaní pracovnej stáže v zahraničí. Od roku 2016 využívame v rámci projektovej činnosti nový európsky nástroj na zvýšenie vzájomnej dôvery a mobility v odbornom vzdelávaní a príprave – ECVET (European Credit System for Vocational Education and Training).

Vedomosti, zručnosti a kompetencie, ktoré má účastník počas stáže nadobudnúť:

a) rozvíjať odborné kompetencie (v rozsahu kompetencií v odbore zdravotnícky asistent s prihliadnutím na učebné osnovy predmetu odborná klinická prax v treťom ročníku a na začiatku 4. ročníka podrobne popísané v ŠkVP),
b) zoznámiť sa s hospicovou starostlivosťou v praxi,
c) získať nové pracovné skúsenosti v pre nich neznámom zariadení v krajinách EU (pracovné postupy, prístup ku klientom, formy opatery, prac. pomôcky, organizácia práce v tíme, zamestnávanie klientov, rozdielne referenčné hodnoty, ...),
d) rozvíjať odborné kompetencie najmä v oblasti starostlivosti o chorých,
e) zvýšiť ich sebavedomie, sebadôveru, aktivitu a samostatnosť,
f) zapájať sa do práce v cudzom kolektíve, v cudzom prostredí, v cudzej krajine, (umožní spoznať pracovné štýly, čím sa zvýši schopnosť orientovať sa na trhu práce aj v zahraničí),
g) pochopiť globálnu povahu sveta (aj v súvislosti s trhom práce),
h) zvýšiť schopnosť rešpektovať osobnosť ľudí z odlišných kultúr, ich kultúrne špecifiká a vierovyznanie,
i) formovať schopnosť brániť sa predsudkom o kultúrnych stereotypoch,

j) rozvíjať schopnosť nadväzovať kontakty,
k) budovať v nich pocit zodpovednosti (reprezentuje seba, školu, krajinu), čo je motivácia pre dôkladnejšiu všeobecnú a odbornú prípravu v škole, čím opäť prispejeme k pozitívnemu rozvoju osobnosti, tým sa zvýši ich hodnota a uplatniteľnosť na trhu práce, rozvíjať jazykové spôsobilosti pre pracovné uplatnenie - porozumenie bežnej odbornej terminológii a pracovným pokynom v cudzom jazyku.

Škola zároveň overuje uplatnenie svojich žiakov v zahraničí, zvyšuje kvalitu praktického vyučovania, a vyučovania cudzích jazykov, nadväzuje novú spoluprácu s organizáciami z krajín EU. Od roku 2016 uplatňujeme v rámci Erazmus + ECVET (European Credit System for Vocational Education and Training). Je to nový európsky nástroj na zvýšenie vzájomnej dôvery a mobility v odbornom vzdelávaní a príprave. Bol vytvorený členskými štátmi EÚ v úzkej spolupráci s Európskou komisiou a schválili ho Európsky parlament a Rada v roku 2009. Vypracovaním internej dokumentácie obsahujúcej základnú maticu vzdelávacích výstupov/kompetenčnú maticu účastníka mobility, podrobný popis vzdelávacej jednotky, denné záznamy účastníka stáže, hodnotenie vzdelávacích výstupov a popis stupnice hodnotenia.

ZÁVER

V súčasnom svete plnom neustálych zmien si doba vyžaduje od jedinca čoraz viac vedomostí, tvorivé využívanie jeho schopností a aktívny prístup k riešeniu celospoločenských problémov. Jedným z nich je aj rozvoj a udržiavanie zdravia obyvateľstva. Aj v pedagogickej sfére sa v ostatných rokoch posudzuje tradičné vyučovanie verzus modernizácia a kvalita edukačného procesu. Požiadavky na kvalitnejšiu prácu vzdelávacích inštitúcií sú čoraz razantnejšie. Aby ani stredné zdravotnícke školy nestagnovali, hľadajú efektívnejšie metódy a formy práce, ktoré uplatňujú v praxi a tak sa tradičná škola mení na školu modernú, uvádzajúcu do praxe absolventov vyšších kvalít, ktorí by mohli postupne znižovať nedostatok zdravotníckych pracovníkov na našom pracovnom trhu. Zvyšovanie vedomostnej úrovne žiakov SZŠ inovatívnymi intervenciami pedagógov je nevyhnutným predpokladom pre stálosť uplatnenia

absolventov v pozícii zdravotníckych pracovníkov na trhu práce alebo ich možnosti štúdia na vysokej škole.

ZOZNAM BIBIOGRAFICKÝCH ÚDAJOV

Asociácia SZŠ SR. 2018. Interná dokumentácia.

BLAŠKO, M. 2013. Kvalita v systéme modernej výučby. Prvé aktualizované vydanie. Katedra inžinierskej pedagogiky Technickej univerzity Košice. ISBN 978-80-553-1281-1. Dostupné na internete: http://web.tuke.sk/kip/main.php?om=1300&res=low&menu=1310

HALAŠOVÁ, D. a kol., 2008. Riadenie, In: Piovarčiová, T. a kol.: Škola ako otvorená učiaca sa organizácia. [online]. 2008. [cit. 30.03.2018]. Dostupné na internete: http://www.skola21.sk/public/media/5940/Strategicke_planovanie.pdf

HUČÍNOVÁ, L. a kol., 2007. *Klíčové kompetence v základním vzdělávání*. 1. vydání. Praha : VÚP v Praze, 2007, 75 s. ISBN 978-80-87000-07-6.

MACHALOVÁ, Mária. 2004. Psychológia vo vzdelávaní dospelých. Bratislava : RádioPrint. ISBN 80-969339- 6-5.

SZŠ Skalica. 2018. Interná dokumentácia.

TUREK, I. 2005. *Inovácie v didaktike.* Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2005. ISBN 80-8052-230-8.

ZÁKON SR č. 131/2002 Z. z. z 21. februára 2002 o vysokých školách a o zmene a doplnení neskorších predpisov.

ZDRAVOTNÍCKA ŠTATISTIKA. 2000. Zdravotnícke školstvo v SR v školskom roku 1999/2000. Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. Bratislava. Ročník 2000, ZŠ – 12/2000.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 28/2017 z 13. februára 2017, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov.

Kontaktná adresa autorky:
Mgr. Zuzana Macková
Stredná zdravotnícka škola Skalica
Lichardova 1, 909 01 Skalica
zastupca@szsskalica.sk

AGRESÍVNY PACIENT – KOMUNIKAČNÉ STRATÉGIE VERZUS PRACOVNÉ SKÚSENOSTI V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

MIKLOVIČOVÁ Emília, KRISTOVÁ Jarmila

ABSTRAKT

Príspevok je obsahovo zameraný na zmapovanie koincidencie vedomostí sestier o komunikačných stratégiách s agresívnymi pacientmi s frekvenciou ich osobných skúseností s touto skupinou pacientov. Súbor respondentov tvorilo 156 sestier, pracujúcich na rôznych lôžkových oddeleniach. Na zmapovanie dát bol použitý štruktúrovaný dotazník subjektívnej povahy, ktorý pozostával z 3 častí: frekvencia skúseností sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity pacientov počas ostatných 12 mesiacov, vedomostný test určený sestrám a identifikačné údaje o sestrách. Výsledky sú interpretované v absolútnych a relatívnych číslach, korelácia vybraných premenných veličín bola vyhodnocovaná metódou lineárnej regresie Pearsonovým testom. Výsledky asignujú, že slovenské sestry sú v praxi konfrontované s verbálnymi a neverbálnymi agresívnymi atakmi zo strany pacientov. Predpoklad, že s narastajúcou frekvenciou subjektívnych skúseností sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity zo strany pacientov bude počet správnych odpovedí vo vedomostnom teste vyšší, sa nepotvrdil.

Kľúčové slová: Agresívny pacient. Komunikačné stratégie. Ošetrovateľská prax.

ÚVOD

V podmienkach zdravotníckej praxe na národnej a nadnárodnej úrovni je agresivita často skloňovaným pojmom. S agresivitou zo strany pacientov sa sestry dominantne podľa Janosíkovej a Daviesovej (1999), Čerňanovej (2010), Zrubcovej (2011), Zelmana a kol. (2006) stretávajú na psychiatrických oddeleniach. Látalová (2013, s. 101) uvádza výskyt tejto neželanej formy správania aj na geriatrických oddeleniach a oddeleniach urgentného príjmu. Avšak Lepiešová a Nemčeková (2013, s. 174) a Szkanderová a Jarošová (2008) uvádzajú, že s násilím a agresivitou zo strany pacientov sú sestry konfrontované nielen na psychiatrických

oddeleniach, ale stretávajú sa s týmto nežiaducim fenoménom vo všetkých klinických odboroch – jednotkách intenzívnej starostlivosti, štandardných oddeleniach, v komunitnom ošetrovateľstve, agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a aj zariadeniach dlhodobej starostlivosti. Túto skutočnosť potvrdzujú aj výsledky výskumu poľských autoriek Grudzień et al. (2015) a Kliś (2011), ktorá navyše uvádza autopsiu sestier s agresívnymi pacientmi aj v dialyzačných centrách. Aj z výsledkov výskumu realizovaného SK SaPA (www.sksapa.sk) vyplynulo, že počet verbálnych a neverbálnych agresívnych inzultácií v zdravotníckych zariadeniach v SR zo strany pacientov má od roku 2003 vzostupnú tendenciu. Do januára 2017 nemali zdravotnícki pracovníci v Slovenskej republike možnosť právnej ochrany pred agresívnymi pacientmi. Novela Trestného zákona s účinnosťou od 1. januára 2017 do zoznamu chránených osôb zahrnula aj zdravotníckych pracovníkov (§ 139, ods. 1, písm.) j). Tento legislatívny krok by mohol v praxi znamenať pokrok v tom slova zmysle, že klesne počet agresívnych atakov zo strany pacientov, samozrejme za predpokladu, že si budú vedomí vyššieho a prísnejšieho trestu. Na druhej strane naďalej ostáva v platnosti, že sestry by mali disponovať komunikačnými zručnosťami na obranu voči agresívnemu správaniu pacientov. Jedným z nástrojov zvládania agresívnych pacientov je ovládanie adekvátnych komunikačných stratégií a ich následná reálna aplikácia v ošetrovateľskej praxi.

CIELE

Cieľ 1: Zmapovať frekvenciu výskytu verbálnych a neverbálnych agresívnych inzultácií zo strany pacientov v ošetrovateľskej praxi.
Cieľ 2: Overiť koincidenciu vedomostí sestier o komunikačných stratégiách s agresívnymi pacientmi s frekvenciou ich osobných skúseností s touto skupinou pacientov.

SÚBOR A METÓDY

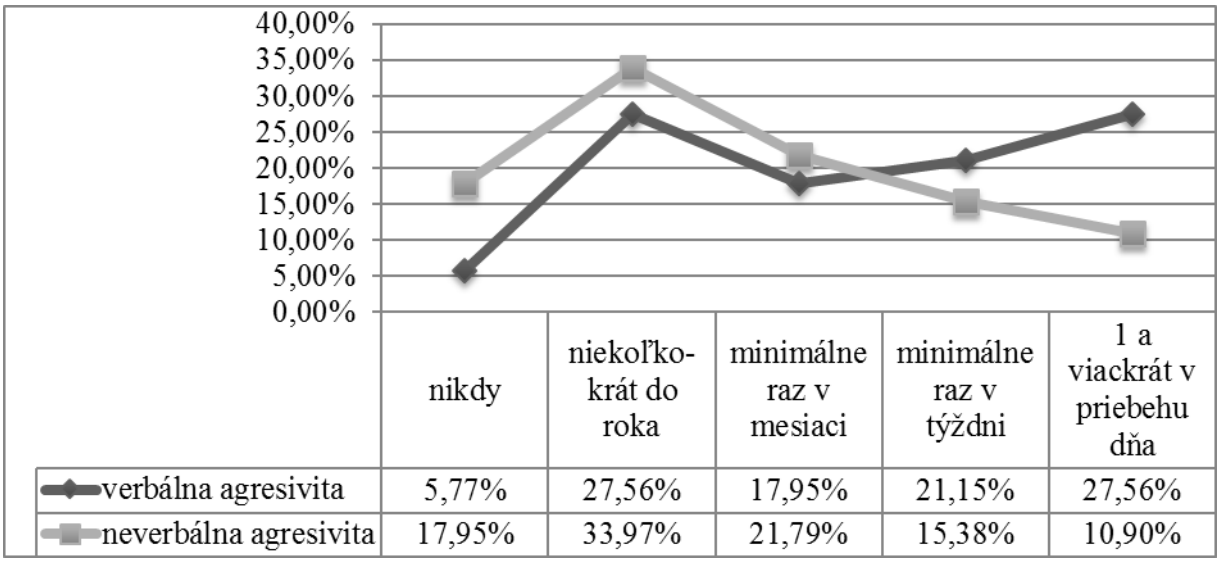
Súbor tvorilo 156 respondentov. Podmienkami ich zaradenia do súboru bolo pracovné zaradenie „sestra“ a ochota odpovedať. Vylučovacími kritériami pre sestry bolo pracovné zaradenie s prevahou manažérskych činností a zamestnanie na psychiatrických a detských pracoviskách. Vekový priemer respondentov bol 37,7 roka, s rozpätím 22 – 56 rokov.

Priemerná dĺžka ich ošetrovateľskej praxe bola 15,9 rokov, s rozpätím 1 – 36 rokov. Z celkového počtu respondentov, 36,54 % malo ukončené úplné stredné odborné vzdelanie, 10,26 % absolvovalo vyššie odborné vzdelanie a 53,21 % ukončilo vysokoškolské vzdelanie.
Pre spracovanie vymedzeného problému sme použili štruktúrovaný dotazník, ktorý pozostával z položiek zameraných na sociodemografické údaje (vek, vzdelanie, dĺžka ošetrovateľskej praxe), skúsenosti sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity pacientov počas posledných 12 mesiacov a vedomostného testu, v ktorom respondenti hodnotili 17 komunikačných stratégií s agresívnym pacientom. Konštrukcia dotazníka vychádzala z odborných zdrojov - Kowalenko et al. (2012), Králová (2005), Trčková a kol. (2006), Kristová (2009) a Wesuls et al. (2005) .Úroveň vedomostí respondentov o komunikačných stratégiách s agresívnym pacientom sme hodnotili podľa dosiahnutého skóre vo vedomostnom teste. Maximálny počet bodov, ktoré mohli respondenti v teste dosiahnuť bol 17, minimálny počet bol 0. Anonymný, dobrovoľný dotazník bol distribuovaný osobne v termíne jún - október 2015, návratnosť dotazníkov bola 97,5 % (zo 160 – 156). Výsledky interpretujeme v absolútnych a relatívnych číslach, koreláciu vybraných premenných sme vyhodnocovali metódou lineárnej regresie Pearsonovým testom. Na štatistické hodnotenie sme použili program STATISTIC.

VÝSLEDKY

V oblasti skúseností sestier s agresívnym správaním pacientov nás zaujímala frekvencia výskytu tohto javu počas ostatných 12 mesiacov (graf 1). Zistili sme, že s niektorým z verbálnych prejavov agresivity pacienta bolo niekoľkokrát v roku konfrontovaných 43 (27,56%) sestier, 28 (17,95%) opýtaných malo túto skúsenosť minimálne raz mesačne, 33 (21,15%) účastníkov prieskumu oznámilo frekvenciu empírie s verbálnym prejavom agresivity pacientov „minimálne raz týždenne“ a až 43 (27,56%) sestier bolo každodennou obeťou verbálnych útokov pacienta. Z celkového počtu len 9 (5,77%) sestier nemalo v posledných 12 mesiacoch skúsenosť s verbálnym prejavom agresívneho správania pacienta.
V oblasti osobnej skúsenosti účastníkov prieskumu s neverbálnymi prejavmi agresivity pacienta voči sestre sme zaznamenali nasledovné výsledky: žiadnu osobnú skúsenosť označilo 28 (17,95%) respondentov, frekvenciu niekoľkokrát do roka uviedlo 53 (33,97%)

probantov, výskyt minimálne raz v mesiaci oznámilo 34 (21,79%) sestier, minimálne raz týždenne bolo s neverbálnymi prejavmi agresivity konfrontovaných 24 (15,38%) opýtaných a 17 (10,9%) respondentov sa denne stretávalo s neverbálnymi prejavmi agresivity pacientov.

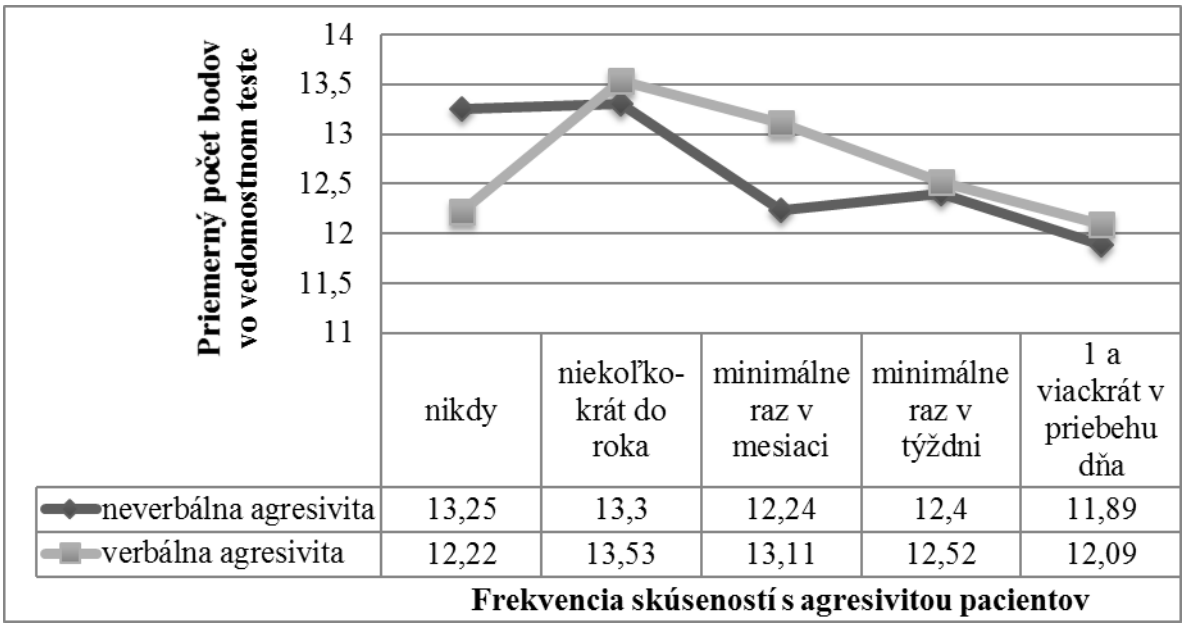


	nikdy	niekoľko-krát do roka	minimálne raz v mesiaci	minimálne raz v týždni	1 a viackrát v priebehu dňa
verbálna agresivita	5,77%	27,56%	17,95%	21,15%	27,56%
neverbálna agresivita	17,95%	33,97%	21,79%	15,38%	10,90%

Graf 1 Skúsenosti sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity zo strany pacientov

Ďalej sme zisťovali úroveň vedomostí respondentov o komunikačných stratégiách s agresívnym pacientom. Priemerný počet správnych odpovedí vo vedomostnom teste s rozsahom 17 otázok bol 12,8 správnych odpovedí, minimálny počet bodov v teste bol 6, maximálny 16. Viac ako 75 % úspešnosť odpovedí vo vedomostnom teste sme zaregistrovali u 92, t.j. 59,74 % aktérov prieskumu a nedostatočnú úroveň vedomostí sme zistili u 62, t.j. 40,26 % opýtaných. V intenciách hlavného zámeru empirického šetrenia sme overovali koincidenciu vedomostí sestier o komunikačných stratégiách s agresívnym pacientom s frekvenciou ich skúseností s agresívnym pacientom. Očakávali sme, že so stúpajúcou frekvenciou empírií sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity bude stúpať počet správnych odpovedí vo vedomostnom teste. Štatistická analýza výsledkov náš predpoklad nepotvrdila. Zaregistrovali sme miernu negatívnu koreláciu tak medzi frekvenciou skúseností s verbálnymi prejavmi agresivity a počtom správnych odpovedí v teste (r = - 0,23), ako aj medzi frekvenciou skúseností s neverbálnymi prejavmi agresivity a počtom správnych

odpovedí v teste (r = - 0,25). V našom súbore respondentov sa častejšia frekvencia skúseností s agresívnymi prejavmi spája s nižšou úrovňou vedomostí o komunikačných stratégiách s agresívnym pacientom (graf 2).



Graf 2 Vzťah frekvencie skúseností sestier agresívnymi prejavmi pacientov a úrovňou ich vedomostí o komunikačných stratégiách s týmito pacientmi

DISKUSIA

V diskusii bola použitá komparatívna metóda (k cieľu 1) a literárna metóda (k cieľu 2). V rezultátov je zrejmé, že sestry pracujúce v SR sa často stávajú objektmi agresívnych atakov zo strany pacientov. Tvoria najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov a najčastejšie vstupujú do interakcie s nimi. Výsledky štúdie Sato et al. (2013) identicky potvrdili výskyt agresivity v pracovnom prostredí sestier v Japonsku. Tento fakt uviedla viac ako jedna tretina z celkového počtu 1 385 autormi opýtaných sestier. Na nami realizovanej prieskumnej sonde zainteresované sestry potvrdili výskyt agresívneho správania v podmienkach ošetrovateľskej praxe v dominantnom zastúpení verbálnych agresívnych atakov zo strany pacientov (graf 1). K podobnému záveru dospeli aj Penar - Zadarko, Marć z juhovýchodnej oblasti Poľska (2011), ktoré zistili, že až 81,1% (z celkového sumáru 465 opýtaných) poľských sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach malo osobné skúsenosti s agresívnym správaním

na pracovisku; vo fundamentálnej miere prevažovala verbálna agresivita zo strany pacientov (41,3% opakovane, 76,4% sporadicky). Vyššie uvedené výsledky podporili aj zistenia Zafara et al. (2013). V palestínskych nemocniciach sa až 67% zdravotníkov, vrátane sestier, stalo objektmi slovných napadnutí zo strany pacientov v priebehu 12 mesiacov. Aj výsledky austrálskej štúdie poukazujú na dominantnú existenciu verbálnych agresívnych tendencií zo strany pacientov (Roche et al., 2010).

Vo výskyte neverbálnych foriem agresívneho správania pacientov sme zaregistrovali kongruenciu našich rezultátov s výsledkami štúdií domácich a zahraničných odborníkov. Až 82,05% nami opýtaných sestier bolo v posledných 12 mesiacoch konfrontovaných s niektorým prejavom agresivity (výhražné gestá, poškriabanie a opľutie). Výsledky prieskumnej sondy slovenských autoriek Lepiešovej a Nemčekovej z roku 2013 asignujú určitú mieru podobnosti s výsledkami nášho prieskumného šetrenia. Z celkového počtu nimi opýtaných sestier 270, 75,2% uviedlo, že v období posledných 12 mesiacov boli objektmi opľutia, uhryznutia a poškrabania. Americkí odborníci Kowalenko at al. (2013) však zaregistrovali ako najčastejšie sa vyskytujúci neverbálny agresívny atak voči sestrám „facku“ (74 respondentov z celkového sumáru 213). Vyššie uvedené výsledky podporili aj zistenia Szkanderovej a Jarošovej (2008), ktoré realizovali prieskumnú sondu v Českej republike. Z celkového sumáru 202 opýtaných sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach zdravotníckych zariadení, 57% uviedlo osobné skúsenosti s takými fyzickými atakmi, ako je poškriabanie, kopnutie, úder do tváre, úder predmetom a pohryzenie. Aj zo záveru štúdie autorov AbuAlRub, Khalifa, Habbib, (2007) vyplynulo, že v Iraku bolo 42,0% sestier fyzicky napadnutých a 14,3% agresorov použilo voči nim aj smrteľnú zbraň.

V súčasnosti sú prezentované solídne výsledky týkajúce sa výskytu agresivity zo strany pacientov v zdravotníckej praxi. Avšak absentujú odborné príspevky mapujúce, či sestry ovládajú zásady efektívnej komunikačnej stratégie na zvládnutie tejto skupiny pacientov. Z tohto dôvodu sú v tejto pasáži diskusie (vo vzťahu k 2. cieľu) nami zistené rezultáty komparované v kontexte literárnej metódy. Jedným z predpokladov eliminácie agresívneho správania zo strany pacientov by mohla byť právna ochrana sestier, druhým predpokladom úspešné zvládanie agresívnych pacientov prostredníctvom efektívnej komunikácie. Jej náročnosť potvrdili aj výsledky štúdie Kennedy Sheldon et al. (2006). Prostredníctvom metódy focus groups predložili 18 sestrám 13 oblastí z ošetrovateľskej praxe. Ich úlohou bolo

posúdiť mieru ich zvládania prostredníctvom komunikácie. Sestry dominantne označili 5 oblastí/situačných faktorov (v zostupnej línii) náročnosti komunikácie (onkologický pacient, agresívny pacient a/alebo jeho príbuzní, komunikácia v trojuholníku sestra–lekár–pacient, agresívne postupy pri ukončení života a odmietanie pacientom). Na základe svojich skúseností, 15 sestier potvrdilo, že agresívne správanie pacientov, resp. ich príbuzných, patrí do kategórie náročných komunikačných situácií. Výsledky asignujú isté rezervy vo vedomostiach nami opýtaných sestier o komunikačných axiómach s agresívnym pacientom. To by mohla byť podľa Khalil (2009) jedna z príčin, že sestry majú tendenciu vyhýbať sa agresívnym pacientom, alebo vstupovať do interakcie a komunikácie s nimi iba na najnevyhnutnejší čas. Jedným z možných aspektov takéto postoja by mohli byť rezervy v ich vedomostiach a komunikačných zručnostiach s agresívnym pacientom. Predikcia by mohla smerovať k úvahe, že ak by sestry mali dostatočné vedomosti o zvládaní agresívnych pacientov, nemuseli by natoľko redukovať interpersonalitu s nimi. V závere diskusie chceme upozorniť na paradoxné zistenie. S narastajúcou frekvenciou subjektívnych skúseností sestier s verbálnymi a neverbálnymi prejavmi agresivity zo strany pacientov bol počet ich správnych odpovedí vo vedomostnom teste nižší. Zaznamenali sme len miernu negatívnu koreláciu tak medzi frekvenciou skúseností s verbálnymi prejavmi agresivity a počtom správnych odpovedí v teste ($r = - 0,23$), ako aj medzi frekvenciou skúseností s neverbálnymi prejavmi agresivity a počtom správnych odpovedí v teste ($r = - 0,25$).

ZÁVER

Rezultáty nami realizovanej prieskumnej sondy asignujú jednak na výskyt agresívnych pacientov v zdravotníckej praxi a jednak na rezervy v komunikácii sestier s touto skupinou pacientov.

Odporúčania pre prax:

- periodicky realizovať výskum predmetnej problematiky na národnej úrovni,
- v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní sestier posilniť teoretickú aj praktickú pripravenosť na zvládanie situácie s agresívnym pacientom,
- iniciovať zdravotnícke zariadenia k tvorbe interných dokumentov o riešení agresívnych atakov voči zdravotníckym pracovníkom.

- umožniť sestrám z praxe kontinuálne opakovanie a rozširovanie vedomostného spektra v komunikácii s pacientom s agresívnym správaním,
- vypracovať štandard komunikácie s agresívnym pacientom,
- zaviesť do ošetrovateľskej praxe supervíziu ako jednu z možností zlepšenia komunikačných zručností sestier (Nadzam, 2009).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ABUALRUB, R. F., KHALIFA, M. F., HABBIB, M. B. 2007. Workplace violence among Iraqi hospital nurses. In *Journal of Nursing Scholarship*. 2007. vol. 39, no 3, p. 281–288. ISSN 1547-5069.

ČERŇANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. In *Ošetrovateľský obzor.* 2010. roč. 7, č. 3, s. 47-50. ISSN 1336-5606.

GRUDZIEŃ, D., ZARZYCKA, P., RADZIK, T. 2015. Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. In *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* [online]. 2015, vol. 45, no. 4, p. 242-247. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: www.przeglad.amp.edu.pl. ISSN 1643-3203.

JANOSÍKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 531 s. ISBN 80-8063-017-8.

KENNEDY SHELDON L., BARRETT, R., ELLINGTON, L. 2006. Difficult Communication in Nursing. In *Journal of nursing scholarship* [online]. 2006, vol. 38, no. 2, p. 141-147. [cit. 2018-03-09]. Dostupné na internete: http://.nursingsociety.org/learn/journal-of-nursing-scholarship. ISSN 1547-5069.

KHALIL D. D. 2009. Nurses' attitude towards „difficult“ and „good“ patiens in eight public hospitals. In *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2009, vol. 15, no. 5, p. 437-443. [cit. 2018-03-09]. Dostupné na internete: http:// onlinelibrary.wiley.com. ISSN 1440-172X.

KLIŚ, A. 2001. Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ. In *Forum Nefrologiczne.* 2011. vol. 4, no. 2, p. 177-182. ISSN 1899-3338.

KRÁLOVÁ, J. 2005. Agresivní pacient. In *Praktický lékař.* 2005. roč. 85, č. 4, s. 230-232. ISSN 0032-6739.

KOWALENKO, T., GATES, D., GILLESPIE, G. L., SUCCOP, P., MENTZEL, T. K. 2013. Prospective study of violence against ED workers. In *American Journal of Emergency Medicine.*2013. vol. 31, no. 1, p. 197-205. ISSN 0735-6757.

LÁTALOVÁ, K. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4. 240 s.

LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresivita voči sestrám pri výkone povolania. In *Sociológia*. 2013. roč. 45, č. 2, s. 172-194. ISSN 0049-1225.

NADZAM D. M. Nurses’ Role in Communication and Patient Safety. In *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 2009, vol. 24, no. 3, p. 184-188. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525757. ISSN 1550-5065.

PENAR-ZADARKO, B., MARĆ, M. 2011. Exposure the nurses to aggression in the workplace. In *Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnícke dny 2011.* Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5, s. 721-727.

ROCHE, M., DIERS, D., DUFFIELD, CH., CATLING-PAULL, CH. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. In *Journal of Nursing Scholarship*. 2010. vol. 42, no. 1, p. 13-22. ISSN 1547-5069.

SATO, K., WAKABAYASHI, T., KIYOSHI-TEO, H., FUKAHORI, H. 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. In *International Journal of Nursing Studies*. 2013. vol. 50, no. 10, p. 1368-1376. ISSN 1368-1376.

SZKANDEROVÁ, M., JAROŠOVÁ, D. 2008. Agresivita ve zdravotnických zařízeních. In *Profese on-line* [online]. 2008, roč. 1, č. 1, s. 1-9. [cit. 2018-03-11]. Dostupné na internete: http://profeseonline.upol.cz/archive/2008/1/POL_CZ_2008-1-1. ISSN 1803-4330.

TRČKOVÁ, M., TITLBACH, J., POSPÍŠIL, R. 2006. Agitovaný pacient ve zdravotnické péči. In *Diagnóza v ošetřovatelství.* 2006. roč. 2, č. 2, s. 69-70. ISSN 1212-0634.

WESULS R., HEINZMANN T., BRINKER L. 2005. Professionelles Deeskalations management. Stuttgart: Maxmedia, 2005.

ZAFAR, W. et al. 2013. Health care Personnel and Workplace Violence in the Emergency Department sof a Volatile Metropolis: Results from Karachi, Pakistan. In *Journal of Emergency Medicine* [online]. 2013, vol. 45, no. 5, p. 761-772 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467913006136. ISSN 0736-4679.

Zákon č. 300/2005 Z. z. trestný zákon a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZELMAN, M., HOLLÝ, K., BRAČOKOVÁ, H. 2006. Zvládanie akútneho psychomotorického nekľudu a agresivity pacienta. In *Psychiatrie pro praxi.* 2006. roč.7, č. 4, s. 185-190. ISSN 1213-050.

ZRUBCOVÁ, D. 2011. Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach. In *Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnícke dny 2011.* Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5, s. 728-732.

Kontakt:
PhDr. Emília Miklovičová, PhD.
doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH, mim. prof.
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenskej zdravotníckej univerzity
Limbová 14
833 03 Bratislava
e-mail: emilia.miklovicova@szu.sk; jarmila.kristova@szu.sk

MANAŽMENT AKÚTNYCH STAVOV SESTROU ŠPECIALISTKOU BEZ FYZICKÉHO KONTAKTU S PACIENTOM

ORLOVSKÁ Otília, KILÍKOVÁ Mária, MESÁROŠOVÁ Lucia

ABSTRAKT

Akútne stavy sú častou príčinou zhoršenia zdravotného stavu, ktoré môže skončiť náhlou zástavou obehu. Úlohou sestry špecialistky na tiesňovej linke je príjem, spracovanie a realizácia tiesňového hovoru. Opisujeme manažment akútnych stavov sestrou špecialistkou na tiesňovej linke zdravotnej záchrannej služby. Spracovali sme výsledky prieskumu, kde sme sa zamerali na vyhodnotenie a porovnanie telefonicky asistovanej kardiopulmonálnej resuscitácie v rozmedzí rokov 2016-2017 u mužov a žien, vyhodnotenie reakčného času od prevzatia hovoru po zahájenie kardiopulmonálnej resuscitácie. Údaje sme znázornili v tabuľkách. Na základe výsledkov prieskumu sme navrhli odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Akútny stav. Sestra špecialistka. Náhle zastavenie krvného obehu. Reakčný čas.

ÚVOD

Vplyvom náhleho zhoršenia zdravotného stavu zasahujúceho najmä obehovú funkciu organizmu môže prísť k náhlemu zastaveniu krvného obehu (ďalej iba „NZKO“) a následne k smrti. Dôležitým úkonom na odvrátenie ireverzibilných zmien po NZKO je včasné zahájenie kardiopulmonálnej resuscitácie (ďalej iba „KPR“). Práca sestry špecialistky na tiesňovej linke 155 si vyžaduje špecifické komunikačné zručnosti, nakoľko neprichádza do fyzického kontaktu s pacientom. Jej očami a rukami je osoba volajúca na tiesňovú linku so žiadosťou o pomoc. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitácia (ďalej iba „TANR“) patrí ku komunikačne náročným hovorom pod tlakom času a stresu volajúceho. Odborné znalosti laickej verejnosti o správnom poskytovaní prvej pomoci vykazujú v ostatných rokoch klesajúcu úroveň. Sestra špecialistka musí byť pripravená poskytnúť TANR tak, aby realizáciu KPR zvládol aj laik bez absolvovania kurzu prvej pomoci.

Cieľom je včasné identifikovanie NZKO a zvládnutie emočného stavu volajúceho na linku 155. Volajúci je v tejto chvíli pod značným stresom, pričom pociťuje strach. Dôvodom je bezmocnosť a často aj obava z neovládania prvej pomoci. Zvládnutie stresu, strachu a paniky je dôležité, aby nasledovalo správne spracovanie hovoru. Cieľom sestry špecialistky je volajúceho upokojiť, vysvetliť, že pomoc je na ceste k postihnutému a zdôrazniť potrebu laickej pomoci do príchodu záchrannej zdravotnej služby (ďalej iba „ZZS“). Naším cieľom je vysvetliť pojem operátor záchrannej zdravotnej služby. Poukázať na špecifiká práce sestry špecialistky pri vybraných akútnych stavoch bez fyzického kontaktu s pacientom, interpretovať manažment zabezpečovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti sestrou špecialistkou bez fyzického kontaktu s pacientom. Povinnosťou sestry špecialistky zabezpečujúcej tiesňovú linku záchrannej zdravotnej služby je včasne identifikovať NZKO s plynulým zahájením KPR vykonávanej laickým záchrancom, aby nenastala smrť. Pri identifikovaní NZKO poskytuje telefonicky asistovanú neodkladnú resuscitáciu. Okrem manažmentu zabezpečovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti vykonáva sestra špecialistka na tiesňovej linke 155 aj manažment zabezpečovania neodkladnej prepravy ambulanciami záchrannej zdravotnej služby. Metodiku prieskumu tvorí obsahová analýza a štatistické vyhodnotenie dokumentov TANR. Následne sme vyhodnotili reakčné časy od prevzatia hovoru na tiesňovej linke po zistenie NZKO a začatia KPR volajúcim. Na tiesňovej linke pracuje operátor ZZS. Túto pozíciu môže vykonávať zdravotnícky záchranár so špecializáciou Operačné stredisko ZZS, alebo sestra so špecializáciou Operačné stredisko ZZS, Urgentná zdravotná starostlivosť, alebo Anestéziológia a intenzívna starostlivosť.

MANAŽMENT ZABEZPEČENIA NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ STRAOSTLIVOSTI

Manažment zabezpečovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti sestrou špecialistkou bez fyzického kontaktu s pacientom má niekoľko na seba nadväzujúcich fáz. Príjem, spracovanie, vyhodnotenie a realizácia odozvy na tiesňové volanie. Príjem hovoru začína predstavením organizácie, kde sa volajúci dovolal. Hovor prichádzajúci na tiesňovú linku vyhodnocujeme aj podľa toho, či sa volajúci nachádza v priamom kontakte s pacientom, osoba bola sprostredkovane požiadaná o zavolanie, alebo je volajúcim sám pacient.

- H-1 volajúci je priama osoba, ktorá má zdravotný problém.
- H-2 volajúci je prítomný pri osobe, ktorá má zdravotný problém, alebo na dotyčnú osobu vidí.
- H-3 volajúci sa nenachádza pri osobe so zdravotným problémom, ani na neho nevidí. (Mesárošová, Takáčová, 2013)

Najdôležitejšia časť je presné vyťaženie adresy, alebo miesta udalosti, kde sa klient nachádza. Pri obciach je dôležité overenie adresy okresného spádu, nakoľko v jednom kraji sa nachádzajú obce s rovnakým názvom a pri neoverení tohto údaju je možné, že záchranná služba smeruje na inú adresu a nedosiahne pacienta v potrebnom čase, čo môže mať fatálne následky. Súčasťou zadávania adresy do programu je aj zadanie GPS súradníc, ktoré sú následne zaslané posádke ZZS a tá smeruje na danú adresu. Ďalším údajom je meno, priezvisko a vek klienta, pokiaľ je to možné. Často sa stáva, že nie je možné zistiť totožnosť postihnutého, udáva popis oblečenia. Nasleduje najdôležitejšia časť a to je zisťovanie zdravotného problému. Kľúčové sú otázky na vedomie, dýchanie, cirkuláciu a úraz pacienta. Podľa závažnosti stavu sestra špecialistka poskytuje telefonicky asistovanú prvú pomoc a inštruktáž k realizácii život zachraňujúcich úkonov. Medzi najčastejšie život ohrozujúce stavy paria: zastavenie krvného obehu, akútny koronárny syndróm, cievna mozgová príhoda, krvácanie, pôrod, potreba polohovania, kŕčové stavy a iné. Dôležitý údaj je a čas vzniku postihnutia, prípadne udalosti. Tento údaj je podstatný pri akútnych stavoch ako je náhla cievna mozgová príhoda, alebo akútny infarkt myokardu, kedy je dôležité dodržanie časového okna s ohľadom na smerovanie pacienta do správnej nemocnice a následnej starostlivosti a liečbe. V prípadoch, kedy je stav dlhodobý a neohrozuje pacienta na živote, čiže nevyžaduje pomoc ZZS, sestra špecialistka navrhuje alternatívny spôsob pomoci (Mesárošová, Takáčová, 2013). Ak je nutné zahájiť KPR, má sestra špecialistka k dispozícii spracovaný algoritmus TANR, ktorý znázorňuje sled za sebou nasledujúcich krokov, ktoré je nutné dodržať pri zahájení KPR. Tiesňové hovory s identifikovaným NZKO podliehajú analýze správnosti uskutočnenia telefonicky asistovanej inštruktáži KPR a úrovni reakčných časov dôležitých časových atribútov KPR. Následne sestra špecialistka vypisuje protokol TANR, kde sa zaznamenávajú základné údaje o postihnutej osobe, mieste udalosti a osobe vykonávajúcej KPR, či bola zahájená resuscitácia s dýchaním, alebo bez dýchania, či osoba poskytujúca

KPR je profesionál, laik a údaj o použití – nepoužití automatického externého defibrilátora. Zaznamenávame počet vyslaných síl a prostriedkov na miesto udalosti a kód ambulancie, ktorá na miesto udalosti smeruje. Ďalšími údajmi sú číslo záznamu v programe, poradové číslo tiesňového hovoru, záznam časovej sekvencie od zavolania po zistenie NZKO a zahájenia KPR. Na záver sa zaznamenáva, kam bol pacient odovzdaný, alebo či bol ponechaný na mieste udalosti. Tento záznam sa vypisuje aj v prípade, ak osoba volajúca na tiesňovú linku ZZS odmietne zahájiť a vykonávať KPR.

VÝSLEDKY OBSAHOVEJ ANALYZY DOKUMENTOV

Uvádzame štatistické spracovanie volaní na linku ZZS v Košickom kraji za roky 2016 a 2017. Znázorňujeme celkové počty pacientov s NZKO, kde v roku 2016 ich bolo 483 a v 2017 342 pacientov. Ďalej rozdelenie na počty postihnutých mužov, žien NZKO, miesto udalosti verejné priestranstvo, alebo zástava obehu v domácom prostredí, počet záchrancov a ich delenie na laikov a profesionálov a na záver úspešnosť, či neúspešnosť KPR. zistenia NZKO po zahájenie KPR v roku 2017 sa skrátil o 1 minútu a 15 sekúnd v porovnaní s rokom 2016.

Tabuľka č. 1 Komparácia náhlych zastavení krvného obehu v rokoch 2016 a 2017

Rok	Celkom NZKO	Pacient		Miesto			Záchranca					Prevedenie KPR		Záver	
		Muž	Žena	Doma	Verejné miesto	ZZ	Muž	Žena	Dieťa	Laik	Profesionál	Záchr. dýchanie	AED	KPR úspešná	Exitus
2016	483	**300**	183	**412**	56	15	**271**	211	1	452	31	245	**1**	145	**338**
2017	342	**300**	42	**282**	47	13	**185**	154	3	325	17	167	**1**	103	**239**

Zdroj: autorka, 2017

Nasledujúca tabuľka znázorňuje reakčné časy od zavolania na linku 155 po samotné identifikovanie NZKO a zahájenie KPR.

Tabuľka č. 2 Reakčné časy

Reakčné časy KE					
Rok	**Čas klinického obrazu**	**Čas DG NZKO**	**Čas zahájenia TANR**	**Čas začatia kompresií**	**Čistý čas trvania KPR**
2016	0:00:55	0:01:22	0:01:51	**0:04:54**	0:07:01
2017	0:01:00	0:02:01	0:02:28	**0:03:39**	0:07:07

Zdroj: autorka, 2017

Podľa stavu pacienta sestra určuje prioritu danej udalosti a indikáciu na vyslanie alebo nevyslanie ZZS.

Delenie naliehavosti:

- **K** - kritický stav - kedy zlyháva alebo je zlyhaná niektorá z vitálnych funkcií a klientovi hrozí smrť. ZZS sa vysiela bezodkladne.
- **N** - naliehavý stav - je nutné vyslanie ZZS bezodkladne, nakoľko základné životné funkcie sú ohrozené zlyhaním, môže nastať vážne poškodenie zdravia pri neposkytnutí zdravotnej starostlivosti, alebo smrť.
- **M** - menej naliehavý stav - je indikované vyslanie ZZS, kedy pacientovi nezlyháva žiadna z vitálnych funkcii. Ochorenie, alebo úraz majú nízku pravdepodobnosť prechodu k zhoršeniu ochorenia, alebo vzniku komplikácií.
- **O** - odkladný stav - nevyžaduje vyslanie ZZS- sestra špecialistka odporúča ďalšie možnosti riešenia zdravotného problému, návštevu obvodného lekára, navštívenie zdravotníckeho zariadenia po vlastnej osi, respektíve radu (Mesárošová, Takáčová, 2013).

Do neodkladnej prepravy je zaradená aj preprava osôb medzi ústavnými zdravotníckymi zariadeniami. Ich označenie je sekundárne transporty. Ich príjem a spracovanie prebieha v rovnakých intenciách ako spracovanie hovoru primárneho zásahu.

Transporty sú klasifikované prioritami:

- A - kritický, neodkladný.
- B - neodkladný.
- C - naliehavý.
- D - menej naliehavý.
- E – odkladný (Čižmárik, 2010).

Realizácia odozvy - vyslanie posádky ZZS závisí od primárnych, tak aj sekundárnych zásahoch. Sestra špecialistka na tiesňovej linke je školená a ovláda tvrdé a mäkké komunikačné zručnosti. Medzi tvrdé zručnosti patria odborné vedomosti a štandardizované postupy pri poskytovaní PP. Medzi mäkké komunikačné zručnosti patrí asertivita, empatia, ovládanie základov krízovej intervencie a zvládanie emócií volajúceho, pacienta, ale rovnako zvládanie vlastných emócií. Mnohokrát dochádza u volajúcich k agresii, manipulácii, ale aj k pokusu o zneužitie ZZS. Sú prípady, kedy na linku ZZS volá dieťa. Komunikácia je diametrálne odlišná od komunikácie s dospelým volajúcim., aj keď podstata hovoru je identická. Ako ukážky sme pripravili zostrih reálnych hovorov na tiesňovej linke, ktoré sú upravené s ohľadom na ochranu osobných údajov pacienta. Sestry špecialistky povinne absolvujú každoročne kontinuálne vzdelávanie operátorov ZZS, ktoré obsahuje dopĺňanie a nácvik teoretických vedomostí, praktických zručností, komunikačných techník pri zvládaní rôznych emočných situácií. Po enormne záťažových situáciách využívajú relaxačné techniky a povinne dodržiavajú prestávky určené na psycho-hygienu (Dašková, Varjassyová, 2013).

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Pre manažment OS ZZS SR:

- Edukovať verejnosť ako volať na tiesňová linku záchrannej zdravotnej služby.
- Naučiť občanov poskytnúť laickú prvú pomoc a vykonávať kardiopulmonálnu resuscitáciu.
- Edukovať verejnosť o možnosti určenia polohy klienta prostredníctvom mobilnej lokalizácie cestou médií.

Pre sestru špecialistku:

- Raz ročne nácvik KPR na figuríne.
- Školiť sestry špecialistky na zvládanie stresujúcich a konfliktných hovorov pri NZO.
- Umožniť sestre špecialistke po TANR psychohygienu vzhľadom na psychickú záťaž počas hovoru.

ZÁVER

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je založená na spolupráci klienta a sestry. Na tiesňovej linke 155 pracuje sestra špecialistka s klientom bez fyzického kontaktu. Špecifickosť ošetrovateľskej starostlivosti, ktorú poskytujú sestry špecialistky spočíva výhradne na verbálnej telefonickej komunikácii s klientom, alebo volajúcim. NZKO je akútny stav, ktorý bez laickej prvej pomoci a pomoci sestry špecialistky na tiesňovej linke 155 často končí smrťou. Komunikácia na tiesňovej linke je často rušená negatívnymi vplyvmi či už emóciami volajúceho, alebo okolia. Sestra špecialistka na tiesňovej linke musí byť preto „zdatne vyzbrojená“ komunikačnými zručnosťami, odbornými znalosťami poskytovania prvej pomoci, dávkou asertivity a samozrejme aj empatie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ČIŽMÁRIK, J. 2010. Príjem volania na tiesňovej linke záchrannej zdravotnej služby. *Metodické usmernenie č.2 Bratislava : Operačné stredisko zdravotnej záchrannej služby Slovenskej republiky,* 2010. 7s.

DAŠKOVÁ, M., VARJASSYOVÁ, K., 2013. *Špecifiká komunikácie na linke tiesňového volania,* Bratislava, 2013. 124 s.

MESÁROŠOVÁ, L., TAKÁČOVÁ, I. 2013. *Metodické usmernenie č. 2 „Príjem volania na tiesňovú linku ZZS“. Bratislava : OS ZZS,* 2013. 10 s.

MESÁROŠOVÁ, L., TAKÁČOVÁ, I. 2013. *Metodické usmernenie č. 3 „Spracovanie volania na tiesňovej linke ZZS“. Bratislava : OS ZZS,* 2013. 15 s.

MESÁROŠOVÁ, L., TAKÁČOVÁ, I. 2013. *Metodické usmernenie č. 4 „Realizácia odozvy volania na tiesňovej linke ZZS“. Bratislava : OS ZZS,* 2013. 13 s.

ORLOVSKÁ, O. 2018. *Zabezpečenie kvality manažmentu vybraných akútnych stavov sestrou špecialistkou.* Diplomová práca. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2018. 79s.

Kontaktné údaje:

Bc. Otília Orlovská
OS ZZS SR
Komenského 52, Košice
Email: zita.orlovska@gmail.com

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
VŠZ a SP sv. Alžbety Rožňava
Kósu Schoppera 22
Email: m.kilikova@gmail.com

Mgr. Lucia Mesárošová
OS ZZS SR
Trnavská cesta 8/A Bratislava
Email: lucia.mesarosova@155.sk

AUDITY A JEJICH PŘÍNOS PRO OŠETŘOVATELSTVÍ

RATAJOVÁ Radka

ABSTRAKT

Autorka příspěvku pracuje v Nemocnici Tábor a.s. devět let jako interní auditor. V příspěvku jsme se zaměřili na realizaci interních auditů zdravotnické dokumentace v tomto zdravotnickém zařízení. Pro účely auditu jsme použili obsahovou analýzu dokumentů, analyzovali jsme výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 - 2016. Naším cílem bylo zjistit, v jakých auditních otázkách se vyskytlo nejvíce neshod. Konkurenční tlaky a nároky na zdravotnická zařízení stále rostou, a proto se jejich management musí podílet na kontinuálním zvyšování kvality ošetřovatelské péče pravidelnými audity a sestry správným vedením zdravotnické dokumentace.

Klíčová slova: Audit. Ošetřovatelství. Systém managementu kvality.

ÚVOD

Nemocnice Tábor a.s. patří mezi akreditovaná pracoviště od roku 2010, která pacientům poskytují kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči. Interní audit se v tomto zdravotnickém zařízení řídí doporučeními Spojené akreditační komise SAK ČR o.p.s. Interní audit zaznamenává, analyzuje a posuzuje vznik neshod, které se mohou vyskytnout ve zdravotnické dokumentaci v průběhu poskytování ošetřovatelské péče pacientovi. Interní audit pomáhá organizaci dosahovat efektivity systému managementu kvality a dodržování managementem nastavených pravidel. V našem výzkumu jsme použili obsahovou analýzu dokumentů. Byly použity výsledky z jednotlivých auditů zdravotnické dokumentace na jednotlivých odděleních v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014-2016.

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme formulovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivou odpovědnost, procesy, procedury a zdroje, které jsou důležité ke kontinuálnímu zvyšování kvality zdravotnických služeb. Konečným cílem je zlepšení zdravotního stavu, zvýšení kvality života a spokojenost obyvatel. K usnadnění těchto procesů nám slouží také ISO normy.

Hlavní náplní norem přijatých Mezinárodní normalizační společností v roce 1987 je zkoumat procesy v různých zařízeních z pohledu kvality. Pokud jsou předepsané normy, které se v daném zařízení používají a respektují správně dodržovány, může dané zařízení získat certifikát kvality. Certifikace je postup, kterým certifikační orgán ISO poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces, služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Průběh certifikace je obdobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát, jenž obvykle platí tři roky v závislosti na certifikačním orgánu. Současně je každých šest měsíců prováděn tzv. dozorový audit, na jehož základě se ověřuje dodržování podmínek stanovených certifikací (Šupšáková, 2017). Cílem systému kvality je zdokonalit kvalitu péče poskytovanou v souladu s potřebami a nároky klientů.

V programu kontinuálního zvyšování kvality, Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2010 uveřejnilo v tzv. Akčním plánu aktuální cíle v kontinuálním zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je obsaženo v zákoně ČR č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Poskytovatel zdravotních služeb je tudíž povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (Šupšáková, 2017). Se vstupem České republiky do EU a zvyšováním požadavků vlády, médií a veřejnosti na kvalitu a bezpečnost péče se rapidně změnil postoj vrcholového managementu k akreditaci SAK ČR o.p.s. nebo k certifikaci ISO 9001:2000.

Kvalitu poskytované péče můžeme ve zdravotnickém zařízení zvyšovat např. pomocí indikátorů kvality a zavedením standardů ošetřovatelské péče do ošetřovatelské praxe, pravidelným prováděním interních auditů, sledováním výskytu dekubitů na jednotlivých odděleních, popř. vyhodnocovat výskyt pádů u pacientů na oddělení lůžkové péče.

Nemocnice Tábor a.s. je akreditované pracoviště, které se řídí pokyny SAK ČR o.p.s. SAK ČR o.p.s. je první organizace v ČR, která se začala zabývat kvalitou poskytování zdravotní péče, později i bezpečím pacienta, zdravotnických pracovníků, prostředí a mj. řízením rizik.

Specifické standardy této organizace se zaměřují na rizika medikačního procesu, stravovacího provozu, nozokomiálních infekcí, na identifikaci pacientů, zdravotnickou dokumentaci, likvidaci odpadů nebo na legislativou daný informovaný souhlas s poskytováním zdravotní péče, jako jsou řízení a správa, bezpečné prostředí, řízení lidských zdrojů a podobně.

Jedním z nejefektivnějších způsobů, jak prověřit managementem nastavený systém kvality ve zdravotnickém zařízení je provádění interních auditů. Audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces (Kapias, 2013). Audity poukazují na úspěchy, potvrzují dobrou praxi, jsou nezbytnou součástí dobrého fungování organizace a vyzdvihují oblasti, které je třeba dále rozvíjet. Kvalita je v praxi vymezena platnými právními předpisy, standardy, směrnicemi a příkazy managementu nemocnice. Ať se jedná o audity ošetřovatelské dokumentace, ošetřovatelské jednotky či audity orientované na dodržování akreditačních či ošetřovatelských standardů. Jestliže jsou i správně pochopeny a vyhodnoceny, jsou pro oddělení výborným průvodcem na cestě k excelenci (Vlasák, Šisler, 2013).

Organizace si pro interní účely provádějí pravidelné interní audity, které jsou také nazývány „audity první stranou“. Jsou prováděny interními zaměstnanci organizace (Vlasák, Šisler, 2013).

Specifickým auditem ve zdravotnictví, je audit „stopař“ (Kapias, 2013). Prověřování probíhá podle chorobopisu pacienta (otevřeného i uzavřeného) od přijetí pacienta do nemocnice po stanici, kde je nyní pacient hospitalizován, po propuštění, či úmrtí pacienta. Na pracovištích podílejících se na poskytování zdravotní péče pacientovi je prověřováno vše od bezpečnosti prostor, skladování léků, po řádné vedení zdravotnické dokumentace. Tento typ auditu se zaměřuje na zmapování kontinuity poskytované péče a časovou návaznost.

Externí audit je vždy prováděn externí akreditovanou firmou, je to tzv. „audit druhou stranou“ nebo „audity třetí stranou“. Audity druhou stranou provádí strany, které mají zájem na organizaci, například zákazníci, nebo jiné osoby z jejich pověření. Audity třetí stranou provádí externí nezávislé organizace. Tyto organizace provádějí certifikaci nebo registraci shody s požadavky ISO 9001.Výsledky auditu využívají i jiné organizace. Výsledky auditu jsou využívány i v rámci marketingové strategie nemocnice (Kapias, 2013).

Ošetřovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetřovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetřovatelské péče. Cílem auditu nikdy není hodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému či procesu a zajištění co nejrychlejší nápravy. Schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny jsou jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetřovatelských auditů. Mezi metody ošetřovatelského auditu patří pozorování sestry při práci, sběr statistických údajů, jako je hlášení mimořádných událostí, sledování dekubitů (Plevová, 2012).

EMPIRICKÁ ČÁST

V našem výzkumu jsme se zabývali audity zdravotnické dokumentace. Jako metodu výzkumu jsme použili retrospektivní obsahovou analýzu dokumentů. Čerpali jsme z výsledků jednotlivých auditů zdravotnické dokumentace, provedených v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 – 2016.

Výzkumným problémem bylo analyzovat, zdali je realizace interních auditů přínosem pro zvýšení kvality ve vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Tábor a.s.

Cílem výzkumu bylo zhodnotit přínos interních auditů na kvalitu vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 – 2016.

Druhým cílem výzkumu bylo analyzovat výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci na jednotlivých odděleních v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 – 2016.

První výzkumnou otázkou bylo, jaký je počet zdravotnické dokumentace s neshodou na jednotlivých odděleních v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 – 2016.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, v jakých auditních otázkách se vyskytlo nejvíce neshod ve zdravotnické dokumentaci v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 – 2016.

METODY A REALIZACE VÝZKUMU

Náměstek pro akreditační procesy vypracoval v roce 2014 roční plán interních auditů, podle kterého jsme auditovali 19 oddělení Nemocnice Tábor a.s.

Nemocnice Tábor a.s. se řídí pokyny SAK ČR, o.p.s., a tak jsme museli prověřit minimálně 5 % zdravotnické dokumentace vedené v NT. Kvalitně, komplexně a jednotně vedená zdravotnická dokumentace je předpoklad poskytování správné péče, správnému pacientovi, na správném místě a ve správný čas.

Zdravotnická dokumentace musí být vedena systematicky (časová posloupnost, data), záznamy do dokumentace musí být prováděny v reálném čase. Komplexní vedení dokumentace znamená soulad různých záznamů, důležitá je srozumitelnost (shodné definice, zkratky), pravdivé a čitelné záznamy.

V roce 2014 jsme analyzovali 1542 zdravotnických záznamů z celkově 20 061 hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Tábor a.s.

Analyzovali jsme výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci v letech 2014 - 2016 a současně v jakých auditních otázkách se v tomto období vyskytlo nejvíce a nejméně neshod v auditované zdravotnické dokumentaci. Také nás zajímalo, zda interní audity snižují výskyt neshod v auditované zdravotnické dokumentaci v Nemocnici Tábor a. s. v letech 2014 – 2016.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

V Nemocnici Tábor a. s. jsme analyzovali v letech 2014-2016 závěrečné zprávy z auditů zdravotnické dokumentace na jednotlivých odděleních. Následující výsledky výzkumu ukazují, na kterých odděleních došlo vlivem prováděných interních auditů ke snížení výskytu neshod v auditované zdravotnické dokumentaci a která oddělení měla ještě větší výskyt neshod, i přes prováděnou interní auditní činnost. Dále je z realizovaného výzkumu patrný výskyt neshod v jednotlivých auditních otázkách v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014-2016.

Tab. A1

AUDITOVANÁ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE NEMOCNICE TÁBOR V OBDOBÍ 2014/2016

Auditovaná zdravotnická dokumentace NT 2014-2016	2014				2015				2016				
Oddělení NT	Celkový počet hospitalizací na oddělení	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou	Podíl auditované zdravotnické dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou v %	Celkový počet hospitalizací na oddělení	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou	Podíl auditované zdravotnické dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou v %	Celkový počet hospitalizací na oddělení	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací	Auditovaná zdravotnická dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou	Podíl auditované zdravotnické dokumentace z celkového počtu hospitalizací s neshodou v %	Vývoj podílu neshod auditované zdrav. dokumentace 2014/2016 (nárůst + ; pokles -) v %
ARO	187	66	29	15,51	199	110	65	32,66	182	115	43	24,73	9,22
DĚTSKÉ	4062	68	6	0,15	3937	116	23	0,58	3796	120	5	0,13	-0,02
GYNEKOLOGIE	2110	59	29	1,37	2037	110	25	1,23	2125	110	24	1,13	-0,24
CHIRURGIE SOLF OO	4126	274	137	3,32	4023	269	74	1,84	3987	180	44	1,1	-2,22
INFEKČNÍ	575	117	100	17,39	650	110	22	3,38	645	60	1	0,16	-17,23
INTERNÍ SOLF IO	6013	294	96	1,6	5384	376	57	1,06	5387	494	24	0,45	-1,15
NEUROLOGIE	1229	177	30	2,44	1291	74	1	0,08	1369	30	1	0,07	-2,37
ONP I. a II.	765	123	61	7,98	789	110	22	2,79	697	170	102	14,63	6,65
ORTOPEDIE	1405	116	13	0,93	1475	75	4	0,27	1454	90	11	0,76	-0,17
PLICNÍ	1081	72	14	1,3	1114	81	27	2,42	1217	90	22	1,81	0,51
PSYCHIATRIE	442	114	9	2,03	431	96	3	0,7	424	122	17	4,01	1,98
REHABILITACE	517	62	20	3,86	546	110	11	2,01	621	121	22	3,54	-0,32
NEMOCNICE TÁBOR	20224	1542	544	2,69	19542	1637	334	1,71	19566	1702	316	1,62	-1,07

Zdroj : Ratajová , 2017

Na jednotlivých odděleních je rozdílný počet hospitalizovaných pacientů a odlišné množství auditovaných dokumentů, přesto je z výsledků výzkumu patrné, že oddělení s největším výskytem neshod ve zdravotnické dokumentaci je v roce 2014 infekční oddělení se 17,39 % a oddělení ARO s 15,51 % zjištění.

Naopak nejméně neshod ve zdravotnické dokumentaci zaznamenalo dětské oddělení s 0,15 %, které má plán ošetřovatelské péče přizpůsoben dětským pacientům a ortopedické oddělení s 0,93 % zjištění.

V roce 2015 zaznamenalo největší počet neshod opět oddělení ARO s 32,66 %, infekční oddělení snížilo výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci na 3,38 %.

Nejmenší výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci byl zjištěn na neurologickém oddělení, 0,08 %, a opět na ortopedii, pouze 0,27 % zjištění.

V roce 2016 se opakoval největší výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci na oddělení ARO, a to ve 24,73 %, a také na stanicích ONP I. a II., 14, 63 %. Mezi oddělení s nejmenším výskytem neshod patřilo opět neurologické oddělení s 0,07 % a infekční oddělení s 0,16 % zjištění.

Z tabulky A1 vyplývá, že v analyzovaném období 2014 – 2016 se podíl neshod v auditované dokumentaci Nemocnice Tábor a.s. vyvíjel pozitivně a celkově došlo k poklesu zjištěných neshod v auditované zdravotnické dokumentaci o 1,07 procentního bodu. Oddělení s největším podílem neshod v auditované zdravotnické dokumentaci je stále oddělení ARO. 9,22 %, výskyt podílu neshod ve zdravotnické dokumentaci se i přes nárůst počtu auditované dokumentace od roku 2014 do roku 2016 zvýšil.

Infekční oddělení se výrazně posunulo oproti roku 2014, kdy zde bylo zjištěno 100 neshod s podílem 17,39 % z celkem auditované zdravotnické dokumentace. V roce 2016 bylo infekční oddělení s 1 neshodou a s podílem 0,16 % nejúspěšnější a zaznamenalo pokles negativních zjištění v období 2014/2016 o celých 17,23 %.

Z provedeného výzkumu vyplývá posun v kvalitě vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Tábor a.s. v období 2014 - 2016 o 1,07 %, k celkovému zlepšení došlo u osmi oddělení z posuzovaných dvanácti.

Tab . A2 VÝSKYT NESHOD V AUDITNÍCH OTÁZKÁCH 2014 - 2016

Výskyt neshod v auditních otázkách za období 2014 - 2016	2014		2015		2016	
	Počet auditované zdravotnické dokumentace		Počet auditované zdravotnické dokumentace		Počet auditované zdravotnické dokumentace	
Otázky	1542		1637		1702	
Č. 1 - Je přepočítáno skóre nutričního screeningu dle **NT_SM_002** ?	18	1,17%	9	0,55%	24	1,41%
Č.2 - V případě, že pacient dle výsledku nutričního screeningu vyžaduje nutriční péči , je v dokumentaci „**Záznam nutričního terapeuta"** ?	16	1,04%	10	0,61%	24	1,41%
Č. 3 - Je v dokumentaci vyplněno **„ Ošetřovatelské vyšetření "** do 12 hodin ?	34	2,20%	49	2,99%	78	4,58%
Č. 4 - Je vypracován **„ Plán ošetřovatelské péče "** a stanovena ošetřovatelská diagnóza do 12 hodin od příjmu pacienta ?	0	0%	58	3,54%	108	6,35%
Č. 5 - Je správně hodnocena **„Realizace ošetřovatelského plánu "** ?	211	13,68%	61	3,72%	108	6,35%
Č. 6 - Má pacient, který je po operaci nebo má bolesti, založený formulář o **„ Hodnocení a monitoraci bolesti "** ?	13	0,84%	20	1,22%	113	6,64%
Č. 7 - Odpovídá **hodnocení a monitorace** bolesti **typu a intenzitě** bolesti dle **NT_SM_098** ?	188	12,19%	97	5,93%	76	4,47%
Č. 8 - Je dokumentace podání opiátů v souladu se **zákonnými předpisy** a **SOP č. 01** ?	24	1,56%	20	1,22%	35	2,06%
Č. 9 - Vznikne - li u pacienta potřeba edukace v ošetřovatelské péči, **má pacient** založen **edukační záznam** ?	137	8,88%	96	5,86%	35	2,06%

V tabulce A2 je uveden výskyt neshod v jednotlivých auditních otázkách ve zdravotnické dokumentaci na jednotlivých odděleních Nemocnice Tábor a.s. v letech 2014 – 2016. Ve sledovaném období postupně rostl počet auditované zdravotnické dokumentace z 1542 v roce 2014 na 1702 v roce 2016. K poklesu zjištěných neshod a k výraznému zlepšení vedení zdravotnické dokumentace, došlo u otázek č.5, č.7 a č.9., k nárůstu zjištěných neshod u otázek č.1, č.2, č.3, č.4, č.6 a č.8.

V otázce č.7 byl zaznamenán v roce 2016 největší pokles, celkem o 112 zjištění, tedy z 12,19 % na 4,47 %., v otázce č.5 o 103 zjištění, tedy ze 13,68 % na 6,35 % a v otázce č.9 o 102 zjištění, tj. z 8,88 % na 2,06 %

V roce 2016 se vyskytlo nejvíce neshod, celkem 113, v 6,64 % auditované zdravotnické dokumentace v auditní otázce č.6. Na druhém místě se nejvíce neshod, 108 zjištění a tedy 6,35 % objevilo v otázce č. 4. Stejný počet také v otázce č. 5.

Tyto dvě otázky byly v roce 2016 sloučeny, stejně tak jako otázka číslo 1 a 2. Z toho vyplývá, že má otázka číslo 1 a 2, stejně tak jako otázka 4 a 5 ve výsledné tabulce stejný výsledek. V roce 2014 a 2015 bylo 9 auditních otázek, v roce 2016 pouze 7 auditních otázek.

VYHODNOCENÍ DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Před zahájením obsahové analýzy dokumentů a po pečlivém nastudování dostupné literatury, jsme vyslovili výzkumný problém.

Výzkumným problémem bylo zanalyzovat, zda je realizace interních auditů přínosem pro zvýšení kvality ve vedení zdravotnické dokumentace. Z výsledků výzkumu bylo patrné, že na většině auditovaných odděleních se výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci v letech 2014 - 2016 vlivem prováděných interních auditů snížil, v Nemocnici Tábor a.s. celkem o 1,07%. Snížením výskytu neshod ve zdravotnické dokumentaci se zvyšuje kvalita vedení zdravotnické dokumentace. Tímto jsme splnili první cíl výzkumu.

Druhým cílem výzkumu bylo analyzovat výskyt neshod ve zdravotnické dokumentaci na jednotlivých odděleních v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014 - 2016. V roce 2014 byl na oddělení ARO počet auditované dokumentace s neshodou 29 dokumentů z 66 auditovaných dokumentů a z celkem 187 hospitalizovaných pacientů na tomto oddělení v roce 2014, to odpovídá výskytu neshod ve zdravotnické dokumentaci 15,51 %. V roce 2015 bylo

na oddělení ARO hospitalizováno 199 pacientů. Počet auditovaných dokumentů byl 110, z toho 65 dokumentů s neshodou, což odpovídá výskytu neshod 32,66%. Výskyt neshod se oproti minulému roku ještě zvýšil. V roce 2016 bylo na oddělení ARO hospitalizováno 182 pacientů. 115 zdravotnických dokumentů bylo auditováno a v 43 auditovaných dokumentech se vyskytla neshoda, což odpovídá výskytu neshod 24,73 %. Nárůst neshod na oddělení ARO byl za sledované období 9,22 %. Oddělení ARO bylo v letech 2014 - 2016 v Nemocnici Tábor a.s. oddělením s největším počtem neshod ve zdravotnické dokumentaci.

Oddělením s nejmenším počtem neshod ve zdravotnické dokumentaci v letech 2014 – 2016 bylo v Nemocnici Tábor a.s. Dětské oddělení, kde bylo v roce 2014 hospitalizováno 4062 dětí, z tohoto počtu hospitalizací bylo auditováno 68 zdravotnických dokumentů. V 6 dokumentech se vyskytla neshoda, což odpovídá výskytu neshod v auditované zdravotnické dokumentaci 0,15 %. V roce 2015 bylo na dětském oddělení hospitalizováno 3937 dětí. Auditováno bylo 116 zdravotnických dokumentů, z toho se neshoda vyskytla ve 23 dokumentech, což odpovídá výskytu neshod 0,58 %. V roce 2016 bylo na dětském oddělení hospitalizováno 3796 dětí, z celkového počtu hospitalizací bylo auditováno 120 zdravotnických dokumentů. V 5 zdravotnických dokumentech se objevila neshoda, což odpovídá výskytu neshod v auditované zdravotnické dokumentaci 0,13 %. Za analyzované období poklesl na dětském oddělení výskyt neshod v auditované zdravotnické dokumentaci o 0,02 %. Touto analýzou jsme splnili druhý cíl výzkumu. Popsali jsme oddělení s největším a naopak nejmenším výskytem neshod v auditované dokumentaci v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014-2016. Výskyt neshod v auditované zdravotnické dokumentaci na ostatních odděleních je patrný v přehledné tabulce A1. Současně jsme tímto odpověděli na první výzkumnou otázku, jaký je počet zdravotnické dokumentace s neshodou na jednotlivých odděleních v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014- 2016.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, v jakých auditních otázkách se vyskytlo nejvíce neshod ve zdravotnické dokumentaci v Nemocnici Tábor a.s. v letech 2014- 2016. V roce 2014 bylo nejvíce neshod v auditní otázce č. 5 (Je správně hodnocena realizace ošetřovatelského plánu?), výskyt neshod 13,68 %. Jedná se o nekompletně stanovené ošetřovatelské diagnózy. V průběhu analyzovaných let byl managementem Nemocnice Tábor a.s. formulář plánu péče přepracován a rozdělen na ošetřovatelský plán pro dlouhodobou hospitalizaci s větším množstvím ošetřovatelských diagnóz a formulář plánu péče pro krátkodobou hospitalizaci.

V roce 2015 byl největší výskyt neshod v auditované zdravotnické dokumentaci v auditní otázce č. 7 (Odpovídá hodnocení a monitorace bolesti typu a intenzitě bolesti dle NT-SM - 098?), výskyt neshod 5,93 %. Formulář o hodnocení a monitoraci bolesti byl v průběhu analyzovaných let také zjednodušen a upraven, aby se výskyt neshod snížil.

V roce 2016 byl největší výskyt neshod v auditované zdravotnické dokumentaci v auditní otázce č.6 (Má pacient, který je po operaci nebo má bolesti založený formulář o hodnocení a monitoraci bolesti?), výskyt neshod 6,64 %. Formulář o hodnocení a monitoraci bolesti se má dle vnitřního předpisu zakládat při vzniku bolesti, u pacienta bez bolesti formulář sestry nezakládají. Touto analýzou jsme dospěli k odpovědi na druhou výzkumnou otázku.

Při prováděných auditech jsme v průběhu analyzovaných let zjistili variabilitu v bodovém hodnocení auditorů.

Objevili jsme také variabilitu v zakládání edukačního záznamu u pacientů v průběhu hospitalizace. Ve vnitřním předpisu Nemocnice Tábor a.s. je managementem uvedeno, že edukační záznam se u pacienta zakládá v případě vzniku potřeby edukace. Některá oddělení edukační záznam neměla založen v žádné auditované zdravotnické dokumentaci, neboť edukace, například pooperační rehabilitace, dechová rehabilitace a jiné je dle sdělení staniční sestry součástí ošetřovatelské péče a edukační záznam zakládají pouze pokud handicap přetrvává i v domácím prostředí po propuštění z nemocnice domů, jako například u diabetiků a pacientů se stomickými pomůckami. Zde bude management muset určit ve směrnici direktivněji pravidla zakládání edukačního záznamu, aby se na jednotlivých odděleních zabránilo variabilitě a výsledky prováděných auditů byly validní.

V současné době pracuje náměstkyně pro akreditační procesy na přepracování a zjednodušení ošetřovatelské dokumentace pro standartní oddělení. V plánu na rok 2018 je přepracování a zjednodušení ošetřovatelské dokumentace pro jednotky intenzivní péče a oddělení ARO.

DISKUSE

Zavádění systému kvality do českého zdravotnictví reflektuje vývoj, který byl v zahraničí iniciován od padesátých let 20.století. Pacienti vyžadují standardizované ošetřovatelské služby a zdravotnické instituce jsou schopné jejich kvalitu prokázat.

Z výzkumného šetření Svobodové z roku 2013 je patrné, že více než dvě třetiny zdravotnických zařízení nemocničního typu mají dlouhodobou strategii pro implementaci a udržení některého ze systémových nástrojů kvality. Pouhých 8 % pracovišť koncepci managementu připravenou nemá. Implementace systému managementu kvality ve zdravotnickém zařízení je náročný proces, který vyžaduje velké zásahy do chodu organizace. Za zavádění systému kvality je zodpovědný některý ze zaměstnanců vrcholového managementu, nejčastěji manažer kvality. Tato pozice je ve zdravotnických zařízeních ustanovena již více než pět let.

Z výzkumů Svobodové z roku 2013 je zřejmá také skutečnost, že 30 % zdravotnických zařízení implementuje systém managementu kvality ve svém zdravotnickém zařízení samostatně a 30 % zdravotnických zařízení tento systém zavádí ve spolupráci se specializovanou společností.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků výzkumu navrhujeme tato doporučení pro praxi, která jsme pro lepší přehlednost rozdělili následovně.

Doporučení pro management

Formálně a obsahově přepracovat interní směrnice nemocnice v souladu s platnými právními předpisy a ISO 690.

Soustavně monitorovat kvalitu a efektivitu ošetřovatelské péče a RBC (sběr výskytu dekubitů, výskyt nežádoucích událostí, výskyt pádů, uložení rizikových lék apod.).

Zajistit zpětnou vazbu na nedostatky v provedených interních auditech na jednotlivých odděleních.

Vydávat komparativní zprávy o výkonnosti konkrétních odděleních a tím povzbuzovat soutěživost (vnitřní intranet - KYTKA).

Motivovat pracovníky k poskytování kvalitní a bezpečné péče v souladu se zavedenými standardy ošetřovatelské péče a vytvářet pro personál příjemné pracovní prostředí.

Zajistit jednotný postup při hodnocení výsledků interních auditů dle směrnice Postup interního auditu ošetřovatelské dokumentace č. NT-SOP-76.

Vytvářet standardy ošetřovatelské péče a implementovat je do praxe.

Doporučení pro vedoucí sestry

Podílet se na úpravě ošetřovatelské dokumentace pro dané oddělení.

Informovat personál o zavedeném systému managementu kvality v daném zdravotnickém zařízení a jeho významu.

Soustavně edukovat všechny zaměstnance o nutnosti implementace ošetřovatelských standardů do ošetřovatelské praxe.

Podporovat profesionální a osobní odpovědnost sester při poskytování ošetřovatelské péče.

Seznámit personál s výsledky prováděných interních auditů ošetřovatelské dokumentace a oddělení, případné nedostatky odstranit a sjednat nápravná opatření.

Doporučení pro sestry

Poskytovat kvalitní a bezpečnou péči o pacienta dle směrnic a standardů dané managementem zdravotnického zařízení.

Pravidelně se seznamovat s nově vydanými standardy ošetřovatelské péče a vždy je dodržovat.

Seznamovat se s výsledky provedených interních auditů uvedených na vnitřním intranetu KYTKA a snažit se odstranit chyby v předešlých auditech.

Vést správně ošetřovatelskou dokumentaci podle směrnic daných zdravotnickým zařízením.

Podílet se na validním sběru dat týkajících se poskytování kvalitní ošetřovatelské péče.

Soustavně se vzdělávat a zvyšovat své vědomosti a odbornosti v oblasti zdravotnického práva a zvyšování kvality ošetřovatelské péče.

ZÁVĚR

Nároky na kvalitní péči se neustále zvyšují, a proto je třeba vytvořit efektivní zdravotnický systém, do kterého je zapojen celý ošetřující tým. Jedním z nástrojů pro zajištění kvality jsou interní audity.

Naším výzkumným problémem bylo zjistit, zdali je realizace interních auditů přínosem pro zvýšení kvality ve vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Tábor a.s. Provedeným

výzkumem, ve kterém jsme použili metodu retrospektivní analýzy dokumentů, jsme zjistili, že interní audity skutečně zvyšují kvalitu vedení zdravotnické dokumentace, čímž jsme splnili první cíl průzkumu. Analyzovali jsme závěry z průzkumného šetření vyplynulo, že interní audity jsou přínosné pro dané zdravotnické zařízení a patří k jednomu z nejdůležitějších nástrojů ke zjišťování kvality poskytované péče. Na zvyšování kvality poskytované péče se musí kromě managementu podílet celý ošetřující tým. Kvalita poskytované péče je stupněm dokonalosti každého zdravotnického zařízení.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT 2002. Česká technická norma, ČSN ISO/TR 10013, Praha 2002. *Směrnice pro dokumentaci systému managementu*. První vydání 2001 -07-15, s. 24.

KAPIAS, P. 2013. *Interní auditor ve zdravotnickém zařízení.* 6.vydání, Ostrava, 2013, 43 s. ISBN neuvedeno.

PLEVOVÁ, I. a kolektiv 2012. *Management v ošetřovatelství.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

VLASÁK, V., ŠISLER, J. 2013. *Interní auditor IS.* CIS Certification and Information Security Services. 2013, s. 67. ISBN neuvedeno.

SVOBODOVÁ, D. 2013.*Systémy řízení a zajišťování kvality ve zdravotnických zařízeních*: disertační práce. Olomouc : Univerzita Palackého, lékařská fakulta, 2013, 170 s.

ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb.* Praha : Grada Publishing, a.s. 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-9673-9.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. [citované 2013-08-06]. Dostupné na internetu:<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Kontaktní údaje autorky:
Bc. Radka Ratajová
Zaluží 38
39002 Tábor
Tel.: +420777590083
E-mail: Ratajova.R@seznam.cz

PARTICIPÁCIA SESTIER NA PREVENCII A AKTIVITÁCH V OBLASTI PODPORY ZDRAVIA

RAKOVÁ Jana

ABSTRAKT

V príspevku analyzujeme problematiku prevencie a podpory zdravia na jednotlivých úrovniach a približujeme možnosti preventívnych stratégií realizovaných sestrou v ošetrovateľskej praxi. *Cieľ:* Zistiť teoretické znalosti sestier a identifikovať ich aktívnu participáciu na aktivitách prevencie a podpory zdravia súvisiacich s každodenným výkonom ich profesie v ambulantných klinických podmienkach. *Metodika:* Súbor tvorilo 92 sestier pracujúcich v ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých v Košiciach. Priemerný vek sestier bol 42,9 rokov. Priemerná dĺžka odbornej praxe sestier bola 17,08 rokov. Dáta boli analyzované a interpretované metódami deskriptívnej štatistiky. *Výsledky:* Sestry s vysokoškolským vzdelaním a vyšším odborným vzdelaním v našom súbore preukázali vyššiu úroveň poznatkov v oblasti prevencie a podpory zdravia a rovnako častejšie participovali na edukačných aktivitách v tejto oblasti v porovnaní so skupinou sestier so stredoškolským vzdelaním. *Záver:* Navrhujeme pozitívne pôsobiť na vzdelávanie sestier v oblasti prevencie a podpory zdravia s viditeľným benefitom pre sestry a najmä pre pacientov. Pozornosť upriamujeme aj na možné posilnenie kompetencií sestier pri uskutočňovaní efektívnych edukačných intervencií v ošetrovateľskej praxi.

Kľúčové slová: Edukačné intervencie. Podpora zdravia. Prevencia. Sestry.

ÚVOD

Sestra spolu s ďalšími členmi zdravotníckeho tímu sa svojou činnosťou a realizovanými intervenciami podieľajú na stratégiách smerovaných na oblasť primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie ako aj na starostlivosti o zdravých i chorobami ohrozených jedincov, rodín a komunít. V prípade potvrdenia choroby je ošetrovateľská starostlivosť sústredená na uspokojovanie potrieb chorého a na dosiahnutie čo najvyššej miery jeho

sebestačnosti. V prípade zdravého človeka je starostlivosť zo strany zdravotníckych profesionálov zameraná na prevenciu, ochranu, podporu a udržanie zdravia.

Podpora zdravia (*Health Promotion*) predstavuje dôležitý aspekt v starostlivosti o zdravie. Môžeme ju definovať ako proces umožňujúci ľuďom vykonávať kontrolu a zlepšovať svoje zdravie. Podpora zdravia smeruje k tomu, aby ľudia sami vedeli čo im škodí a čo je pre nich dobré (na základe všeobecného vzdelania a zdravotného uvedomenia, zdravotnej gramotnosti) a aby sa pre správne aktivity vedome rozhodli. Podľa WHO a Ottawskej Charty k oblastiam aktivít podpory zdravia Guliš a kol. (1999, s. 15-19) radia: zdravotný skríning, podpora zdravého správania, intervencie organizácií, bezpečné/fyziologické prostredie, sociálne podmienky a blahobyt (napr. programy ukončenia fajčenia na pracovisku, programy na zvládanie stresu, zdravá výživa, cvičenie...). Strategický rámec podpory zdravia tvorí 5 základných prvkov: podpora politiky verejného zdravia, tvorba podporného prostredia, posilnenie účasti verejnosti, zlepšovanie osobných schopností (napr. zdravý spôsob života) a reorientácia zdravotníckych služieb (Rovný, 2005).

Podpora zdravia, ochrana zdravia (*Health Protection*) a rozvoj zdravia (*Health Development*) prispievajú k znižovanou nerovností v zdraví (Jurkovičová, 2005). Podpora zdravia úzko súvisí s prevenciou chorôb a je určite nápomocným prvkom pri prevencii chorôb.

Prevencia chorôb (*Disease Prevention*) je spojená s opatreniami, ktorými sa chorobe nielen predchádza, ale ide aj o opatrenia, ktoré zastavia postup ochorenia a znížia jeho dôsledky v prípade výskytu (Kelčíková, 2013). Prevenciu môžeme deliť z viacerých hľadísk. Na základe času, kedy je vykonávaná, hovoríme o primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii. Súbor opatrení určených na zníženie výskytu určitej choroby v definovanej populácii tým, že sa chránia osoby chorobou ešte nepostihnuté definujeme ako primárna prevencia. Je určená bez rozdielu deťom, mladým ľuďom, seniorom, ohrozeným, ale aj bezprostredne neohrozeným účastníkom. Sekundárna prevencia zahŕňa opatrenia určené na včasnú diagnostiku a efektívnu liečbu choroby kvôli zmenšeniu jej závažných následkov. Terciárna prevencia je založená na opatreniach zabraňujúcich invalidizácii pacientov a na rehabilitačných postupoch. Má predchádzať zhoršovaniu stavu už vzniknutých problémov alebo porúch, brániť ich recidívam. Realizuje sa v úzkom vzťahu s liečebnou činnosťou alebo výchovným a terapeutickým pôsobením.

Podporné, udržujúce prostredie (*Supportive Environments*) je prostredím udržujúcim zdravie jednotlivca tým, že ponúka ochranu pred ohrozením zdravia a umožňuje rozširovať schopnosti a rozvíjať sebadôveru v otázkach zdravia (Kelčíková, 2013). Úlohou a poslaním zdravotníckych pracovníkov je správne a včas diagnostikovať ochorenia, rýchle a bez následkov ich vyliečiť a byť pacientom nablízku radou a pomocou pri starostlivosti o zdravie. Sestra pracujúca v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých posudzuje zdravotný stav pacienta v rámci preventívnych prehliadok. Podieľa sa na hodnotení zdravia, zbiera anamnestické údaje, sleduje a zaznamenáva fyziologické funkcie, realizuje edukáciu tykajúcu sa rizikových faktorov, orientačne hodnotí sociálnu situáciu pacienta. Stanovenie obsahu a časového rozpätia preventívnych prehliadok je legislatívne stanovené (Sikorová, 2012, zákon SR č. 577 /2004 Z.z.). Zdravotná výchova sa prelína s podporou zdravia. Vychádza z edukačného úsilia sestier snažiacich sa o zmenu životného štýlu. Cieľom edukačných činností sestier v rámci zdravotnej výchovy je poskytnúť pacientom a rodinným príslušníkom dostatok informácií o možnostiach a spôsoboch starostlivosti o zdravie (Bašková a kol., 2009).

Vyššie uvedené a zadefinované pojmy sa stali ústrednou témou prieskumu, ktorý sme uskutočnili u sestier v podmienkach ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Primárnym cieľom bolo zistiť úroveň teoretických poznatkov sestier pracujúcich vo všeobecných ambulanciách pre dospelých v Košiciach o problematike prevencie a podpory zdravia a rovnako sme chceli identifikovať ich aktívnu účasť na realizácii prevencie a aktivitách podpory zdravia v ich ambulantnej ošetrovateľskej praxi.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SÚBORU

Na zber údajov bola použitá kvantitatívna dotazníková metóda. Neštandardizovaný dotazník bol distribuovaný 103 sestrám pracujúcim v ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých v Košiciach v mesiacoch 12/2015 – 01/2016. Oslovené sestry sa mohli dobrovoľne rozhodnúť pre spoluprácu, návratnosť dotazníkov bola 84%, spolu sa zapojilo 92 sestier.

Priemerný vek sestier bol 42,9 rokov. Priemerná dĺžka odbornej praxe sestier bola 17,08 rokov. Z hľadiska vzdelania v súbore prevažovali sestry so stredoškolským vzdelaním

(n=56, 60%) a druhú skupinu tvorilo 36 sestier (40%) s ukončeným vysokoškolským vzdelaním I. a II. stupňa (Bc., Mgr.) a s vyšším odborným vzdelaním (VOV).

Dáta boli analyzované metódami deskriptívnej štatistiky. Na hodnotenie rozdielov medzi vedomosťami sestier a realizáciou opatrení v oblasti prevencie a podpory zdravia podľa ich vzdelania bol použitý chi2 test. Štatistické testy boli hodnotene na hladine významnosti 5%.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Úroveň teoretických poznatkov v oblasti prevencie a podpory zdravia bola u sestier overovaná otázkami, ktoré boli zamerané v prvom rade na oblasť realizácie preventívnych prehliadok v ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých. Nemcová, Hlinková a kol. (2010) uvádzajú, že pôsobenie sestier v ambulancii všeobecného lekára je ideálnou pôdou na motiváciu zdravých aj chorých ľudí k prevencii. Motivovať znamená predovšetkým viesť ľudí k prevzatiu zodpovednosti za svoje zdravie. Viesť pacientov k tomu, aby nečakali, že ich zdravotníci budú predvolávať na preventívne prehliadky, ako to bolo kedysi. S prevenciou je nevyhnutné začať od detstva a pokračovať počas celého života človeka.

Tab. 1 zobrazuje odpovede sestier v nami sledovanom súbore na frekvenciu nároku preventívnej prehliadky podľa súčasnej legislatívy v SR pre každého občana/pacienta. Tento fakt bol sestrám dobre známy, čo sme predpokladali, keďže by to mala byť pre sestry rutinná záležitosť a Masár a kol. (2014) identifikujú periodické preventívne prehliadky ako základný pilier preventívnej zdravotnej starostlivosti v ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých. Prekvapivé boli nesprávne uvedené odpovede pri konkrétnom opise súčastí preventívnej prehliadky, kde 40 sestier (71%) v skupine so stredoškolským vzdelaním nevedelo, že tam komplexne patrí vyšetrenie krvi, moču, stolice, kontrola očkovania, meranie tlaku krvi a edukácia.

V otázke, ktorá smerovala k vyšetreniu cholesterolu v krvi bolo menej presných odpovedí opäť u sestier so stredoškolským vzdelaním. Zdravotné uvedomenie ľudí v oblasti rizikových faktorov životného štýlu je výsledkom dobrého zdravotného stavu pre celú spoločnosť. Príležitosti k iniciácii a motivácii k zdravému životnému štýlu majú zdravotnícki pracovníci. Môžu poradiť, viesť, odpovedať na otázky (Štefková, Zamboriová, 2015).

Problematika okultného krvácania bola zrejmá pre obe skupiny sestier a odpovedali presvedčivo, že na ňu majú nárok poistenci starší ako 50 rokov ako aj poistenci s pozitívnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka.

EKG vyšetrenie ako súčasť preventívnej prehliadky sa vykonáva pacientom po dovŕšení 40 roku veku. Táto informácia sa ukázala ako nie celkom jasná pre sestry so stredoškolským vzdelaním, kde 16 z nich (29%) uviedlo nesprávnu odpoveď.

Záznam o gynekologickej preventívnej prehliadke by mal byť súčasťou záznamu o vykonanej preventívnej prehliadke, ale v skutočnosti vieme, že tento údaj v dokumentácii žien mnohokrát absentuje a tu sa preukázala aj neznalosť 26 sestier (28%) z celkového súboru. S uvedeným súvisí aj názor Borovského (2015), ktorý uvádza, že preventívnu gynekologickú prehliadku absolvuje ročne len 20-30% žien na Slovensku a tým sa vytvára príležitosť poukázať na potrebu aktívnejších edukačných stratégií zo strany sestier v tejto oblasti. Na druhej strane je nevyhnutné aj sústavné vzdelávanie v profesii, čo korešponduje s vyjadrením Zamboriovej, Štefkovej (2016), ktoré popisujú, že rozvíjajúce sa ošetrovateľské povolanie vyžaduje vzdelané a kompetentné sestry, ktoré budú schopné profesionálnej starostlivosti. U pacientov mužského pohlavia sa od 50 roku života realizuje urologická prehliadka ako súčasť preventívnej prehliadky a tiež tu patria aj muži od 40 roku veku ak sa v ich prvostupňovom príbuzenstve vyskytlo ochorenie karcinóm prostaty (zákon SR č. 577/2004 Z.z.). V týchto odpovediach sestier môžeme tiež vidieť absenciu vedomostí (17 nesprávnych odpovedí – sestry s VŠ+VOV, 16 nesprávnych odpovedí sestry zo SZŠ).

Tab. 1 Informovanosť sestier o preventívnych opatreniach v ambulantnej starostlivosti

otázka	celkový počet odpovedí			
	VŠ+VOV (n=36)		**SZŠ (n=56)**	
	správne	nesprávne	správne	nesprávne
nárok na preventívnu prehliadku	36	0	55	1
súčasť preventívnej prehliadky	32	4	16	40
odber krvi na vyšetrenie cholesterolu	34	2	34	22
okultné krvácanie	36	0	55	1
vyšetrenie EKG	32	4	40	16
gynekologická prevencia	30	6	33	23
urologická prevencia	19	17	40	16

Z tab. 2 je zrejmé, že sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzdelaním v našom súbore mali štatisticky významne vyššiu úroveň poznatkov o problematike prevencie a podpory zdravia v porovnaní so sestrami so stredoškolským vzdelaním (p = 0,048).

Tab. 2 Úroveň poznatkov sestier o prevencii v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

úroveň poznatkov		n=36 VŠ + VOV	n=56 SZŠ
vysoká 7-6 bodov	**n**	**30**	**33**
	RP E	32,61% **24,65%**	35,87% **38,35%**
stredná 5-4 bodov	**n**	**2**	7
	RP **E**	2,17% **3,52%**	7,61% **5,48/%**
nízka 3-0 bodov	**n**	**4**	**16**
	RP **E**	4,35% **7,83%**	17,39% **12,17**
df	2		
kritická hodnota	5,991		
testovacie kritérium $\chi 2$	6,064		
p-value	**0,048336**		

Legenda: df - stupeň voľnosti, n - početnosť, RP - relatívna početnosť, E - očakávaná početnosť

Edukačná činnosť je neoddeliteľnou súčasťou práce sestry a môže výrazným spôsobom zvýšiť zdravotné uvedomenie a compliance pacienta. Podmienkou však je, aby sestra edukáciu vykonávala na profesionálnej úrovni. Edukácia predstavuje dôležitú súčasť všetkých ošetrovateľských činností (Hulková, 2016). Konkrétna edukačná činnosť sestry v ambulantnej starostlivosti ako intervencia v oblasti prevencie a podpory zdravia bola skúmaná z hľadiska poskytovania informácií o samovyšetrovaní prsníkov u žien a semenníkov u mužov. Môžeme konštatovať, že sestry s vysokoškolským vzdelaním a vyšším odborným vzdelaním štatisticky významne častejšie (p=0,001) realizujú túto edukačnú intervenciu v ošetrovateľskej praxi, o čom svedčia aj výsledky v tab. 3. Obročníková, Majerníková (2012) na základe výsledkov štúdie v oblasti onkologickej prevencie interpretujú, že sestry by mali viac venovať edukačnú pozornosť oblastiam osvojenia zručností v self-detekčných technikách a poznaniu suspektných symptómov nádorových ochorení, čo súhlasí aj s našimi zisteniami.

Tab. 3 Realizácia intervencií I. v oblasti prevencie a podpory zdravia zo strany sestier

Otázky/Odpovede		Áno		Skôr áno		Nie		Skôr nie		Chi2 test	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Poskytovanie informácií o samovyšetrovaní prsníkov	**1**	24	67	4	11	3	8	5	14	15,842	**0,001**
	2	20	36	18	32	16	28	2	4		
Poskytovanie informácií o samovyšetrovaní semenníkov	**1**	12	33	18	50	2	6	4	11	15,589	**0,001**
	2	21	38	9	16	17	30	9	16		

Legenda: 1 – vysokoškolské + vyššie odborné vzdelanie (VŠ+VOV), 2 – stredoškolské vzdelanie (SZŠ)
p – hladina významnosti 0,05

Dosiahnutie a udržanie štandardu ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestier spektrum nových vedomostí a poznatkov predovšetkým vo vzťahu k potrebným intervenciám, ktoré sprevádzajú chorobu a zdravie jedinca alebo skupiny. V roku 2013 boli revidované kompetencie sestry na základe Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ, ku ktorým prináša stanovisko Kilíková (2016) a my sústredíme pozornosť najmä na spôsobilosť sestry prakticky učiť jednotlivcov, rodiny a skupiny ľudí zdravému životnému štýlu a starostlivosti o seba na základe vedomostí a zručností. Rovnako podstatnou pre sestru je aj schopnosť samostatne poradiť, dať odporúčania a poskytovať pomoc osobám, ktoré potrebujú starostlivosť a ich blízkym, neopomínajúc jej schopnosť odborne komunikovať a spolupracovať s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve. Výchova k zdraviu a podpora zdravia je jednou z ústredných úloh Poradní zdravia, cez ktoré je možná kooperácia sestier s odborom verejného zdravotníctva a inými rezortmi. Cieľom Poradní zdravia ako aj edukačných intervencií v rámci sesterských intervenčných programov v praxi je zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov ovplyvňovaním kardio-metabolických rizikových faktorov a to najmä prostredníctvom úpravy spôsobu života. Odporúčania na tieto zdraviu prospešné Poradne zdravia (p=0,000) dávali v našom súbore predovšetkým sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzdelaním a táto skupina sestier bola viac aktívnejšia aj v prospech edukačnej aktivity s príbuznými pacienta (p=0,002).

Tab. 4 Realizácia intervencií II. v oblasti prevencie a podpory zdravia zo strany sestier

Otázky/Odpovede		Často		Niekedy		Nikdy		Chi2 test	p
		n	%	n	%	n	%		
Poskytovanie informácií o možnosti bezplatnej návštevy Poradne zdravia	1	7	20	21	58	8	22	15,292	**0,000**
	2	8	14	13	23	35	63		
		Vždy		Niekedy		Nikdy			
Realizácia edukácie príbuzných pacienta v oblasti prevencie a podpory zdravia	1	30	84	3	8	3	8	11,741	**0,002**
	2	29	52	23	41	4	7		

Legenda: 1 – vysokoškolské + vyššie odborné vzdelanie (VŠ+VOV), 2 – stredoškolské vzdelanie (SZŠ)
p – hladina významnosti 0,05

ZÁVER

Zdravie a ľudské správanie sú navzájom prepojené a preto zdravý spôsob života podporuje zdravie. Kvalitná prevencia je súčasťou práce sestry no vyžaduje si odbornosť, autonómnosť a zodpovednosť (Zrubcová a kol., 2006). Súčasný nárast záujmu rôznych spoločensko-vedných disciplín o problematiku prevencie a podpory zdravia sa spája s ohrozeniami súvisiacimi s kultúrno-civilizačnými zmenami, ale aj zmenami životného prostredia. Zdravie sa stáva čoraz viac cennou hodnotou celoživotnej výchovy a vzdelávania. Sestra nie je len v role eukátorky pri výkone ošetrovateľskej praxe, ale podľa Dimunovej (2011) sa stáva aj edukantom v oblasti formovania postojov k vlastnému zdraviu.

V súčasnosti je zdôrazňovaná komplexná, holistická a humánna zdravotná starostlivosť. Pacienti majú záujem o všestrannú starostlivosť a uspokojovanie potrieb na jednom mieste v rovnakom čase, tým istým lekárom a sestrou. Medzi ich očakávania patrí schopnosť zdravotníckeho tímu podieľať sa na riešení zdravotných problémov, respektíve liečbe ako aj schopnosť podporovať ich zdravie a odporučiť strategické plány k udržaniu zdravia alebo poskytovať starostlivosť pri dlhej chorobe. Starostlivosť na ambulancii všeobecného lekára tieto atribúty spĺňa (Bendová, Kaňuch, 2011) a sestra tu má v posilňovaní fyzickej, mentálnej i sociálnej dimenzie zdravia nezastupiteľnú úlohu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu.* Martin : Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

BENDOVÁ, J. KAŇUCH, J. 2011. *Všeobecné preventívne a vyhľadávacie postupy pri nádorových ochoreniach v primárnej starostlivosti.* Odporučený diagnostický postup pre všeobecných praktických lekárov. Slovenská lekárska spoločnosť, Spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Slovenská onkologická spoločnosť, Liga proti rakovine. 2011. 22 s.

BOROVSKÝ, M. 2015. Prístup slovenských žien k problematike rakoviny krčka maternice. In *Newslab* 2015, roč. 2, č. 1, s. 55-66.

DIMUNOVÁ, L. 2011. Vplyv pracovného prostredia na výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov u sestier. In Katreniaková, Z. (ed.) *Zdravie vo všetkých politikách.* Košice : Eguilibria, 2011. s. 75-82. ISBN 978-80-89284-45-0.

GULIŠ, G. a kol. 1999. *Podpora zdravia*. Bratislava : NCPZ, 1999. 266 s. ISBN 80-7159-122-X.

HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve.* Praha : Grada Publishing a.s, 231 s. ISBN 978-80-271-0063-7.

JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť?* Bratislava : UK, 2005. 166 s. ISBN 80-223-2132-X.

KELČÍKOVÁ, S. 2013. *Koncept podpory zdravia v edukácii pacienta.* 2. dopl. vyd. Martin : JLF UK, Ústav pôrodnej asistencie, 2013. 75 s. ISBN 978-80-8954-56-1.

KILÍKOVÁ, M. 2016. Vzájomné uznávanie odbornej kvalifikácie v povolaní sestra v znení smernice Rady Európy. In Bydžovský, J., Kalátová, D. (eds.) *Sbírka odborných prací ošetřovatelství a sociální práce k 10. výročí příbramského pracoviště Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.* Příbram : Ústav sv. J. Nepomuka Neumanna, 2016. s. 93-96. ISBN 978-80-88206-00-2.

MASÁR, O. a kol. 2014. *Vybrané kapitoly zo všeobecného lekárstva pre študentov medicíny.* Bratislava : UK, Lekárska fakulta, 2014. 173 s. ISBN 978-80-225-89553-28-0.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

OBROČNÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2012. Quo vadis onkologická prevencia? In Derňárová, ľ., Jakubíková, M., Mikuľáková, W. et al. *Quo vadis zdravotníctvo*. 2012. s. 434-442. ISBN 978-80-555-0698-2.

ROVNÝ, I. 2005. *Verejné zdravotníctvo a stratégia jeho rozvoja. IV. Príloha národného programu podpory zdravia ako jedna z priorít.* Bratislava : MZ SR, 2005, 20 s.

SIKOROVÁ, L. 2012. *Detská sestra v primární a komunitní péči.* Praha : Grada Publishing a.s., 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

ŠTEFKOVÁ, G., ZAMBORIOVÁ, M. 2015. Sledovanie rizikového faktora životného štýlu v primárnej zdravotnej starostlivosti. In Hrindová, T., Samecová, K. (eds.) *Starostlivosť o psychiatrického pacienta v 21. storočí.* 2015. s. 79-87. ISBN 978-80-89542-53-6.

ZAMBORIOVÁ, M., ŠTEFKOVÁ, G. 2016. Rozvíjanie kľúčových kompetencií v pregraduálnom vzdelávaní sestier. In Malach, J., Červenková, I., Chmura, M. *Pokroky v hodnocení klíčových kompetencí.* Ostrava : OU, 2016. s. 105-122. ISBN 978-8-7464-866-3.

ZRUBCOVÁ, D. a kol. 2006. Zdravotno - výchovne aktivity študentov ošetrovateľstva pre obyvateľov mesta Nitry. In *Ošetrovateľstvo a výchova ku zdraviu.* Trenčín : Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva TU A. Dubčeka. 2006. s. 213-214. ISBN 80-8075-13-07.

Kontaktná adresa autorky:
PhDr. Jana Raková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva LF UPJŠ,
Tr. SNP 1, Košice
janka.rakova@gmail.com

MOTIVÁCIA SESTIER PRACOVAŤ V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

ROTTKOVÁ Jana

ABSTRAKT

Motivácia sestier zotrvať v ošetrovateľskej praxi je v súčasnej dobe s extrémnym nedostatkom sestier, kľúčovou problematikou. Cieľom nášho príspevku je poukázať na motivačné a demotivačné faktory a ich vplyv na sestry. Empirické údaje sme získali formou dotazníka vlastnej konštrukcie. Prieskum bol realizovaný v spolupráci so sestrami Univerzitnej nemocnice Bratislava. Výsledky potvrdili významný vplyv motivácie na prácu sestier. Ako najvýznamnejšie motivačné faktory sa preukázali prosociálne motívy a ochota pomáhať ľuďom z náboženského alebo morálneho presvedčenia. Ako najvýznamnejšie demotivačné faktory sa preukázali psychická a fyzická vyčerpanosť. Na základe štúdia literatúry a výsledkov nášho prieskumného šetrenia môžeme konštatovať, že motivácia sestier je kľúčový parameter pre rozhodovanie sestier zotrvať v ošetrovateľskej praxi.

Kľúčové slová: Motivácia. Ošetrovateľská prax. Profesia sestry.

ÚVOD

Štatistiky ukazujú, že postupom času sa začínajú čoraz častejšie objavovať správy o nedostatku a nespokojnosti sestier na Slovensku. Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť môžu poskytovať iba vtedy, keď sú dostatočne motivované pre prácu a tak zvýšiť celkovú kvalitu zdravotnej starostlivosti. Súčasná pozornosť by sa mala stále viac zameriavať na vytvorenie takého prostredia, ktoré obmedzí fluktuáciu zdravotníckych pracovníkov a tak zabráni problémom prameniacich z ich nedostatku. Na vykonávanie ošetrovateľskej praxe významne vplýva motivácia a jej faktory. Tieto faktory rozlišujeme na motivačné a naopak. Slovo motivácia pochádza z latinského pojmu “movere”, čo znamená hýbanie sa, pohybovanie sa. Dnes sa chápe ako dôležitý faktor úspechu a požiadavka na veľké množstvo pracovných pozícií (Brown, 2007). Motivácia je vnútorný stav duše človeka, ktorý ju aktivuje alebo uvádza do pohybu. Je to všeobecný pojem označujúci celú triedu rôznych snažení, túžob, potrieb, prianí a úsilia. Sú to vnútorné hnacie sily, ktoré spúšťajú celý reťazec reakcií.

Pocit potreby dáva vzniknúť zodpovedajúcim prianiam, ktoré vytvárajú určité napätie a vedú k vzniku aktivít smerujúcich k dosiahnutiu cieľa (Steel, Piers, 2006). Je dôležité zaoberať sa tým, prečo vlastne ľudia pracujú, čo ich k tomu vedie, či sa jedná len o čisto existenčné dôvody alebo je tých dôvodov omnoho viac. Pre zdravého človeka je pracovať tak isto prirodzené ako hra, odpočinok alebo spánok. Každý človek, ktorý niečo robí, má na to svoje dôvody. Motivácia je silou určujúcou aktivitu, dynamiku, flexibilitu a adaptabilitu. Záujmy môžu byť napr. poznávacie, estetické, sociálne, prírodné, obchodné, technické, výtvarné a pod. Motivovaní ľudia robia, hľadajú, budujú, snažia sa niečo dosiahnuť. V pracovnej činnosti sú motívy veľmi dôležité pre efektivitu práce. Aká bude motivácia, také budú aj výkony pracovníkov (Mikuláštík, 2007). Hlavnou úlohou zamestnávateľských organizácií – nemocníc, by preto malo byť udržanie svojich sestier vysoko motivovaných a naladených v prospech pacienta.

CIELE

Cieľ 1: Zistiť, ktorý z motivačných faktorov najviac vplýva na motiváciu sestier pracovať v ošetrovateľskej praxi.
Cieľ 2: Zistiť, ktorý z demotivačných faktorov najviac vplýva na motiváciu sestier pracovať v ošetrovateľskej praxi .
Cieľ 3: Vymedziť koľko sestier uvažuje o ukončení vykonávania ošetrovateľskej praxe.

SÚBOR A METÓDY

Veľkosť prieskumnej vzorky bola 100 respondentov. Vzorka prieskumu bola tvorená sestrami pracujúcimi v Univerzitnej nemocnici v Bratislave a v Univerzitnej nemocnici v Martine, ale aj sestrami pracujúcimi v súkromných zdravotníckych zariadeniach. Kritériá zaradenia boli, aby respondenti boli sestry pracujúce v ošetrovateľskej praxi, vyjadrovanie ochoty pre spoluprácu a súhlas respondentov s realizáciou štúdie. Za kritériá vyradenia sme si zvolili nevykonávanie ošetrovateľskej praxe a ostatné zdravotnícke povolania, ktoré nemajú vyštudovaný odbor ošetrovateľstvo, vyjadrovanie nesúhlasu s realizáciou štúdie. Vekový priemer respondentov bol 42,8 rokov, s rozpätím 22-59 rokov. Priemerná dĺžka

ošetrovateľskej praxe bola 13,6 rokov, s rozpätím 1- 35 rokov. Z celkového počtu respondentov, 36 % malo ukončené úplné stredné odborné vzdelanie, 15 % absolvovalo vyššie odborné vzdelanie, 40 % bakalárske vzdelanie a 9 % magisterské vzdelanie. Na zber údajov sme si zvolili metódu zisťovania informácií od sestier odpovedajúcich na otázky formou dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník je zameraný na motiváciu sestier pracovať v ošetrovateľskej praxi. V jednotlivých položkách sú hodnotené motivačné a demotivačné faktory pre výkon povolania sestry a ich vplyv na kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Dotazník bol vytvorený na základe teórie tejto práce a anglického dotazníka Nurses motivation questionnaire and Motivation of work scale, ktoré boli validované viacerými predchádzajúcimi štúdiami (Meyer, 2012). V týchto štúdiách bola validita zosilnená vďaka multi-kultúrnemu adaptačnému procesu zahŕňajúcom dvoch prekladateľov, spätným prekladom, potvrdením odborníkov a pilotnou štúdiou. Výskum mal priebeh v čase január - február 2017. Distribúcia dotazníka prebiehala osobne alebo prostredníctvom ďalších zamestnancov zdravotníckych zariadení. Návratnosť dotazníkov bola 63,4%. Na spracovanie sa však dalo využiť len 50,3 % čo je 100 zozbieraných dotazníkov. Kvôli prehľadnému vyhodnoteniu empirických údajov prieskumu sme využili počítačový program Microsoft Office Excel 2013, v ktorom sme získané údaje mohli spracovať do tabuliek. Výsledky sú definované v relatívnych číslach (relatívna početnosť- označenie n) ale aj v číslach absolútnych (absolútna početnosť- označenie v %).

VÝSLEDKY

V oblasti motivácie sestier nás zaujímala motivácia pre výber sesterského povolania (tabuľka 1). Zistili sme, že až 72 % sestier uviedlo na prvom mieste ako kľúčový faktor prosociálny motív povolania. 7 % uviedlo odbornosť, 8 % spoločenské postavenie sestry a 5 % istotu práce ako faktory výberu povolania.

Tabuľka 1 Motivácia pre výber sesterského povolania

Motivácia pre výber sesterského povolania	**n**	**%**
prosociálny motív (ochota pomáhať)	72	72
odbornosť (záujem o prírodné vedy)	7	7
spoločenské postavenie (imidž sestry)	8	8
istota práce	5	5
iné	8	8
Celkový súčet	**100**	**100**

V ďalšej časti sme zisťovali, či by sa sestry rozhodli znova pre svoje povolanie. 32 % respondentov odpovedalo, že by sa znova rozhodli pre povolanie sestry. 29 % sestier uviedlo že skôr áno, 9 % nevedeli odpovedať na túto otázku, 5 % odpovedalo skôr nie a 25 % by sa nerozhodlo znova pre povolanie sestry.

Tabuľka 2 Rozhodnutie pre povolanie sestry znova

Rozhodnutie pre povolanie sestry znova	**n**	**%**
áno	32	32
skôr áno	29	29
neviem	9	9
skôr nie	5	5
nie	25	25
Celkový súčet	**100**	**100**

V nasledujúcej časti sme hodnotili psychickú vyčerpanosť, kde na otázku áno odpovedalo 21 % respondentov, skôr áno 36 % respondentov, neviem 24 % sestier. Skôr nie a nie označilo spolu 19 % sestier.

Tabuľka 3 Psychická vyčerpanosť

Často sa cítim psychicky vyčerpaná/ý	**n**	**%**
áno	21	21
skôr áno	36	36
neviem	24	24
skôr nie	16	16
nie	3	3
Celkový súčet	**100**	**100**

V tejto časti práce sme sa zamerali na fyzickú vyčerpanosť. Áno a skôr áno označilo spolu 48 % opýtaných. 18 % sestier na otázku nevedeli odpovedať, 23 % sestier uviedlo, že skôr nepociťujú fyzickú vyčerpanosť a 11 % sestier uviedlo, že vôbec nepociťujú fyzickú vyčerpanosť.

Tabuľka 4 Fyzická vyčerpanosť

Často sa cítim fyzicky vyčerpaná/ý	**n**	**%**
áno	19	19
skôr áno	29	29
neviem	18	18
skôr nie	23	23
nie	11	11
Celkový súčet	**100**	**100**

V poslednej časti sme sa zamerali na zámery sestier opustiť svoju profesiu. O odchode z profesie rozmýšľa 8 % sestier. 22 % sestier odpovedalo skôr áno, 9 % sestier nevedelo odpovedať na otázku, 21 % skôr nerozmýšľa o odchode a 40 % sestier je presvedčených, že zo svojej profesie nechcú odísť.

Tabuľka 5 Odchod z profesie

Rozmýšľam o odchode z profesie	**n**	**%**
áno	8	8
skôr áno	22	22
neviem	9	9
skôr nie	21	21
nie	40	40
Celkový súčet	**100**	**100**

DISKUSIA

Ošetrovateľstvo má charakter samostatného vedného humanitného odboru, ktorý sa zaoberá osobou, rodinou a komunitou či už v zdraví alebo chorobe. Holistickým prístupom chápeme osobu ako originálnu celostnú bio-psycho-sociálnu bytosť, ktorej existenciu ovplyvňuje dané prostredie a daný zdravotný stav (Koncepcia odboru ošetrovateľstva, 2006). Na vykonávanie ošetrovateľskej praxe významne vplýva motivácia a jej faktory. Tieto faktory rozlišujeme na motivačné (tie, ktoré sestry motivujú pre výkon povolania) a naopak demotivačné (tie, ktoré sestry odrádzajú).

Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť môžu poskytovať sestry iba vtedy, keď sú dostatočne motivované pre prácu a tak zvýšiť celkovú kvalitu zdravotnej starostlivosti. Súčasná pozornosť by sa mala stále viac zameriavať na vytvorenie takého prostredia, ktoré obmedzí nespokojnosť zdravotníckych pracovníkov a tak zabráni problémom prameniacich z ich nedostatku. Keď sme analyzovali výsledky, zistili sme, že demotivačné faktory ako sú nadmerné fyzické ale najmä psychické vyčerpanie majú výrazný vplyv na nespokojnosť a nedostatok sestier na Slovensku. Vek sestier, ktoré sa zúčastnili na výskume sa pohyboval v rozmedzí medzi 22 a 59 rokov, vekový priemer je 42,85. Náš dotazník vypĺňali skôr mladšie sestry, z globálneho aspektu sa ale vekový priemer sestier na Slovensku zvyšuje, z čoho pramenia ďalšie nedostatky v oblasti ľudských zdrojov v zdravotníctve. Na Slovensku skupinu sestier tvorí hlavne skupina žien, čo sa odrazilo aj na našom výskume, kde 96 % respondentov sú ženy a len 4 % muži. Z toho vyplýva, že aj ostatné motivačné a demotivačné

faktory sú podmienené psychickým nastavením žien, ktoré vnímajú faktory vzťahov na pracovisku ako podstatnejšie v porovnaní s mužmi. Legislatíva upravuje aj podmienky vzdelávania sestier, kde sa uvádza, že na výkon povolania sestry je podmienka stať sa vysokoškolsky vzdelanou sestrou. To vysvetľuje nárast vysokoškolsky vzdelaných sestier.

V našej vzorke respondentov sa nachádza 36 % sestier so stredoškolským vzdelaním, 15 % sú diplomované sestry, 40 % malo bakalárke vzdelanie a 9 % vysokoškolské vzdelanie sestier s dosiahnutým magisterským stupňom. Z daných zmien v legislatíve vyplýva, že vysokoškolsky vzdelané sestry budú sestry mladé s menším počtom rokov praxe. Priemerná dĺžka ošetrovateľskej praxe sestier, ktoré sa zúčastnili výskumu bola 13,63 %, pričom najkratšia bola 1 rok a najdlhšia 35 rokov. Výsledky nášho prieskumu potvrdili platnosť výskumov z teoretickej časti práce. V otázke zameranej na motiváciu pre výber sesterského povolania s otvorenou odpoveďou až 72 % udalo prosociálne motívy ako ochotu pomáhať ľuďom, túžbu starať sa o chorých z náboženského alebo morálneho presvedčenia, pomoc druhým ako vznešenú hodnotu a hrdinský spôsob života na základe vlastnej skúsenosti alebo vzoru blízkeho človeka. 8 % sestier sa pre sesterské povolanie rozhodlo kvôli spoločenskému postaveniu sestier a vnímaniu imidžu sestry ako zaujímavej profesie. Ďalej sa v 7 % objavili aj motívy ako záujem o prírodné vedy, anatómiu ľudského tela a odborné poznatky zo zdravotníctva. Ďalších 5 % sestier vidia v profesii istotu práce. Zvyšných 8 % uviedlo, že im skôr vyhovuje fyzická práca a chceli sa vyhnúť sedavému zamestnaniu alebo predmetom ako je matematika na školách. Vďaka silnej prosociálnej motivácii sestier, na otázku, či im starostlivosť o chorých prináša uspokojenie 74 % sestier odpovedalo kladne, 16% odpovedalo "neviem" a len zvyšných 10 % záporne. Motivácia a motívy sa počas života menia a preto výskumy ďalej ukazujú, že 32 % sestier by sa určite rozhodlo pre sesterské povolanie znova, 29 % odpovedalo "skôr áno", 9 % odpovedalo "neviem", 5 % "skôr nie" a až 25 % by si toto povolanie opätovne nevybralo. Náš prieskum potvrdil zistenie autoriek Hadašovej a Rusnákovej (2007), kde viac ako polovica (až 64 %) respondentiek často zastupuje činnosti nižšieho personálu a 38 % sestier často vykonáva pracovné činnosti, ktoré spadajú do kompetencie lekárov. Tieto sestry, tiež štatisticky častejšie vykazovali častý výskyt fyzického a psychického vyčerpania. Na otázku, či vykonávajú vždy prácu v rámci kompetencií sestier odpovedalo "áno" len 2 %, "skôr áno" tiež len 2 %, "neviem" 8%. "Skôr nie" odpovedalo však až 62 % a "nie" 26 %. Nedostatok personálu považuje v súčasnosti

za jeden z najväčších demotivačných faktorov v profesii sestry Zuzáková (2007). Vo výskume Hadašovej a Kollárovej (2004) okrem nedostatku personálu a to, že je sestra sama na oddelení ako negatíva pracovných podmienok sestry najčastejšie uviedli - priveľa pacientov, nedostatočný štandard hygieny, nedostatočné vybavenie oddelenia pracovnými pomôckami, zdravotníckym materiálom, liekmi, čo sú hrozby pre kvalitu zdravotnej starostlivosti. V nasledujúcom výskume amerických psychológov sa ukázalo, že muži aj ženy stavajú na prvé miesto možnosť kariérneho postupu, na druhé istotu práce. Vévoda, Ivanová, Nakládalová a Marečková vo výsledkoch z roku 2010 však uvádzajú, že sestry ako najmenej dôležitý považovali faktor kariérneho postupu. V prieskume tejto práce vyšlo, že kariérny rozvoj je dôležitý pre 18 % sestier, 24 % uviedlo "skôr áno", 5 % uviedlo " neviem", 36 % uviedlo "skôr nie" a pre 17 % kariérny rozvoj dôležitý nie je. Až 21 % sestier uviedlo, že sa cítia často psychicky vyčerpané, 36 % udalo "skôr áno", 24 % "neviem", "skôr nie" uviedlo 16 % sestier a len 3 % sestier uviedlo, že sa necíti psychicky vyčerpané. Často sa cíti fyzicky vyčerpaných 19 % sestier, "skôr áno" udalo 29 %, "neviem" udalo 18 %, "skôr nie" udalo 23 % a len 11% uvádza, že sa necítia často fyzicky vyčerpané. Výskumy medzi najviac demotivujúce faktory zaradili fyzické a psychické vyčerpanie, často spôsobené aj ťažkými ochoreniami a úmrtiami pacientov, nie dobrými vzťahmi medzi ľuďmi spôsobujúcimi stres. Na motiváciu sestier vplývajú aj ďalšie motivačné a demotivačné faktory ale ich výskyt nie je taký častý, preto sa im nevenuje pozornosť vo výskume. Často sa u sestier objavuje viac motivačných a demotivačných faktorov súčasne. Tieto faktory spoločne vplývajú na celkovú motiváciu a pracovný výkon. Výsledky taktiež poukazujú na skutočnosť, že najmä sestry, ktoré si profesiu vybrali kvôli ochote pomáhať druhým ľuďom, by sa pre ošetrovateľské povolanie rozhodli znova. Negatívne hodnotia časté zmeny v legislatíve týkajúce sa ošetrovateľstva predovšetkým sestry, ktoré vnímajú prácu ako psychicky vyčerpávajúcu. Sestry, ktoré sú často nedostatočne motivované a informované od nadriadeného o strategických zámeroch a cieľoch spoločnosti negatívne hodnotia organizáciu na svojom pracovisku. Ako demotivujúci faktor ovplyvňujúci prácu sestry často udávajú finančné nedocenenie. Financie sú rozhodne nevyhnutnou súčasťou života každého človeka na zabezpečenie potrieb každodenného života, aj keď sa väčšina z nich rozhodla pre toto povolanie z prosociálnych motívov. Aby človek mohol uspokojovať potreby druhých, najprv musí vedieť uspokojiť potreby vlastné. Patrí sem aj potreba istého životného štandardu a

zabezpečenia vlastnej rodiny. To sa týka aj potrieb po krásne a oddychu od tejto náročnej práce. Psychohygiena, udržanie a podpora zdravia ako wellness, výlety a dovolenky, rôzne druhy športu a záujmov sú nevyhnutné na udržanie pozitívneho myslenia a energie pomáhať druhým. Takto by sestry mohli predchádzať syndrómu vyhorenia a zvýšil by sa počet dobre naladených a spokojných sestier. Ďalej finančné ohodnotenie má vplyv aj na celkovú prestíž a spoločenské ocenenie vykonanej práce. Preto zvýšenie platov aspoň na úroveň porovnateľnú s platmi sestier v zahraničí, by jednoznačne zvýšilo počet motivovaných sestier a tak výrazne prispelo k celkovému skvalitneniu zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Ďalej výsledky ukazujú, že sestry hodnotiace svoje postavenie v zdravotníckom tíme negatívne sú nútené vykonávať činnosti, ktoré nepatria do sesterských kompetencií. Tieto sestry často vykonávajú okrem svojej pracovnej náplne aj činnosti v kompetenciách lekára alebo pomocného personálu a upratovacej služby. Sestry, ktoré vykonávajú pracovné činnosti, ktoré nepatria do ich kompetencií častejšie udávajú psychické a fyzické vyčerpanie. Výsledky prieskumu boli limitované vzorkou respondentov koncentrovaných v Bratislave, Martine a okolí, čo nezachytáva kompletne situáciu na území celého Slovenska. Na postoj k povolaniu sestry a motiváciu vplýval aj veľký podiel vysokoškolsky vzdelaných sestier v týchto oblastiach, kde sa vyskytujú univerzity vzdelávajúce sestry. Z výsledkov nášho výskumu jednoznačne vyplýva, že je nutné zvýšiť motiváciu sestier k profesii.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

- Vypracovať stratégie týkajúce sa sociálnej starostlivosti o zamestnancov (ubytovanie, rôzne benefity pre zamestnancov).
- Zvýšiť finančné ohodnotenie - adekvátne náročnosti vzdelania a zodpovednosti v práci, porovnateľné so zahraničím, čím sa dosiahne pocit ocenenia spoločnosťou a zredukuje stres sestier kvôli finančnému zabezpečeniu.
- Zlepšiť spoluprácu v zdravotníckom tíme a spoluprácu inštitúcií.
- Predchádzať a riešiť mobbing na pracovisku, zneužívanie sestier na výkon práce, ktorá patrí do kompetencie iných zdravotníckych pracovníkov.
- Zabrániť preťažovaniu sestier dodržiavaním personálnych normatív.

- Vytvárať kultúru organizácie - podujatia s oceňovaním najlepších, ktoré organizuje vedenie pre svojich zamestnancov.
- Podporovanie vytvárania príjemnej kolegiálnej atmosféry na pracovisku s možnou konštruktívnou kritikou a každým riešením problémov s vyvodením záveru, výmenou názorov.
- Zrozumiteľné a jasné zadefinovanie kompetencií, zodpovednosti, pracovných cieľov, pravidelné aktualizovanie pracovnej náplne, vypracovanie postupov a štandardov.
- Používať nefinančné odmeňovanie (písomné poďakovanie, verejné uznanie a poďakovanie za prácu).
- Organizovať rôzne edukačné programy pre sestry, zamerané na zvládanie stresu, prevenciu vyčerpania, vyhorenia.

ZÁVER

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a nedostatok sestier sú časté a aktuálne témy mnohých odborných publikácií, ale aj médií pre širokú verejnosť. Motivácia ako taká, je tiež často sa vyskytujúci pojem v modernej literatúre a dôležitý predpoklad na obsadzovanie významný pozícií aj mimo zdravotníctva. Avšak o motivácii sestier sa nehovorí často napriek tomu, že ich práca vyžaduje vysokú mieru motivácie a osobného nasadenia a vzťahu k povolaniu sestry. Ak sa tejto problematike nebude venovať dostatočná pozornosť, táto problematika bude naďalej pretrvávať a doplácať na to budú najmä obyčajní ľudia, ktorým je zdravotná starostlivosť poskytovaná. Aby sme znížili výskyt problémov s motiváciou sestier a predišli ďalším odchodom sestier z profesie alebo do zahraničia, je vhodné vypracovať rôzne stratégie a odporúčania. Netreba zabúdať na dôležitosť zvyšovania prestíže a povedomia verejnosti o povolaní sestra, ale súčasne sa pozorne zamerať na unikátnu osobnosť každej sestry a faktory vplývajúce na jej motiváciu ako zamestnanca.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BROWN, L. V. *Psychology of Motivation*. 2007. 1. edition. Nova Publishers. 2007. p. 217 ISBN 160021598X.

HADAŠOVÁ, L., RUSNÁKOVÁ, R. 2007. Motivačné a demotivačné faktory v povolání sestry. In *Sestra a lekár v praxi.* 2007. vol 6, no. 9, s. 9-10. ISSN 1335-9444.

HADAŠOVÁ, L., KOLLÁROVÁ, B. 2005. *Úloha ošetrovateľského manažéra v aspekte motivácie sestier* .[online] [cit. 1.12.2016]. Dostupné na: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_128_31.pdf

Koncepcia odboru ošetrovateľstva Číslo: 14535/2006-OO Dňa: 29. mája 2006

MEYER, J.P., STANLEY, L.J., PARFYONOVA, N.M. 2012. Employee commitment in context: the nature and implication of commitment profiles. In *Journal of Vocational Behavior*, vol. 80, no.1 , p. 1–16.

MIKULÁŠTÍK, M. 2007. *Manažerská psychologie,* 2. vydanie. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 384 s. ISBN 8024713497.

STEEL, P., KONIG, C. 2006. *Integrating theories of motivation*. Academy of Management Review. [online] [cit. 1.12.2017]. Dostupné na: https://www.researchgate.net/journal/0363-7425_The_Academy_of_Management_Review

VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., MAREČKOVÁ, J. 2010. *Pracovní spokojenost všeobecných sester.* ISSN 1803- 4330.Profese on – line [online] vol. 3, no. 10, s. 211-218. [cit. 1.12.2016]. Dostupné na: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-2010030008_PRACOVNI_SPOKOJENOST_VSEOBECNYCH_SESTER.php

ZUZÁKOVÁ, E. 2007. Pracovní motivace a fenomén nadšení v profesi sestry. In *Konference pro sestry: duševní a fyzické zdraví, předpoklad úspěchu sesterské profese*. Ostrava, s. 28-30.

Kontaktná adresa autorky:
PhDr. Jana Rottková, PhD.
FOaZOŠ, SZU
Limbová 14
833 03 Bratislava
e-mail: jana.rottkova@szu.sk

VPLYV HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE NA REGENERÁCIU PORÚCH SLUCHU – KAZUISTIKA

ŠOLTÉSOVÁ Mária, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea

ABSTRAKT

Pri regenerácii porúch sluchu sa osvedčila kombinácia hyperbarickej oxygenoterapie (ďalej iba „HBO“) s medikamentóznou liečbou. Pre účinok HBO, kedy sa v špeciálne upravenej komore aplikuje čistý medicínsky kyslík je dôležitá včas zahájená terapia. V kazuistike prezentujeme prípad muža, ktorý bol akútne prijatý na ORL oddelenie kvôli náhlej strate sluchu spojenej s tinitom a vertigom. Po absolvovaní liečby sme u pacienta zaznamenali zlepšenie poruchy sluchu.

Kľúčové slová: Hyperbarická oxygenoterapia. Liečba poruchy sluchu. Kazuistika. Regenerácia poruchy sluchu.

ÚVOD

Hyperbarická oxygenoterapia je účinná liečebná metóda, kedy sa v špeciálne upravenej komore aplikuje čistý medicínsky kyslík. V hyperbarickej komore nastáva zvyšovanie rozpustnosti kyslíka v telových tekutinách, a tým aj jeho dostupnosti v organizme. Kyslík, ktorý pacienti dýchajú pod zvýšeným tlakom urýchľuje hojenie rán, pomáha pri regenerácii svalov, redukuje opuchy a bolesti akútneho poranenia. Pozitívny efekt HBO pri dýchaní 100 % kyslíka sa prejavuje v alveolách (Frišman a kol., 2015).

HBO má dôležitý liečebný účinok na široké spektrum chorôb vrátane jej aplikácie u náhlej senzorineurálnej straty sluchu a pri tinnite. Táto liečba sa využíva na liečbu porúch sluchu od 70-tych rokov minulého storočia. Hlavnou príčinou náhlych strát sluchu sú poruchy v mikrocirkulácii. Pôsobením HBO sa zvýši tlak kyslíka v krvi, ktorý pomocou difúzie zvýši parciálny tlak kyslíka aj v tekutinách vnútorného ucha. Pri HBO sa až dvadsaťnásobne zvýši koncentrácia kyslíka v oblasti najmenších buniek, ktoré majú rôzne poškodenie (Zigo a kol., 2017).

Varga (2015) ako nevýhodu HBO terapie uvádza vysokú cenu pri neschválení terapie zdravotnou poisťovňou, nižšiu dostupnosť a časovú náročnosť pri desiatich dvojhodinových sedeniach.

ANAMNÉZA

V kazuistike prezentujeme prípad 56 ročného ženatého psychológa s jedným dieťaťom, ktorý bol akútne prijatý na ORL oddelenie za účelom infúznej liečby a hyperbarickej oxygenoterapie pre náhlu poruchu sluchu v ľavom uchu, s intenzívnym tinnitom a s vertigom. Na hospitalizáciu bol odoslaný obvodným ORL lekárom ihneď potom, čo začal pociťovať problémy so sluchom. Subjektívne udával, že za posledné tri – štyri dni pociťoval výrazné točenie, instabilitu pri chôdzi, bez nutkania na zvracanie alebo vracania, so zhoršením sluchu a hučaním v ušiach.

Osobná anamnéza: v detstve sledovaný pre febrilné kŕče, vážnejšie ochorenie neguje. Udáva, že pred rokom a pol si narazil hlavu, ale nebol na ošetrení.

Rodinná anamnéza: otec sa lieči na vysoký krvný tlak a trombózu a matka na cukrovku.

Abúzy: fajčil päť rokov nepravidelne, teraz už mesiac nefajčí, užívanie alkoholických nápojov neguje.

Epidemiologická anamnéza: infekčné ochorenia v rodine a v okolí sa nevyskytli.

Lieková anamnéza: pravidelne užíva Prestarium combi1-0-0, momentálne Betahistín 1-0-1.

Alergická anamnéza: neudáva.

Fyzikálne vyšetrenia: stav vedomia: jasné, orientovaný vo všetkých oblastiach. Krvný tlak: 130/80 mmHg, pulz: 65/min. dychová frekvencia: 16/min., telesná teplota: 36,5º C.

Sebestačnosť: úplne sebestačný v aktivitách denného života.

Hmotnosť: 85 kg

Výška: 175cm

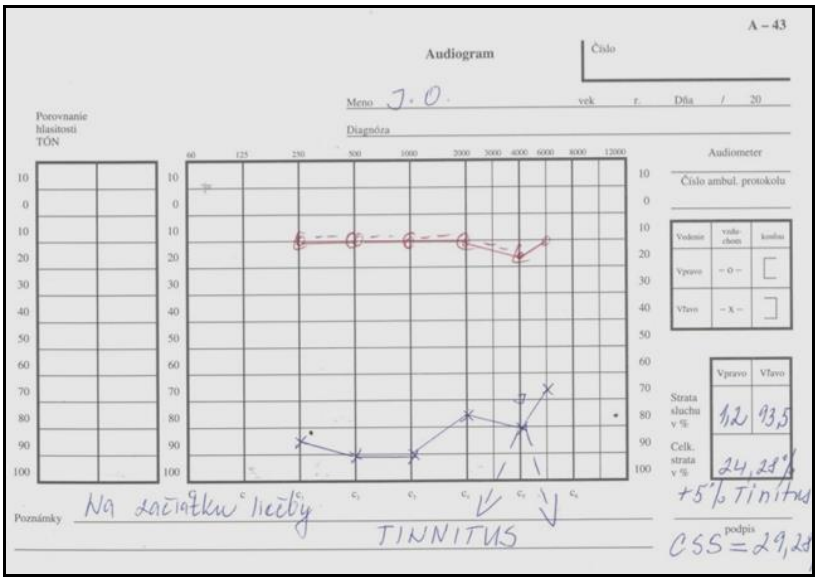
Použité meracie škály:

Vizuálna analógová škála bolesti: VAS 0 - bez bolesti.

Bartelov test základných denných aktivít: 100 bodov - nezávislosť.

KATAMNÉZA

Po odobratí anamnézy lekár otoskopicky vyšetril pacienta a po vylúčení mazovej zátky naordinoval audiometrické vyšetrenie na potvrdenie sluchovej poruchy. Audiometricky sa potvrdilo, že ide o percepčnú poruchu sluchu. Celková strata sluchu (CSS) je podľa Fowlera 29,28 % (pre ľavé ucho 93,5 % a pre pravé ucho 1,2 %). Na tympanograme bola znázornená krivka typu A, čo svedčí pre percepčnú poruchu sluchu. Pacient bol oboznámený s prognózou ochorenia, liečbou a poučený o možnosti liečby v hyperbarickej komore a o medikamentóznej liečbe formou infúznej vazodilatačnej a kortikoidnej liečby. Pacientovi bola poskytnutá komplexná medikamentózna liečba a liečba v HBO.



Obrázok 1 Audiogram na začiatku liečby (CSS - 29,28 %)

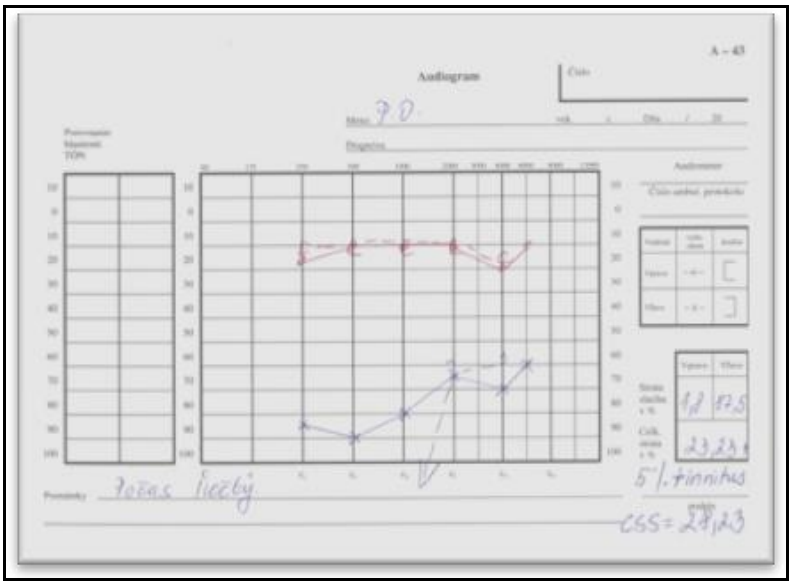
Zdroj: archív ORL odd. Košice - Šaca

ANALÝZA A INTERPRETÁCIA

Podľa ordinácie lekára boli zrealizované laboratórne vyšetrenia: KO, FW, biochemické vyšetrenie, EKG, RTG hrudníka, interné a pľúcne konzílium. Pacient absolvoval prípravu na vstup do hyperbarickej komory a bol poučený o vhodnom bavlnenom oblečení bez prímesí z umelých vlákien, o spôsobe, priebehu a nežiaducich účinkoch v HBO.

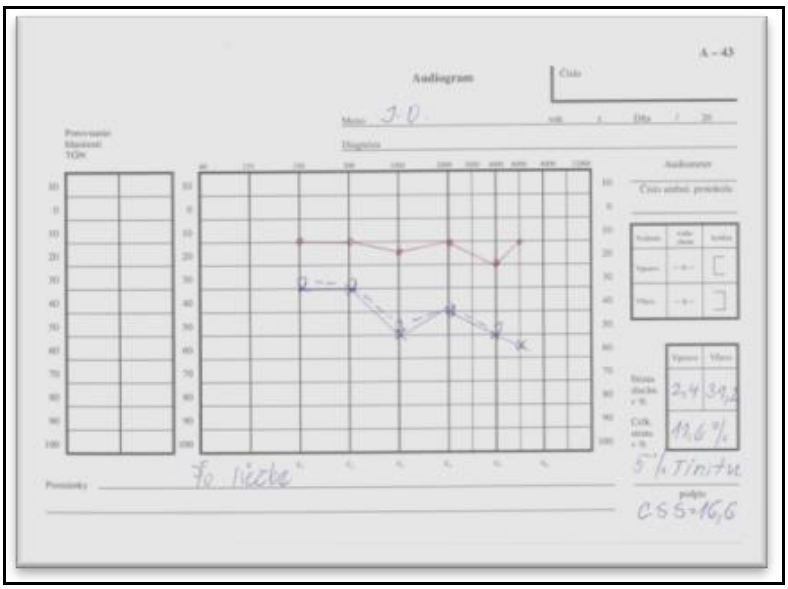
Terapia: vazodilatačná liečba na poruchu sluchu a pískanie v ušiach: Pentoxifylín 5 ml, Magnésium sulfuricum10 % 10 ml, Mesocain 10 ml Oxantil 2 ml podané vo fyziologickom roztoku F1/1 250 ml, Dexametatazón 24 mg v 100 ml fyziologického roztoku F1/1, nízkomolekulárny heparín - Fragmin 2500j podaný večer. Meniserc 24 mg 2x denne, Thiamin 2x1, A, E vitamín 2x1 tbl., Quamatel 2x1 tbl. Podanie ordinovanej liečby prebehlo bez nežiaducich vedľajších účinkov.

Po prvom sedení v hyperbarickej komore došlo u pacienta k rozvoju otitídy v ľavom uchu. Udával bolesti a tlak v uchu, zaľahnutie a zhoršenie závratov. U pacienta bolo zrealizované otomikroskopické vyšetrenie s následnou paracentézou. Pacient bol opätovne edukovaný o využívaní Valsalvovho manévra pri tlakovaní v komore. Po otomikroskopickej kontrole a tympanometrii pacient pokračoval v sedeniach v HBO. Infúznu liečbu a kortikoidy toleroval. Pre zhoršené pískanie v ušiach a závraty bolo zrealizované neurologické konzílium, ktoré vylúčilo príčinu pacientových ťažkostí. Neurológ odporučil postup liečby ako ORL lekár. Na tretí deň hospitalizácie pacient podstúpil CT vyšetrenie PC uhlov na vylúčenie nádoru sluchového nervu, s negatívnym nálezom. Pacient udával zmiernenie pískania v ušiach a závratov. Počas liečby pacient prezentoval postupné zlepšovanie zdravotného stavu, s ústupom závratov a tinnitu na ľavom uchu. Porucha sluchu (obrázok 2, 3) sa z 93,5% na ľavom uchu upravila počas liečby na 87,5%, to znamená CSS 28,23% a na konci liečby na 39,2% - CSS 16,6%. Pacienta sme po absolvovanej liečbe prepustili do domácej starostlivosti v stabilizovanom stave s odporúčaním v pokračovaní liečby, kontrole pri akejkoľvek zmene zdravotného stavu v súvislosti s poruchou sluchu.



Obrázok 2 Audiogram na 5. deň liečby (CSS -28,23 %)

Zdroj: archív ORL odd. Košice - Šaca



Obrázok 3 Audiogram na konci liečby (CSS - 16,6 %)

Zdroj: archív ORL odd. Košice - Šaca

DISKUSIA

Štúdie o využití liečby náhlej poruchy sluchu pomocou HBO začali v bývalom Československu už na prelome 60. až 70. rokov minulého storočia. Realizovali sa na ORL klinike a v Ústrednej vojenskej nemocnici - Vojenskej fakultnej nemocnici v Prahe a na oddelení tlakových komôr Ústavu leteckého zdravotníctva v Prahe. Holý a kol. v roku 2011 prezentovali u 62 pacientov 60 % zlepšenie sluchu po využití HBO terapie (in Doláková a kol., 2013). Vo všetkých prípadoch sa jednalo o vyhodnotenie úspechov HBO ako súčasti kombinovanej liečby s vazodilatanciami a kortikosteroidmi. Holý a kol. (2017) poukazujú na výsledky Lamma a kol. zo vzorky 4109 pacientov, u ktorých bola zahájená HBO terapia do šiestich týždňov po vzniku náhlej poruchy sluchu. Až 50 % pacientov vykazovalo zlepšenie sluchu aspoň na troch frekvenciách o viac ako 20 decibelov (dB); tretina vykazovala priemerné zlepšenie o 10-20dB. Pri zahájení liečby do troch mesiacov bolo dosiahnuté 13 % zlepšenie. Štvrtina potvrdila mierne zlepšenie a u 62 % nedošlo k žiadnemu zlepšeniu. Títo autori ešte zaznamenali spontánne vyliečenie príznakov náhlej poruchy sluchu u 25 % až 68 % respondentov a u 47 % až 89 % dosiahli pacienti čiastočnú remisiu.

V roku 2016 na 10. zasadnutí Európskeho výboru pre hyperbarickú medicínu vo Francúzku bolo odporúčané pre liečbu náhlej poruchy sluchu v kombinácii s medikamentóznou liečbou aplikovať HBO do dvoch týždňov od vzniku ochorenia. Varga (2015) uvádza, že HBO má šancu na úspech, ak je absolvovaná do troch mesiacov od vzniku ochorenia. V našej kazuistike pacient absolvoval včasnú komplexnú medikamentóznu liečbu a HBO. Po audiometrickom vyšetrení na konci liečby bolo potvrdené zlepšenie sluchu z 93,5% na 39,2% na postihnutom uchu, čo bolo pre pacienta veľkým úspechom, nakoľko pracuje ako psychológ a komunikácia je jeho každodennou pracovnou činnosťou. Používanie kompenzačných pomôcok by bolo preňho podľa jeho vyjadrenia veľmi stresujúce. Ako veľké pozitívum vnímal vymiznutie závratov a zmiernenie tinnitu v ľavom uchu.

Európsky výbor pre hyperbarickú medicínu v súčasnosti odporúča absolvovať HBO v trvaní 90 až 120 minút jeden krát denne. Po desiatich sedeniach v komore sa podľa výsledkov vyšetrenia sluchu odporúča liečbu v HBO ukončiť, respektíve pokračovať v ďalších sedeniach. Už len zlepšenie sluchu o 10 decibelov môže byť ukazovateľom pre pokračovanie liečby. Výbor ďalej potvrdil liečbu HBO aplikovať samostatne alebo spolu

s liekmi u pacientov s náhlou poruchou sluchu až do šiestich mesiacov od vypuknutia choroby a používať ju ako doplnkovú liečbu ku liečbe kortikosteroidmi pri liečbe od 15. až do 31.dňa od vzniku ochorenia hlavne pri ťažkej poruche sluchu. Vzhľadom na výsledky, ktoré boli získané náhodným výberom štúdií sa odporúča aplikovať HBO v kombinácii s kortikosteroidmi (Holý a kol., 2017).

ZÁVER

V kazuistike sa potvrdil pozitívny účinok HBO terapie v kombinácii s medikamentóznou liečbou zahájenou ihneď po zistení poruchy sluchu. Po prvom sedení v hyperbarickej komore sa u pacienta vyskytli nežiaduce účinky. Počas ďalšieho priebehu liečby pacient uvádzal zlepšenie stavu a zmierňovanie výskytu nežiaducich účinkov. Pacient hodnotil pozitívne zlepšenie poruchy sluchu. Po absolvovaní všetkých sedení v hyperbarickej komore sme u pacienta na konci liečby zaznamenali zlepšenie sluchu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

DOLÁKOVÁ, V. - ŠPILÁROVÁ, D. - SCHABLIKOVÁ, K. - VEME, I. 2013. Náhla senzorineurálna porucha sluchu a hyperbarická oxygenoterapia - naše skúsenosti. In *Otorinolaryngológia a chirurgia hlavy a krku.* ISSN 1337-2181, 2013, č.2-3, s. 96-99.

FRIŠMAN, E. - ORSÁG, J. - GAJDOŠ, J. - LENGYEL, P. - RÁCZ, O. - DOMBROVSKÝ, P. - BARAN, P. 2015. Hyperbarická oxygenoterapia: Hyperbaric oxygen therapy. In *Slovenský lekár*. ISSN 1335-0234, 2015, č.5-6, s. 100-103.

HOLÝ, R. - DOŠEL, P. - SYNKOVÁ, B. - ASTL, J. 2017. Léčba náhle vzniklé idiopatické percepční nedoslýchavosti – hyperbarická oxygenoterapie. In *Otorinolaryngologie a foniatrie.* ISSN 1210-7867, 2017, č.2, s.135.

VARGA, L. 2015. Liečba náhlej poruchy sluchu intratympanicky podávaným kortikoidom. In *Kompendium medicíny*. ISSN 1336-4871, 2015, č.1, s. 18-24.

ZIGO, R. - KRAJČOVIČOVÁ, Z. - MELUŠ, V. 2017. Využitie hyperbarickej oxygenoterapie v liečbe náhlej idiopatickej straty sluchu. In *Zdravotnícke listy*. ISSN 1339-3022, 2017, č.5, s. 43-44.

Kontakt na autorov:

Mária Šoltésová
ORL oddelenie, Nemocnica Košice - Šaca
Lúčna 57
040 15 Šaca
E-mail: maria.soltesova@nemocnicasaca.sk

PhDr. Andrea Ševčovičová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Kósu Schopera 22
048 01 Rožňava
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

MANAGEMENT RIZIK V KRAJSKÉ KARLOVARSKÉ NEMOCNICI

ŠULCOVÁ Petra

ABSTRAKT

Management rizik je v Karlovarské krajské nemocnici součástí programu zvyšování kvality a bezpečnosti péče. V dnešní době je nedílnou součástí managementu jakékoliv zdravotnické organizace. Pro zdravotnická zařízení platí legislativní rámec, kde hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb stanovuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pro dosažení cílů nemocnice v oblasti kvality a bezpečí poskytované péče, musí proces managementu rizik fungovat důsledně a nepřetržitě. Důležité je si uvědomit, že rizika opravdu existují. Je nutné kolem sebe hledět s otevřenýma očima, vnímat rizika realisticky a v žádném případě je nepodceňovat. Pokud identifikujeme rizika významná, je nutné je analyzovat, posoudit a realizovat dostatečnou ochranu. Nezbytností je pravidelná kontrola funkčnosti opatření a stálého opakování celého cyklu.

Klíčová slova: Management rizik. Proces managementu rizik. Riziko.

ÚVOD

Management rizik se stal nedílnou součástí i pro Krajskou Karlovarskou nemocnici, která je v současné době největším poskytovatelem zdravotní péče v Karlovarském kraji. Ostatně jako všechna zdravotnická zařízení se snaží klást důraz na kvalitu a bezpečí nejen pro pacienty a jejich příbuzné či blízké osoby, ale chrání i své zaměstnance. Z tohoto důvodu je nutné pro vedení nemocnice zaměřit se i na dobře fungující management rizik. Znamená to neustálé vyhledávání rizik ve svojí nemocnici, ale zároveň se poučit i z pochybení ostatních zdravotnických zařízení. Karlovarská krajská nemocnice se dělí na dvě rozdílné části nemocnice v Karlových Varech a Chebu. Odlišnosti jsou v rozloze, počtu oddělení, počtu zaměstnanců. Nemocnice v Karlových Varech prošla již před lety rekonstrukcí, proto je modernější a honosnější. Chebská nemocnice prochází rekonstrukcí teprve v současné době a to vše přispívá do kvality služeb. Strukturu a organizaci nemocnic přiblížím v tomto příspěvku, protože se domnívám, že to velmi výrazně ovlivňuje management rizik.

MANAGEMENT RIZIK V NEMOCNICÍCH

Management rizik v nemocnicích musí fungovat v rámci managementu organizace a být jeho neodmyslitelnou součástí. Z důvodu, že přes veškerou snahu nelze vyloučit v tak složitém systému řadu hrozeb a nežádoucích situací, které činnost nemocnic ohrožují.
Ve většině nemocnic je spojen management rizik s programem pro kvalitu a bezpečnost péče (Škrla, Škrlová, 2008) a mají tyto společné stránky:
1. Manažerskou, která stanoví cíle, dohlíží na plnění cílů a provádí kontroly, deleguje odpovědnost a pravomoci za řízení procesů, postupů a zdrojů.
2. Ekonomickou, která analyzuje a řídí náklady, tak aby bylo dosaženo cíle optimalizace řešení.
3. Technickou, která má na starosti vybavení budov, areálu a stanoví konkrétní techniku a metody používání.

Management rizik se dělí podle vtahu na:
1. Management rizik se vztahem k riziku ohrožení životního prostředí, který je součástí environmentálního managementu.
2. Management rizik ve vztahu k procesu identifikace, analýzy, posuzování, hodnocení a realizace eliminace rizik při práci jako management bezpečnosti a ochrany zdraví.
3. Management rizik ve vztahu k technologickým systémům.
4. Management rizik ve vztahu k projektům apod. (Veber, 2007).

Management rizik je soustavný, neustále se opakující proces vzájemně propojených činností, které mají za cíl rozpoznat a eliminovat aktuální i potenciální rizika a snížit jejich dopad (Smejkal, Rais, 2013). Proces managementu rizik má čtyři vzájemně provázané fáze a to identifikaci, hodnocení, zvládnutí rizika a monitoring.

Identifikace rizik spočívá v odhalení a určení aktuálního či potencionálního rizika, zařazení do klasifikační skupiny a v evidenci významných potenciálních rizik (Zuzák, Königová, 2009). Hlavními cíly je seznamu identifikovaných aktuálních i potenciálních rizik, popis zdrojů rizik, určit odhad pravděpodobnosti výskytu, rozsah možných důsledků, odhad doby trvání a předpoklad četnosti rizikových událostí z rizikového zdroje.

Hodnocení rizik subjektivní a je na něj vždy více pohledů, proto jsou nutné konzultace, diskuse a naslouchání připomínek od jednotlivých zaměstnanců a jejich účast na hodnocení rizik (Zuzák, Königová, 2009). K hodnocení se používá matice rizik, tím rozumíme tabulku se záznamem rizik seřazených podle pravděpodobnosti výskytu. Toto hodnocení mají provádět kompetentní osoby s teoretickými i praktickými znalostmi pracovních činností a pracovního prostředí.

Zvládnutí rizik vyžaduje výběr nejvhodnější metody pro zvládnutí aktuálního či potencionálního rizika (Zuzák, Königová, 2009). Hlavním cílem je snížení dopadu nebo pravděpodobnosti výskytu. Metodou pro zvládnutí rizika je vyvarování se rizika, akceptace rizika, redukce rizika. Nebo mluvíme o přenosu rizika a tím snížíme následky dopadu.

Monitoring rizik, slouží k prvotnímu zachycení rizik a musí se provádět důsledně a nepřetržitě. Monitoring rizik je založen na operativním sledování aktuálního či potenciálního rizika jeho vlastníkem, také sledování a hodnocení účinnosti opatření na jeho zvládání (Zuzák, Königová, 2009). V průběhu realizace celého procesu se můžeme setkat s jinými možnými riziky, které dosud nebyly identifikovány, tuto skutečnost musíme vnímat jako změnu stavu a základní cyklus opakovat. Každé riziko má svého vlastníka, který je povinen upozornit manažera na hrozbu vzniku rizikové či nežádoucí události.

Zdravotnická zařízení musí poskytovat fungující, bezpečné a podpůrné prostředí nejen pro pacienty, ale také pro jejich příbuzné a blízké osoby, pro návštěvníky a veškerý personál. Podstatné pro dosažení cíle je efektivní management pro bezpečný areál, budovy, zdravotnické a jiné vybavení, ale také pro zaměstnance (Mezinárodní akreditační standardy, 2008). Management rizik musí vyhledávat a minimalizovat veškeré hrozby a rizika, vytvářet bezpečné prostředí a zamezit úrazům či poraněním.

ORGANIZACE A STRUKTURA KRAJSKÉ KARLOVARSKÉ NEMOCNICE

Pro efektivní management rizik je důležité znát strukturu a organizaci nemocničního zařízení. Karlovarská krajská nemocnice je akciovou společností, což znamená, že její základní kapitál je rozvržen na určitý počet akcií o určité jmenovité hodnotě (Dědič, 2012) a spravuje jí Karlovarský kraj. Součástí společnosti jsou nemocnice v Karlových Varech a nemocnice v Chebu. Pro nemocnice funguje jedno ředitelství se sídlem v areálu nemocnice v Karlových

Varech. Nemocnice v Karlových Varech je v současné době největším poskytovatelem ambulantní i lůžkové zdravotnické péče v Karlovarském kraji. Nemocnice v Karlových Varech je mnohem větší rozlohou, počtem budov, počtem oddělení a s tím souvisí i počty zaměstnanců. Na následujícím obrázku jsem umístila v právem sloupci nemocnici v Karlových Varech a v levém sloupci nemocnici v Chebu, aby bylo viditelně zřejmé porovnání obou nemocnic.

Tabulka č. 1 Uspořádání nemocnice Karlovy Vary a nemocnice Cheb

NEMOCNICE KARLOVY VARY	NEMOCNICE CHEB
Centrální operační sály	**Anesteziologicko resuscitační oddělení**
Dětské oddělení	**Dětské oddělení**
Emergency	**Gynekologicko-porodnické oddělení**
Gynekologicko-porodnické oddělení	**Chirurgické oddělení**
Chirurgické oddělení	**Interní oddělení**
Infekční oddělení	**Radiodiagnostické oddělení**
Interní oddělení	**Rehabilitační oddělení**
Kardiocentrum	**Transfuzní oddělení**
Klinická psychologie	**Radioterapie a klinická onkologie**
Kožní oddělení	**ORL oddělení**
Neurologické oddělení	**Klinická biochemie a hematologie**
Nutriční terapeutka	**Neurologická ambulance**
OARIM	**Oční ambulance**
Klinická biochemie a hematologie	**Lékárna**
Klinická mikrobiologie	**Duchovní služba**
Nukleární medicína	
Onkologická ambulance	
ORL - ušní, nosní, krční	
Ortopedie	
Patologicko-anatomické oddělení	
Plicní oddělení	
Radiodiagnostické oddělení	
Rehabilitační oddělení	
Transfuzní oddělení	
Urologické oddělení	

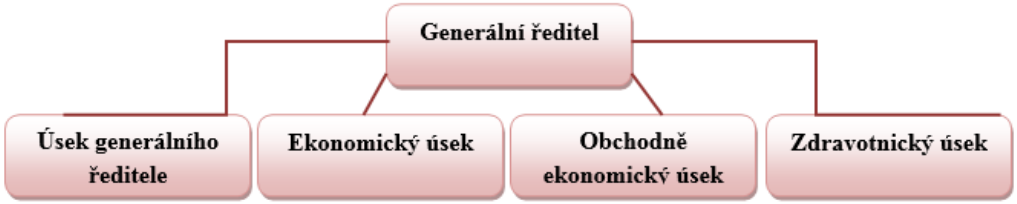
(Zdroj: Autorka)

Obě nemocnice mají jednotné vnitřní předpisy, nařízení, směrnice a standardy, ale akreditovaná je pouze jedna z nemocnic, která je v Karlových Varech. Organizační řád společnosti Krajské karlovarské nemocnice upravuje organizaci řízení a správu společnosti a tím vytváří základy obsahu i formy dalších vnitřních norem a akreditačních standardů společnosti. Účelem organizačního řádu je stanovit zásady a pravidla řízení společnosti, základní stupně vnitropodnikového řízení a vnitřní organizační strukturu společnosti a také předpoklady pro akreditaci společnosti SAK. Statutárním orgánem společnosti je představenstvo, které řídí činnost společnosti a jedná jejím jménem. V Krajské karlovarské nemocnici je uplatněno liniové řízení s vymezením odpovědností vedoucího zaměstnance za konkrétní funkční oblast. V rámci liniového organizačního řízení je zavedena maticová struktura, do které vstupují různé dílčí působnosti a různé činnosti. Toto liniové řízení je tvořeno liniovou složkou, která má na starosti komplexní neboli celkové vedení a složkou štábních zaměstnanců, kteří mají na starosti plánování, organizaci, kontrolu, regulaci a motivaci na svém přiděleném úseku.

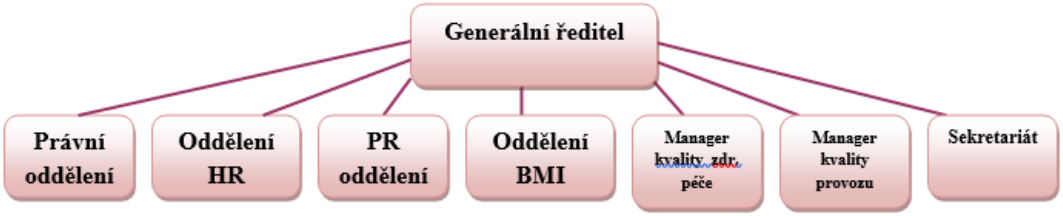
Manažeři na úrovni štábní složky však nemají takové rozhodovací právo jako ve složce liniové (Plevová, 2012). Například zaměstnanec zajišťující ošetřovatelskou péči je přímo řízen pokyny primáře oddělení, ale vrchní sestra odpovídá za kvalitu a způsob provedení výkonu. Členy vedení společnosti jsou předseda představenstva, místopředseda představenstva, člen představenstva, lékařský ředitel Karlovarské krajské nemocnice, náměstek lékařské preventivní péče v Karlových Varech a Chebu, náměstek pro nelékařská povolání v Karlových Varech a Chebu.

Kompetence a pravomoci vedoucích zaměstnanců jsou dány popisem pracovního místa a vnitřními předpisy. Vedoucí zaměstnanci jsou nadřízeni zaměstnancům v působnosti útvarů, které řídí na stupni společnosti generální ředitel, finanční ředitel nebo obchodně-provozní ředitel. Na stupni úseku je člen vedení zodpovědný za daný úsek a na stupni oddělení rozhoduje primář oddělení, vedoucí sestra, vedoucí laborant nebo fyzioterapeut oddělení, vedoucí oddělení. Dále na stupni stanice nebo referátu působí vedoucí lékař, staniční sestra nebo laborant, vedoucí referátu, pouze na menších odděleních zdravotnického úseku, která mají pouze jednu stanici, není zřízena funkce staniční sestry. Tyto stanice jsou řízeny přímo vrchní sestrou. Postup obsazování vedoucích pracovních míst je následovný: Funkce generálního ředitele, lékařského ředitele, lékařských a nelékařských náměstků pro obě

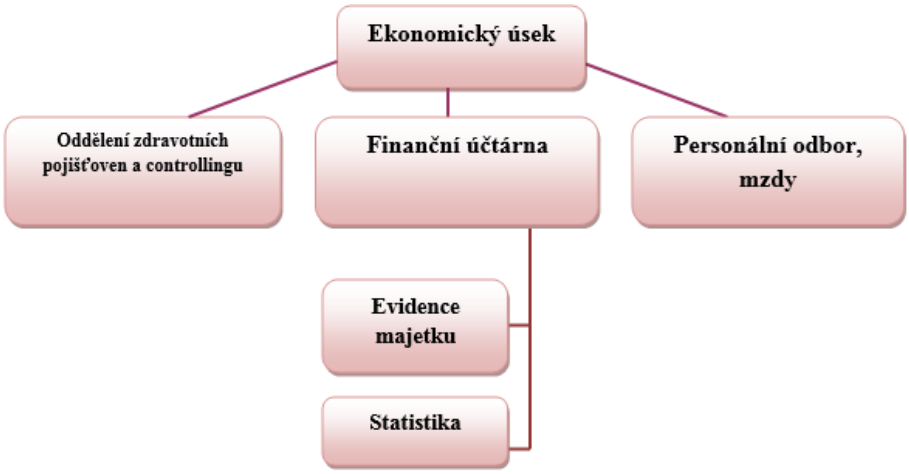
nemocnice a funkce náměstků pro nelékařská povolání jsou obsazovány na základě rozhodnutí představenstva společnosti. Funkce primářů, vrchních sester nebo laborantů jsou obsazovány na základě výběrového řízení nebo rozhodnutí člena vedení zodpovědným za zdravotnický úsek v jednotlivých nemocnicích. Pozice vedoucích oddělení v nezdravotnických úsecích jsou obsazovány na základě rozhodnutí člena vedení zodpovědného za daný úsek. Zástupci primářů jsou jmenováni generálním ředitelem na základě návrhů primářů jednotlivých oddělení.



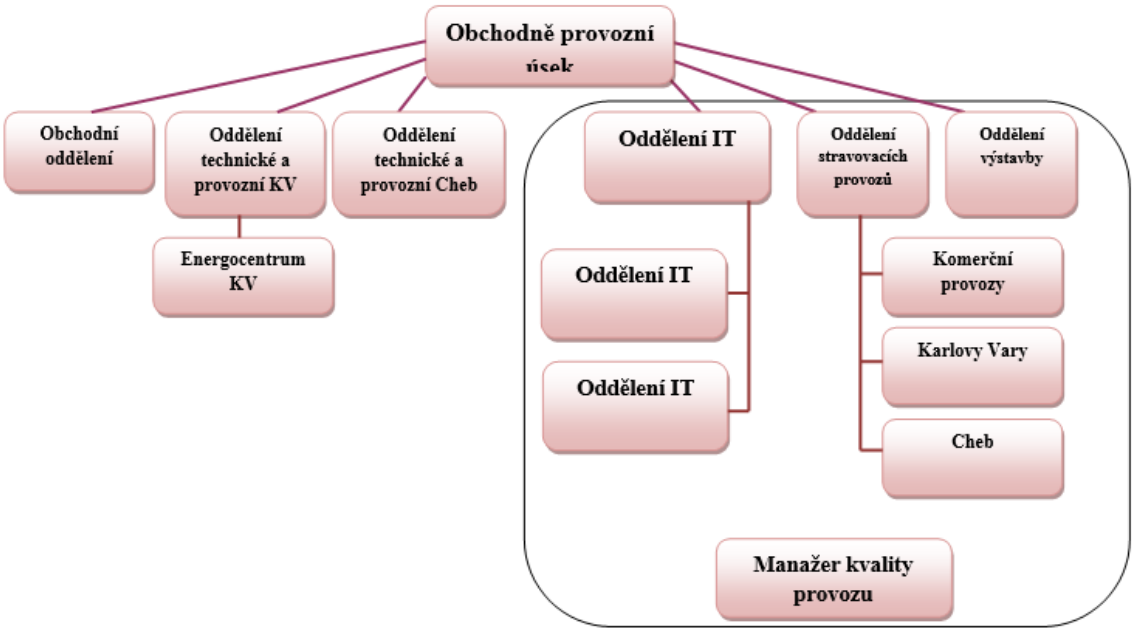
Obrázek č. 1 Organizační struktura Karlovarské krajské nemocnice
(Zdroj: Autorka)



Obrázek č. 2 Struktura úseku generálního ředitele
(Zdroj: Autorka)

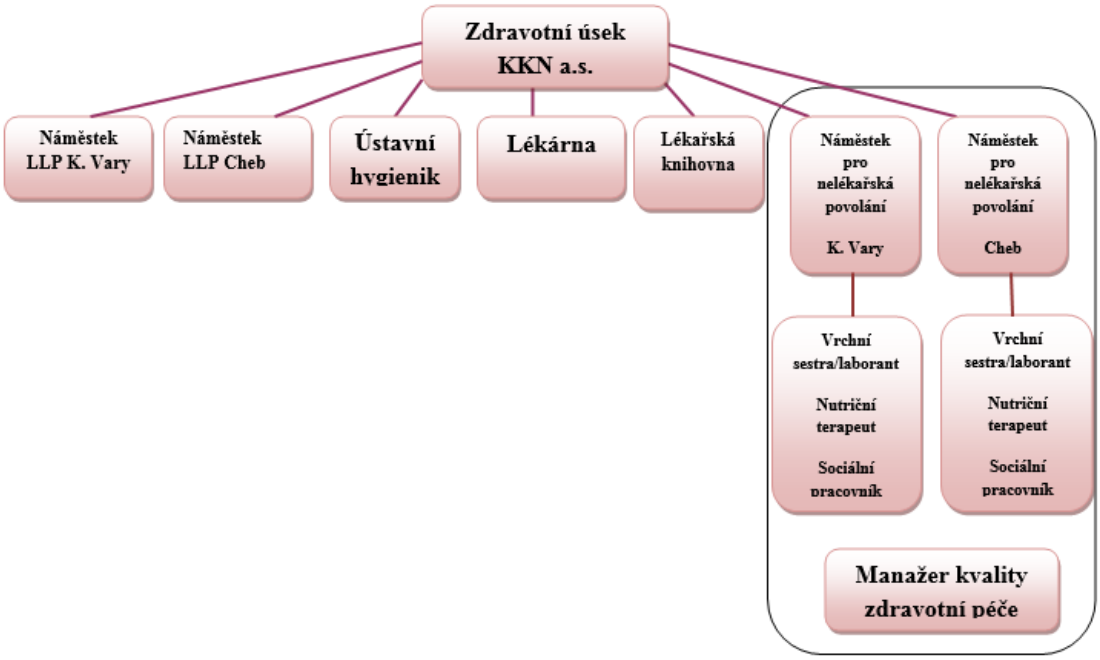


Obrázek č. 3 Organizační schéma ekonomického úseku (Zdroj: Autorka)



Obrázek č. 4 Organizační schéma obchodně provozního úseku

(Zdroj: Autorka)



Obrázek č. 5 Organizační struktura zdravotnického úseku

(Zdroj: Autorka)

MANAGEMENT RIZIK V KARJSKÉ KARLOVARSKÉ NEMOCNICI

V Krajské karlovarské nemocnici je management rizik součástí programu zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb, který slouží k efektivnějšímu vyhodnocení pacientových potřeb, co nejrozumnějšímu využití zdrojů a minimalizaci rizik pro personál a pacienty. Vzhledem k tomu, že většina procesů zdravotní péče se týká více než jednoho pracoviště a obsahuje mnoho jednotlivých úkonů, musí zdokonalení těchto procesů být vedeno programem napříč celou nemocnicí. Program vychází ze stanovení jasných priorit pro monitoring a stanovení měřitelných ukazatelů, sběru a analýzy určených dat a trvalého porovnání v rámci nemocnice a s okolím. Hlavní cíle nemocnice ve vztahu ke kvalitě a bezpečí služeb jsou:

- Zvyšovat bezpečnost pacientů.
- Zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb.
- Zvyšovat spokojenost a pohodlí pacientů.
- Zvyšovat bezpečnost zaměstnanců.
- Zvyšovat spokojenost a pohodlí zaměstnanců.

- Snižovat náklady a zvyšovat efektivitu procesů (optimalizovat nevyhovující procesy).
- Připravit se na úspěšné absolvování externího hodnocení kvality a bezpečí.

Vedení Krajské karlovarské nemocnice stanovuje hlavní kritické, vysoce rizikové a k problémům náchylné činnosti, které jsou v přímém vztahu ke kvalitě a bezpečí služeb. Protože není možné sbírat data u všech procesů, musí se vybrat, které zdravotnické a manažerské procesy jsou pro nemocnici prioritou. Výběr sledovaných oblastí je pravidelně přehodnocen Radou kvality. Při výběru se hodnotí vliv procesu na cíle nemocnice a minimálně jsou sledované tato oblasti:

- podávání anestezie,
- chirurgická/invazivní péče,
- skladování, předepisování a podávání léků,
- nemocniční nákazy a protiepidemická opatření,
- dodržování Resortních bezpečnostních cílů,
- kvalita zdravotnické dokumentace,
- spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců,
- nově zavedené standardizované klinické postupy (týkající se více pracovišť a popisující činnosti s vysokou mírou rizika).

Dále jsou sledovány nežádoucí události, ke kterým došlo nebo téměř došlo, při poskytování péče. Podrobný postup hlášení a vyhodnocování těchto událostí je popsán v samostatné směrnici. Pomocí vybraných ukazatelů se objektivně, v předem stanovených intervalech, monitorují přesně definované události. Základním cílem monitoringu je prevence chyb a snížení rizik. Výběr ukazatelů zajišťuje Rada kvality, ale vedoucí zaměstnanci jsou k výběru ukazatelů přizváni podle jejich vztahu k činnostem nebo postupům, které jsou monitorovány a zlepšovány. Hlášení výstupů je založeno na systematickém shromažďování, analyzování a převedení dat na použitelnou formu. Vyhodnocení sledovaných ukazatelů slouží k zlepšení sledovaných procesů. Pro každý ukazatel je určena osoba zodpovědná za sběr dat, která předá data v souladu s určenou frekvencí a v odpovídající formě osobě zodpovědné za vyhodnocení. Osoba zodpovědná za vyhodnocení provádí koordinaci, organizaci a hlášení souhrnných dat a informací manažeru kvality.

Manažer kvality informuje vedení nemocnice čtvrtletně formou souhrnné zprávy, obsahující hlavní výstupy a doporučení, čímž pomáhá vedení provádět rozhodnutí a kontinuálně zlepšovat klinické a řídící procesy. Výstupy jsou zveřejněny zaměstnancům. Výstupy ze sledovaných procesů, zejména hlášení zaměstnanců, slouží k vylepšení a zefektivnění procesů v nemocnici a zlepšení podmínek pro každodenní práci tak, aby se minimalizovaly případné chyby. Hlášené informace jsou vysoce důvěrné a k dispozici pouze osobám, které potřebují nutný přístup k výstupům a informacím o sledování kvality. Při zjištění nevyhovujících výsledků se zahájí podrobnější intenzivní analýza. Nevyhovující hodnota ukazatele se odvozuje z předchozích studií, z vědecké literatury, ze standardů a norem odborných společností nebo benchmarkingu a provádí se kořenová analýza. O výsledku kořenové analýzy vede osoba zodpovědná za analýzu záznam a informuje manažera kvality, který ve spolupráci s Radou kvality rozhodne o nápravných či preventivní opatření. Po zavedení opatření do praxe, určí Rada kvality vhodné ukazatele pro zjištění, zda opatření skutečně vede ke zlepšení.

Všichni zaměstnanci, kteří mají úzký vztah k činnostem, které jsou monitorovány, jsou seznámeni s postupy a odpovědnosti při sledování. Školeni jsou jak pracovníci managementu, tak zdravotnický personál. Součástí školení je i seznámení s tímto programem a akreditačními standardy SAK. Noví zaměstnanci jsou školeni během adaptačního procesu. Vedení nemocnice je obecně zodpovědné za zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče v nemocnici a poskytuje přehled o činnostech spojených s neustálým zlepšováním kvality a bezpečnosti služeb.

Rada kvality je zodpovědná za:

- Směrnice Program zvyšování kvality a bezpečnosti péče.
- Výběr sledovaných procesů a určení způsobu sledování procesů.
- Zajištění efektivního dohledu na sledování a zvyšování kvality a bezpečnosti služeb v celé nemocnici, včetně sledování nežádoucích událostí, zejména těch výstražných.
- Sledování a hodnocení zveřejněných závažných událostí z jiných nemocnic.
- Zhodnocení účelnosti nově navržených nebo změněných postupů.
- Sledování a hodnocení výstupů z interních auditů (Škrla, Škrlová, 2008).

Na každém klinickém oddělení je pověřen lékař a NLZP, kteří pomáhají vedoucímu oddělení správně implementovat proces zvyšování kvality a bezpečnosti do jeho každodenních rozhodnutí a strategických záměrů. Všichni zaměstnanci jsou povinni:

- Zúčastnit se aktivit souvisejících se zvyšováním kvality v rámci jejich organizačního útvaru a v rámci celé nemocnice.
- Informovat nadřízené zaměstnance v případě identifikace příležitostí k zlepšení kvality.
- Začlenit principy a hodnoty celkového zvyšování kvality do všech pracovních procesů.
- Podávat včas hlášení o všech závažných událostech a o všech sledovaných nežádoucích událostech (Vyhláška č. 102/2012 Sb.).

ZÁVĚR

Management řízení rizik se v Karlovarské krajské nemocnici řídí platnou legislativou a proces zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované je velmi dobře propracován a nastaven. Avšak většina součástí managementu je soustředěna v Karlových Varech a domníváme se, že část některých úseků, byť v podobě jednoho zaměstnance, by měla být umístěna v nemocnici v Chebu. Některá komunikace je sdělována pouze interní poštou, a to jak v papírové formě, tak i elektronicky. Vzhledem k probíhající výstavbě a rekonstrukci v Chebské nemocnici, doporučujeme přijmout manažera kvality, protože bude nutná zvýšená kontrola při reorganizaci a stěhování většiny klinických oddělení. V této souvislosti se budou upravovat některé směrnice a provozní řády, což vyžaduje tým erudovaných zaměstnanců. Zefektivnění funkčnosti managementu rizik by bylo námětem k výzkumu.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

DĚDIČ, J. 2012 *Akciové společnosti*. 7. přepracované vydání. Praha : C.H. Beck, 2012. Beckova edice právo a hospodářství. 672 s. ISBN 978-80-7400-404-9.

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad. 2008. 3. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

PLEVOVÁ, I. 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

SMEJKAL, V. - RAIS, K. 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích.* 4.aktualizované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 483 s. ISBN 978-80-247-4644-9.

ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

VEBER, J. 2007 *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007. Manažer. 204 s. ISBN 978-80-247-1782-1.

Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

ZUZÁK, R. - KÖNIGOVÁ M. 2009. *Krizové řízení podniku*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 253 s. ISBN 978-80-247-3156-8.

Kontaktní údaje autora:

Bc. Petra Šulcová
Telefon: +420 773 534 684
sulcpetra@seznam.cz

RECENZIE

Recenzent: **prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.**
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi Rožňava

Publikácia: **Zborník vedeckých prác „Zdravie - hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc.“**

Predložený zborník vznikol ako výstup 22 príspevkov autorského kolektívu. Je súborom vedeckých a odborných prác odborníkov z oboru Ošetrovateľstvo. Odzrkadľuje aktuálnu potrebu vychádzajúcu z podmienok rozvoja odboru ošetrovateľstva a klinickej praxe. V zborníku sú uvedené príspevky, ktoré sú tematicky zamerané na zdravie ako mataparadigmu ošetrovateľstva. Osobitná pozornosť je venovaná otázke zdravotnej gramotnosti, úlohe komunitnej sestry v podpore zdravia vybraných marginalizovaných komunitách. Autori poukazujú na potrebu pokračovania riešenie otázok kvality starostlivosti, ako determinanta zdravia. Príspevky interpretujú stav preventívnych služieb v podmienkach kúpeľnej starostlivosti. Popísané sú výsledky štúdií z výskumu kvality života, aplikácie máp starostlivosti a nových terapeutických postupov vplývajúcich na zdravie osoby, komunity. Obsah zborníka má prijateľný metodologický formát. Príspevky v českom a slovenskom jazyku sú gramaticky, štylisticky a formálne akceptovateľné. Ilustrácie spĺňajú požiadavky kladené na tento typ zdroja poznania. Celkovo je predložený zborník príspevkov logicky štruktúrovaný, prehľadne spracovaný, napísaný zrozumiteľným jazykom, vhodne doplnený obrázkovou dokumentáciou. Použitá literatúra v jednotlivých príspevkoch je aktuálna a využíva domáce aj zahraničné bibliografické pramene.

Vzhľadom na úroveň spracovaných príspevkov, možno konštatovať, že zborník vedeckých prác je cenným a relevantným zdrojom informácií pre odbornú a laickú verejnosť.

V Rožňave, 23.04. 2018 prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Recenzent: PhDr. Veronika Funtová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Detašované pracoviště - Ústav sv. J. Nepomuka Neumanna, Příbram

Publikace: Zborník vědeckých prací „Zdravie - hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc.“

Zborník byl sestaven z více jak 20 příspěvků a tím vznikl autorský kolektiv předložené publikace. Výsledkem je poutavý souhrn vědeckých článků na téma Ošetřovatelství. Navazuje na potřebu publikovat a sdílet odborné vědecké práce v součinnosti s klinickou praxí. Vychází z aktuálních potřeb a informací z oboru ošetřovatelství. Všechny příspěvky publikujících autorů jsou cennými informacemi pro sestry pracující jak v klinických praxích, tak v ambulantních a sociálních zařízeních. Je potřeba pokračovat v řešení otázek, nastavených v publikovaných příspěvcích. Publikované příspěvky jsou velmi aktuální a zajímavá témata, která odrážejí trendy moderního ošetřovatelství. Předložený Zborník je logicky i formálně seskládaný tak, aby oslovil co největší odbornou skupinu sester, ale i jiných zdravotnických pracovníků. Literatura jednotlivých příspěvků je aktuální s použitím domácích i zahraničních zdrojů.

Publikované příspěvky jsou na odborné a vysoce kvalitní úrovni, připravené objasnit a zodpovědět nastíněné otázky pro odbornou i laickou veřejnost.

V Praze, 24. 04. 2018 PhDr. Veronika Funtová

ISBN 978-80-8132-184-9