

Editoriál

Vážené kolegyně a kolegovia, milí čitatelia,

Historici zvyknú hovoriť, že aj tie najkontroverznejšie udalosti v našej histórii boli paradoxne často spojené s rozhodovaním ľudí, ktorí konali vo svojom najlepšom presvedčení. Vraj dobré úmysly bývajú nechtiac aj „cestou do pekla“. Bohužiaľ je to vždy možné konštatovať až *ex post*, až pri bilancovaní, kedy je v mnohých prípadoch už neskoro. Človek si tak neustále kladie otázku, či vôbec existuje možnosť sústavnej a nepretržitej kontroly začatého diela tak, aby mal istotu, že ide „dobrou cestou“ a dielo bude úspešné.

Odpoveďou z pohľadu šéfredaktora môže byť aj aktuálne číslo Zdravotníckych listov a úspechy, ktoré sa nám podarilo dosiahnuť v ostatnom období. Dovoľte mi prezentovať niekoľko štatistických údajov. Aktuálne čítate v poradí už dvadsiaty piaty editoriál, ktorý je súčasťou druhého čísla už siedmeho ročníka nášho vedeckého časopisu. Od svojho vzniku až po aktuálne číslo bolo publikovaných spolu 331 vedeckých článkov v štyroch edičných sériách a 301 abstraktov z 10 vedeckých konferencií, ktoré boli vydané spolu na 2462 stranách. Za celou touto formálnou štatistikou sa skrýva zodpovedné recenzovanie každého príspevku a mravenčia práca a nasadenie celého edičného tímu. Vďaka nej sa časopis postupne prepracoval až do svetovej citačnej a bibliografickej databázy SCOPUS a medzinárodných Open Access databáz DOAJ a ROAD.

Vyššie uvedené informácie nie sú písané s podtónom samochvály, ale s pokorou a s vedomím, že kvalita každého periodika je záležitosť trvalého a nepretržitého procesu. Je ťažké začínať, hľadať vizuálnu i formálnu stránku časopisu, ktorá by bola schopná nadčasovosti, a ktorá by mu dávala jeho vlastnú „dušu“. Je však ťažké aj pokračovať a vytrvať v začatom úsilí, neskĺznuť do stereotypu a stagnácie. Ešte ťažšie je pracovať v zmysle sústavného zlepšovania formálnej i obsahovej stránky periodika. Preto, ak zmieňujeme jeho úspechy, píšeme to s vedomím vynaloženej snahy a obetavosti všetkých, ktorí sa na jeho prípravu zúčastňujú. Patrí im za to veľká vďaka.

Čas sa však nezastaví a plynie ďalej. Čitatelia si prečítajú druhé číslo siedmeho ročníka Zdravotníckych listov a začne sa finalizácia nového, tretieho čísla. Prijímanie rukopisov, recenzné konanie, grafická úprava a zapracovanie, tlačenie a on-line zverejnenie. Prídu nové medzníky, nové výzvy a veríme, že i nové úspechy. To posledné spolu so zdravím prajeme aj tým, pre ktorých je náš vedecký časopis určený – svojim čitateľom.

RNDr. Zdenka Krajčovičová, PhD.
šéfredaktorka

**FENOMÉN ÚCTY A SEBAÚCTY AKO INHIBÍTOR ZNEUŽÍVANIA MOCI
V POMÁHAJÚCEJ PROFESII ZDRAVOTNÍKA
PHENOMENON OF RESPECT AND SELF-ESTEEM AS AN INHIBITOR OF ABUSIVE POWER
IN HELPING PROFESSION OF HEALTH PROFESSIONALS**

SEDLÁČEK Juraj

*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín
Katedra pastorálnej teológie, Rímskokatolícka Cyrilometodská Bohoslovecká fakulta Univerzity Komen-
ského v Bratislave*

ABSTRAKT

Pomáhajúca profesia lekára alebo zdravotníka vychádza z pomáhajúceho vzťahu, v ktorom jeden je silnejší, múdrejší, zdravý a kompetentný a druhý je slabší, pasívny a v istom zmysle na pomáhajúceho aj bytostne odkázaný. Ten má navyše nad ním istú formu moci. Príspevok sa zaoberá fenoménom moci a nebezpečenstvom jeho zneužitia. Ozrejmuje postoje a motívy pomáhaní, pričom hľadá, ako je vzťah moci prepojený s úctou lekára a zdravotníka voči pacientovi, ako aj jeho vlastnou sebaúctou. Najzraniteľnejšími miestami sú v tomto prípade ťažšie diagnózy, predovšetkým onkologické, v ktorých je v samotnom prežívaní pacienta často prítomná bezradnosť, bezvýchodiskovosť, dlhodobosť, ťažšie komplikácie a prognózy, ale najmä viacdimeznionálny strach.

Kľúčové slová: Lekár a pacient. Sestra a pacient. Úcta. Sebaúcta. Moc. Zneužívanie moci. Pomáhajúca profesia zdravotníka. Onkologické ochorenia.

ABSTRACT

The assisting profession of a doctor or a health care provider is based on the relation between two individuals, in which one is stronger, wiser, healthy and competent, and the other one is weaker and to a certain degree dependable on the assisting individual. Assisted individuals need to trust their caregivers who use the full array of their skills and their power over the assisted individuals. The paper discusses the phenomenon of power and the threat how it can be misused. It describes the attitudes and the motivation of assistant professionals and unveils the relation between the power and the respect of doctors and health care providers towards their patients and their own self-esteem. The most vulnerable people are the ones diagnosed with oncological diseases who are overwhelmed by a feeling of helplessness and hopelessness due to their long-lasting disease, possible complications and prognoses and moreover they are overwhelmed by a fear of more dimensions. Medical assistants should treat patients as they themselves would want to be treated.

Key words: Medical doctors and patients. Nurses and patients. Respect. Self-esteem. Power. Misuse of power. Profession of a healthcare professional. Oncological diseases.

ÚVOD

Každý človek, vrátane toho, ktorý v pomáhajúcej profesii vystupuje ako vzťahová osoba, v prie-

behu detstva, adolescencie a mladej dospelosti nadobudol väčšiu alebo menšiu sebaúctu. Spolu s náčrtom obranných mechanizmov je to prvý krok, v predloženej problematike nášho príspevku. Na tomto základe môžeme potom rozvinúť ďalšie skúmanie platformy zverenej moci a jej rizík. Cieľom príspevku je zadefinovať pojmy úcta a sebaúcta, hľadať vzťah medzi nimi a ozrejmiť, že majú významný vplyv na kvalitu vzťahu a pomáhajúceho vzťahu lekár – pacient, zdravotník – pacient. Ďalej ozrejmiť, aké negatívne mechanizmy a javy môžu do tohto vzťahu vstupovať a vysvetliť, prečo sú nebezpečné a často nevedomé. Je potrebné preto poznať aj postoje, motívy a hlbinné motivácie. Je to prvý krok ku plnohodnotnému a profesionálnemu pomáhaniu. Ak si totiž, hoci aj spätne uvedomíme a nájdeme vo svojom vlastnom detstve chýbajúcu úctu zo strany vzťahových osôb, ktorá mala za následok stratu alebo rozsiahly deficit našej vlastnej sebaúcty, môžeme použitím a aplikovaním úcty k zvereným pacientom, spätne reinterpretovať a reintegrovať aj našu vlastnú, často chýbajúcu, alebo slabo rozvinutú sebaúctu. Uzdravená, integrovaná a znovuobjavená sebaúcta sa tak môžu stať vzácnym inhibítorom, eliminujúcim potenciálne zneužitie našej moci, ktorú ako potrebnú a dôležitú užívame v pomáhajúcich, lekárskech a zdravotníckych profesiách. Metodológiu predstavuje analýza autorov, a ozrejmienie pojmov, ktoré nás dovedú k hlbšiemu pochopeniu predmetnej väzby a dynamík.

ÚCTA A SEBAÚCTA

Úcta je skrytá a jemná moc, ktorú si človek musí namáhavo pestovať. Bez úcty nie sú možné zdravé a plnohodnotné vzťahy. Úcta však nie je poklonovanie sa niekomu, alebo niečomu. Nie je to ani zdvorilosť sama o sebe. Profesori Dietrich a Alice von Hildebrand hovoria, že „úcta je postoj, ktorý možno označiť za matku celého morálneho života, pretože v nej sa človek stavia do takej pozície voči

svetu, ktorá otvára jeho duchovné oči a uschopňuje ho objímať hodnoty“ (Žvanda, 2018). Úcta k pacientovi je vstupnou bránou pomáhajúceho vzťahu.

Sebaúcta, spoločne so sebahodnotením predstavujú súčasť psychického procesu uvažovania o svojej osobe. „*Sebaúcta je presvedčenie, že moje vlastnosti a prejavy sú dobré a žiaduce. Jedná sa o kompozitum emočných postojov voči vlastnej osobe, ktoré sa vyskytujú jednak u zdravej a jednak u narušenej osobnosti. Sebaúcta je významným zdrojom motivácie, pocitu pohody a mentálneho zdravia človeka*“ (Cakirpaloglu 2012, s.169). Ruisel uvádza, že „*sebaúcta je pravdepodobne najdôležitejší postoj, aký jednotlivec môže zaujať k sebe, ide o hodnotenie s pozitívnou alebo negatívnou dimenziou*“ (Ruisel 2008, s.39). Tomešová vníma sebaúctu ako pocit vlastnej hodnoty a uvedomovanie si toho, že JA je hodné úcty. Sebaúcta je podľa nej sumárnym zhodnotením toho, ako dobre si JA počas života vedie, pričom sa stáva hlavným určujúcim predpokladom kvality života a psychického zdravia (Grachová 2016, s. 24).

Z Hidginsovhovho výskumu (1987) vyplýva, že jednotlivci, ktorí majú nízku úroveň sebaúcty mávajú veľmi často zlú náladu a často sa u nich prejavujú pocity zúfalstva i nešťastia. Nízka sebaúcta má za následok aj nižšiu odolnosť voči frustráciám, znižuje motiváciu a taktiež aj schopnosti človeka v pracovnej a sociálnej oblasti. Má za následok aj zníženú adaptačnú schopnosť. Ľudia, ktorí majú chronický nedostatok sebaúcty mávajú často úzkosť a depresie, taktiež sú obvyklé aj ich negatívne postoje voči iným ľuďom. U týchto ľudí je typické čiernobiele myslenie, dominujú u nich predsudky a stereotypy, vyskytuje sa u nich zjednodušené a logicky neoprávnené usudzovanie, čo súvisí s ich emocionálnou nevyrovnanosťou (Grachová, s.30).

Výsledky výskumu M. Dědovej zasa poukázali, že žiaci v roli obeť šikanovania vykazovali nižšiu úroveň sebahodnotenia v porovnaní so žiakmi, ktorí sa šikanovania nezúčastnili (Dědová, 2006, s.32-38). Každý zdravotník prežil svoj detský príbeh, detstvo, ktoré bolo jediné a už sa nevráti. Aj v našich profesiách sú prítomní ľudia s ťažšími príbehmi, ktorým v ich profesionálnej dospelosti hrozí zneužitie moci, a ktorých motív pomáhania v zdravotníctve a iste, často bezvýhodiskovej „odkázanosťou“ chorých a trpiacich na nich, môže korelovať práve s násilím či šikanovaním v detstve, hlbokaj citovej pamäti, ktorá sa v osobe lekára či zdravotníka práve zneužívaním moci môže donekonečna

presvedčať, že veci má pod kontrolou, lebo v jej minulosti to tak nebolo.

Sebaúcta je veľmi dôležitým činiteľom pre prežívanie pocitu šťastia a pohody. Ak je sebaúcta prehnane vysoká alebo veľmi nízka, môže pôsobiť negatívne a spôsobovať osobné či spoločenské problémy. Následkami príliš vysokej sebaúcty môže byť napr. znížená kritickosť jednotlivca, čím sa u neho vytvára pocit nadradenosti. Velebenie seba samého má negatívny dopad na osobnosť, čo má za následok komplikácie v oblasti sociálnych vzťahov a to sa môže nasledovne preniesť na širšiu spoločnosť. O tomto fenoméne hovoril už Rogers, keď tvrdil, že „*problémy ľudstva pramenia z prehnanej lásky a pýchy človeka voči vlastnej osobe*“ (Cakirpaloglu 2012, s.145). Ak má niekto vysokú sebaúctu, znamená to, že má rád seba. K týmto hodnoteniam jednotlivec prichádza na základe hodnotení založených čiastočne na názoroch iných, alebo na špecifických zážitkoch, pričom tieto postoje k sebe môžu mať počiatky už v najrannejších vzťahoch medzi dieťaťom a rodičmi, príp. opatrovateľmi. Nedostatok sebaúcty sa prejavuje prehnanou kritickosťou voči vlastnej osobe. Osobnosť s nízkou úrovňou sebaúcty znevažuje svoje vlastné sily i skutočné možnosti, ich postoje voči vlastnej osobe je väčšinou pasívny. Prejavovaním a vyjadrovaním úcty druhému si zároveň začíname vážiť aj samých seba a rehabilitujeme svoju vlastnú sebaúctu. Človek so sebaúctou, i človek, ktorý vyjadruje a používa úctu, sa automaticky vzdáva od prípadného zneužitia moci. A tá je v zdravotníctve súčasťou pomáhajúceho vzťahu.

OBRANNÉ MECHANIZMY

Pri vážnejších a ťažších osobnostných a emocionálnych deficitoch a intervenciách počas detstva a mladosti môže neskôr dochádzať zo psychologického hľadiska k niekoľkým obranným mechanizmom. Sú to relatívne nevedomé javy, ktoré istým spôsobom popierajú a skresľujú vnútornú i vonkajšiu realitu. Človek ich začne používať po sérii ťažkostí, ktoré nemá ako inak vyriešiť (Sedláček, 2017, s.309).

Štiepenie je mechanizmus, pri ktorom človek vidí seba i druhých buď len ako dobrých alebo len ako zlých. Nevie rozlíšiť a spojiť pozitívne a negatívne kvality, striedavo idealizuje a devaluje tú istú osobu. Psychiater Otto Kernberg chápe štiepenie ako náhle a úplne obrátenie všetkých emócií a predstáv ohľadne vlastného ja alebo určitej osoby. Vtedy ich človek člení na absolútne dobré a absolútne zlé,

t. j. jedných tak idealizuje a druhých znehodnocuje. Môže dôjsť aj k rýchlemu striedaniu medzi dvomi prístupmi voči jednej osobe. Ako pravidlo tu môže platiť, že čím je vzájomný vzťah medzi rodičom a dieťaťom problematickejší, tým silnejšia je reakcia, a o to silnejšia potreba štiepiť svet na dobré a zlé (Kaščáková 2007).

Projekčná identifikácia znamená, že človek ktorý používa tento obranný mechanizmus vytvára tie isté situácie, v ktorých sa kedysi nachádzal, ktoré sám zažil. Pri projekčnej identifikácii sa druhý ovplyvní tak, že sa svojim správaním podobá tomu, čo sa od neho očakáva. Pridáva sa tu projekcia s nevedomým manipulatívnym správaním, ktoré je zamerané na potvrdenie si svojich vlastných očakávaní. Objekt manipulácie je privedený k tomu, aby sa cítil tak, ako sa cíti samotný manipulátor. Takáto manipulácia je obvykle vedomá, jedinec si však nevedomuje motív, ktorý za ňou je. Kontrolovanie druhého pomocou nevedomej manipulácie jeho prežívania a správania sa deje napríklad prostredníctvom vyvolávania pocitov viny. Je to častý mechanizmus pri hraničných poruchách osobnosti a narcizme. Niekedy sa prejavuje vyprovokovaním druhého k hnevu a k agresivite.

Vyššie uvedené psychologické kategórie a väzby sú zákerné v tom, že môžu byť opakovane prítomné v pomáhajúcej profesii lekára alebo zdravotníka a nemusia byť vidno hneď, na prvý pohľad. Sú protipólom úcty. Ich používanie v konaní a správaní môže súvisieť s nedostatkom sebaúcty, ktorá nemohla zdravo a prirodzene vyrásť a formovať sa. Záchranou cestou je eliminácia: poukazuje to na väčšiu pozornosť vo formácii sebaúcty napr. pri štúdiu psychologických vied na lekárskech a zdravotníckych fakultách. Ich poznanie sa môže stať súčasťou batérie sociálno-psychologických výcvikov nových a mladých kolegov počas štúdia a v prvých rokoch praxe.

FENOMÉN A NEBEZPEČENSTVO MOCI V ZDRAVOTNÍCTVE

V problematike moci, ktorú lekár aj zdravotník v požadovanej miere a pre výkon svojho povolania má, vidíme už historický kontext. Archaickým lekárom bol medicínman. Z popisu etnografov vyplýva, že to boli obdivovaní mocní muži, ktorí používali moc a aj prostriedky k tomu, aby si ju uchovali. Okrem medicíny boli v spojení s vyššími silami ako kňazi. Aj lekári raného Grécka boli kňazmi Asklépia, boha, ktorý liečil. Arabskí a židovskí stredovekí

lekári sa od kňazstva oddialili a boli už prakticky lekármi v modernom zmysle. Boli síce ešte pod vplyvom alchýmie, renesanční lekári zasa pracovali viac ako vedci. Zdá sa, že všetci lekári boli rešpektovaní a z časti aj obávaní. Boli vnímaní ako mocní muži. Švajčiarsky psychológ a psychoterapeut A. Guggebühl-Craig konštatuje, že lekári v historickej dobe, ktorej prostriedky boli veľmi obmedzené, a v ktorej sa už od kňazstva veľmi vzdialili, boli takmer rovnako rešpektovaní a obávaní, ako moderní lekári. Pýta sa, či moc lekára a moc medicíny nemá skôr čo do činenia s psychologickou mocou, než s mocou založenou na vedných znalostiach.

Zdraví ľudia môžu viesť samostatný život, dôstojne a v slušných pomeroch. Zdravé telo človeku dovoľuje, pokiaľ sú ďalšie životné okolnosti priaznivé, slobodne a nezávisle sledovať svoje vlastné záležitosti. Akonáhle však zdravý človek ochorie, všetko sa razom zmení. Stane sa pacientom, muž sa premení v malé dieťa. Kedysi dôstojný zdravý človek je teraz chorý, je ovládaný strachom, trýznený bolesťami a ohrozovaný smrťou. Dochádza k svojbytnnej forme regresie. Pacient už nie je pánom svojho tela, ale jeho obeťou. Duša ako keby sa začala s chorobou meniť.

Ženy, ktoré museli byť prechodne svojim chorým mužom ošetrovatelkami, môžu dať k tomu nespočetné príklady. Silný muž, ochranca domova a pán domu sa premení v malé dieťa, ktoré sa plačlivým hlasom dožaduje pomarančového džusu. Podobne vidia svojich pacientov v nemocniciach tiež sestry a lekári: Pacienti bývajú detinskí, plní slepej dôvery v lekára, inokedy zasa neposlušní ako školáci. Raz sa ochotne podrobia pokynom lekára, inokedy nie – nesprávajú sa ako dospelí.

Lekár je v tejto situácii veľkou pomocou. Je zdrojom všetkých nádejí, je obávaný, rešpektovaný, nenávidený i obdivovaný. Môže pomôcť. Jeho rada je drahocenná ako zlato a pacienti ho „prežívajú“ mnohokrát takmer ako spasiteľa. Lekár môže liečiť, zmierňovať bolesti a to aj terminálne. Pacient je bez neho stratený (Baumgartner, Garhammer 1989, s.15-28).

Objavuje sa ďalší psychologický fenomén. Špeciálne v nemocniciach býva pre lekárov ťažké nevnímať svojich pacientov ako nepríjemné, nechcené a trochu hlúpe deti. Na intelektuálnej úrovni lekári samozrejme vedia, že ich pacienti sú ľudia ako oni. Niekedy je však veľmi ťažké ubrániť sa negatívne nemu postojú voči pacientom. Totiž práve v nemoc-

nici sa pacienti často stávajú skupinou úbohých, nešťastných stvorení bez stavu a dôstojnosti. Niekedy až ako odlišná ľudská trieda. Jeho veľkým pokúšením je vnímať pacientov ako „nižšiu sortu ľudí“. Aj pacienti sa mnohokrát správajú veľmi nerozumne – neužívajú lieky, robia veci, ktoré im škodia, niekedy poslúchajú a inokedy nie, presne ako malé deti. Paradoxom nemocničného prostredia je, že na jednej strane sa nachádza detinský a úzkostný pacient a na druhej strane je silný, hrdý, dištancovaný a snád ešte do istej miery zdvorilý lekár (Sedláček, 2016, s.67-68).

Stretnutie dvoch ľudí, kde jeden vystupuje ako chorý a druhý prináša liečbu, sa opakovane vyvíja od počiatku ľudstva. Vzťah medzi chorým človekom a jeho liečiteľom je v istej miere rovnako zásadný ako vzťah medzi mužom a ženou, otcom a synom, matkou a dieťaťom atď. V zmysle psychológie C. G. Junga je archetypovým vzťahom. Preto je potrebné upozorniť aj na nebezpečenstvo moci. V ľudskom vzťahu stojí jeden subjekt proti druhému a obidva sa k sebe akosi vzťahujú. Vo vzťahu, v ktorom je prítomná moc, sa jeden subjekt snaží z druhého vytvoriť objekt, ktorý sa poddáva. Vo všeobecnosti to znamená, že subjekt môže objektom manipulovať pre svoje ciele. Táto situácia zvyšuje u dominantného subjektu pocit dôležitosti a zbavuje objekt zodpovednosti. Iným druhom moci je sebatranscendencia. Človek, ktorý je posadnutý božským komplexom, sa snaží vládnuť nad ľuďmi ako boh. Tento druh moci je numinózný a mimoriadne nebezpečný tak pre ovládaných, ako aj pre ovládajúceho (napr. rímski cisári, Napoleon, Hitler). Tretiu formu moci predstavuje pozícia náčelníka určitého kmeňa, kráľa a jeho ľudu, moc v politike, priemysle, v armáde. Nie je sama o sebe zlá.

V prípade lekára a pacienta problematiku moci vidíme vo všetkých dobách. Moderným kultom dnešnej postavy lekára je istá sociálna prestíž, verejná úcta jemu ako človeku, ktorý má vo svojich rukách život a smrť, chorobu a zdravie.

Stále prítomným nebezpečenstvom pomáhajúcej profesie lekára a zdravotníka je, že môže vyrásť v namysleného, úzkoprsého muža, ktorý je slepý voči vlastnému dozrievaniu a vývoju. Vymizla jeho schopnosť vzbudzovať liečivý faktor aj v pacientovi. Takýto lekár sa domnieva, že tým, kto lieči, je on sám. Zabúda, že jeho funkcia spočíva len v umožnení liečivému faktoru, aby sa presadil. Stáva sa v určitom ohľade „kňazom“, ktorý verí, že je sám bohom (Schmidbauer 2000). Guggenbühl-

Craig dodáva, že vytesnením jednej polarizácie archetypu lekára môže dôjsť k obrátenej situácii: lekár začne mať dojem, že slabosť, choroba a zranenia s ním nemajú nič spoločné. Cíti sa ako silný liečiteľ, zranenia sa týkajú iba pacienta. On sám je v bezpečí. „Úbohé stvorenia“, ktoré sú označované ako pacienti, žijú v celkom inom svete než on. Stáva sa z neho lekár bez zranení. Nebuďuje už v pacientoch liečivý faktor a stáva sa iba liečiteľom a chorý iba pacientom. Už nie je zraneným lekárom, ktorý by sa stretával s chorým a aktivoval jeho liečivý faktor (Guggenbühl-Craig). Výsledkom je na jednej strane zdravý a silný lekár, na druhej strane chorý a slabý pacient (Sedláček, 2016, s. 67-68).

SESTRA, LEKÁR A POVAHA ICH PRÁCE

V prípadoch citovej a osobnostnej nezrelosti jednotlivých osôb personálu, nespracovanej minulosti, alebo prítomnosti ťažších negatívnych stôp v citovej pamäti dochádza k situáciám, že správanie sestry, alebo lekára môžu vďaka tvrdej realite a množstvu práce vystúpiť neprimerane alebo nepriehavo v danej situácii. *Určité formy správania ako napr. vyvolávanie atmosféry strachu, deficit komunikácie, odmeranosť, skrytá manipulácia, zneužívanie syndrómu autority bieleho plášťa atď., môžu spôsobiť dlhodobé a zvnútornené nastavenia, ktoré vo finále končia zneužitím moci vzťahovej osoby, prípadne identifikáciou s tzv. mocou.*

Stresorov a podnetov je v negatívnom smere na štandardnom lôžkovom oddelení niekedy neúrekom. Pri konfrontácii s takýmito situáciami sa sestra môže cítiť bezbranná a dotknutá. Sestry často krát prežívajú ľútosť a zlosť a pokiaľ sa ich situácia nevyrieši alebo neventiluje, často ju nedokážu samé zvládnuť. Okrem ťažkostí profesionálnych, napr. nepríjemní a hašteriví pacienti, komunikácia s pozostalými, nedostatok materiálu alebo čistého prádla, sa pridávajú vzťahové a osobnostné problémy – napr. devalvujúco pôsobiace strety medzi sestrou a lekárom, presúvanie lekárskeho kompetencií na sestru, chýbajúca tolerancia. V. Zachová uvádza klasifikáciu osobnosti sestier podľa Hárđiho:

- *rutinný typ* – sestra pracuje presne. Je prísna a chýba jej „ľudský pohľad“,
- *herecký typ* – sestra vystupuje dôležito a jej prejavy sú prehnane emocionálne,
- *nervózný typ* – je unavená, v časovom napätí, cíti sa podhodnotená, vyhyba sa niektorým činnostiam, má sklon k alkoholu a toxikománii,

- *mužský typ* – rozhodná, energická, sebavedomá a dôsledná sestra. Môže byť vedúcou, vrchnou sestrou, alebo školiteľkou. Býva tiež despotická alebo agresívna,
- *materský typ* – ochotná a dobrá sestra. Niekedy nedodržuje správne postupy,
- *typ špecialistka* – môže mať pocit nadradenosti vďaka svojej odbornosti.

Vo vyhrotených a opakovaných prípadoch hovoríme o profesionálnej deformácii, kde na scénu *vystupujú otupenosť, istá bezcitnosť až cynizmus k pacientovi*. Ďalšiu fázou je *lahostajnosť spojená s lahostajným správaním a nedostatočným naplňovaním pracovných činností*. Tretia fáza je *prejavovaný hnev a nenávisť*.

J. Cimický vo svojom desatore hovorí: „*keď vás niečo hnevá, nedržte to v sebe a netrpte mlčky a ublížene. Snažte sa uvoľniť, spýtať sa. Nežijeme vo vysnenom, ale v reálnom svete a musíme si vedieť priznať, že skutočnosť je niekedy krutá. Všetci nemusia konať logicky. U väčšiny ľudí sú na prvom mieste ich vlastné záujmy. Nezabúdajte na to. Snažte sa pochopiť druhých, uvažujte, prečo tak konajú, počúvajte druhých. Verte svojim pocitom. Zvažujte svoje reakcie, lebo všetko je potrebné riešiť postupne a systematicky. Naučte sa hovoriť nie, odmietnuť, keď niečo nechcete, alebo nedokážete. Zbytočne nenáhlite a vždy počítajte s časovou rezervou. Naučte sa usmievať*“ (Zachová – Škochová, 2008, s.41).

POSTOJE A MOTÍVY

Lekár a zdravotník v pomáhajúcom vzťahu užíva potrebnú moc. Vo vzťahovej väzbe lekár – pacient, zdravotník – pacient, je vždy tým silnejším, múdrejším, skúsenejším a tým, ktorý sa „z úradu“ teší prirodzenej autorite. Môže sa však stať, že práve tento „prostriedok“ a „nástroj“ pomáhania sa stane jeho cieľom. Práve poznanie našich vnútorných hnutí a postojov nám môže hlbšie objasniť motív a pohnútky, pre ktoré, sme si ako zdravotníci a lekári túto pomáhajúcu profesiu zvolili. Táto pravda o sebe samých nám poodhalí aj potrebné kategórie úcty, rozvinutej či nerozvinutej sebaúcty a hroziaceho zneužívania našej zverenej moci, ako neutíšiteľného hladu, ktorý v nás môže pretrvávajúť od útleho detstva.

Postoj (z angl. „attitude“) možno definovať ako relatívne stabilnú predispozíciu reagovať na niečo špecifickým spôsobom. Intenzívne štúdium posto-

jov bolo objektom sociálnej psychológie od dvadsiatych rokov minulého storočia. Hoci dodnes neexistuje nejaký jednotný konsenzus v definícii postojov, môžeme povedať, že popri kognitívnej a konatívnej zložke má asi najdôležitejšiu úlohu afektívna dimenzia. Postoje skôr vyjadrujú to, čo ľudia cítia, než to čo si o veciach myslia, alebo čo vo vzťahu k veciam konajú. Ba viac, postoje človeka sú skryté pod povrchom a nie sú ľahko pozorovateľné. Naše IDEÁLNE JA je vytvorené z konštruktov, ktoré sa snažia transcendovať ľudskú osobnosť, čiže z hodnôt. Na druhej strane AKTUÁLNE JA je sformované z tých komponentov, ktoré sú alebo majú byť transcendované, teda z túžob. Postoj je v striktnom slova zmysle dispozíciou, ktorá vyjadruje oboje – aj hodnoty, aj túžby. Ak sa hodnota dostáva do vzťahu s ľudskou túžbou, navonok je vyjadrená nejakým postojom človeka. Avšak vzťah medzi hodnotami a túžbami vyjadrený v postojoch to všetko robí komplikovanejším. Totiž hodnoty, ale hlavne ľudské túžby môžu byť skryté, nepoznané či už pre okolie človeka, alebo pre človeka samotného. Konkrétnejšie povedané, *nejaký postoj môže odhaľovať skryté hodnoty a túžby, avšak práve tak ich môže aj zahaľovať*. Napríklad postoj vyjadrený v snahe pomáhať druhým ľudom môže byť vyjadrením sebatranscendentnej hodnoty, ale tento postoj môže byť tiež motivovaný túžbou byť obdivovaný. A práve preto je dôležité skúmať, ktoré motivačné konštrukty zohrávajú dôležitú úlohu v našich postojoch, pomáhajúce profesie zdravotníka, alebo lekára nevynímajúc. Vidíme, že nie je ani tak dôležité, aký postoj vytvára človek v tej ktorej situácii, ako skôr čo ho k tomuto postoju motivuje. Môžeme to vysvetliť na tzv. Kelmanovej teórii o zmene postojov. Jeho celoživotným záujmom bolo skúmanie spoločenského vplyvu a zmeny postojov, často v súvislosti s vnímaním autority a zodpovednosti. Kelman predkladá model, ktorý vysvetľuje niektoré determinanty a motivačné bázy, na základe ktorých sa človek rozhoduje pre konkrétne možnosti svojich postojov. Rozlišuje tri základné procesy:

Úslužnosť (compliance)

Zmena postojov na spôsob úslužnosti sa uskutočňuje vtedy, keď človek akceptuje vplyv, pretože za to očakáva nejakú pozitívnu satisfakciu alebo sa môže vyhnúť nejakej negatívnej reakcii. Napr. mladý chlapec bude chodiť na klavír, lebo mu rodičia za to sľúbia bicykel. V takomto prípade si člo-

vek neadoptuje dané správanie a bude ho vykonávať len vtedy, keď ho osoba vplyvu bude pozorovať. Základom tohto typu správania je spoločenský efekt, ale vnútorne sa s ním človek nestotožňuje, pretože princípom vplyvu na človeka je nejaká kontrola alebo sila (môže byť vonkajšia, alebo vnútorná). To je zároveň aj podmienkou správania, pretože ako náhle dohľad osoby, ktorá reprezentuje túto silu skončí, skončí sa aj toto správanie na základe nejakej pozitívnej odmeny, alebo vyhnutiu sa negatívnemu trestu. Kľúčovým komponentom tohto typu zmeny postojov je sila. Človek je „dotlačený“ zmeniť svoj postoj či už na základe nejakej pozitívnej odmeny, alebo vyhnutiu sa negatívnemu trestu. Tento proces môže veľmi často prebiehať podvedome.

Identifikácia (identification)

Zmena postojov na spôsob identifikácie sa uskutočňuje vtedy, keď človek akceptuje vplyv, pretože si vytvára zadosťučiniaci sebadefinujúci vzťah k osobe, ktorá na neho vplýva. Teda človek túži po nejakom vzťahu a zároveň sa týmto vzťahom definuje. Ani v tomto prípade si však neadoptuje dané správanie. Síce verí v to konkrétne správanie, prísvojuje si ho verejne aj súkromne, ale keďže to robí v očakávaní vytvárania vzťahu, je toto správanie spoločensky závislé. Základom tohto typu postoja je spoločenské ukotvenie správania, ktoré tento postoj produkuje. Kľúčovým princípom je atraktivnosť, teda vzťah k osobe, ktorá vplýva na človeka, je nejakým spôsobom príťažlivý. Tento vzťah je zároveň aj podmienkou správania, pretože akonáhle by zanikol, prípadne by osoba začala tento interpersonálny vzťah vnímať ináč ako predtým, následne by sa zmenil aj postoj a teda aj správanie. Aj tento spôsob môže prebiehať podvedome, hoci sú v ňom mnohé prvky vedomia.

Internalizácia (internalization)

K internalizácii dochádza, keď človek akceptuje vplyv, pretože je to kongruentné s jeho hodnotovým systémom. Internalizácia je inkorporáciou postojov, štandardov, názorov druhých ľudí (obzvlášť rodičov) do vlastnej osobnosti. Aj tu je dôležitá osoba, ktorá prezentuje vplyv na druhého, ale obzvlášť je dôležitá dôveryhodnosť tejto osoby. Takže v tomto prípade už nejde ani tak o atraktivnosť, ako o hodnotovosť. Podmienkou správania už nie je nejaká vonkajšia či vnútorná sila a z nej vyplývajúce konzekvencie. Taktiež nie je dôležitá príťažlivosť

vzťahu k tomu, kto ponúka tento postoj. Podmienkou je kongruencia s hodnotovým systémom človeka. Takéto správanie sa ukončí vtedy, keď sa zmení vnímanie hodnôt. Kľúčovým prvkom tejto zmeny postojov je dôveryhodnosť. Vo veľkej miere sa tu jedná o vedomý proces. Ak ide o hodnotový systém, dá sa tu hovoriť o subjektívnom a objektívnom vnímaní hodnôt (Forgáč, 2011, s.88-95).

ZDRAVÝ A CHORÝ (LEKÁR A PACIENT)

Nikto z nás nevie, v akej životnej situácii sa ako pacient na nemocničnom lôžku ocitne. A tak sa na jednej miske váh ocitne celkom bezmocný a lekárovi sa odovzdávajúci pacient a na strane druhej ten, čo má čo najlepšie pomôcť vyliečiť, alebo zachrániť život - lekár. Oba predstavujú príslušníkov jedného rodu – sú ľudia. V osobnom dialogickom vzťahu vidíme na prvom mieste osobný vzťah byť nielen človekom, ale zároveň profesionálnym odborníkom; na druhej strane byť človekom, ale aj spolupracujúcim a pokyny rešpektujúcim pacientom. Bez vzájomnej dôvery, rešpektu a úcty nemožno dosiahnuť žiadny výsledok čo je veľká výzva pre obe strany váh. V tomto prípade hovoríme o zmluvnej etike ako zo strany lekára, tak aj jeho pacienta (Maturkanič, 2018, s.51).

UTRPENIE PACIENTA A POSTOJOVÉ HODNOTY

Na hodnotách, ktoré sa rodia zo znášania osudu a utrpenia sa ukazuje, že práve stiahnutie sa z uskutočňovania hodnôt vyplývajúcich z činnosti, čiže „tvorivých hodnôt“, a hodnôt pochádzajúcich z prežívania, „prežitkových“ hodnôt, dáva – pri správnom postoji voči takému obmedzeniu hodnotových možností – možnosť realizácie skutočných hodnôt, „*hodnôt spojených s postojom*“! (...) *Aby sme však tvorili hodnoty „spojené s postojom“, potrebujeme nielen tvorivé schopnosti, nielen schopnosť prežívania, ale aj schopnosť trpieť. Túto schopnosť však človek „nemá“, nie je mu daná zhora. Zmyslové orgány má každý, talent môže mať, ale schopnosť trpieť musí každý človek iba získať, musí sa naučiť trpieť*“ (Frankl, 2007, s.84-85). Táto dimenzia sa vzťahuje predovšetkým na chronické a onkologické diagnózy, s dlhodobou liečbou, nejasnou prognózou, prípadne komplikáciami.

ZÁVER

Dospeli sme k záveru, že formovanie vlastnej sebaúcty je možné aj recipročne, cestou úcty k druhým. Je to vzácna možnosť substitúcie u mnohých

osôb (vrátane osôb vykonávajúcich lekárske a zdravotnícke pomáhajúce profesie) v prípade menej rozvinutej, alebo výrazne chýbajúcej tejto emocionálno-vzťahovej zložky osobnosti pomáhajúceho. Ak ja ako lekár, alebo sestra budem mať k pacientovi úctu, začínam žiť svoju skutočnú ľudskú identitu, čím zároveň formujem svoju vlastnú emocionalitu, ale najmä svoju vlastnú sebaúctu. Formácia k sebaúcte tým môže nepriamo eliminovať zneužívanie moci: daný subjekt sa od neho – práve formáciou k úcte a sebaúcte, či spoznaním postojov a hlbších motívov svojho vlastného pomáhania – nepriamo vzdáľuje. Zároveň tak bude plnohodnotnejšie prežívať svoju vznešenosť povolania byť človekom.

Pod'akovanie

Štúdia vznikla v rámci grantového projektu VEGA, registračné číslo 1/0305/18 s názvom *Kognitívno-existenčný profil a špecifika posttraumatického rozvoja u odliečených onkologických pacientov (cancer survivors)*.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BAUMGARTNER I. Helfen zwischen Selbsucht und Selbstlosigkeit. In: *GAR- HAMMER, E.*, 1989. (Red) Menschen – Bilder: Impulse für helfenden Berufe. Regensburg: Pustet Verlag, 1989.
- CAKIRPALOGLU P. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, 2012, 288 s., ISBN 978-80-247-4033-1.
- DĚDOVÁ, M. Charakteristika obete šikanovania. In: M. Mráz, S. Urigová (Eds). *Memoria Tyrnaviae 3: Absolvent v teórii a praxi. Akadémia. Superstar - reality show, idoly, zábava. Zborník príspevkov z konferencie, akadémie a seminárov organizovaných na Filozofickej fakulte TU v rámci Dní Univerzity a pri príležitosti 370. výročia založenia Trnavskej univerzity*. (s. 32-38). Trnava: Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave, 2006. ISBN 80-8082-092-9.
- FORGÁČ M. *Tvárou v tvár. Náčrt psychologie kresťanskej osobnosti podľa L. M. Rullu v kontexte biblického príbehu o Jakubovi*. Košice; Equilibria, s. r. o., 2011, 165s., ISBN 978-80-89284-72-6.

- FRANKL V.E. *Trpiaci človek*. Wien – Bratislava: V.E. Frankl, dedičia – Lúč, 2007, 155s., s.84-85, ISBN 978-80-7114-638-4.
- GRACHOVÁ N. *Materializmus a sebaúcta u zamestnaných v období dospelosti*. Diplomová práca. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Ústav aplikovanej psychológie, 2016.
- GUGGENBÜHL-CRAIG A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, edice Spektrum, 2010, 114 s. ISBN 978-80-7367-809-8.
- KAŠČÁKOVÁ N. *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno biologického aspektu* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana 2007, 137s. ISBN 8088952-41-7.
- MATURKANIČ P. *Základy etiky. Vybrané otázky z praktické fylosofie*. Terezin: VŠ aplikované psychologie, 2018, s.51, ISBN 978-80-87871-05-8.
- RUISEL I. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: Ikar, 2008, 255s. ISBN 978-80-551-1599-3.
- SEDLÁČEK J. *Otcovské rany. Štrnásť skutočných príbehov o tom, ako a prečo bolia (O identite muža s ranami)*. 3.vyd., Bratislava: Don Bosco, 2017. 359s., ISBN 978-80-8074-302-4.
- SEDLÁČEK J. *Pomáhať je slastné. Vybrané kapitoly a riziká v pomáhajúcej profesii zdravotníka*. Trenčín / Brno: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva/ Masarykova univerzita, 2016. 93s., ISBN 978-80-210-8437-7.
- SCHMIDBAUER W. *Psychická úskalí pomáhajících profesii*. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
- ZACHOVÁ V., ŠKOCHOVÁ D. *Boj s profesionální deformací*. I. chirurgická klinika, VFN Praha, *Dermatolgia pre prax* [online] 1/2008 [citované 30. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.solen.sk/pdf/774972ae5089cf779b73d831afd82777.pdf>
- ŽVANDA J. Úcta ti otvára náruč pre druhých. [online]. [citované 29. 3. 2019]. Dostupné na internete: <http://www.upac.sk/wp/vysokoskolskasvata-omsa-05-11-2018-tema-ucta-ti-otvara-naruc-pre-druhyh-o-ucte/>

POSKYTANIE OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI BLÍZKYM PRÍBUZNÝM ZOMIERAJÚCEHO PACIENTA PROVISION OF NURSING CARE TO CLOSE RELATIVES OF A DYING PATIENT

MAREKOVÁ Anna, KRÁLOVÁ Eva, POLIAKOVÁ Nikoleta

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

ABSTRAKT

Východiská: Štúdia sa zaoberá poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a podpory blízkym príbuzným zomierajúcich pacientov zo strany sestry.

Ciele: Hlavným cieľom bolo zistiť, ako je zo strany sestry poskytnutá podpora a ošetrovateľská starostlivosť blízkym príbuzným zomierajúceho pacienta a aké formy pomoci blízki príbuzní využívajú. Zamerali sme sa na poskytnutie pomoci a podpory zo strany sestry a napokon na porovnanie uspokojenia potreby pomoci blízkym príbuzným v inštitucionálnej a v domácej starostlivosti.

Metóda: Použili sme metódu kazuistiky. Informácie sme získali metódou rozhovoru a pozorovania.

Vzorka: Hlavnými posudzovanými boli dve ženy – pani Mária a pani Eva, manželky zomierajúcich pacientov vo veku 58 a 64 rokov. Manželovi pani Márie bola poskytovaná paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v hospíci a o manžela pani Evy sa starali blízki príbuzní v domácom prostredí. Kritériami výberu vzorky bolo terminálne štádium blízkeho príbuzného, ochota spolupracovať a poskytovať rozhovor v ťažkej životnej situácii a forma poskytovanej paliatívnej starostlivosti o pacientov.

Výsledky: Výsledky indikujú, že podpora a ošetrovateľská starostlivosť zo strany sestry pozitívne vplyva na blízkych príbuzných zomierajúceho pacienta v inštitucionálnej hospicovej starostlivosti, ale aj v domácom prostredí. Sestra svojim odborným a ľudským prístupom pomáha blízkym príbuzným vysporiadať sa so spracovaním situácie a zmiernením záťaž, ktorá je na nich kladená.

Záver: V ošetrovateľskej praxi, nezávisle od inštitucionálnej alebo domácej starostlivosti, by mali sestry poskytovať podporu a ošetrovateľskú starostlivosť nielen zomierajúcemu pacientovi, ale aj jeho blízkym príbuzným. Vhodnou formou pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti je hospic, ale pre zomierajúcich pacientov v domácom prostredí má nezastupiteľnú úlohu domáca paliatívna starostlivosť poskytovaná prostredníctvom ADOS alebo priamo komunitnými „terénnymi“ sestrami. Paliatívna starostlivosť a podpora poskytovaná pacientovi a jeho rodine vhodnou formou, pomáha blízkym príbuzným zmieriť sa so smrťou blízkej osoby.

Kľúčové slová: Fázy zmierenia sa so smrťou. Kazuistika. Pozostalí. Smrť. Zomieranie.

ABSTRACT

Background: The study deals with the provision of nursing care to close relatives of a dying patient.

Objective: The main objective was to find out the quality of provided support and nursing care to a close relative of a dying patient and the forms of help close relatives use. We have also focused on the forms of help that close relatives use in their daily lives, on the provision of help and support from a nurse, and finally on the comparison of satisfying the need to help close relatives in institutional and home care.

Methods: We used a case report method to obtain the data using interview and observation.

Sample: The main respondents were two women, Mrs. Mária and Mrs. Eva at the age of 58 and 64 years old, the wives of the dying patients. Palliative nursing care in a hospice was provided to the husband of Mrs. Mária, and close relatives took care of the second patient, the husband of Mrs. Eva. The criteria of sample selection were the terminal stage of close relative, the willingness to cooperate and provide interview in a difficult life condition and the provided form of palliative care.

Results: The results indicate that nurse's support and care has a positive effect on close relatives of the dying patient in institutional hospice care, but also in home environment. A nurse through her professional and human approach, helps close relatives to reconcile with the management of the situation and reduce their burden.

Conclusion: In nursing practice, independently from institutional or home care, nurses should provide support and nursing care to close relatives. The hospice is a good form of palliative care, but home palliative care provided through ADOS or directly by community "field" nurses plays an irreplaceable role for dying patients in home care. Palliative care and support provided to a patient and his or her family in an appropriate form that helps close relatives to cope with the death of a loved one.

Key words: Stages of reconciliation with death. Case study. Mourners. Death. Dying.

ÚVOD

Zomieranie je posledné štádium vývoja človeka. Je neoddeliteľnou súčasťou ľudského života, záverečnou fázou, ktorá trvá rôzne dlhý čas. Z biomedicínskeho hľadiska sa chápe ako terminálne štádium, obdobie kedy zlyhávajú vitálne funkcie (dýchanie a krvný obeh), dôsledkom čoho nastáva smrť (Andrási, 2015). Zomieranie spôsobuje zomierajúcemu ako aj jeho príbuzným strach zo smrti, uvedomenie si vlastnej smrteľnosti. *Štádiá vyrovnávania sa so smrťou blízkeho príbuzného* popisuje Elisabeth Kubler-Rossová (In Svatošová, 2011) nasledovne:

- **Šok a popretie/denial:** Zomierajúci a jeho blízki príbuzní diagnóze a prognóze neveria, nepripúšťajú si chorobu, tvrdia, že lekár sa mylí. Často sú presvedčení, že výsledky z vyšetrení sa ich netýkajú, alebo boli omylom vymenené s iným pacientom. Účelom tejto fázy je získať čas, aby sa zomierajúci, aj rodina vyrovnali s diagnózou.

- *Zlosť a negativizmus/anger*: Zomierajúci si kladie si otázku: „Prečo práve ja?“ Je v tomto štádiu agresívny voči sebe a okoliu a častokrát vinu za svoj zdravotný stav prenáša na svoje okolie. Príbuzní v tejto fáze bojujú s otázkami: „Prečo práve on? Ona? Prečo nie niekto iný, cudzí?“ Snažia sa eliminovať zlosť svojho príbuzného, pričom oni sami pociťujú zlosť voči sebe a okoliu.
- *Vyjednávanie a kompromisy/bargaining*: Zomierajúci a jeho príbuzní sa snažia vyjednávať so svojim okolím, lekárom a s Bohom. Sľubujú polepšenie a zmenenie svojho života. Často sú príbuzní schopní vziať ťažisko choroby na seba aj za cenu vyzdravenia svojho blízkeho zomierajúceho.
- *Depresia/depression*: Jedinec je ponorený do seba a má depresívnu náladu. Odmieta kontakt s okolím a s rodinou. Môžu sa u neho prejavovať pokusy o samovraždu. Príbuzní nevedia, čo majú robiť a uzatvárajú sa do seba. Skracujú čas návštev, až napokon niektorí úplne obmedzia kontakt.
- *Akceptácia/acceptance*: Zomierajúci sa vnútorné stotožní so vzniknutou skutočnosťou a pripúšťa si vlastnú smrteľnosť. V relatívnom pokoji čaká na smrť. Príbuzní sa často do tejto fázy nedostanú, nevedia sa zmieriť s odchodom svojho blízkeho. Túto fázu dosiahnu až po smrti.

Príbuzní a rodina zaostávajú v zvládaní procesu zmierenia sa so smrťou, čo prináša rozpor. Zomierajúci je už často vo fáze zmierenia sa so smrťou, pričom príbuzní sú ešte vo fáze vyjednávania. Preto Sobota (2001, in Hatoková, 2013) odporúča sprevádzať osobitne zomierajúceho a osobitne rodinných príslušníkov, aby nedošlo k návratu do predchádzajúcich fáz.

Smrť je prirodzeným zakončením života na Zemi. Z medicínskeho hľadiska dochádza k smrti pri zástave srdcovej činnosti a dýchania, pri zániku všetkých funkcií mozgu a mozgového kmeňa. Mozgová smrť je definovaná ako ireverzibilný, nenávratný stav. Nastáva pri nedostatku kyslíka v tkanivách mozgu, v dôsledku čoho dochádza k úplnému a nenapraviteľnému poškodeniu mozgu a mozgového kmeňa. Biologická smrť/totálna smrť je popisovaná tak, že u mŕtveho dochádza k posmrtným zmenám, napr. začínajú sa tvoriť posmrtné škvrny a postupne mu začína tuhnuť telo (Zákon 564/2004,

Z. z.). Pokiaľ smrť nastala v zdravotníckom zariadení, osoba poverená poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je povinná oznámiť podľa zákona 577/2004 Z. z. úmrtie najbližšiemu rodinnému príslušníkovi, ktorého zosnulý určil ako kontakt alebo príslušnej obci, kde mal zosnulý trvalý pobyt. Ak smrť nastala doma, domáci je povinný zavolať zdravotnú pomoc, ktorej opíše, že má podozrenie na smrť a popíše stav pacienta/zosnulého. Po obhliadke tela zosnulého uloží do vodorovnej polohy, môže mu dať pod hlavu malý vankúš, podviaže sánku, priloží štvorce na viečka, príp. ak chce, vykoná zosnulému hygienickú starostlivosť.

Pozostalí sú blízki príbuzní zosnulého. Najčastejšie pod týmto pojmom rozumieme manžela, manželku, druha, družku, dcéru, syna, matku, otca. Pri kontakte, či už telefonickom alebo osobnom je potrebné, aby sestra, ale aj iný ošetrojúci personál brali do úvahy vzťah k zomierajúcej alebo zosnulému. Od blízkych príbuzných sa očakáva „*Plné nasadenie v odprevádzaní umierajúceho. Na druhej strane aj oni potrebujú byť odprevádzaní. Aj im treba pomôcť prepracovať sa k zmiereniu a akceptácii, a to čo najskôr, aby zostávajúci čas mohli spolu s chorým prežiť čo najintenzívnejšie. Len tak je možné zmierniť ich utrpenie a naznačiť, kade vedie cesta ďalej*“ (Svatošová, 2001).

Paliatívna starostlivosť bola charakterizovaná už v r. 1990 prostredníctvom WHO ako „*aktívna komplexná starostlivosť o pacientov, ktorých ochorenie už nereaguje na kauzálnu liečbu, sťažená je kontrola bolesti a ďalších symptómov, psychologických, sociálnych a duchovných problémov.*“ V súčasnosti WHO paliatívnu starostlivosť definuje ako „*Prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením. Súčasne sa zameriava na prevenciu a úľavu od utrpenia*“. Mrocek (2017) uvádza, že je dôležité oddeliť paliatívnu starostlivosť od hospicovej starostlivosti.

Hospicová starostlivosť je na rozdiel od paliatívnej starostlivosti zameraná na posledné fázy života a na zomieranie. Poskytuje sa nevyliciteľne chorým, predovšetkým onkologickým pacientom. WHO definuje hospicovú starostlivosť ako integrovanú formu zdravotnej starostlivosti, sociálnej a psychologickéj starostlivosti, ktorá je poskytovaná klientom všetkých indikačných diagnostických a vekových skupín, u ktorých ošetrojúci lekár stanovil prognózu s predpokladanou dĺžkou života v rozsahu menej ako šesť mesiacov. Podľa Lacu

(2013) sa v rámci hospicovej liečby poskytuje len paliatívna liečba. *Hospicová starostlivosť má tieto znaky:*

- umierajúci človek a jeho blízky príbuzný stoja v centre pozornosti,
- klienti majú k dispozícii interdisciplinárny tím – lekárov, ošetrojúci personál, sociálnych pracovníkov, kňazov a pastorov, právnikov,
- zapájajú sa do nej aj dobrovoľníci,
- hospic svojim klientom garantuje, že nebudú trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii sa bude rešpektovať ich ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach života nezostanú sami (Svatošová, 2001).

Andrási (2015) uvádza nasledovné *formy hospicovej starostlivosti* pre pacienta a aj jeho blízkych príbuzných:

- *Domáca hospicová starostlivosť:* Pacient je doma, kde ho navštevuje ošetrovateľský personál. Túto službu poskytuje aj Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS).
- *Mobilná hospicová služba:* Poskytuje ju tím odborníkov priamo v domácom prostredí chorého. Skladá sa z lekárov, sestier, fyzioterapeutov, ošetrovateľov, psychológov, duchovných otcov a vyškolených dobrovoľníkov.
- *Ambulantná hospicová starostlivosť:* Poskytujú ju odborní pracovníci, ku ktorým pacient dochádza.
- *Stacionárna hospicová starostlivosť:* Poskytuje sa v mobilných hospicoch. Pacient denne dochádza do zariadenia a večer sa vracia domov.
- *Lôžkový typ hospicu:* Poskytuje starostlivosť tým, ktorí vyžadujú neustálu starostlivosť a doma nemajú na to podmienky.

Ošetrovateľská starostlivosť o blízkych zomierajúceho pacienta

Pre efektívne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti aj blízkym príbuzným je nevyhnutné identifikovať ich potreby. Blanchard, Albrect a Ruckdeschel (1997, In O'Connor a Aranda, 2005) identifikovali ako najdôležitejšie nasledovné potreby príbuzných zomierajúceho pacienta:

Potreba uistenia, že zomierajúci nemá veľké bolesti

Pre rodinu a blízkych príbuzných je dôležité, aby ich blízky netrpel. Boja sa podávania opiátov z obavy respiračného útlmu a návyku na liek (Bucher et al., 1999, In O'Connor a Aranda, 2005).

V tomto prípade je potrebné informovať príbuzných o dôležitosti podávania analgetík a opiátov.

Potreba informácií

Príbuzní majú právo na dostatočné množstvo informácií. Pri starostlivosti o zomierajúceho potrebujú vedieť, ako majú poskytovať starostlivosť, ako majú zaistiť pohodu ale aj ako komunikovať medzi sebou o zdravotnom stave zomierajúceho, ako riešiť vedľajšie účinky liečby, aké zmeny očakávať vplyvom meniaceho sa zdravotného stavu (Ferrell et al., 1995; Scott et al., 2001, In O'Connor a Aranda, 2005).

Potreba nadobudnutia nových zručností

V súvislosti so starostlivosťou o umierajúceho potrebujú blízki príbuzní nielen informácie, ale aj praktické zručnosti. Sestra a ošetrovateľský personál by mali rodinu a príbuzných do starostlivosti aktívne zapájať. Jensen a Given (1991, In O'Connor a Aranda, 2005) uvádzajú, že pri zapájaní príbuzných do starostlivosti treba brať do úvahy ich fyzické možnosti a zdravotný stav, aby nedošlo k prečerpaniu ich síl, následnej izolácii a pocitu vyhorenia.

Potreba emocionálnej podpory

Blízki príbuzní môžu byť postihnutí komplikovaným trúchlením. Sestra by mala predísť tomuto procesu včasnou identifikáciou tohto problému a jeho následným riešením. Je dôležité zaistiť zomierajúcejmu pocit pohody a blízkym poskytnúť útechu, pomoc aby sa vyrovnali s negatívnymi spomienkami a ľútosťou (Kellehear, 1999, In O'Connor a Aranda, 2005).

Na základe sesterského posúdenia u blízkych príbuzných zomierajúceho pacienta môžu byť stanovené nasledujúce sesterské diagnózy (Herdman a Kamitsuru, 2015):

- *Riziko preťaženia opatrovateľa – 00062, Preťaženie opatrovateľa – 00061:* Riziko preťaženia opatrovateľa vyplýva z faktu, že osoba poskytujúca starostlivosť v rodine je zvýšene zraniteľná v súvislosti s pociťovaným ťažkosťami v úlohe opatrovateľa. O preťaženie opatrovateľa ide vtedy, keď osoba poskytujúca starostlivosť v rodine už pociťuje ťažkosti v rámci svojej role opatrovateľa. Rizikovými faktormi sú: terminálny stav, závislosť zomierajúceho na starostlivosti od druhých, prepustenie zomierajúceho do domácej starostlivosti, zhoršenie zdravia blíz-

keho príbuzného, anamnéza zlých vzťahov medzi príbuzným a zomierajúcim, neprimerané zázemie pre poskytovanie starostlivosti – bývanie, doprava, nedostatok podpory od ostatných členov rodiny, nevytváranie nových zdrojov, chýbanie prostriedkov na oddych a rekreáciu, nedostatok informácií, financií, vývojová nezrelosť príbuzného pre prevzatie úlohy starajúceho sa, 24-hodinová nepretržitá zodpovednosť v rámci starostlivosti, neschopnosť naplniť očakávania vlastných alebo druhých osôb.

- *Narušený život v rodine – 00060*: Narušený život v rodine je stav, kedy normálne fungujúca rodina prechádza konfliktným, krízovými obdobím priamo ohrozujúcim plnenie základných funkcií a životných istôt členov rodiny. Určujúce znaky sú: Pociťovanie vlastnej neschopnosti zvládnuť situáciu, riešiť problémy či požiadať o pomoc, neschopnosť integrovať sa v spoločnosti, príbuzní nie sú schopní zaistiť medzi sebou citovú podporu, nerešpektovanie sa, netolerantnosť, neadekvátne riešenie problémov napr. v súvislosti so starostlivosťou o svojho blízkeho zomierajúceho, vysoká chorobnosť príbuzných zomierajúceho, neschopnosť splniť očakávania v rámci role (otec, matka, v zamestnaní), malé využívanie sociálnej podpory, porucha spánku, únava.
- *Úzkosť zo smrti – 00147*: Človek v súvislosti s umieraním alebo v súvislosti so smrťou prežíva obavy alebo strach. Príčiny vzniku problému môžu spočívať v strachu z vývoja nevyliciteľného ochorenia svojho blízkeho zomierajúceho, strach zo zomierania, očakávaná bolesť spojená so zomieraním svojho blízkeho príbuzného, obavy z dopadu úmrtia blízkej osoby na blízkeho príbuzného. Príbuzní majú pocit márnosti, beznádeje, stratu motivácie, stratu zmyslu života, pocit hlbokého smútku.
- *Anticipačný smútok – 00136*: Diagnózu charakterizujú také intelektuálne a emočné odpovede a správanie, kedy jedinci, rodiny či komunity prechádzajú procesom modifikácie sebazpoznania na základe pocitu možnej straty. Príčinami vzniku sú predstavy možnej straty blízkej osoby, obavy zo zmeny životného štýlu, ktorú vyvolá prípadná smrť. Diagnóza sa prejavuje verbalizáciou pocitov obáv, nešťastia z potenciálnej straty, ale aj popretia potenciálnej straty, uvádzaním pocitov viny, hnevu, pocito ohrozenia, tiesne z potenciálnej straty, snahou o vyjednanie. Johansson a Grimby (2011) zaraďujú medzi

príznaky anticipačného smútku emocionálny stres, túžbu po bývalej osobnosti zomierajúceho (pred stavom, keď nebol chorý), osamelosť, kognitívnu dysfunkciu, podráždenosť, hnev a sociálne odlúčenie, potrebu hovoriť, únavu, zníženú schopnosť mobilizovať silu na vyrovnanie so situáciou.

- *Beznádej – 00124*: Subjektívne hodnotenie situácie, kedy jedinec vidí len obmedzenia a problémy, nie alternatívy a prijateľné spôsoby riešenia a nie je schopný vo vlastnom záujme mobilizovať energiu. Príčinami vzniku sú dlhodobé obmedzenie aktivity vedúcej k izolácii jedinca, úpadok či zhoršenie fyziologického stavu, dlhodobý stres, opustenosť. Určujúcimi znakmi sú verbálne a neverbálne vyjadrenia pocitu beznádeje: povzdychy, presvedčenie, že sa situácia nezmení, pocitu prázdneho, nezmyselného života, neschopnosť udržať očný kontakt, nedostatok záujmu o blízke osoby.
- *Nedostatočné vedomosti v súvislosti so starostlivosťou o svojho zomierajúceho príbuzného 00126*: Príbuzní pociťujú nedostatok informácií ohľadne starostlivosti o svojho zomierajúceho. Blízki príbuzní verbalizujú nedostatok informácií, nevedia demonštrovať jednotlivé ošetrovateľské činnosti ohľadne starostlivosti o zomierajúceho.

Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti blízkym príbuzným zomierajúceho pacienta: kazuistiky

Prostredníctvom dvoch kazuistík prezentujeme potrebu ošetrovateľskej starostlivosti o blízkych príbuzných zomierajúceho pacienta v inštitucionálnej starostlivosti (hospic) a v domácej starostlivosti. Poukazujeme na vnímanie blížiacej sa smrti blízkeho príbuzného, potrebu opory a pomoci v starostlivosti o zomierajúceho a potrebu opory a vnímanie pomoci blízkym príbuzným zo strany zdravotníckeho personálu. Informácie pre spracovanie kazuistík sme získali metódou participatívneho pozorovania a rozhovoru štruktúrovaného podľa 11 vzorcov zdravia M. Gordonovej. Cieľom rozhovoru bolo posúdenie fyzického a psychického zdravia blízkych príbuzných. Participantmi boli:

- *v 1. kazuistike*: 58-ročná pani Mária, ktorej manžel s diagnostikovaným nádorovým ochorením mozgu s metastázami v mozgových lalokoch bol umiestnený v hospici,

- v 2. kazuistike: 64-ročná pani Eva, ktorej manžel s diagnózou nádorové ochorenie prostaty s metastázami do skeletu bol v domácej starostlivosti.

Kritériami pre výber participantov bola potreba starostlivosti o zomierajúceho blízkeho príbuzného, ochota spolupracovať, starostlivosť poskytovaná v hospici a v domácom prostredí. Zber údajov u pani Márie sme realizovali v januári 2019 počas hospicovej starostlivosti a u pani Evy v období od januára do marca 2019 v domácom prostredí pacienta.

Kazuistika č. 1 – pani Mária, 58 rokov

Pani Mária je manželka pacienta (p. Juraja) s nádorovým ochorením mozgu s metastázami v mozgových lalokoch. V čase spracovávania štúdie bola ubytovaná v hospici s manželom už 5 mesiacov. Pani Mária bola počas našich návštev upravená, čistá, vhodne oblečená. Pri komunikácii udržiavala očný kontakt, otázkam rozumela, odpovedala adekvátne. Počas rozhovoru neboli zaznamenané poruchy reči, sluchu ani pamäte. Pôsobila vyrovnané, otvorene hovorila o svojich problémoch, o chorobe manžela, bola si vedomá manželovej diagnózy a blížiacej sa smrti. Pani Mária bola sebestačná.

Katamnéza: V marci 2016 bol pán Juraj prijatý na urgentný príjem z dôvodu epileptickému záchvatu. Manželka ho našla v kuchyni, v krčoch. Pán Juraj udával, že už dlhšie pocíval pulzujúcu bolesť v ľavej časti hlavy, zvýšený pocit únavy a vyčerpania pri bežných aktivitách. Po vyšetreniach mu bola stanovená diagnóza – nádor v oblasti temenného laloka. Následne bola realizovaná liečba. V septembri 2016 absolvoval prvý cyklus rádioterapie. V januári 2017 absolvoval 2. cyklus rádioterapie súbežne s chemoterapiou. Napriek liečbe sa v máji 2018 stav pacienta zhoršil, objavili sa opäť epileptické záchvaty typu Grand mal. Na základe indikovaných vyšetrení bola stanovená diagnóza: Presahujúca lézia mozgu s rozsiahlymi metastázami vo frontálnom a okcipitálnom laloku. Pán Juraj bol následne hospitalizovaný na paliatívnom oddelení v nemocnici. Pani Mária (manželka) na toto obdobie spomína nasledovne: „Myslela som si, že to je koniec, jeho stav bol vážny, nekomunikoval, bol pripojený na rôzne monitorovacie prístroje, mal zavedenú sondu, podával sa mu kyslík. Tento stav trval 3 týždne. Pamätám si, že jeden deň, keď som pri ňom sedela, mi stlačil ruku. Bol to nádherný pocit. V tomto období som ešte nebola vyrovnaná s diagnózou a smrťou manžela. Jeho stav

sa však natoľko zlepšil, že začal komunikovať a pohybovať končatinami. Vtedy mi doktori paliatívneho oddelenia odporučili hospic. Povedali mi, že je to zariadenie, kde môjho manžela nevyliečia, ale zabezpečia mu, aby netrpel bolesťou. Pretože bývame na lazoch a syn často chodí na firemné stáže do zahraničia, súhlasila som s preložením manžela do hospicu. Bolo to koncom augusta 2018. Počas návštev v hospici som cítila, že o môjho manžela je dobre postarané. Veľmi mi v tomto čase pomohla pani doktorka z hospicu, ktorá mi odporučila porozprávať sa s klinickým psychológom. Taktiež mi poskytla možnosť byť ubytovaná v tomto zariadení. S pomocou psychológa, doktorky, sestričiek, ošetrojúceho personálu som sa postupne zmierila so situáciou. Už sme tu vyše 5 mesiacov a nebanujem, že som sa takto rozhodla, lebo viem, že starostlivosť, ktorú poskytujú môjmu manželovi je kvalitná. Stav môjho manžela sa mení zo dňa na deň, viem však, že keď príde hodina jeho odchodu, nebude sám, že budem môcť byť pri ňom, ale viem že ani ja nebudem sama, budem mať pri sebe ľudí, ktorí má chápu.“

Analýza prípadu: Pani Mária bola v čase posudzovania vyrovnaná so situáciou. S hospitalizáciou manžela v hospici vyjadrila spokojnosť. Určujúcimi kritériami pre výber starostlivosti v hospici boli pre ňu:

- manžel už nemohol byť dlhšie hospitalizovaný na paliatívnom oddelení v nemocnici,
- sama mu nedokázala poskytnúť potrebnú starostlivosť,
- nevyhovujúce domáce prostredie, nakoľko bývajú na lazoch,
- hospic garantuje, aby pacient netrpel neznesiteľnou bolesťou.

Pani Márii bola v rámci Hospicu poskytnutá nasledujúca odborná pomoc:

- klinickým psychológom, formou posedenia a rozhovoru,
- sociálnym pracovníkom, ktorý jej vzhľadom na vzdialenosť a zlú možnosť dochádzky odporučil ubytovanie v zariadení,
- lekárkou, sestrami ale i ostatným ošetrovateľským personálom tým, že ju vypočuli, odporučili jej rady na zvládnutie situácie v rámci svojich kompetencií a vedomostí a poskytli podporu a potrebnú odbornú starostlivosť jej a jej manželovi.

Sestry v hospici poskytli manželovi odbornú ošetrovateľskú starostlivosť. Umožnili pani Márii nepretržitý kontakt s manželom. Citlivo a otvorene

jej hovorili pravdu o stave jej manžela. Na základe poskytnutej starostlivosti sa dokázala pani Mária postupne vyrovnáť so zomieraním svojho manžela. Pani Mária je príkladom efektívneho zvládnutia ťažkej životnej situácie. Je pozorovateľná nezastupiteľná úloha multidisciplinárneho teamu pozostávajúceho zo psychológa, lekára, sestier, zdravotníckych asistentov, fyzioterapeutov a sociálneho pracovníka. Prostredie hospicu poskytlo p. Márii možnosť dôstojnej rozlúčky s manželom, mala možnosť tráviť s ním väčšinu času, bola jej poskytnutá polohovateľná stolička pri lôžku pacienta. Mala slobodný pohyb, boli jej ponúknuté odpútavacie techniky a dobrovoľnosť vo vymedzení času, ktorý chcela tráviť s manželom.

Kazuistika č. 2 – pani Eva, 64 rokov

Pani Eva sa starala o manžela (p. Františka) s diagnózou nádorové ochorenie prostaty s metastázami do skeletu, ktorý bol v domácej starostlivosti. Na starostlivosti striedavo participovali aj ostatní členovia rodiny, dcéra s manželom a vnučka, syn s manželkou a vnuk s vnučkou. Participanti boli pri každom stretnutí upravení a čistí, udržiavali očný kontakt, kladeným otázkam rozumeli a adekvátne odpovedali na položené otázky. Rodinné vzťahy boli založené na rešpekte a vzájomnej pomoci a podpore. Členovia rodiny nemali problém vo vzájomnej komunikácii. V rodine bola pokojná atmosféra primeraná situácii, ktorej čelili. Keďže pani Eva žila s pánom Františkom v spoločnej domácnosti, najväčšia ťarcha zodpovednosti za starostlivosť o neho, bola kladená na ňu. Preto sme sa rozhodli upriamiť svoju pozornosť na ňu.

Katamnéza: Pán František navštívil koncom júna 2018 obvodného lekára z dôvodu kašľa a bolesti na hrudníku. Bola mu stanovená diagnóza bronchitída a ordinovaná príslušná liečba. Jeho zdravotný stav sa však nezlepšoval, tri dni po návšteve lekára začal vykašľávať krv. Frekvencia vykašľovania a množstvo krvi sa zvyšovalo, preto opätovne navštívil lekára. RTG vyšetrenie pľúc potvrdilo nádorové ložisko, následne absolvoval röntgen brucha a panvy, CT brucha a mozgu. Bola stanovená diagnóza: Zhubný nádor predstojnice – prostaty s roztrúsenými metastázami do pľúc a skeletu. Pani Eva v rozhovore uviedla: „Vtedy som si myslela, že sa mi život zrútil ako domček z kariet. Nasledovala dôkladná diagnostika zdravotného stavu. Podľa vyjadrenia lekárov (onkológa, internistu, rádiológa a urológa) bol stav môjho manžela

neoperovateľný a liečba mala byť zameraná na paliatívnu starostlivosť. Vtedy som nechápala, čo si mám pod týmto predstaviť. Nasledovali pravidelné kontroly u onkológa a urológa, kde mi bol vysvetlený ďalší postup v liečbe. Doktor onkológ mi povedal, že stav môjho manžela je kritický, že je v poslednom štádiu ochorenia a liečba bude zameraná iba na zmiernenie bolesti a príznakov ochorenia. Odporučili nám vybaviť si umiestnenie do zariadenia pre seniorov alebo Hospicu. Rešpektovala som však rozhodnutie manžela, že chce byť posledných chvíľach svojho života doma, medzi svojimi blízkymi, preto som odmietla umiestnenie manžela do zariadenia. Veľké ťažkosti sa objavili v decembri 2018, keď manžel výrazne zoslabol, schudol, obmedzila sa mu pohyblivosť, často zvracal, mal problémy s močením. Týždeň bol hospitalizovaný na internom oddelení a následne prepustený do domácej starostlivosti. Opätovne nám boli dané odporúčania ohľadne umiestnenia manžela do zariadenia alebo Hospicu. Snažili sme sa vyhľadať nejaké nové informácie ohľadne starostlivosti. Cítila som sa bezradná. Dlhú dobu som nad tým rozmýšľala, ale napokon som sa odhodlala požiadať o pomoc.“

Analýza prípadu: Pani Eva sa starala o manžela v domácom prostredí (byt). Počas prvých návštev bola smutná a plačlivá. Nebola zmierená s lekárskou diagnózou a prognózou ochorenia u manžela. Neprejavovala záujem o rozsiahlejšiu komunikáciu, jej odpovede boli jednoslovné. Ako sa sama vyjadřovala, išlo jej len o to, aby bola poskytnutá manželovi odborná ošetrovateľská pomoc. Chcela vyhovieť manželovi a rešpektovala jeho rozhodnutie zostať v domácom prostredí, aj keď to pre ňu znamenalo obrovský tlak, strach a stres. S pani Evou bol pri každom stretnutí vedený terapeutický rozhovor. Počas rozhovorov bolo evidentné otváranie sa, uvoľňovanie emócií. Medzi sestrou, ktorá jej chodila do domáceho prostredia pomáhať so starostlivosťou o manžela a pani Evou, sa vytvoril vzťah na báze dôvery: „Cítila som sa v strese, nevedela som, ako sa stav manžela bude vyvíjať. Sestrička, ktorá mi so starostlivosťou o manžela doma pomáhala, mi dopriala čas, aby som sa vysporiadala so situáciou. Odporučila mi, aby som sa rozprávala o svojich pocitoch so svojimi blízkymi a rodinou. Som rada, že som to urobila, pretože som si uvedomila, akú veľkú pomoc a podporu mám vo svojej rodine. Teraz som zmierená so smrťou svojho manžela a chcem, aby v posledných chvíľach nebol sám.“

Pani Eve bola poskytnutá pomoc, ktorá spočívala:

- v poskytnutí základnej ošetrovateľskej starostlivosti manželovi,
- v poskytnutí rady zdôveriť sa rodine so svojimi pocitmi,
- v odporučení zmieriť sa s Bohom, nakoľko bola praktizujúca veriaca,
- vo vymedzení času na usporiadanie si svojich vlastných myšlienok.

V závere štúdie vyjadrila pani Eva zmierenie sa s diagnózou a blížiacou sa stratou manžela: „*Momentálne nepociťujem stres, úzkosť ani napätie. Približne 4 mesiace som sa nemohla vyrovnáť s prognózou stavu manžela. Odsudzovala som lekára, Boha, ale aj všetkých naokolo. S blížiacou sa smrťou môjho manžela som zmierená, verím, že to nie je Boží trest.*“

Na základe participatívneho pozorovania a získaných informácií v procese posúdenia boli p. Eve stanovené ošetrovateľské diagnózy:

- Riziko preťaženia opatrovateľa 00062 – v súvislosti s poskytovaním domácej 24 hodinovej starostlivosti a zhoršujúcim sa zdravotným stavom manžela.
- Deficit vedomostí 00126 - v starostlivosti o manžela v súvislosti so žiadosťou p. Evy o pomoc pri starostlivosti manžela.
- Únava 00093 – v súvislosti s nočným budením a starostlivosťou o manžela.
- Nedostatok oddychových aktivít 00097 – v súvislosti so starostlivosťou o manžela a nedostatkom voľnočasových aktivít.

Spôsob pomoci a podpory zo strany sestry v domácnosti pána Františka bola nasledovná:

- starostlivosť o hygienu p. Františka,
- prevencia vzniku dekubitov: polohovanie, chôdza, úprava lôžka, starostlivosť o výživu,
- komunikácia medzi členmi rodiny s dôrazom na podporu,
- poskytnutie informácií v súvislosti s prepravou pána Františka na odborné vyšetrenia,
- informovanie o možnosti vybavenia invalidného vozíka, antidekubitárneho matraca,
- vypracovanie plánu starostlivosti o pána Františka s dôrazom na rozdelenie úloh medzi členov domácnosti a rodiny (kto ho bude kúpať, kto s ním bude chodiť na vychádzky, kto mu bude pomáhať pri stravovaní),

- vyhradenie času pre oddych jednotlivým členom rodiny,
- bola poskytnutá pomoc pani Eve pri vyrovnávaní sa s blížiacou sa stratou manžela aj v spirituálnej oblasti („*vyrovnanie sa s Bohom*“).

DISKUSIA

Podľa NIH (National Institute on Aging, 2017) je paliatívna starostlivosť, starostlivosť nevyliciteľne chorým, zomierajúcim, ale aj im rodinám poskytovaná v hospicioch, nemocniciach na rôznych oddeleniach a v domácom prostredí. Podľa informácie Ellershaw a Ward (2003) o mieste úmrtia ľudí v USA, najviac pacientov zomiera v nemocniciach (66,5 %), potom doma (19 %) a paradoxne najmenej v hospicioch (4,3 %). Podobné výsledky, upozorňujúce na fakt, že najviac ľudí zomiera v nemocnici, potom doma a najmenej v hospicioch, uvádza aj štúdia kolektívu autorov Nemcová et al. (2016). Môže to indikovať nízku informovanosť o paliatívnej starostlivosti v populácii a tendenciu klinických pracovníkov stotožňovať paliatívnu starostlivosť so starostlivosťou na konci života, tesne pred smrťou (Mrocek, 2017). Hospicová a paliatívna medicína je dnes uznávaná ako samostatná špecializácia v USA, Kanade, Anglicku, Írsku, Austrálii, na Novom Zélande a v mnohých európskych krajinách vrátane Slovenska. V Spojených štátoch amerických zabezpečuje kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti špecializácia v odbore paliatívne ošetrovateľstvo. Schroeder a Lorenz (2018) tvrdia, že ošetrovateľstvo v paliatívnej starostlivosti zabezpečuje kvalitnú starostlivosť o nevyliciteľne chorých. Jej nevyhnutnou súčasťou je dynamický vzťah sestry nielen s pacientom ale aj jeho rodinou, aby sa znížilo utrpenie všetkých zúčastnených. Nemcová et al. (2016) hovoria o nízkej miere podpory príbuzným v čase blízkej smrti. Podľa nich je starostlivosť poskytovaná predovšetkým zomierajúcemu, pričom jeho príbuzní nie sú v dostatočnej miere zainteresovaní do starostlivosti.

Na základe spracovania našich kazuistík sme zistili, že blízki príbuzní taktiež potrebujú oporu a pomoc pri starostlivosti o zomierajúceho člena rodiny. Adekvátne uspokojovať potreby blízkeho príbuzného zomierajúceho pacienta dokáže predovšetkým hospic. Vhodným, multidisciplinárnym prístupom personálu a dôstojným prostredím vytvára vyhovujúce podmienky pre sprevádzanie zomierajúceho pacienta. Pri nemožnosti hospicovej starostlivosti je možné poskytovať paliatívnu starostlivosť

aj na paliatívnych oddeleniach v nemocnici. Avšak prostredie nemocnice pre pacienta a jeho blízkych môže byť za určitých okolností psychickou záťažou. Podľa Schroeder a Lorenz (2018) k úlohám sestry patrí poskytovanie starostlivosti pacientom a ich rodinám aj v ich domácom prostredí. Starostlivosť o zomierajúceho pacienta v domácom prostredí je však náročnejšia a poukazuje na potrebu rozšírenia domácej paliatívnej alebo hospicovej starostlivosti. Nie vždy má rodina možnosť požiadať o pomoc mobilný hospicový team. Sčasti tieto služby môže poskytovať agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, aspoň v súvislosti s poskytovaním odborných výkonov ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe našej kazuistiky, ktorá ilustruje starostlivosť o zomierajúceho pacienta v domácom prostredí, dokážeme vymedziť pozitíva domácej starostlivosti takto:

- nepretržitá možnosť kontaktu blízkych príbuzných so svojim zomierajúcim,
- rešpektovanie prania zomierajúceho,
- podpora súdržnosti rodiny,
- rešpektovanie individuality pri uspokojovaní potrieb zomierajúceho,
- príbuzní sú konfrontovaní so smrťou, vnímajú ju ako prirodzenú súčasť života.

Ak sa začne s paliatívnou komunitnou starostlivosťou včas, zlepšuje sa klinická kvalita života pacientov, znižujú sa krízy a súvisiaca potreba akútnych intervencií, zvyšuje sa pravdepodobnosť, že pacient zomrie vo svojom domácom prostredí a môže sa zlepšiť pacientovo prežívanie. Výhody paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí, ktoré vyplývajú z prehľadovej štúdie Nordly et al. (2016) boli najpresvedčivejšie najmä pri kontrole symptómov bolesti a dyspnoe. Výhodou domácej starostlivosti bolo aj dôkladné posúdenie prostredia zomierajúceho, funkčného stavu pacienta, rodinného zázemia, podporného systému. Starostlivosť bola poskytovaná aj blízkym príbuzným. Mohli byť včas podchytené aktuálne alebo potenciálne problémy, ktoré by pôsobili v poskytovaní kvalitnej paliatívnej starostlivosti ako bariéra a viedli by k vyčerpaniu opatrovateľov. K oblastiam, ktoré indikujú potrebu odbornej pomoci, patria nedostatočné vedomosti príbuzných o špecifikách starostlivosti, možnosti sociálnej pomoci, úprave prostredia, nedostatočné zručnosti pri poskytovaní starostlivosti, strach z neznámeho, neistota, stres, zvýšená fyzická a psy-

chická záťaž, únava, obmedzenie v pracovnej a odychovej činnosti. Preto na základe našich zistení odporúčame pomoc a podporu príbuzným zo strany sestry nielen v rámci inštitucionálnej hospicovej starostlivosti, ale aj príbuzným zomierajúceho v domácej starostlivosti. Veselská a Dobříková (2016) uvádzajú v súvislosti s domácou starostlivosťou, že na Slovensku je často rodina ochotná ponechať svojho blízkeho príbuzného v domácom prostredí. Ak v blízkom okolí nejestvuje mobilný hospic, ktorý im môže pomôcť so starostlivosťou, odporúča sa, aby oslovili *agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)*, ktoré môžu aspoň sčasti nahraďiť hospicový tím. Nie vždy je však táto pomoc dostupná a dostačujúca.

Výsledky štúdie Mastiliakovej a Mísařovej (2018) potvrdzujú dlhodobu nevyhovujúcu situáciu na mikrosociálnej úrovni pri zabezpečovaní individuálnej pomoci a dostupnosti zdravotnej starostlivosti, najmä u osamelo žijúcich seniorov.

Dokument *Friendly Hospitals programme* (2013) uvádza v starostlivosti o rodinu a blízkych príbuzných zomierajúceho nasledujúce priority:

- poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,
- poskytovanie informácií ohľadne starostlivosti,
- vypočutie obáv a neistôt,
- poskytovanie psychickej a duchovnej podpory blízkym zomierajúceho.

Sestry majú umožniť zomierajúcemu prítomnosť s rodinou, pri plánovaní starostlivosti by mali do plánu zahrnúť aj príbuzných, podporovať ich v komunikácií zo svojim zomierajúcim, poskytovať im informácie o zdravotnom stave a pripraviť ich na blížiacu sa smrť ich blízkeho zomierajúceho.

ZÁVER

Podpora, pomoc a ošetrovateľská starostlivosť blízkym príbuzným zomierajúceho pacienta sa často dostáva do ústrania. Zvyčajne je starostlivosť poskytovaná najmä zomierajúceму pacientovi. Príbuzní však potrebujú pomoc najmä preto, aby sa prepracovali „*k zmiereniu a akceptácii, a to čo najskôr, aby zostávajúci čas mohli spolu s chorým prežiť čo najintenzívnejšie*“ (Svatošová, 2001).

V štúdií sme sa zaoberali podporou a ošetrovateľskou starostlivosťou o blízkych príbuzných zomierajúceho pacienta. Zistili sme, že prostredníctvom hospicu je príbuzným zomierajúceho pacienta poskytnutá adekvátna pomoc zo strany sestry, le-

kára, sociálneho pracovníka, psychológa a duchovného. Blízkym príbuzným, ktorí sa rozhodli poskytnúť starostlivosť v domácom prostredí, odborná pomoc chýba. Nie vždy je možné využiť služby mobilného hospicu alebo ADOS, prípadne mestské opatrovateľské služby. Preto sú príbuzní nútení hľadať pomoc na vlastné náklady. Túto pomoc zvyčajne predstavujú súkromné opatrovateľky.

Zistili sme tiež, že príbuzní nemajú dostatok informácií o možnostiach pomoci pri starostlivosti o zomierajúceho. Nevedia, kde môžu požiadať o pomoc, častokrát sa stretávajú s negatívnou odozvou inštitúcií, napr. organizácia neposkytuje starostlivosť zomierajúcim alebo v mieste bydliska nie je táto forma pomoci zabezpečovaná. Príbuzní sú bezradní, pociťujú stres a neistotu.

Riešením problému môže byť rozšírenie pôsobnosti domácej hospicovej starostlivosti s využitím služieb komunitného ošetrovateľstva a poskytovanie paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí. Efektivitu tohto riešenia sme overili v kazuistike 2, v ktorej intervencie sestry v domácom prostredí, pomohli rodine adekvátne zvládnuť starostlivosť o blízkeho zomierajúceho a vyrovnať sa s touto ťažkou životnou situáciou.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANDRÁSI I. *Spirituálne potreby pacientov paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-441-4.
- ELLERSHAW J., WARD CH. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003; 326 (7379): 30-34.
- HATOKOVÁ M. et al. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. Košice: Equilibria, s.r.o, 2013. 244 s. ISBN 978-80-8143-125-8.
- HERDMAN H., KAMITSURU S. *NADNA Internatioanl. Ošetrovateľské diagnózy. Definície a klasifikácie 2015-2017*. 1. české vydanie. Praha: Grada Publishing. 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
- Hospice Friendly Hospitals programme. IHF. [online]. 2013. [Cit. 2018-12-18]. Dostupné na internete: <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/08/Supporting-Families.pdf>
- JOHANSSON A.K., GRIMBY A. Anticipatory Grief Among Close Relatives of Patients in Hospice and Palliative Wards. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2011; 29 (2): 134-138.
- LACA S. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 2. vydanie. ISBN 978-80-8132-051-4.
- MASTILIAKOVÁ D., MÍSAŘOVÁ Ž. Vnímání pomoci a dostupnosti zdravotnických služeb u osaměle žijících seniorů. *Zdravotnické listy*. 2018; 6 (1): 84-94.
- MROCEK M. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. *Onkológia*. 2017; 12 (6): 394-397.
- NEMCOVÁ J., MIERTO VÁ M., OVŠONKOVÁ, A. et al. Vybrané aspekty umierania a smútenia. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2016; 9 (1): 18-20.
- NORDLY M. et al. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2016; 14 (6): 713-724.
- O'CONNOR M., ARANDA S. *Paliatívni péče pro sestry všech odborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 324. ISBN 8024712954.
- SCHROEDER K., LORENZ K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018; 5 (1): 4-8.
- SVATOŠOVÁ M. Hospic – umenie sprevádzať. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.
- SVATOŠOVÁ M. Hospice a umění doprovázet. Karmelitánské nakladatelství, 2011. 152 s. ISBN 97-880-7195-580-1.
- National Institute of Aging, 2017. What Are Palliative Care and Hospice Care?* [Online]. 2017. [Cit. 2019-03-28]. Dostupné na internete: <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
- VESELSKÁ M., DOBRÍKOVÁ P. Starostlivosť o zomierajúcich – doma a v hospici. *Národný portál zdravia*. [Online]. 2016. [Cit. 2019-04-01]. Dostupné na: <https://www.npz.sk/>
- Zákon č. 564/2004 Z. z. Zákon o rozpočtovom určení výnosu dane z príjmov územnej samosprávy a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [Online]. [Cit. 2019-05-25]. Dostupné na internete: <http://www.epi.sk/zz/2004-564>
- Zákon č. 577/2004 Z. z. Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. [Online]. [Cit. 2019-05-25]. Dostupné na internete: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577>

**VYUŽÍVANIE PSYCHOMETRICKÝCH KONŠTRUKTOV PRE HODNOTENIE
PORÚCH NÁLADY V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI
THE USE OF PSYCHOMETRIC CONSTRUCTS TO ASSESS
MOOD DISORDERS IN NURSING PRACTICE**

RABINČÁK Marek¹, TKÁČOVÁ Ľubomíra²

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Katedra ošetrovateľstva, študent doktorandského štúdia, Bratislava*

² *Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Prešov*

ABSTRAKT

Východiská: Zhodnotenie stavu pacienta je dôležitým predpokladom úspešnej starostlivosti. Integrovanou súčasťou posúdenia stavu pacienta v psychiatrickom zariadení je aj hodnotenie afektu/nálady, ktoré môžu sestry realizovať prostredníctvom psychometrických nástrojov.

Cieľ: Cieľom výskumu bolo zistiť využívanie psychometrických nástrojov pre hodnotenie afektu/nálady sestrami v ošetrovateľskej praxi u pacientov trpiacich duševným ochorením.

Súbor a metódy: Práca má dizajn prierezovej kvantitatívnej štúdie vykonanej na základe dotazníka, zahŕňa 198 sestier zo 7 psychiatrických zariadení. Výber respondentov bol zámerný. Údaje boli spracované v programe SPSS. Porovnanie viacerých skupín v nominálnych premenných bolo realizované chi-kvadrátovým testom nezávislosti kritérií.

Výsledky: Naše zistenia prezentujú používanie psychometrických nástrojov na hodnotenie afektu/nálady negatívne a najčastejšie sestry uvádzali, že nepoužívajú žiadne nástroje v tejto oblasti. Výsledky poukazujú na fakt, že sestry posudzujú afekt/náladu pacientov na základe subjektívneho dojmu, čo vždy neodzrkadľuje reálnu poruchu afektov a nálady pacientov.

Záver: Využívanie psychometrických nástrojov v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorého jedinca podľa našich zistení nie je bežným štandardom. Samotná implementácia týchto nástrojov do ošetrovateľského procesu sa ukázala ako nejednotná.

Kľúčové slová: Posudzovanie. Poruchy nálady. Psychometrické nástroje. Psychiatrické ošetrovateľstvo.

ABSTRACT

Background: Patient assessment is an important prerequisite for successful care. An integral part of the patient's overall assessment of psychiatry is the assessment of the impact and mood that nurses can make through psychometric tools.

Objective: The objective of the research is to know the use of psychometric tools by nurses to assess mood disorders in patients suffering from mental illnesses.

Methodology: The research has a quantitative design based on a non-standardized questionnaire involved 198 nurses from 7 psychiatric hospitals. The choice of respondents was deliberate. The data were processed in SPSS. The comparison of multiple groups in nominal variables was carried out by using a chi-square test of independence of criteria.

Results: In general, the findings presented the negative use of psychometric tools for the assessment of impact and mood with these patients, the most common response for all the groups was "no use of any tool" in this area. From the research, it can be seen that nurses assess the affect / state of mind of the patient

based on a subjective impression, which does not always reflect the actual deterioration of the patient's mood and medical situation.

Conclusion: The use of psychometric tools in the complex nursing care of a person with mental illnesses or mood disorders is not a norm. The implementation of these tools in the nursing process itself has proven to be inconsistent.

Key words: Assessment. Mood disorders. Psychometric tools. Psychiatric nursing.

ÚVOD

Duševná porucha sa prejavuje spektrom duševných a emocionálnych stavov. Jej trvanie, typ a intenzita sú rôznorodé a sprevádzajú jedinca niekoľko rokov, alebo celý život. Podľa Poledníkovej a kol. (2006) sestra pri posudzovaní pacientov s duševnými poruchami musí byť obozretná. Stanovenie sesterskej diagnózy nesmie byť iba na základe jedného symptómu či fyzického nálezu. Vyšetrenie duševného stavu pacienta sestrou by malo začínať podrobným posúdením, tieto informácie sestry získavajú z rozhovoru (Janosikova, Daviesová, 1999). Na hodnotenie oblasti afektu a nálady môžu sestry použiť nástroje Hamilton Anxiety Scale, Montgomery-Asberg Depression Scale, Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression a sebahodnotiace nástroje Beckov dotazník úzkosti, Zungovú sebahodnotovaciu škálu (McDowell, 2006).

Hamilton Anxiety Scale (HAMA)

Klinickým rozhovorom a pozorovaním verbálnych a neverbálnych prejavov pacienta monitorujeme intenzitu anxiózných symptómov v 14 položkách, ktoré hodnotíme na päť bodovej škále. Nástroj umožňuje rozlíšiť somatickú a psychickú úzkosť (Heretik a kol., 2007). Administrácia škály trvá maximálne 20 minút, výsledné skóre môže byť v rozmedzí 0 až 56 bodov (Psychiatry & Behavioral Health Learning Network, 2018). *Reliabilita* v pôvodnej Hamiltonovej štúdií bola s priemerom korelácií

medzi hodnotiteľmi 0,89; t-testy nepreukázali signifikantné rozdiely. Ďalšie štúdie uvádzajú podobné zistenia, koeficienty dohody medzi hodnotiteľmi sú 0,82-0,92 a korelácia intraklasu 0,98. Nástroj je vhodný na klinické využitie. Odhady vnútornej konzistencie zahŕňajú alfa koeficienty 0,86 až 0,92. Odhady spoľahlivosti test-retest zahŕňajú 0,92-0,96 a koreláciu v rámci triedy 0,86. Stabilita po jednom roku bola 0,64. *Citlivosť* nástroja pre detekciu úzkostných porúch je 74 %, 87 % pre afektívne poruchy vo všeobecnosti, zatiaľ čo špecificita je 100 % (McDowell, 2006).

Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS)

Prednosťou tejto desať položkovej škály je stručnosť a rýchlosť (Heretik a kol., 2007). Bola vytvorená tak, aby ju mohli používať aj sestry, ktoré nepracujú na psychiatrii (Drobná, Pečeňák, 2008). Položkami posudzujeme smútok objektívne, smútok subjektívne, vnútorné napätie, redukovaný spánok, zníženú chuť do jedla, ťažkosť sústrediť sa, vyčerpanosť, neschopnosť cítiť, pesimistické myšlienky, suicidálne myšlienky. Vyšetrujúci sa má riadiť štruktúrovaným rozhovorom (Williams, Kobak, 2008). Jednotlivé položky hodnotia základné príznaky a kognitívne rysy depresie. Spoľahlivosť nástroja je v rozpätí od 0,89 do 0,97. Validita nástroja je udávaná ako vynikajúca (McDowell, 2006).

Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HAMD)

Uvedený nástroj sa používa a vyplňa na základe verbálneho a neverbálneho správania pacienta (Heretik a kol., 2007). Obsahuje 17 alebo 21 položiek, posudzujeme nimi oblasti ako sú úzkosť, somatizácia, hmotnosť, poruchy myslenia, cirkadiálne výkyvy, retardáciu, poruchy spánku. Administrácia trvá do 20 minút, osem položiek je hodnotených na päť bodovej škále, deväť položiek je hodnotených 0 až 2 bodmi (McDowell, 2006). Aplikácia HAMD pre klinické využitie expertom má časovú dotáciu 30 až 40 minút. Výsledky validity poukazujú na primeranú spoľahlivosť a platnosť. *Reliabilita* je stanovená od 0,70 po 0,95 (McDowell, 2006). Rekonštruovaná škála HAMD sa ukázala ako rovnocenná, alebo lepšia ako pôvodná stupnica. Vnútorná konzistencia rekonštruovanej škály HRSD-R-II bola Cronbachovo $\alpha = 0,85$ v porovnaní s pôvodnou 17-položkovou $\alpha = 0,77$ a $\alpha = 0,81$ pre verziu s 24 položkami (Porter, 2017).

Beckov dotazník úzkosti / Back Anxiety Inventory (BAI)

Sebaposudzovací nástroj je určený na meranie intenzity úzkosti u pacienta. Pozostáva z 21 položiek hodnotiacich mieru závažnosti úzkosti v emocionálnych, fyziologických a kognitívnych kategóriách u dospievajúcich a dospelých jedincov. Každá položka jednoducho popisuje jednotlivé symptómy úzkosti (Grant, 2011). Celkové skóre sa pohybuje v rozsahu 0 až 63 (Soósová, Suchanová, Tirpáková, 2011). Nástroj je použiteľný pre klinickú prax, ale aj výskum. Mnohé štúdie potvrdili schopnosť nástroja odlišiť úzkosť od depresie, *senzitivita* pre anxiu je 94 % (McDowell, 2006). *Reliabilita* pri vnútornej konzistencii je vysoká, Cronbach alfa je v rozsahu 0,90 až 0,94 a bola testovaná vo veľkých vzorkách psychiatrických pacientov, vysokoškolských študentov a dospelých žijúcich v komunite. Koeficienty test-retest sú primerané a pohybujú sa od 0,62 (7-týždňový interval) do 0,93 (1-týždňový interval) (Julian, 2011).

Zungová škála depresie / Self-rating Depression Scale (SDS)

Sebaposudzovací dvadsať položkový jednoduchý analogicky štruktúrovaný nástroj je určený k hodnoteniu intenzity depresie, v rámci ktorého pacient odpovedá na 4 bodovej stupnici (Sekot a kol., 2005). Administrácia dotazníka trvá 10 až 15 minút. Hrubé skóre sa získava súčtom hodnôt, následne sa konvertuje na 100-bodovú stupnicu, takzvaný SDS index (Soósová, Suchanová, Tirpáková, 2011). *Validita* nástroja ukazuje primeranú spoľahlivosť, alebo platnosť. *Reliabilita* vnútornej konzistencie alpha je stanovená v rozsahu od 0,75 do 0,95. Ročná korelácia test-retest bola 0,61. Nástroj vykazuje *senzitivitu* 83 % pre detekciu depresie u pacientov s chronickou bolesťou; *špecifickosť* bola 81 %. Vyššia hodnota 88 % pre senzitivitu a špecifickosť bola zaznamenaná u ľudí vo veku 20 až 64 rokov. U starších ľudí sa citlivosť pohybovala od 58 do 82 %, zatiaľ čo špecificita sa pohybovala od 80 do 87 %. SDS mala lepšiu citlivosť a špecificitu (76 a 96 %) pre detekciu klinicky diagnostikovanej depresie u pacientov s mozgovou príhodou (McDowell, 2006).

CIELE VÝSKUMU

Cieľom výskumu bolo zistiť či sestry pracujúce v psychiatrických zariadeniach využívajú psychometrické nástroje na hodnotenie porúch nálady

v ošetrovateľskej praxi u pacientov trpiacich duševným ochorením.

VÝSKUMNÁ VZORKA

Výskumná vzorka pozostávala zo 198 respondentov z rôznych typov psychiatrických zdravotníckych zariadení v pracovnej kategórii sestry s rôznym stupňom vzdelania. Najčastejším dosiahnutým vzdelaním bolo vysokoškolské vzdelanie I. stupňa v počte 42,92 % (85) sestier. Druhou najpočetnejšou skupinou boli sestry so stredoškolským vzdelaním – 36,86 % (73) sestier. Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa malo 12,12 % (24) sestier a vyššie odborné vzdelanie 8,08 % (16). K vzdelávaniu sestier patrí špecializačné štúdium, pričom bez špecializácie bolo 63,13 % (125) sestier, so špecializáciou 36,86 % (73). Zo špecializovaných psychiatrických nemocníc bolo 65,66 % (130) sestier, z psychiatrických oddelení všeobecných nemocníc 23,23 % (46) sestier a z psychiatrických liečební 11,11 % (22) sestier. Priemerná dĺžka odbornej praxe sestier bola 20,71 rokov. Medián bol 20 rokov, modus bol stanovený na 20 rokov, smerodajná odchýlka SD bola 10,04, minimum 0 rokov a maximum 43 rokov odbornej praxe. Výber výskumnej vzorky bol zámerný. Inkluzívnym kritériom bola aktívna účasť na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti duševne chorým, exkluzívnym kritériom boli sestry pracujúce na somatických oddeleniach a v ambulancijnej psychiatrickej sfére.

METODIKA VÝSKUMU

Metódou zberu dát bol neštandardizovaný anonymný dotazník, ktorý obsahoval 26 položiek, z čoho 17 položiek bolo polytomických s neúplným výberom, 4 položky boli dichotomické a 5 položiek bolo otvorených. Odoslaných bolo 18 písomných žiadostí o súhlas s výskumom, kladne stanovisko

však udelilo 7 zdravotníckych zariadení. Podmienkou realizácie výskumu a publikovania výsledkov bolo zachovanie anonymity konkrétneho typu zariadenia vzhľadom k citlivosti témy. Vyplnenie dotazníka bolo podmienené dobrovoľnosťou. Štatistické spracovanie dát a porovnanie viacerých skupín v nominálnych premenných (najmä v prípade, kde mohli označiť viac možností) bolo realizované chi-kvadrátovým testom nezávislosti kritérií.

VÝSLEDKY

Vzťah medzi posudzovaním nálady psychometrickými nástrojmi a špecializáciou sestier

Vzťah sme overovali chi-kvadrátovým testom s Yatesovou korekciou na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Pri nástrojoch HAMD a MADRS je p-hodnota vyššia ako stanovená hladina významnosti, to značí, že využívanie týchto nástrojov *nesúvisí* so špecializáciou sestier. Pri nástrojoch HAMA, Beckov dotazník úzkosti a depresie sú p-hodnoty nižšie ako $\alpha = 0,05$. Z uvedeného konštatujeme, že je *zrejmy vplyv* špecializácie sestier na využívanie nástrojov HAMA, sebaopisovací Beckov dotazník úzkosti a depresie u pacientov s poruchou afektu / nálady. Hodnoty sú uvedené v tabuľke 1.

Vzťah medzi typom zdravotníckeho zariadenia a posudzovaním nálady psychometrickými nástrojmi

Uvedený vzťah sme overovali chi-kvadrátovým testom s použitím Yatesovej korekcie nezávislosti. Testovali sme na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Môžeme konštatovať, že s pravdepodobnosťou možnej chyby $p < 0,05$ je používanie posudzovacích nástrojov HAMD, HAMA, BAI a BDI závislé od typu zdravotníckeho zariadenia. U posudzovacieho nástroja MADRS sa štatistická závislosť nepotvrdila. Súhrn p-hodnôt je uvedený tabuľke 2.

Tabuľka 1 Vzťah medzi posudzovaním nálady psychometrickými nástrojmi a špecializáciou sestier

Posudzovanie afektu / nálady a špecializácia sestier (n=198)		Hamiltonová škála depresie	Hamiltonová škála úzkosti	Montgomery-Asbergová škála	Beckov dotazník úzkosti	Beckov dotazník depresie
sestry so špecializáciou (n=73)	n	7	8	1	25	20
	%	9,58	10,95	1,37	34,24	27,39
sestry bez špecializácia (n=125)	n	6	2	0	11	9
	%	4,80	1,60	0,00	8,80	12,32
χ^2		1,031	6,579	0,074	18,386	13,466
počet stupňov voľnosti		1	1	1	1	1
p		0,309	0,010	0,785	0,000	0,000

Tabuľka 2 Vzťah medzi typom zdravotníckeho zariadenia a posudzovaním nálady psychometrickými nástrojmi

Posudzovanie afektu/nálady a typ zdravotníckeho zariadenia (n=198)		Hamiltonová škála depresie	Hamiltonová škála úzkosti	Montgomery - Asbergová škála	Beckov dotazník úzkosti	Beckov dotazník depresie
špecializované psychiatrické nemocnice (n=130)	n	4	1	0	10	3
	%	3,07	0,76	0	7,69	2,30
psychiatrické oddelenia všeobecných nemocníc (n=46)	n	2	6	0	16	17
	%	4,34	13,04	0,00	34,78	36,95
psychiatrické liečebne (n=22)	n	6	3	1	10	9
	%	27,27	10,52	4,54	45,45	40,90
χ^2		15,435	10,52	1,716	25,609	41,562
počet stupňov voľnosti		2	2	2	2	2
<i>p</i>		0,000	0,005	0,42	0,000	0,000

DISKUSIA

Zhodnotenie stavu pacienta je dôležitým predpokladom úspešnej liečby a vyžaduje tímovú spoluprácu. Vysoká úroveň hodnotenia je daná používaním štandardných hodnotiacich systémov (Poledníková, Slamková, Baráthová, 2009). Dimenzionálnosť prístupov v problematike viedla k vytvoreniu posudzovacích nástrojov. Ich benefitom je schopnosť kvantitatívne i kvalitatívne vyhodnotiť úroveň náhľadu štandardizovaným spôsobom a zachytiť diferencie v rámci diagnóz (Forgáčová, 2009). Meračný nástroj je súbor škál, otázok a iných informácií poskytujúcich obraz o požiadavkách jedinca a súvisiacich faktoroch (Žiaková, 2009). Odborná literatúra opisuje hodnotenie ako samostatnú a vzájomne závislú činnosť (Coombs, Curtis, Crookes, 2011), je súčasťou starostlivosti o pacienta a podstatou ošetrovateľského posudzovania (Poledníková, Slamková, Baráthová, 2009). Týmto nepretržitým procesom vytvárame databázu relevantných informácií o pacientovi (Bóriková, Žiaková, 2007) na základe subjektívnych údajov od jedinca, ktoré si objektivizujeme údajmi od rodiny, kontaktných osôb (Čerňanová, 2011), z predchádzajúcich zdravotných záznamov a od ďalších členov zdravotníckeho tímu (Janosiková, Daviesová, 1999). Posudzovacie stupnice sú neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľského vyšetrenia. Veľký význam zohráva aj samotný postoj sestier k opodstatnenosti posudzovacích nástrojov, pretože ovplyvňuje aj ich implementáciu do ošetrovateľského procesu (Petr, Marková, 2014). Na posúdenie psychických problémov je množstvo posudzovacích stupnic. Tento široký výber predstavuje neľahkú výzvu pre lekárov a sestry v rozhodovaní o tom, ktorá škála je najvhodnejšia pre dané konkrétne použitie (Martinková, 2014). Posudzovanie psychických funkcií by

mal vykonávať kvalifikovaný odborník, teda skúsená vysokoškolsky vzdelaná sestra môže posúdiť psychické zdravie a na základe toho naplánovať intervencie. Na hodnotenie duševného zdravia sa využívajú testy na zistenie duševnej poruchy (Poledníková a kol., 2013). Konzistencia testovania pomáha stanoviť priebežnú základnú líniu dát slúžiacu na porovnanie nálezov, overenie presnosti odhadu a na monitorovanie zlepšenia stavu (Vörösová a kol., 2013). V klinických podmienkach pri posudzovaní afektu/nálady môžeme použiť rôzne hodnotiace nástroje ako Beckov dotazník úzkosti, Hamiltonovú škálu úzkosti (Shivers, 2008), Beckov dotazník depresie, Wechslerov dotazník depresie, Hamiltonovú škálu depresie, Montgomery Asbergovú škálu depresie a iné posudzovacie nástroje, vhodné na použitie v rámci ošetrovateľského procesu (Vörösová a kol., 2013). Höschl a kol. (2004) doporučuje hodnotenie rozvinutého depresívneho syndrómu prostredníctvom nástrojov HAMD, MADRS, Beckova a Zungova škála. Výsledky regresnej analýzy Muntingh et al. (2011) naznačujú, že nástroj BAI môže byť použitý ako ukazovateľ závažnosti úzkosti v primárnej starostlivosti u pacientov s rôznymi úzkostnými poruchami. Nástroj zohľadňuje závažnosť depresie, nie je však vhodným nástrojom na rozlišovanie medzi úzkostnými poruchami a depresiou v primárnej starostlivosti. Náš výskum poukázal na fakt, že posudzovanie afektu/nálady posudzovacími nástrojmi je nejednotné a percentuálne nízke. Najčastejšie sestry uvádzali, že nevyužívajú žiadny nástroj v tejto oblasti (od 81,88 % do 99,49 %) pre všetky kategórie rozdelenia. Preto konštatujeme, že posudzovanie afektu/nálady psychometrickými nástrojmi má slabú klinickú využiteľnosť. Kvasnicová, Litvi-

nová, Poliaková (2007) svojím výskumom poukazujú, že 65,88 % sestier nevyužíva vo svojej práci hodnotiace škály, 1,18 % sestier sa s týmto pojmom nikdy nestretla. Diferenciácia sestier do kategórií v našom výskume ukázala rozdielnú implementáciu posudzovacích stupníc v praxi. Pri rozdelení sestier na sestry so špecializáciou a sestry bez špecializácie konštatujeme, že existuje výraznejší rozdiel používania sebaopisovacieho nástroja Beckov dotazník úzkosti o 25,44 % a Beckov dotazník depresie o 15,07 % viac pre špecializované sestry. Menšie rozdiely pozorujeme pri HAMD a HAMA nástrojoch, rozdiel predstavuje o 4,78 % až 9,35 % viac pre sestry špecialistky. Preukázanie štatisticky významného vzťahu sa potvrdilo medzi HAMA a sebaopisovovacími nástrojmi Beckov dotazník úzkosti a depresie v súvislosti so špecializáciou sestier. Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii je natoľko špecifická, že si vyžaduje špeciálnu odbornú prípravu (Forgáčová, 2009), špecializované vzdelávanie sestier je v našich podmienkach uskutočňované až po nástupe do klinickej ošetrovateľskej praxe (Drobná, Pečeňák, 2008). Faktom je, že rozsah teoretických vedomostí, praktických zručností a skúseností potrebných na výkon špecializovaných pracovných činností študijného programu ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii na Slovensku nezahŕňa výučbu v používaní posudzovacích nástrojov (Projekt špecializačného študijného programu, 2019). Zmienku o používaní posudzovacích stupníc nachádzame vo vyhláske MZ SR, kde je stanovené, že sestra samostatne posudzuje zdravotný stav osoby, alebo zmenu zdravotného stavu osoby, pričom hodnotenie zdravotného stavu alebo zmenu zdravotného stavu meria pomocou hodnotiacich a meracích nástrojov (Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z.). Táto vyhláška ďalej neupravuje ktoré posudzovacie stupnice sestra má/môže použiť. V profile Kanadských registrovaných psychiatrických sestier je súčasťou ošetrovateľského procesu v praxi schopnosť preukázať znalosti a zručnosti používať štandardné hodnotiace nástroje na posudzovanie duševného zdravia ako MMSE, Stupnica geriatrickej depresie, Beck Depression Inventory Scale a iné (Registered Psychiatric Nurses of Canada, 2002). Mitchell (2019) konštatuje, že vyškolené sestry pre použitie MADRS dosiahli vysoký stupeň citlivosti a prijateľnej špecifickosti v porovnaní s diagnózou psychiatra a teda môžu úspešne detekovať depresiu u pacientov po mozgovej príhode. Pri kategorizácii

sestier podľa typu zdravotníckeho zariadenia sú najčastejšie využívané sebaopisovacie nástroje Beckov dotazník úzkosti/depresie (34,78 % až 36,95 %) a HAMA (13,04 %) na psychiatrických oddeleniach všeobecných nemocníc. Beckov dotazník úzkosti / depresie (45,45 % a 40,90 %) a HAMD (27,27 %) najčastejšie využívajú sestry v psychiatrických liečebniach. Špecializované psychiatrické nemocnice posudzujú túto oblasť prostredníctvom nástrojov najmenej, pretože Beckov dotazník úzkosti mal 7,69 % a HAMD iba 3,07 % praktickú využiteľnosť. Ďalšie posudzovanie nástroje pre kategoriálne rozdelenie podľa typu zariadenia mali celkovo zaznamenanú percentuálne nízku klinickú aplikovanosť. Výskum Leontjevas et al. (2009) poukazuje, že MADRS sa dobre osvedčil pri diferencovaní depresívnych od nie depresívnych pacientov. Preto môže byť použitý na hodnotenie depresívnych symptómov u pacientov trpiacich demenciou so skorým začiatkom. Smalbrugge et al. (2008) konštatujú, že krátky a jednoduchý nástroj GDS sa dá použiť na skrining aj na hodnotenie účinkov liečby u pacientov v ošetrovateľských domoch. Naše zistenia prezentujú využívanie posudzovacích nástrojov pre hodnotenie afektu/náladu negatívne. Preukázali sme štatistickú súvislosť, na strane druhej najčastejšou odpoveďou pre všetky skupiny bola „nevyužívam žiadne“ v tejto oblasti. Najmä percentuálne výsledky poukazujú na fakt, že sestry posudzujú afekt / náladu pacientov na základe subjektívneho dojmu, čo vždy neodzrkadľuje reálnu poruchu afektov / náladu pacientov a z toho vyplývajúce potrebné plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti či prípadne zhodnotenie efektivity zásahov. Prihliadnuc na fakt nedostatku času, alebo prílišného pracovného zaťaženia sestier treba zefektívniť využívanie sebaopisovacích nástrojov. Majú jednoduché a jasné zadanie, určitú výpovednú hodnotu a sú časovo nenáročné. Taktiež odzrkadľujú efektivitu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá vyplýva zo zmien v sebaopisovaní pacienta v priebehu hospitalizácie.

ZÁVER

Objektívne posudzovanie pacientových potrieb a problémov je dôležitým procesom v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Veľký význam má hodnotenie ťažko merateľných procesov a funkcií, ku ktorým patrí psychické prežívanie človeka. Podľa Moran (2008) posudzovacie nástroje aplikované vyškolenými zdravotníkmi pracovníkmi poskytujú ob-

jektívne východiskové údaje o symptómoch pacienta, ktoré sa dajú porovnať s neskoršími hodnotami na vyhodnotenie účinnosti liečby. Takéto hodnotenie je dôležité vzhľadom na súčasný dôraz na hodnotenie kvality, efektívnosť nákladov a riadenú starostlivosť, preto by bolo vhodné vypracovať koncepciu psychiatrického ošetrovateľstva, v ktorej budú zakomponované minimálne požiadavky na používanie týchto nástrojov. Zároveň rozšíriť učebné osnovy univerzitného vzdelávania sestier, ale taktiež vypracovať národné ošetrovateľské štandardy, ktoré budú zamerané na využívanie nástrojov. Ako uvádzajú Höschl et al. (2004) hodnotenie posudzovacími stupnicami ešte dlho ostane dôležitým nástrojom pre sledovanie vývoja duševného ochorenia a kvantifikáciu jeho závažnosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BÓRIKOVÁ I., ŽIAKOVÁ K. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená naďakaach*. [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007, ISBN 978-80-7368-230-9, s. 13-18.
- COOMBS T., CURTIS J., CROOKES P. What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. [online]. 2011; 20 (5): [citované 2019-02-26]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00742.x>. ISSN 1445-8330.
- ČERŇANOVÁ A. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. 88 s. ISBN 978-80-8063-354-7.
- DROBNÁ T., PEČEŇÁK J. Použitie štandardizovaných posudzovacích stupnic v ošetrovateľskom procese v psychiatrii. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. [online]. 2008; 104 (8): [citované 2019-04-20]. Dostupné na internete: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_8_398_404.pdf. ISSN 1212-0383.
- FORGÁČOVÁ L. Posudzovanie náhľadu u pacientov s psychózou. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. [online]. 2009; 16 (4): [citované 2019-02-26]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/4-2009/PSY4-2009-cla15.pdf>.
- GRANT M.M. *Beck Anxiety Inventory*. In Goldstein, S. editorov. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. 3. vyd. New York: Springer US, 2011. ISBN 978-0-387-77579-1. s. 215-217.
- HERETIK A. et al. *Klinická psychológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. 816 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
- HÖSCHL C. et al. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900-130-74.
- JANOSIKOVÁ H.E., DAVIESOVÁ L.J. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- JULIAN J.L. Measures of Anxiety. *Arthritis Care & Research*. [online]. 2011; 63 (11): [citované 2019-06-02]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879951/pdf/nihms-504019.pdf>.
- KVASNICOVÁ Z., LITVÍNOVÁ A., POLIAKOVÁ N. Hodnotiace a meracie škály v ošetrovateľskej praxi. *Ošetrovateľstvo teória, výskum, vzdelávanie* [online]. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Lekárska fakulta Univerzity Palackého Olomouc, 2007, ISBN 978-80-88866-43-5, s. 260-262.
- LEONTJEVA R. et al. The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia: A Validation Study With Patients Exhibiting Early-Onset Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. [online]. 2009; 17 (1): [citované 2019-05-22]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b4111>.
- MARTINKOVÁ J. Hodnotiace nástroje problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVI*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2014, ISBN: 978-80-87347-17-1, s. 131-135.
- MITCHELL H.P. Nursing Assessment of Depression in Stroke Survivors. *Stroke: A Journal of Cerebral Circulation*. [online]. 2019; 47 (1): [citované 2019-05-22]. Dostupné na: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKE-AHA.115.008362>. ISSN 1524-4628.
- MORAN C.CH. *The Psychiatric Nursing Assessment*. In O'Brien, P. G. ed. *Psychiatric Mental Health Nursing. An Introduction to Theory and Practice*. 1. vyd. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers, 2008. ISBN-13. 978-0-7637-4434-2. s. 39-64.
- McDOWELL I. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3. vyd. New

- York: Oxford University Press, 2006. 748s. ISBN 13 978-0-19-516567-8.
- MUNTINGH A.D.T et al. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). In *BMC Family Practice*. [online]. 2011; 12 (66): [citované 2019-12-10]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-66>. ISSN: 1471-2296.
- PETR T., MARKOVÁ E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- POLEDNÍKOVÁ L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POLEDNÍKOVÁ L., SLAMKOVÁ A., BARÁTHOVÁ E. Sestra a senior pri strate sebaopatery. *Kontakt*. [online]. 2009; 11 (1): [citované 2019-02-21]. Dostupné na: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200901-0023_sestra-a-senior-pri-strate-sebaopatery.php. ISSN 1212-4117.
- PORTER E., CHAMBLESS D.L., MCCARTHY K.S. et al. Psychometric Properties of the Reconstructed Hamilton Depression and Anxiety Scales. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205 (8): 656-664.
- PROJEKT ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTUDIJNÉHO PROGRAMU. ŠPECIALIZAČNÝ ŠTUDIJNÝ PROGRAM V ŠPECIALIZAČNOM ODBORE OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V PSYCHIATRII. [online]. [cit. 22-5-2019]. Dostupné na: https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Dekanat/oddelenie-pre-dalsie-vzdelavanie-zdravotnickych-pracovnikov/Osetrovatelstvo/Projekt_a_CT_plan_SSP_PSYCHIATRIA_od_17_4_2017.pdf.
- PSYCHIATRY & BEHAVIORAL HEALTH LEARNING NETWORK. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). [online]. [citované 2019-05-29]. Dostupné na: <https://www.psychcongress.com/hamilton-anxiety-rating-scale-ham>.
- REGISTERED PSYCHIATRIC NURSES OF CANADA. Competency Profile for the Profession in Canada. [online]. 2002, [cit. 22-5-2019]. Published by Alberta Health and Wellness. Dostupné na: http://www.rpnc.ca/sites/default/files/resources/pdfs/RPNC_CompetencyProfile.pdf. ISBN: 0-9689811-0-0. 263 s.
- SEKOT, M. et al. Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. [online]. 2005; 101 (5): [2019-5-22]. Dostupné na internete: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_252_257.pdf.
- SHIVES R.L. *Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing*. 7. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008, 749 s. ISBN 978-0-7817-9707-8.
- SMALBRUGGE M. et al. Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & Mental Health*. [online]. 2008; 12 (2): [citované 2019-06-02]. Dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607860801987238>.
- SOÓSOVÁ S.M., SUCHÁNOVÁ R., TIRPÁKOVÁ L. Bolest, funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritídou. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. [online]. 2011; 2 (3): [citované 2019-05-22]. Dostupné na: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/2_sovariova-soosova-suchanova-tirpakova.pdf.
- VESTNÍK MZ SR. 2009. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie* zo dňa 15. októbra 2009. roč. 57, čiastka 42-48.
- Vyhľadávka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z. z.*, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.
- VÖRÖSOVÁ G., ZRUBCOVÁ D., BALLAYOVÁ J. *Ošetrovanie seniorov pri delíriu, demencii a depresii*. In Poledníková, L. ed. *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2013. ISBN 9788080634100. s. 162-76.
- WILLIAMS J.B.W., KOBAK A.K. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Aspeberg Depression Rating Scale (SIGMA). *British Journal of Psychiatry*. [online]. 2008; 192 (1): [citované 2019-05-22]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.032532>.
- ŽIAKOVÁ K. et al. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 80-8063-304-2.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S NEDOBROVOĽNOU HOSPITALIZÁCIOU NA PSYCHIATRII NURSING CARE OF A PATIENT WITH INVOLUNTARY ADMISSION TO A PSYCHIATRIC DEPARTMENT

SMOLÁK Martin, ŠIMOVCOVÁ Darina

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

ABSTRAKT

Východiská: Pojem nedobrovoľná hospitalizácia na psychiatrii sa vo všeobecnosti používa vtedy, keď je osoba s duševnou chorobou prijatá do nemocnice proti svojej vôli. Spravidla je to v dôsledku vnímaného bezprostredného ohrozenia seba samého alebo iných a neochoty zostať v nemocnici dobrovoľne. Takéto hospitalizácie nie sú žiaduce, pretože môžu byť potenciálne škodlivé pre vzťah pacienta a poskytovateľa a môžu mať negatívny vplyv na vnímanie starostlivosti o pacienta v čase jeho hospitalizácie a aj po jej skončení.

Ciele: Cieľom príspevku bolo popísať priebeh hospitalizácie a intervencie vyplývajúce z ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s nedobrovoľnou hospitalizáciou na psychiatrii.

Metódy: Metódou spracovania problematiky bola prípadová štúdia. Zdrojom informácií bolo pozorovanie pacienta počas hospitalizácie, rozhovor s príbuznými pacienta a zdravotná dokumentácia.

Vzorka: Vzorku prípadovej štúdie tvoril nedobrovoľne hospitalizovaný pacient na psychiatrickom oddelení – 48 ročný muž so syndrómom závislosti od alkoholu, ktorý bol v domácom prostredí nebezpečný pre seba a svoje okolie.

Výsledky: Príčinou nedobrovoľnej hospitalizácie bol chýbajúci náhľad pacienta na ochorenie. Adekvátne poskytnutá starostlivosť mala pozitívny vplyv na zdravotný stav pacienta a priebeh hospitalizácie. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti spočívali predovšetkým v rešpektovaní etických a právnych noriem a v poskytovaní takej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá reflektovala uspokojovanie potrieb pacienta. Prístup k pacientovi bol individuálny, na základe špecifických prejavov vyplývajúcich z jeho základnej psychiatrickej diagnózy a z jeho osobnosti.

Záver: Duševné poruchy sprevádzané ohrozujúcim správaním sú často krát nevyhnutne riešené aj obmedzením slobody pacienta. Je dôležité pri tom rešpektovať etické a právne normy. Pre poskytnutie adekvátnej starostlivosti je nevyhnutné mať dostatočné znalosti o problematike nedobrovoľnej hospitalizácie. Nie je možné zovšeobecniť postup ošetrovateľskej starostlivosti u všetkých nedobrovoľne hospitalizovaných pacientov.

Kľúčové slová: Nedobrovoľná hospitalizácia. Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Obmedzovacie prostriedky. Ohrozujúce správanie.

ABSTRACT

Background: The concept involuntary admission to psychiatric hospital is generally used when a person with mental illness is admitted to the hospital against his or her will. Usually this is due to the perceived immediate threat to oneself or the others and the reluctance to stay in the hospital voluntarily. Such a hospitalisation is not desirable because it may be potentially

detrimental to the patient-provider relationship and may negatively affect the patient's perception of hospitalisation and also after hospital discharge.

Objective: The main objective of the paper was to describe the course of hospitalisation and interventions that result from nursing care of a patient with involuntary admission to a psychiatric hospital.

Methods: We used the method of a case study. The source of information was patient observation during hospitalisation, the interview with close relatives of the patient and medical documentation.

Sample: The sample was an involuntarily admitted psychiatric patient – a 48-year-old man with an alcohol dependence syndrome who was a risk at home for himself, his family and environment.

Results: The reason for an involuntary admission was the lack of a patient's knowledgeability of the disease. The adequate care had a positive impact on the patient's health and hospitalisation. The particularities of nursing care consisted primarily in the respect of ethical and legal standards and the provision of nursing care that reflected patient satisfaction. The access to the patient was individual, based on specific manifestations resulting from his basic psychiatric diagnosis and his personality.

Conclusions: Mental disorders accompanied by behavioural threats were often necessarily resolved by limiting freedom of the patient. It was important to respect ethical and legal standards. To provide adequate care, it was essential to have sufficient knowledge of the issue of involuntary hospitalisation. It is not possible to generalise the process of nursing care for all involuntarily hospitalised patients.

Key words: Involuntary admission. Psychiatric hospital. Restrictive tools. Threatening behaviour.

ÚVOD

Hospitalizácia pacienta na psychiatrii má zabezpečiť návrat fyzického a duševného zdravia alebo aspoň v čo najväčšej miere zmierniť následky vyplývajúce z duševného ochorenia (Šimovcová, 2015, s. 28-29). Pre samotné poskytovanie starostlivosti je dôležité poučenie pacienta a jeho následný podpis informovaného súhlasu (Hrubešová, 2010). Podpisom informovaného súhlasu sa pacient stáva aktívnym účastníkom následného liečebného procesu. Taktiež sa prostredníctvom informovaného súhlasu zvyšuje aj jeho právne povedomie o poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Hrubešová, 2010).

Aktívna účasť pacienta na procese liečby ho oprávňuje kedykoľvek proces liečby prerušiť, respektíve nesúhlasiť s navrhovaným postupom. V tomto prípade je pacient povinný podpísať informovaný súhlas s liečbou, respektíve hospitalizáciou. Ak pacient odmieta pokračovať v hospitalizácii, musí byť o tom realizovaný písomný záznam v dokumentácii, ktorému musí rovnako predchádzať poučenie pacienta (Olejárová, 2015, s. 30).

Nedobrovoľná hospitalizácia

V prípadoch, kedy lekár zistí, že osoba trpí príznakmi duševnej poruchy psychického charakteru, teda duševnej poruchy s prejavmi, pri ktorých môže ohrozovať seba alebo svoje okolie a neriešením takejto situácie by mohlo dôjsť k zhoršeniu psychického stavu tejto osoby, lekár spravidla indikuje nevyhnutnosť liečby v ústavnom zariadení. Pacient však môže takéto konanie lekára odmietať. Môže sa snažiť odísť zo zdravotníckeho zariadenia bez súhlasu lekára, prípadne môže javiť známky brachiálnej agresie voči každému, kto by ho chcel do ústavného zariadenia prepraviť. V takýchto prípadoch je možné riešiť naliehavú situáciu aj bez súhlasu pacienta. Častokrát sa to však nezaobíde bez asistencie polície, z dôvodu zabezpečenia bezpečnosti všetkých zúčastnených (Droba, Lexman, Motovský, 2006, s. 118).

Duševne chorí pacienti, ktorých úsudky o realite sú vážnym spôsobom skreslené z dôvodu ich choroby, môžu predstavovať nebezpečenstvo pre seba samých a rovnako aj pre iné osoby. Vzhľadom na ohrozovanie seba a svojho okolia môžu byť nedobrovoľne prijatí do ochrannej psychiatrickej liečby. Osoba s prejavmi závažnej psychickej choroby si často nie je vedomá svojej duševnej poruchy, nedokáže porozumieť poučeniu o zdravotnom stave a ani nedokáže kvalifikovane rozhodnúť, či bude alebo nebude liečená (Uhrin, 2012). Ak lekár vyhodnotil, že stav pacienta si vyžaduje hospitalizáciu, ale pacient hospitalizáciu odmieta, jedná sa o nedobrovoľný príjem do zdravotníckeho zariadenia (Marková a kol., 2006, s. 76).

V Slovenskej republike je problematika poskytovania zdravotnej starostlivosti bez súhlasu pacienta vymedzená zákonom č. 576/2004 Z. z. V tomto zákone sa v ustanovení v §6 v odseku 9 uvádza, že do ústavnej starostlivosti je možné prijať osobu bez jej súhlasu v prípade: „*neodkladnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale možno ho predpokladať*“, ... ak ide o

osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu“ (Zákon č. 576/2004 Z. z.).

Prevzatie tejto osoby do ústavnej starostlivosti bez vyslovenia informovaného súhlasu je zdravotnícke zariadenie povinné do 24 hodín oznámiť súdu, v obvode ktorého sa toto zariadenie nachádza. Do piatich dní odo dňa, keď došlo k obmedzeniu, súd uznesením rozhodne, či k prevzatíu došlo zo zákonných dôvodov. Ak však chorý do 24 hodín svoj súhlas udelí, nie je zariadenie povinné jeho prevzatie súdu oznámiť (Uhrin, 2012).

Prístup sestry k pacientovi nedobrovoľne prijatému na oddelenie

V prípade, kedy je pacient privedený na psychiatrické oddelenie proti svojej vôli, môže dôjsť k rôznym problematickým situáciám. Sestra musí prejavíť schopnosť rýchlo sa vo vzniknutých situáciách zorientovať. Jej pohotovú reakciu môže zabrániť vzniku prípadných komplikácií. Už pri prvom kontakte musí sestra sledovať určité signály toho, že spolupráca s pacientom bude problémová. Sestra musí vedieť, ako má k pacientovi pristupovať, aby sa pacient necítil ohrozený:

- ideálne je, ak pristupuje k pacientovi spredu,
- pri kontakte s pacientom si udržuje potrebný odstup, aby mala dostatočný čas na reakciu v prípade pokusu pacienta o napadnutie,
- v komunikácii používa krátke a výstižné vety,
- dôraz kladie na poskytnutie informácií o tom, čo sa bude s pacientom diať,
- ubezpečuje sa, že pacient podaným informáciám porozumel,
- neodporúča sa ísť s pacientom do priamej konfrontácie, prejav sestry voči pacientovi by nemal pôsobiť nadradene,
- nemala by dávať najavo svoje obavy, mohlo by to pacienta znepokojiť (Marková a kol., 2006, s. 109).

Sestra sa musí snažiť získať a udržať si kontrolu nad správaním pacienta. Ak sa jedná o novoprijatého pacienta trpiaceho psychózou, musí mať sestra dostatočné vedomosti o tom, ako nadviazať kontakt s takýmto pacientom. Pacient nesmie mať pocit obklúčenia, alebo že naňho sestra kladie priveľké požiadavky, ale napriek tomu je nutné, aby boli vytýčené hranice v správaní. Pri kontakte s pacientom je treba zohľadňovať fakt, že intenzita psychotických

prejavov sa v priebehu času mení. Teda aj prejavy v správaní sa menia. Je nutné mať na pamäti, že pacient len reaguje na to, čo vnútorne prežíva. Pacient nemá nad tým kontrolu. Pri psychotických pacientoch je veľmi dôležité dohliadať aj na uspokojovanie biologických potrieb. Pacienti môžu ignorovať potreby, ako je príjem potravy, potreba odpočinku alebo vyprázdňovania. Často sa za príznaky duševného ochorenia môžu maskovať symptómy iného somatického ochorenia, ktoré možno prílišným fixovaním sa na psychiatrický problém prehliadnuť (Walker, 2015, s. 43).

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA

Prípadová štúdia bola vypracovaná na psychiatrickej klinike vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne. Participantom bol 48 ročný muž so syndrómom závislosti od alkoholu. Do nemocnice bol privezený posádkou RZP, s hospitalizáciou nesúhlasil. Zber informácií bol realizovaný metódou zúčastneného pozorovania s aktívnou participáciou autora práce na ošetrovateľskej starostlivosti o sledovaného pacienta. Informácie o pacientovi boli doplnené zo zdravotnej dokumentácie a prostredníctvom rozhovorov s rodinnými príslušníkmi pacienta.

Základné údaje

Pohlavie: muž; *Vek:* 48 rokov; *Rodinný stav:* ženatý; *Vzdelanie:* stredoškolské; *Oddelenie:* Psychiatrická klinika FN Trenčín; *Druh hospitalizácie:* nedobrovoľná; *Hospitalizácia:* október 2018; *Lekárska diagnóza:* Syndróm závislosti od alkoholu F10.4 - Delírium tremens

Terajšie ochorenie

48 ročný pacient privezený RZP po kolapse. RZP privolaná manželkou. Manželka udávala: „Tento týždeň odpadol už tretíkrát. Pri prvých dvoch kolapsoch bola doma len najmladšia dcéra, ktorá bola vystrašená a sanitku nevolala. Ja som volala sanitku s malou dušičkou. Viem, že je to kvôli tomu, že manžel začal znova piť. Pil asi týždeň v kuse. Takmer som ho doma nevidela. Prišiel sa domov len vyspať. Pri tom sme sa len pohádali. Vraj nemá problém s alkoholom, že prestane kedy bude chcieť. Dobré viem, že tak to nefunguje. Bojím sa, že sa mu niečo stane.“

Priebeh hospitalizácie

1. deň nedobrovoľnej hospitalizácie

10:40 hod. Pacient bol prijatý formou nedobrovoľnej hospitalizácie z dôvodu nepodpisania informovaného súhlasu. Pri prijíme bol pacient dezorientovaný v čase a mieste, s výrazným tremorom končatín. Pacientovi boli niekoľkokrát podané informácie o tom, kde sa nachádza a čo sa s ním bude diať.

13:30 hod. Pacient blúdil po chodbe. Jeho chôdza bola viditeľne neistá a roztrásená. Pacient sa vybral ku dverám s odôvodnením, že musí ísť na nákup. Na informácie, že nemôže odísť, reagoval podráždené: „V chladničke už nič nemám. Tu nič nemám. Mne to je jedno, ale v piatok príde dcéra. Musím jej niečo kúpiť“. Pacient bol informovaný o tom, že je streda, že je momentálne v nemocnici. „No dobre, tak to ešte počká“. Pacient bol odvedený naspäť na izbu a uložený na lôžko.

15:00 hod. Pri kontrole na izbe pacient ležal na posteli a spal.

18:00 hod. Pacient odmietol jesť. Vraj sa necíti dobre. Boli podané tekutiny, 200 ml čaju. Večera bola odložená pre prípad, že by mal neskôr chuť jesť. Boli podané lieky a infúzna terapia podľa ordinácie lekára. Pacient neprotestoval. Naďalej bol dezorientovaný v čase a mieste, letargický a bez známok agresívneho správania.

Z hlásenia nočnej služby

Spolupacient z izby prišiel do vyšetrovne oznámiť, že pacient na izbe krváca. Pri kontrole na izbe bolo zistené, že pacient si vytrhol i. v. kanylu. Uvádzal, že si to ani nevšimol. Pacientovi bola zavedená nová i. v. kanyla. Pacient udával, že sa necíti dobre.

23:10 hod. Pacient chodil po chodbe. Vraj nemôže spať. Išiel by sa prejsť von. Podľa ordinácie lekára bol podaný Diazepam 10 mg 2 tbl., ktorý bez námietok užil. Počas noci viac krát bolo nutné odvieť pacienta z chodby späť na izbu.

01:45 hod. Bol kontaktovaný lekár z dôvodu, že pacient stále nespál a svojim hlučným správaním rušil ostatných pacientov. Podľa ordinácie lekára podaný Tiapridal 100 mg 1 tbl. Pacient sa upokojil. Počas ďalších kontrol pacient spal na lôžku.

Sesterské diagnózy počas 1. dňa hospitalizácie:

- 00079 Neochota k spolupráci pri liečebnom režime v súvislosti s chýbajúcim náhľadom na ochorenie, prejavujúca sa odmietaním hospitalizácie a liečebných postupov.

- 00088 Narušená chôdza v súvislosti s tremorom dolných končatín, prejavujúca sa neistotou pri chôdzi.
- 00155 Riziko pádu v súvislosti s neistou chôdzou.
- 00038 Riziko úrazu v súvislosti s poruchou orientácie.
- 00004 Riziko infekcie v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou.

2. deň nedobrovoľnej hospitalizácie

7:00 hod. Pacient bol po zobudení zmätený: „Kde som? Jak som sa sem dostal?“ Pacienta sme informovali, že je od včeraššieho dňa v nemocnici. Udával výraznú nevoľnosť.

7:40 hod. Bola uskutočnená kontrola FF – TK: 140/80, P: 84/min, TT 36,8 °C. Pacient odmietal komunikovať. „Dajte mi pokoj“. Boli podané lieky podľa ordinácie lekára. Počas aplikácie infúzie neustále siahal po kanyle s tendenciou si ju vytiahnuť. Počas aplikácie infúzie pacient sedel v kresle na izbe.

10:00 hod. Pri kontrole pacient sedel na posteli opretý o stenu. Pôsobil nepokojne. Bolo pozorovateľné výrazné začervenanie v tvári a nadmerné potenie. „Neviem už, ako by som si ľahol. Všetko ma bolí. Nebaví ma to tu. Lekárka mi povedala, že si ma tu musia pár dní nechať. Ale ja v tom nevidím zmysel. Ja som sem ísť nechcel. Tak prečo tu mám zostať? Ležať a nič nerobiť môžem aj doma. Strašne ma hnevá, že tu musím takto zabíjať čas“. Následne bol lekár informovaný o nepokoji pacienta. Kontrola FF – TK: 145/85 P: 84/min. Boli podané lieky na upokojenie podľa ordinácie lekára.

12:30 hod. Pacient odmietol jesť. „Vezmi to preč. Nemám na to chuť. Chcem ísť preč. Však ma tu nemôžete držať nasilu. Zavolajte niekomu, nech ma odtiaľto dostane“. Po dlhšom rozhovore sa pacient nechal presvedčiť, aby niečo zjedol. Počas jedenia pacienta napínalo na vracanie. Zjedol len polievku a kúsok chleba. Boli podané lieky podľa ordinácie lekára. Pacient lieky zapil 200 ml čaju.

13:30 hod. Pacient spal.

15:30 hod. Za pacientom prišla jeho manželka. Strávila s ním asi hodinu. Pacient bol v uvoľnenej nálade, prejavoval radosť z návštevy. Lekárka informovala pacienta v spoločnosti jeho manželky o súčasnej situácii. Pacient vyjadril porozumenie. Naďalej však nevidí dôvod na to, aby ostával v nemocnici a trval na prepustení. Myslí si, že doma by mu bolo lepšie. Pacient žiadal lekárku o možnosť ísť sa

prejsť von. Bol poučený o tom, že zatiaľ nie je možné, aby opustil oddelenie.

17:30 hod. Pacient bez problémov zjedol večeru. Boli podané naordinované lieky.

Z hlásenia nočnej služby

18:25 hod. Ošetrovateľský tím bol upozornený iným pacientom na situáciu, že pacient na izbe vyzlieka posteľné povlečenie. Pri kontrole na izbe u pacienta badateľné zrakové halucinácie. Viditeľný strach u pacienta prejavujúci sa tvrdením, že v posteli sú hady. Tvrdil, že ho jeden had uštipol. Poukázal na krvácajúcu ranu na pravom predlaktí, ktorá bola spôsobená vytiahnutím si i. v. kanyly aj napriek tomu, že bola fixovaná obvazom. Pacient bol neusmerniteľný. Prejavoval verbálnu aj brachiálnu agresiu voči sestre a sanitárovi. Bola kontaktovaná službukonajúca lekárka. Naordinovaná mechanická fixácia pacienta na lôžku.

18:35 hod. Pacient bol mechanicky fixovaný na lôžku. Bola ošetrená rana po vytiahnutí i. v. kanyly, aplikované lieky i. m. podľa ordinácie lekárky, zavedená nová i. v. kanyla a podaná infúzna terapia podľa ordinácie lekárky. Bol vypísaný protokol o fixovaní pacienta na lôžku službukonajúcou lekárkou. Kontrola FF – TK: 160/100, P: 96/min, TT: 37,6 °C.

19:00 hod. Kontrola FF – TK: 160/100, P: 95/min, TT: 38,3 °C. Na základe ordinácie bol podaný chladený FR roztok 500 ml + 1 ampulka Novalgínu i. v. U pacienta boli pretrvávajúce zrakové halucinácie, nesúrodý slovný prejav.

20:00 hod. Kontrola FF – TK: 160/100, P: 102/min, TT: 37,9 °C. U pacienta bola realizovaná hygienická očista z dôvodu defekácie a pomočenia. Pacientovi bola daná na noc plienka. Boli potrebné opakované kontroly pacienta každú pol hodinu 20:00-6:00 hod., výsledky kontroly boli uvedené v dokumentácii. FF – TK: 160/100, P: 95/min., pokles telesnej teploty na úroveň 37,4 °C. Nutnosť dvakrát počas noci pacienta prebalit' z dôvodu opakovanej defekácie a pomočenia. Stolica riedkej konzistencie.

Sesterské diagnózy počas 2. dňa hospitalizácie:

- 00079 Neochota k spolupráci pri liečebnom režime v súvislosti s chýbajúcim náhľadom na ochorenie, prejavujúca sa odmietaním hospitalizácie a liečebných postupov.
- 00088 Narušená chôdza v súvislosti s tremorom dolných končatín, prejavujúca sa neistotou pri

chôdzi.

- 00128 Akútna zmätenosť v súvislosti s rozvíjajúcim sa delíriom, prejavujúca sa neadekvátnym správaním.
- 00122 Narušené zmyslové vnímanie v súvislosti s rozvíjajúcim sa delíriom prejavujúce sa zrakovými halucináciami.
- 00007 Hypertermia v súvislosti s prebiehajúcim delíriom, prejavujúca sa zvýšenou telesnou teplotou.
- 00028 Riziko zníženého objemu tekutín v súvislosti, so zvýšeným výdajom tekutín nadmerným potením, častou riedkou stolicou, nedostatočným prijímaním tekutín per os.
- 00038 Riziko úrazu v súvislosti s poruchou orientácie.
- 00004 Riziko infekcie v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou.

3. deň nedobrovoľnej hospitalizácie

7:00 hod. Pacient spal, bol fixovaný na lôžku. Po zasvietení na izbe sa čiastočne prebral. Mal pretrvávajúce halucinácie, bol dezorientovaný miestom aj časom. Snažil sa dostať z fixácie. Vulgárne všetko komentoval. Pacient bol pomočený a znečistený riedkou stolicou. Bola vykonaná potrebná hygienická očista v spolupráci so sanitárom, vykonané naordinované odbery biologického materiálu. Počas odberu krvi sa opakovali halucinácie s hadmi. Pacient bol upokojovaný, že sa nemusí báť. Pacient bol informovaný o nutnosti odobrať krv, počas výkonu sa smial a neustále niečo komentoval.

Počas dňa bolo realizované konziliárne interné vyšetrenie. Vykonané EKG na izbe. Počas EKG sa neustále smial a komentoval výkon zo sexuálnymi narážkami. „Mne sa páči keď ma bozkávajú na hrudi. Je to veľmi vzrušujúce“. FF – TK: 145/85, P: 85/min, TT: 37,1 °C.

Pacientovi boli počas dňa dopĺňané stratené tekutiny parenterálnou cestou. Pacient musel byť naďalej fixovaný. Boli pravidelne kontrolované FF a prekrvenie končatín z dôvodu obmedzenia pohybu na lôžku fixáciou.

Sesterské diagnózy počas 3. dňa hospitalizácie:

- 00079 Neochota k spolupráci pri liečebnom režime v súvislosti s chýbajúcim náhľadom na ochorenie, prejavujúca sa odmietaním hospitalizácie a liečebných postupov.
- 00128 Akútna zmätenosť v súvislosti s delíriom, prejavujúca sa neadekvátnym správaním.

- 00122 Narušené zmyslové vnímanie v súvislosti s delíriom prejavujúce sa verbálne.
- 00007 Hypertermia v súvislosti s prebiehajúcim delíriom, prejavujúca sa zvýšenou telesnou teplotou.
- 00028 Riziko zníženého objemu tekutín v súvislosti so zvýšeným výdajom tekutín nadmerným potením, častou riedkou stolicou, nedostatočným prijímaním tekutín per os.
- 00038 Riziko úrazu v súvislosti s poruchou orientácie.
- 00004 Riziko infekcie v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou.
- 00249 Riziko vzniku dekubitu v súvislosti s fixáciou na lôžku.

4. deň - poskytnutie súhlasu s hospitalizáciou a preklasifikovanie hospitalizácie na dobrovoľnú hospitalizáciu

Boli zaznamenané ustupujúce prejavy delíria. FF – TK: 135/80, P: 78/min, TT: 36,6 °C.

Pri kontrole službukonajúcim lekárom položil pacient otázku: „Nerozumiem prečo som pripútaný? Urobil som niečo?“ Pacient začal byť orientovaný miestom. Vedel odpovedať, kde sa nachádza. „Áno, som v nemocnici. Asi v Trenčíne. Nie neviem, aký je presne deň, ale je rok 2018“. Pacientovi bola zrušená fixácia. Naďalej bol však ponechaný na príjmovom oddelení z dôvodu pozorovania. Pacient sa na obed dokázal sám najesť a rovnako dokázal prejsť na toaletu s pomocou sanitára. Pacient bol opätovne navštívený lekárom. Po rozhovore pacient udeľuje súhlas s hospitalizáciou. Na základe udeleného súhlasu, lekár odvoláva nedobrovoľnú hospitalizáciu a hospitalizácia je naďalej dobrovoľná.

Sesterské diagnózy počas 4. dňa hospitalizácie:

- 00088 Narušená chôdza v súvislosti s tremorom dolných končatín, prejavujúca sa neistotou pri chôdzi.
- 00155 Riziko pádu v súvislosti s neistou chôdzou.
- 00004 Riziko infekcie v súvislosti so zavedenou intravenóznou kanylou.

DISKUSIA

Hlavným cieľom práce bolo poukázať na špecifika ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta, ktorý bol nedobrovoľne hospitalizovaný na psychiatrii. Participantom prípadovej štúdie bol 48 ročný muž

po kolapse, privezený RZP. Pacient mal diagnostikovaný syndróm závislosti od alkoholu s rizikom vzniku delíria. Bola nevyhnutná hospitalizácia na Psychiatrickej klinike vo Fakultnej nemocnici Trenčín na uzavretom oddelení. Pacient po privezení do nemocnice nebol orientovaný miestom ani časom. Bol pozorovateľný výrazný tremor končatín. S pacientom nebolo možné nadviazať adekvátnu komunikáciu. Napriek poučeniu o nevyhnutnosti začatia liečby, hospitalizáciu odmietol s nesúvislým a vulgárnym konštatovaním. Nepripúšťal si, že má problém. Na to, že odpadol, si vôbec nespomínal. Neustále chcel odchádzať, ale napriek tomu pasívne spolupracoval. Vágnerová (2014, s. 505) uvádza, že pacientom závislým na alkohole chýba náhľad na svoje ochorenie. Nie sú schopní kriticky myslieť a konštruktívne riešiť svoj problém. Pacientov nekritický postoj a nevedomovanie si závažnosti nadmerného pitia alkoholu na jeho fyzický stav s možnými fatálnymi dôsledkami, bol dôvodom pre prijatie na hospitalizáciu aj proti jeho vôli. Nakoľko pacient do 24 hodín od prijatia nevyjadril súhlas s hospitalizáciou, bola u pacienta hlásená nedobrovoľná hospitalizácia. Po prijatí pacienta na psychiatrickú kliniku bolo nutné poskytnúť pacientovi kompletnú starostlivosť o hygienu, ktorú z dôvodu trasu končatín a svojim pasívnym prístupom k akejkoľvek činnosti nebol schopný vykonať sám. Tras končatín spolu s dezorientáciou pacienta, znamenal pre personál nutnosť zvýšeného dozoru z dôvodu prevencie úrazu. Pacientov zhoršujúci sa stav si v priebehu niekoľkých hodín od prijatia vyžadoval čoraz viac pozornosti ošetrojúceho personálu. Bolo nutné riešiť situácie, kedy si pacient opakovane vytiahol intravenóznou kanylou. S nástupom delíria sa pacient stal úplne závislým od ošetrovateľského personálu. Bolo nevyhnutné poskytovať mu ošetrovateľskú starostlivosť vo všetkých aspektoch. Množiac sa prejavy agresie a nevypočítateľného správania, ktoré bolo spôsobené halucináciami, znamenali pre pacienta nutnosť aplikácie obmedzujúcich prostriedkov a pre ošetrovateľský personál zvýšený dohľad nad fyzickým stavom pacienta. Ako uvádza Čerňanová (2011), pacientovi hrozia počas fixácie na lôžku aj somatické následky. Pacientovi boli aj napriek zastretému vedomiu neustále poskytované informácie o všetkom, čo sa s ním dialo. Rovnako mu boli objasňované dôvody, pre ktoré musel byť obmedzený na lôžku. Môžeme konštatovať, že správna ošetrovateľská starostlivosť a prístup k pa-

cientovi mala pozitívny účinok na zdravotný a psychický stav pacienta a priebeh hospitalizácie. U pacienta sa poskytovaním vhodne zvolenej ošetrovateľskej starostlivosti podarilo zvládnuť stav delíria bez trvalých následkov. Po prekonaní delíria bolo pozorovateľné zlepšenie v orientácii i v úsudku pacienta a na 4. deň hospitalizácie udelil súhlas s pokračovaním liečby. Johnson a Stern (2014) na základe svojich výskumných štúdií uvádzajú, že pacienti aj napriek svojmu prvotnému nesúhlasu boli vo väčšine prípadov radi, že ich liečba bola spočiatku realizovaná aj bez ich súhlasu.

Naším hlavným cieľom bolo zistiť, aké sú špecifiká starostlivosti o pacienta s nedobrovoľnou hospitalizáciou na psychiatrii. Hlavným špecifikom je nutnosť nepretržitého a zvýšeného dohľadu a umiestnenie pacienta na uzavreté oddelenie. Pacienti majú tendenciu odchádzať. Napriek sťaženej komunikácii, agresívnym prejavom a zmätenosti je nevyhnutné dodržiavať etické a právne aspekty starostlivosti – pacientovi neustále vysvetľovať nutnosť hospitalizácie a realizovaných ošetrovateľských intervencií. So zhoršovaním stavu pacienta sa rozširuje spektrum ošetrovateľskej starostlivosti. Nezriedka je nutná fixácia – najmä v prípade, kedy pacient ohrozuje seba a svoje okolie. Agresivita pacienta je podmienená halucináciami, zmätenosťou, stupňujúcimi sa fyzickými obtiažami – u nášho participanta to bola hnačka, nechutenstvo, hypertermia, tremor, nestabilná chôdza. O všetkých intervenciách je nevyhnutné robiť záznam. Aj v prípade fixácie je nevyhnutné kontrolovať pacienta, monitorovať miesta fixácie a sledovať čas fixácie. Dôležitá je aj spolupráca s rodinou. Nie je nutné obmedziť kontakt pacienta s rodinnými príslušníkmi. Je potrebné si však uvedomiť, že u každého pacienta vyžadujúceho nedobrovoľnú hospitalizáciu môže byť priebeh jeho ochorenia a prejavov osobitý. Nie je možné, aby bola ošetrovateľská starostlivosť o takýchto pacientov zovšeobecnená na všetky prípady nedobrovoľnej hospitalizácie.

Tento náš názor potvrdzuje aj výskum realizovaný v Južnej Amerike (Moreira, Loyola, 2011), v ktorom sa uvádza stanovisko, že neexistuje všeobecný pohľad na pacientov s nedobrovoľnou hospitalizáciou. Starostlivosť o takýchto pacientov sa poskytuje len na základe konkrétnych požiadaviek a potrieb konkrétneho pacienta. U každého pacienta s nedobrovoľnou hospitalizáciou treba brať do úvahy fakt, že prejavy nespôlpráce sa líšia od prí-

padu k prípadu. Dôležité je však dodržiavanie etických a právnych noriem. Ako uvádza Kutnohorská a Kudlová (2016) ak má sestra vykonávať svoju prácu na profesionálnej úrovni s rešpektom k holistickému ponímaniu človeka, mala by dodržiavať etické princípy za každých okolností.

Odporúčania pre prax

Pre manažment zdravotníckych zariadení, v ktorých môže nastať prípad nedobrovoľnej hospitalizácie:

- vzdelávať zdravotníckych pracovníkov o problematike nedobrovoľnej hospitalizácie prostredníctvom odborných seminárov a školení minimálne 1x za rok, problematiku ilustrovať na základe kazuistík,
- vypracovať manuál pre zdravotníckych pracovníkov v súvislosti s problematikou nedobrovoľnej hospitalizácie a obmedzeniach pacientov.

Pre sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť nedobrovoľne hospitalizovaným pacientom:

- zabezpečiť adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť s ohľadom na individualitu pacientov,
- dodržiavať etický prístup v starostlivosti o pacientov,
- rešpektovať príslušné právne normy súvisiace s poskytovaním starostlivosti bez súhlasu pacienta.

ZÁVER

Niektoré duševné poruchy môžu viesť k situáciám, kedy je ohrozený život a bezpečnosť pacienta samotného, alebo iných osôb v jeho okolí. Ide o ochorenia sprevádzané psychotickými príznakmi, agresiou alebo samovražednými tendenciami. V takýchto prípadoch je najdôležitejšou úlohou zabezpečenie bezpečnosti a ochrana životov aj za cenu obmedzenia slobody pacienta.

Je však dôležité, aby pri takomto postupe boli rešpektované etické a právne normy. Rovnako je dôležité myslieť aj na to, aký dopad to bude mať na pacienta. V poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je nutné okrem medicínskeho pohľadu na pacienta ako na objekt, ktorý trpí duševnou poruchou a ktorú treba za každú cenu liečiť, zohľadňovať aj to, že pacient potrebuje cítiť oporu v situácií, v ktorej sa aktuálne nachádza. Aby toto všetko bolo adekvátne zabezpečené, je nevyhnutné, aby mal zdravotnícky personál dostatočné vedomosti o pro-

blematike nedobrovoľnej hospitalizácie. Tieto vedomosti je potrebné si v pravidelných intervaloch aktualizovať a dopĺňať. Aj napriek tomu, že pacienti nemusia mať kvôli svojej duševnej poruche konštruktívny náhľad na svoje ochorenie, čo je spravidla príčinou nedobrovoľnej hospitalizácie, je možné adekvátne poskytnutou starostlivosťou, ktorá rešpektuje individualitu každej osoby, dosiahnuť pozitívne zmeny pôsobiace na priebeh hospitalizácie.

Za zaujímavé považujeme zistenie, že nie je možné na základe kritéria, akým je nedobrovoľná hospitalizácia, určiť špecifické kroky v ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré by sa dali uplatňovať pri každom jednom pacientovi s nedobrovoľnou hospitalizáciou na psychiatrii. Vždy je potrebné reflektovať na individuálne potreby pacienta.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ČERNANOVÁ A. *Delírium v ošetrovateľskej praxi*. [online]. 2018; [cit. 11. 10. 2018]. Dostupné na internete: <<http://www.osetrovateľsky.herba.sk/index.php/rok-2010/35-4-5-2010/190-deliriu-m-v-osetrovateľskej-praxi>>
- DROBA S., LEXMANN J., MOŤOVSKÝ B. Akútny psychotický pacient z pohľadu práva. *Psychiatria pre prax*. 2006; 3: 118-119.
- HRUBEŠOVÁ Z. Hospitalizácia a obmedzenie voľného pohybu bez informovaného súhlasu dotknutej osoby. *Ošetrovateľský obzor*. [online]. 2007; [cit. 14.10.2018]. Dostupné na internete: <<http://www.osetrovateľsky.herba.sk/index.php/rok-2007/48-1-2-2007/164-hospitalizacia-a-obmedzenie-volneho-pohybu-bez-informovaneho-suhlasu-dotknutej-osoby>>
- JOHNSON J., STERN T. Involuntary Hospitalization of Primary Care Patients. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014; 16 (3): PCC.13f01613.
- KUTNOHORSKÁ H., KUDLOVÁ P. Dôstojnosť človeka – teoretická východiska. *Zdravotnícke listy*. 2016; 4 (1): 56-60.
- MARKOVÁ E. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MOREIRA L., LOYOLA C. Involuntary commitment: implication for psychiatric nursing practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (3): 692-699.

- NOVOTNÝ V. et al. *Špeciálna psychiatria*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2013, 246 s. ISBN 978-80-223-3372-6.
- OLEJÁROVÁ I. Negatívny reverz – odmietnutie liečby pacientom. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2015; 4 (1): 30.
- ŠIMOVCOVÁ D. *Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Trenčín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva, 2015, 140 s. ISBN 978-80-7454-515-3.
- UHRIN J., KITKOVÁ S., LIPTÁK T. Nedobrovoľná hospitalizácia pacientky v mánii, intervencia jej právneho zástupcu. *Psychiatria pre prax*. 2012; 13 (4): 172-174.
- VÁGNEROVÁ M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- Vestník MZSR, 2009. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť*. Bratislava: Obzor, 2009. 188 s. 13787/2009 – OZS.
- WALKER CH. *Caring for the patient with acute psychosis*. [online]. 2015; [cit.01.10.2018]. Dostupné na internete: https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=2801270&an=00152258-201505000-00009&Journal_ID=417221&Issue_ID=2801137
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o Zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

INTRAABDOMINÁLNE INFEKČIE S VYUŽITÍM PODTLAKOVEJ TERAPIE INTRAABDOMINAL INFECTIONS USING VACUUM THERAPY

BILČÍKOVÁ Ivica¹, ILIEVOVÁ Ľubica²

¹ Chirurgická klinika, Fakultná nemocnica v Trnave, Trnava

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

ABSTRAKT

Východiská: Intraabdominálne infekcie (IAI) predstavujú patologické stavy, ktoré zahŕňajú zápalové ochorenia intraperitoneálnych i retroperitoneálnych orgánov. Etiológia je často polymikrobiálna. Prognóza pacienta je ovplyvnená včasným a presným stanovením diagnózy, chirurgickou alebo rádiologickou intervenciou, vhodne načasovanou antibiotickou liečbou. Súčasťou liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s IAI je podtlaková terapia.

Ciele: Cieľom bola retrospektívna deskriptívna analýza vybraných faktorov u pacientov s IAI hospitalizovaných v období január až júl 2018 na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava, u ktorých bola v liečbe použitá podtlaková terapia.

Vzorka: Cieľový analyzovaný súbor tvorili pacienti s IAI s následným využitím podtlakovej terapie.

Metodika: Obsahová analýza dokumentov

Výsledky: Z počtu pacientov n = 19 (100 %), ktorí boli hospitalizovaní na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava v období január – júl 2018 z dôvodu náhlej brušnej príhody a ktorých stav si vyžadoval operačný výkon, bola 3 pacientom (15,78 %) stanovená diagnóza intraabdominálna infekcia ako sekundárna komplikácia. Z troch pacientov s IAI, pacient s komplikáciou medzikľúčkového abscesu bol liečený ako open abdomen. Najdlhšie hospitalizovaný bol pacient s komplikáciou enterokutánna fistula (90 dní). Z troch pacientov s IAI zomrel pacient s medzikľúčkovým abscesom. Najvyššiu hodnotu CRP mal pacient s medzikľúčkovým abscesom (516 mg/l). Podtlakovú terapiu mal ako súčasť liečby najdlhšie pacient s dg. absces sleziny (41 dní). Finančne najnáročnejšia podtlaková terapia bola u pacienta s IAI s medzikľúčkovým abscesom (2 391 €).

Záver: Pacienti s IAI predstavujú závažný liečebný a ošetrovateľský problém. Ošetrovanie a liečba pacientov s IAI si vyžaduje komplexnú starostlivosť s využitím medziodborovej spolupráce.

Kľúčové slová: Intraabdominálna infekcia. Podtlaková terapia. Náhla brušná príhoda. Ošetrovateľská starostlivosť.

ABSTRACT

Background: Intraabdominal infections (IAI) are pathological conditions that include inflammatory diseases of both intraperitoneal and retroperitoneal organs. Etiology is often polymicrobial. The patient's prognosis is influenced by early and accurate diagnosis, surgical or radiological intervention and appropriately timed antibiotic therapy. Vacuum therapy is the part of the treatment and nursing care for IAI patients.

Objectives: The aim was to create a retrospective descriptive analysis of selected factors of patients with IAI, hospitalised between January and July 2018 at the Surgical Clinic of the University Hospital in Trnava, where vacuum therapy was used.

Sample: The target analysed group consisted of patients with IAI followed by vacuum therapy.

Methods: Content analysis of documents.

Results: Out of the number of patients n = 19 (100 %) who were hospitalised at the Surgical Clinic of the University Hospital Trnava from January 2018 to July 2018 due to a sudden abdominal event while at the same time their condition required surgery, 3 patients (15.78 %) were diagnosed with an intraabdominal infection. Out of the four patients with IAI, the patient with the interintestinal abscess was treated as open abdomen. The longest serving patient admitted with enterocutaneous fistula, spent in hospital 90 days. Out of the three patients with IAI, the patient died with interintestinal abscess. The patient diagnosed with interintestinal abscess had the highest CRP – 516 mg / l. As the part of the treatment, vacuum therapy was prescribed to the longest patient with dg. Spleen abscess for 41 days. The most financially demanding vacuum therapy was used for an IAI patient with interintestinal abscess and cost 2 391 €.

Conclusion: IAI patients present a serious therapeutic and nursing problem. The treatment and nursing care of patients with IAI require comprehensive care using interdisciplinary cooperation.

Keywords: Intraabdominal infection. Vacuum therapy. Acute abdominal condition. Nursing care.

ÚVOD

Intraabdominálne infekcie (IAI) predstavujú široké spektrum patologických stavov, ktoré zahŕňajú zápalové ochorenia orgánov intraperitoneálnych i retroperitoneálnych vrátane abscesov parenchymatóznych orgánov. IAI sa odlišujú od ostatných infekcií šírkou rozmanitosti a závažnosti, etiológiou, ktorá je často polymikrobiálna, mikrobiologickými výsledkami, ktoré možno ťažko interpretovať a esenciálnou úlohou chirurgickej intervencie (Menichetti, Sganga, 2009, Adámková a kol., 2016).

Taktiež značne závisí na stupni intraperitoneálnej kontaminácie, závažnosti vlastného ochorenia, obransychopnosti pacienta a sprevádzajúcej orgánovej dysfunkcie. Malangoni (2003), Marshall (2004) popisujú možný vznik peritonitídy primárnej, sekundárnej a terciárnej. Etiológia týchto infekcií môže byť veľmi variabilná a obvykle zahŕňa mikroby generované z tráviacej trubice. IAI sú častou príčinou morbiditity a úmrtnosti. Včasná klinická diagnóza, nasledovaná adekvátnou sanáciou zdroja

infekcie so zabránením pokračujúcej kontaminácie a obnovou anatomickej štruktúry a fyziologickej funkcie, rovnako tak i okamžité začatie vhodnej antimikrobiálnej liečby, môže limitovať úmrtnosť. Najväčšou výzvou spojenou s komplikovanou IAI je jej včasné rozpoznanie a manažment starostlivosti o pacientov s IAI (Vyhnánek, 2009, Sartelli et al., 2017). Súčasťou liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s IAI je podtlaková terapia. Podtlaková terapia je neoddeliteľnou súčasťou lokálnej terapie chronických a obtiažne sa hojacích rán bez ohľadu na vek pacienta, s prihliadnutím ku schopnosti jeho spolupráce. Pokiaľ je vhodne indikovaná a úspešná, dochádza k urýchleniu hojenia rán, a tým ku skráteniu doby hospitalizácie so skorším návratom pacienta do domáceho prostredia, ku zníženiu celkových nákladov na liečbu, k redukcii dlhodobej antibiotickej terapie so znížením rizika vzniku multirezistentných bakteriálnych kmeňov. Tým všetkým je v konečnom dôsledku podstatne pozitívne ovplyvnená prognóza a kvalita života pacientov (Poláková, 2015). Experimentálne a klinické práce publikované v posledných rokoch veľmi zužujú skupinu kontraindikácií liečby. V súčasnosti VAC systém je používaný na liečenie chronických ťažko hojacích sa rán ako napr. u diabetických pacientov, v terapii infikovaných rán, v hrudníkovej chirurgii, traumatológii, v onkológii (Cro et al., 2002; Kopal, 2009).

Podľa Chipu so spol. (2017) náročnosť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s IAI spočíva najmä v zvládaní hemodynamickej nestability, ošetrovaní rany, zvracania a hnačky z dôvodu intolerancie stravy, monitorovaní vnútrobrušného tlaku. Konkrétne ošetrovateľské intervencie sú pre sestry náročné taktiež z pohľadu emocionálnej záťaž, keďže určité percento pacientov s IAI sú pacienti s open abdomen (Fitzpatrick,

2017; Clough, 2012).

CIEĽ

Hlavným zámerom bola pilotná retrospektívna deskriptívna analýza vybraných faktorov u pacientov s IAI, u ktorých bola v liečbe použitá podtlaková terapia.

SÚBOR A METODIKA VÝSKUMU

Počet hospitalizovaných pacientov na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava v období január – júl 2018 bol 1800. Z 1800 pacientov (100 %) bolo 71 pacientov (3,94 %), ktorých lekárska diagnóza si vyžadovala okrem operačného výkonu následne podtlakovú terapiu (Tab.1). Z toho bolo žien $n = 36$ (51 %) a mužov $n = 35$ (49 %). Z počtu pacientov $n = 71$ (100 %) bolo 19 pacientov (27 %), ktorí boli na Chirurgickej klinike hospitalizovaní s klinickým obrazom náhlejšej brušnej príhody (NBP). Z tohto počtu $n = 19$ (27 %) bola 3 pacientom diagnostikovaná IAI s následným využitím podtlakovej terapie. Pacienti s diagnostikovanou IAI s využitím podtlakovej terapie tvorili cieľový analyzovaný súbor z dôvodu raritného výskytu IAI, náročnosti ich liečby a ošetrovateľskej starostlivosti s možnosťou podtlakovej terapie.

Tabuľka 1 Počet pacientov hospitalizovaných na Chirurgickej klinike FN TT v období január – júl 2018

Pacienti bez podtlakovej terapie	Pacienti s podtlakovou terapiou	Spolu
1729	71	1800

Údaje sme získali obsahovou analýzou dokumentov – chorobopisy, ošetrovateľské záznamy, záznamy konziliárnych vyšetrení, výsledky laboratórnych vyšetrení, operačné protokoly, hlásenie špeciálne zdravotníckeho materiálu (ŠZM), ktoré sú súčasťou nemocničného informačného systému ME-DEA.

Tabuľka 2 Základné diagnózy pacientov pri prijatí s následnou podtlakovou terapiou

Diagnóza	január	február	marec	apríl	máj	jún	júl	spolu
kožný absces, karbunkul, furunkul	6	4	4	7	4	8	4	37
syndróm diabetického nohy	3	1	0	0	2	0	1	7
náhla brušná príhoda	1	3	3	6	1	2	3	19
ischemický syndróm	0	2	3	0	1	0	2	8
spolu – počet pacientov	10	10	10	13	8	10	10	71

Tabuľka 3 Pacienti s náhlou brušnou príhodou a IAI s využitím podtlakovej terapie

pacienti s NBP bez IAI	NBP + IAI	NBP + IAI	NBP + IAI	Spolu
	absces sleziny	enterokutánna fistula	medzikľúčkový absces	
16	1	1	1	19

Medzi analyzované kategórie sme zaradili: diagnózu pacienta pri jeho prijatí, vek pacienta, pohlavie pacienta, dĺžku hospitalizácie, dĺžku podtlakovej terapie, hodnotu CRP, liečbu DM, kultivačné kmene, náklady ŠZM.

Kvantifikáciu analytických kategórií sme vyjadrili absolútnym počtom, relatívnym počtom (percentami) a priemerom, minimálnou a maximálnou hodnotu. Frekvencie sme zoradili do tabuliek a grafu. Získané výsledky sme spracovali v programe Microsoft Excel 2016.

VÝSLEDKY

Z počtu 71 pacientov (100 %) bolo 19 pacientov (27 %) hospitalizovaných s klinickým obrazom náhlejšej brušnej príhody, pričom 3 pacientom bola diagnostikovaná IAI s následným využitím podtlakovej terapie.

Z počtu n = 19 (100 %) pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava v období január 2018 – júl 2018 z dôvodu náhlejšej brušnej príhody a ktorých stav si

vyžadoval operačný výkon, bola 3 pacientom (15,78 %) stanovená diagnóza intraabdominálna infekcia: 1 pacient – dg. enterokutánná fistula, 1 pacient – dg. absces sleziny, 1 pacient – dg. medzikľúčkový absces (Tab. 3). Vzniknutá intraabdominálna infekcia bola diagnostikovaná ako sekundárna komplikácia primárnej diagnózy (Tab. 4).

U všetkých pacientov bola súčasťou liečby a ošetrovateľskej starostlivosti podtlaková terapia. Vekový priemer pacientov s IAI bol 54,66 rokov, minimálny vek 34 rokov (n = 1, absces sleziny), maximálny vek 80 (n = 1, medzikľúčkový absces). Všetci traja pacienti s IAI boli mužského pohlavia.

Tabuľka 4 Primárna dg. a sekundárna komplikácia u pacientov s IAI

Primárna diagnóza	absces sleziny	ileus	Tu vesicae urinariae
Sekundárna komplikácia	absces sleziny	enterokutánná fistula	medzikľúčkový absces

Tabuľka 5 Pacienti s IAI s podtlakovou terapiou

Prim. dg./sek. komplikácia/počet pacientov	počet dní hospitalizácie	počet dní podtlakovej terapie
Ileus / enterokutánná fistula / 1	90	25
Absces sleziny/absces sleziny / 1	82	41
Tu vesicae urinariae/medzikľúčkový absces / 1	55	38

Tabuľka 6 Hodnoty CRP u pacientov s IAI a podtlakovou terapiou

Prim. dg./sek. komplikácia/počet pacientov	počet dní hospitalizácie	počet dní podtlakovej terapie	hodnota CRP mg/l
Ileus / enterokutánná fistula / 1	90	25	105
Absces sleziny/absces sleziny / 1	82	41	286
Tu vesicae urinariae/medzikľúčkový absces / 1	55	38	516

Tabuľka 7 Pacienti s IAI a Diabetes mellitus

Prim. dg./sek. komplikácia/počet pacientov	DM 1. typu	DM 2. typu - diéta	DM 2. typu - PAD
Ileus / enterokutánná fistula / 1	X	-	-
Absces sleziny/absces sleziny / 1	-	-	-
Tu vesicae urinariae/medzikľúčkový absces / 1	X + PAD	-	-

Tabuľka 7 Náklady na špeciálny zdravotnícky materiál u pacientov s IAI

Prim. dg./sek. komplikácia/počet pacientov	počet dní hospitalizácie	počet dní podtlakovej terapie	náklady ŠZM v €
Ileus / enterokutánná fistula / 1	90	25	1 276,99
Absces sleziny/absces sleziny / 1	82	41	530,94
Tu vesicae urinariae/medzikľúčkový absces / 1	55	38	2 391,00

DISKUSIA

IAI predstavujú celý rad patologických stavov, od „ľahkých“ lokalizovaných infekcií až po „ťažké“ difúzne sterkorálne peritonitídy. Predstavujú široké spektrum ochorení s rôznym stupňom závažnosti. Podľa rozsahu postihnutia môžu byť procesy lokalizované ohraničene (circumskriptná peritonitída) alebo difúzne (difúzny zápal pobrušnice). Zatiaľ čo difúzne procesy sa zvyčajne rozvíjajú rýchlo a ich klinický obraz je nápadný, pre ohraničené zápaly platí, že vznikajú pomalšie, ich prejavy nie sú také búrlivé ako pri difúznych procesoch (Radoňak et al., 2014). Pacienti s IAI s využitím podtlakovej terapie v ich liečbe vždy tvoria určité percento pacientov hospitalizovaných na chirurgických oddeleniach, najmä na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Z počtu pacientov ($n = 1800$), ktorí boli hospitalizovaní na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice Trnava v rozmedzí mesiacov január – júl 2018, s klinickým obrazom náhlej brušnej príhody bolo hospitalizovaných 19 pacientov, pričom z tohto počtu boli 3 pacienti s IAI. Z celkového počtu pacientov ($n = 1800$) pacienti s IAI predstavovali 0,17 % hospitalizovaných pacientov.

IAI sú stavy, ktoré sú spojené taktiež s metódou „open abdomen“ (OA) a následnou podtlakovou terapiou, ktorá sa považuje v manažmente OA za najefektívnejšiu (Kilík et al., 2017). Z troch pacientov s IAI evidujeme s OA 1 pacienta s primárnou dg. Tu vesicae urinariae a so sekundárnou komplikáciou „medzikľúčkový absces“. IAI sú častou príčinou morbidít a úmrtností pacientov. Z troch pacientov s IAI zomrel pacient so sekundárnou komplikáciou „medzikľúčkový absces“ (vek 80 rokov). Príčinou úmrtia pacienta bol septický stav s multiorgánovým zlyhaním. Mortalita pacientov s IAI predstavovala začiatkom 20. storočia 90 %, optimalizácia dominantnej chirurgickej liečby spôsobila pokles mortality na úroveň pod 40 %, racionálna antimikrobiálna liečba znížila mortalitu o 10 %, komplexná intenzívna starostlivosť o ďalších 8-10 %, v súčasnosti sa pri výskyte IAI mortalita pohybuje na úrovni asi 20 % (Olejník et al., 2004; Hladík, 2007).

Prognóza stavu pacienta je významne ovplyvnená včasnou a presnou diagnózou a vhodnou chirurgickou alebo rádiologickou intervenciou a správne načasovanou antimikrobiálnou liečbou. Najdlhšie hospitalizovaný bol pacient s komplikáciou „enterokutánná fistula“ (primárna dg. Ileus) – 90 dní (Tab. 5). V našom analyzovanom súbore pacientov

s IAI dvaja pacienti (sek. kompl. – enterokutánná fistula, medzikľúčkový absces) boli liečení na Diabetes mellitus I. typu, pričom pacient s medzikľúčkovým abscesom mal taktiež v liečbe nadstavené PAD (Tab. 7).

Najčastejšími príčinami IAI sú patológie gastrointestinálneho traktu, pričom najčastejšie sú spôsobené endogénnymi baktériami. Spektrum a množstvo baktérií závisí od miesta primárneho patologického procesu a prípadnej alterácii slizničnej mikroflóry gastrointestinálneho traktu (Adámková et al., 2016; Adámková, 2019). Keďže C reaktívny proteín je pentamerický proteín, ktorý sa v krvi objavuje pri zápalovej reakcii v organizme ako tzv. reaktant akútnej fázy zápalu, zamerali sme sa taktiež na analýzu bakteriálnych kmeňov. Výtery z rán na bakteriologické vyšetrenie sa odoberali peroperačne. Na základe dostupných výsledkov bakteriologického vyšetrenia u pacientov s IAI uvádzame hlavné kultivované kmene: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium* (susp. VRE.), *Staphylococcus* spp. Najnižšiu hodnotu CRP – 105 mg/l mal pacient so sek. komplikáciou „enterokutánná fistula“, ktorý bol hospitalizovaný 90 dní a podtlaková terapia bola u neho realizovaná 25 dní. Najvyššia hodnota CRP bola vyšetrená u pacienta so sek. komplikáciou „medzikľúčkový absces“ (CRP 516 mg/l), pacient bol hospitalizovaný 55 dní. Podtlaková terapia bola u neho realizovaná 38 dní (Tab. 6).

Liečba IAI spočíva v chirurgickom výkone za účelom odstránenia zdroja infekcie, antibiotickej liečbe a podpornej liečbe. Súčasťou chirurgickej liečby IAI a následnej ošetrovateľskej starostlivosti je podtlaková terapia. Prvotný prístup k podtlakovej terapii ako ku novej metóde bol veľmi opatrný. Ešte v roku 2003 za kontraindikácie terapie boli považované neliečená infekcia v rane vrátane osteomyelitídy, fistuly medzi ranou a vnútornými orgánmi alebo dutinami a samozrejme prítomnosť maligných buniek v rane (Sibbald, Mahoney, 2003). V analyzovanom súbore podtlakovú terapiu mal ako súčasť liečby a ošetrovateľskej starostlivosti najdlhšie pacient s dg. Absces sleziny – 41 dní (82 dní hospitalizácie, finančná náročnosť podtlakovej terapie – 530 €). Finančne najnáročnejšia podtlaková terapia bola u pacienta s IAI s medzikľúčkovým abscesom (dg. Tu vesicae urinariae) – 2 391 € (55 dní hospitalizácie, 38 dní podtlaková terapia). Dôvodom bolo použitie intraabdominálneho setu, ktorý je

v rámci ponuky a dostupnosti pomôcok určených na podtlakovú liečbu najdrahší (Tab. 7).

Skúsenosti sestier poukazujú na náročnosť v starostlivosti o pacientov s IAI, najmä o pacientov s OA. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná pacientom s IAI realizovaná s využitím podtlakovej terapie zahŕňa viacero komponentov akcentujúcich kognitívnu úroveň (vedomosti sestier o podtlakovej terapii, NANDA diagnostika, dokumentovanie), behaviorálnu oblasť (prístup k pacientovi so zameraním na emocionalitu) a zručnostnú oblasť (profesionálna manipulácia s VAC systémom, bariérová ošetrovateľská starostlivosť).

ZÁVER

Pacienti s IAI predstavujú závažný liečebný a ošetrovateľský problém so zreteľom na medziodborovú spoluprácu. Aktuálnou problematikou zostáva včasná diagnostika brušnej sepsy najmä kvôli prežívaniu pacientov s IAI. Terapeutickou metódou s následnou nutnou ošetrovateľskou starostlivosťou pri efektívnom zvládnutí IAI infekcií je podtlaková terapia. Ošetrovanie pacientov s využitím podtlakovej terapie by sa malo realizovať na základe guidelinov a ošetrovateľských štandardov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ADÁMKOVÁ V. et al. *Antibiotika v chirurgických oborech*. Praha: Mladá fronta, 2016. 167 s. ISBN 978-80-204-3940-6.
- ADÁMKOVÁ V. Role nových antibiotik u nitrobršních infekcií v éře multirezistentních bakterií. *Rozhl Chir.* 2019; 4 (98): 145-151.
- CHIPU G.M., KEARNS I., NEL E.W. Experiences of registered nurses caring for patients with an open abdomen in an intensive care unit in Gauteng. *Health SA Gesondheid.* 2017; 22: 166-173.
- CLOUGH A. The use of negative pressure wound therapy on an open abdominal wound. *Clinical CASE R.* 2012; 8 (4): 81-83.
- CRO C. et al. Vacuum assisted closure system in the management of enterocutaneous fistulae. *Postgrad Med J.* 2002; 78: 364-365.

- FITZPATRICK R.E. Open Abdomen in Trauma and Critical Care. *Critical Care Nurse.* 2017; 37 (5): 22-45.
- KILÍK R. et al. Raritné spontánne vytvorenie bilioenterickej fistuly u pacientky s open abdomen liečeným pomocou VAC terapie – kazuistika. *Slov chir.* 2017; 14 (2-3): 76-80.
- KOPAL T. Klasická a vlhká terapia vředu predkolenia: Traditional and moist therapy of the lower leg ulcer. *Dermatológia pre prax.* 2009; 3 (2): 67-68.
- MALANGONI M.A., MARTIN A.S. Outcome of severe pancreatitis. *Am J Surg.* 2005; 189 (3): 273-277.
- MARSHALL J.C. Intra-abdominal infections. *Microbes Infect.* 2004; 6: 1015-1025.
- MENICHETTI F., SGANGA G. Definition and classification of intra-abdominal infections. *J Chemother.* 2009; 21 (1): 3-4.
- OLEJNÍK J., HLADÍK M. Vákuové odsávanie v liečbe vnútrobrušnej sepsy. *Lek obz.* 2004; 53: 261-264.
- OLEJNÍK J. et al. Vacuum supported laparostomy – an effective treatment of intraabdominal infection. *Bratisl Med J.* 2007; 108 (7): 320-323.
- POLÁKOVÁ H. Využití podtlakové terapie v lokální terapii chronických a obtížně hojitelných ran. *Geriatric a gerontologie.* 2015; 4 (2): 99-102.
- RADOŇAK J., KAŤUCHOVÁ J., LAKYOVÁ L. Manažment antibiotickej liečby vnútrobrušných infekcií. *Slovenská chirurgia.* 2014; 11 (1): 9-12.
- SARTELLI M. et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World Journal of Emergency Surgery.* 2017; 12 (1): 1-34.
- SIBBALD R.G., MAHONEY J. V.A.C. Therapy Canadian Consensus Group. A consensus report on the use of vacuum-assisted closure in chronic, difficult-to-heal wounds. *Ostomy Wound Manage.* 2003; 49 (11): 52-66.
- VYHNÁNEK F. Abdominální katastrofa – pohled chirurga. *Rozhledy v chirurgii.* 2010; 6 (89): 356-360.

TVORBA BIOFILMU AKO DÔLEŽITÝ KLINICKÝ PROBLÉM *BIOFILM FORMATION AS AN IMPORTANT CLINICAL PROBLEM*

KAŠLÍKOVÁ Katarína^{1,2}, MELUŠ Vladimír¹, KRAJČOVIČOVÁ Zdenka¹,
ČERNICKÝ Miroslav¹, SLOBODNÍKOVÁ Jana¹

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, študentka doktorandského štúdia

ABSTRAKT

Tvorba biofilmu je veľmi účinnou stratégiou prežitia baktérií a húb, ktorou sa prispôbujú životnému prostrediu, najmä za nepriaznivých okolností. Po vytvorení biofilmu v podobe viacvrstevného spoločenstva mikroorganizmov v polysacharidovej matici sa mikrobiálne bunky, ktoré sa v ňom nachádzajú, stávajú tolerantnými a rezistentnými voči antibiotikám a reakciám imunitného systému, čo zvyšuje ťažkosti pri klinickej liečbe infekcií. Klinické a laboratórne vyšetrenia preukázali na priamu súvislosť medzi výskytom infekcií spôsobených mikroorganizmami tvoriacimi biofilm (biofilmové infekcie) a prítomnosťou lekárskeho implantátu alebo prístrojov. Doterajšie klinické a epidemiologické štúdie jasne preukázali, že na eradikáciu biofilmových infekcií je samotná liečba antibiotikami vo väčšine prípadov nedostatočná.

Kľúčové slová: Biofilm. Biofilmové infekcie. Rezistencia

ABSTRACT

Biofilm formation is a very effective strategy for the survival of bacteria and fungi by which they adapt to the environment, especially in adverse circumstances. Upon formation of a biofilm in the form of a multi layered community of microorganisms in the polysaccharide matrix, the microbial cells found therein become tolerant and resistant to antibiotics and immune system responses, which increases difficulties in the clinical treatment of infections. Clinical and laboratory investigations have shown a direct relationship between the occurrence of biofilm-forming infections (biofilm infections) and medical implants or devices. Previous clinical and epidemiological studies have clearly demonstrated that antibiotic treatment alone is in most cases insufficient to eradicate biofilm infections.

Key words: Biofilm. Biofilm infections. Resistance.

ÚVOD

Biofilmy sú spoločenstvá mikrobiálnych buniek, ktoré rastú na natívnych alebo arteficiálnych a inertných povrchoch. Jednotlivé bunky biofilmu sú zakotvené v extracelulárnej polymérnej matici vytvorenej z exopolysacharidov, nukleových kyselín a proteínov. Biofilmy sú vysoko odolné voči obranným mechanizmom hostiteľa, čiastočne kvôli svojej exopolysacharidovej matici a zníženej rýchlosti metabolizmu buniek. Vďaka zníženému metabolizmu odolávajú imunitným reakciám hostiteľa a vykazujú vyššiu rezistenciu voči antibiotikám.

Štúdie zamerané na mechanizmy ich prežitia potvrdzujú, že sú komplexné a rozmanité. Štruktúrna a fyziologická zložitosť biofilmov viedla k idei, že sú to koordinované a spolupracujúce komunity baktérií, analogické k mnohobunkovým organizmom (Nadell et al., 2009, Costerton et al., 1999; Kašlíková et al., 2018).

Formácia biofilmu sa považuje za adaptáciu mikróbov na nepriateľské prostredie. Typický vývoj biofilmu zahŕňa niekoľko štádií, t.j. pripojenie k povrchu, tvorba mikrokolónií, vývoj mladého biofilmu, diferenciacia štruktúrovaného zrelého biofilmu a disperzia zrelého biofilmu. Experimentálne dôkazy u *Pseudomonas aeruginosa* realizované *in vitro* ako aj *in vivo* jasne ukázali, že biofilmové bakteriálne bunky sú signifikantne viac rezistentné voči antibiotikám a imunitnej obrane hostiteľa ako ich planktónové formy (Yang et al., 2012).

Aj keď je dobre známe, že liečba antibiotikami je v súčasnosti najdôležitejším a najúčinnjším opatrením na kontrolu mikrobiálnych infekcií, liečbou antibiotikami je takmer nemožné eradikovať infekcie spôsobené s biofilmom. Štúdie jednoznačne ukázali, že minimálna inhibičná koncentrácia (MIC) a minimálna baktericídna koncentrácia (MBC) pre biofilmové bakteriálne bunky boli zvyčajne oveľa vyššie (približne 10-1 000 krát) ako na planktónové bakteriálne bunky (Yang et al., 2012).

Podľa National Institutes of Health je viac ako 65% všetkých mikrobiálnych infekcií spôsobených biofilmami. Tento údaj sa zdá byť realistický z pohľadu zistení, že bežné infekcie ako infekcie močových ciest (spôsobené *Escherichia coli* alebo inými patogénmi), infekcie katétra (spôsobené *Staphylococcus aureus* a inými grampozitívnymi patogénmi), infekcie stredného ucha u detí (spôsobené *Haemophilus influenzae*), tvorba zubného plaku a gingivitída sú spôsobené biofilmami a ťažko sa liečia, resp. často recidivujú (Lewis, 2001).

BIOFILMY – KOMPLIKÁCIA OCHORENÍ

Úloha biofilmov pri vzniku chronických ochoro-

rení (napr. chronické rinosinuitídy, chronické rany, cystické fibrózy, kardiovaskulárne ochorenia, urogenitálne infekcie a iných) sa čoraz viac preukazuje ako veľmi významný rizikový faktor.

Chronická rinosinuitída

Etiológia chronickej rinosinuitídy (CRS) je multifaktoriálna. Existuje stále viac dôkazov, že biofilmy sú rozhodujúce pre patofyziológiu chronických infekcií vrátane chronickej rinosinuitídy. Interakcia medzi mnohými systémovými, lokálnymi hosťiteľmi a environmentálnymi faktormi prispieva k rozvoju sínusitídy. Možné environmentálne faktory vyvolávajúce chronickú sínusitídu zahŕňajú prítomnosť biofilmov a bakteriálnych infekcií, ako aj plesňové infekcie, alergie, znečisťujúce látky v životnom prostredí a fajčenie (Fastenberg et al., 2016). Foreman a kol. vo svojej štúdií preukázali, že biofilm tvorený *Staphylococcus aureus* bol identifikovaný v 50% u pacientov s CRS, *Pseudomonas aeruginosa* a *Haemophilus influenzae* boli identifikovaní v 22% a 28% pacientov (Foreman et al., 2012). Ďalšie bakteriálne druhy vytvárajúce biofilmy u pacientov s CRS boli *Streptococcus viridans*, koaguláza-negatívne stafylokoky a *Enterococcus faecalis* (Zernotti et al., 2010).

Chronické rany

Bakteriálne biofilmy boli jednoznačne identifikované aj v chronických ranách. Včasné dôkazy o bakteriálnych biofilmoch existujúcich v ranách boli odvodené z experimentálne vyvolaných chronických rán u zvierat a následne boli demonštrované na klinických ranách (Lam et al., 1999, Wright et al., 1999). Značná heterogenita existuje v bakteriálnej kolonizácii chronických rán, pričom patogénne baktérie sa stávajú dominantnou mikroflórou na úkor komenzálnych druhov (Thomson, 2011). Typ a relatívny počet prítomných baktérií sa výrazne líši od rany k rane. Štúdia Percival et al. preukázala až 17 rodov baktérií (aeróbných a anaeróbných) na jednu ranu. Cowan et al. preukázali, že typický nález predstavoval 12-20 rôznych druhov mikroorganizmov na ranu, pričom nebol neobvyklý dokonca ani dôkaz 60 rôznych typov (Percival et al., 2012, Cowan 2011).

Obmedzenie koncentrácie kyslíka hlbšie v biofilme podporuje proliferáciu anaeróbov pri chronických ranách. Okrem celkovej bakteriálnej záťaže rany je tiež dôležité zvaženie prítomných druhov a ich vzájomnej interakcie v rane (Thomson, 2011).

Biofilmy obsahujú bunky vo všetkých štádiách rastového cyklu. V hlbších vrstvách biofilmu sa nachádzajú mikroorganizmy so zníženou rýchlosťou rastu. Konkrétna rýchlosť rastu baktérií závisí od všeobecnej stresovej reakcie, ktorá chráni baktérie pred negatívnymi environmentálnymi faktormi. Sú nimi najmä účinky zmien pH, koncentrácia chemických látok, osmolalita a účinok chemikálií, ktoré ovplyvňujú aktívny rast baktérií. Okrem toho biofilmy obsahujú mnoho koncentračných gradientov, ktoré vytvárajú mikroprostredie, majúce negatívny vplyv na antibiotiká a antiseptiká, pričom v niektorých prípadoch podporujú rast jednotlivých mikrobiálnych druhov. Tieto mikroprostredia môžu zahŕňať aeróbne a anaeróbne podmienky (Percival et al., 2011). Niektorí autori potvrdzujú, že väčšina biofilmových buniek sa zdá byť zničená antibiotikami, ale pri chronických ranách po liečbe dochádza k rýchlej regenerácii biofilmu. Toto svedčí o prítomnosti perzistujúcich buniek. Odhaduje sa, že perzistujúce bunky tvoria 0,1 % až 10 % biofilmu a existujú aj v kultúrach planktónu (Singh et al., 2009).

Cystická fibróza

Pľúca pacientov s cystickou fibrózou (CF) sú kolonizované a infikované baktériami už od útleho veku. Tieto baktérie prosperujú v zmenenom hliene, ktorý sa zhromažďuje v pľúcach. Postupom času sa u osôb s CF menia typy baktérií a aj ich individuálne charakteristiky. V počiatočnom štádiu kolonizujú a infikujú pľúca bežné baktérie ako *Staphylococcus aureus* a *Hemophilus influenzae*. Neskôr dominuje gram-negatívna flóra (najčastejšie *Pseudomonas aeruginosa* alebo *Burkholderia cepacia*), ktorá kolonizuje cystické fibrózne dýchacie cesty a vyvoláva pretrvávajúce infekcie sprevádzané tvorbou biofilmu. *Pseudomonas aeruginosa* je často hlavnou príčinou morbidity a mortality u pacientov s cystickou fibrózou. Keď sa tieto baktérie nachádzajú v pľúcach, prispôbujú sa prostrediu a vyvíjajú rezistenciu na bežne používané antibiotiká (Elkin, 2003, Hengzhuang et al., 2012).

Kardiovaskulárne ochorenia

Štúdia Ott et al. (2006) potvrdila rôzne skupiny bakteriálnych druhov v aterosklerotických léziách pacientov s koronárnym srdcovým ochorením. Katz a Shannon (2006) potvrdili štúdiu Ott et al. (2006) a dospeli k záveru, že aterosklerotické plaky sa skladajú z plne funkčného biofilmu. Vlastnosti zrelej ar-

teriálnej steny ju robia vhodnou na tvorbu biofilmu, a práca poukazuje neúčinnosť antibiotík, ako sú makrolidy alebo fluorochinolóny.

Napriek nedávnomu pokroku v diagnostike a liečbe je infekčná endokarditída (IE) stále spojená s vysokou chorobnosťou a úmrtnosťou. Dokonca aj predĺžené cykly podávania širokospektrálnych antimikrobiálnych látok často nedokážu odstrániť infekciu, čo v mnohých prípadoch vyžaduje chirurgický zákrok (Elgharably et al., 2016). Mikroby spôsobujúce IE majú schopnosť kolonizovať srdcové štruktúry a v nich vyvíjať biofilmy, čím sa chránia pred antibiotikami a obranyschopnosťou hostiteľa, uľahčujú inváziu a deštrukciu tkaniva a vedú k pretrvávajúcim a recidivujúcim infekciám (Cahill et al., 2017).

Urogenitálne infekcie

Infekcie močových ciest spojené s katétrom sú najčastejšou nozokomiálnou infekciou, ktorá súvisí s tvorbou mikrobiálneho biofilmu v močovom katétre (UC). Okrem intermitentných infekcií močových ciest s identickým patogénom môže viesť aj k urosepsii. Výmena infikovaného UC nie je zložitá, dôležité je však načasovanie. Odporúča sa vymeniť infikovaný UC po 48 hodinách primeranej liečby citlivými antibiotikami, aby sa minimalizovala koncentrácia baktérií v močovom mechúre a močovom trakte. V opačnom prípade by nové UC boli rýchlo kolonizované baktériami za vzniku nového biofilmu (Raad, 2002).

Parseka et al. uvádza, že biofilmy sa podieľajú aj na tvorbe obličkových kameňov. Kamene vyvolávajú príznaky ochorenia tým, že bránia prietoku moču, spôsobujú zápal a opakovanú infekciu, ktorá môže viesť k zlyhaniu obličiek. Približne 15-20 % obličkových kameňov sa vyskytuje pri infekcii močových ciest. Vznik obličkových kameňov je súhra medzi infikujúcimi baktériami a minerálnymi substrátmi nachádzajúcimi sa v moči. Výsledkom tejto interakcie je komplexný biofilm zložený z baktérií, bakteriálnych exoproduktov a mineralizovaného kamenného materiálu (Parsek, 2003).

Biofilmy na arteficiálnych povrchoch

Endokarditickí pacienti s protetickými srdcovými chlopňami alebo kardiostimulátormi sú vystavení riziku intermitentnej sepsy, srdcovej insuficiencie a infekčných embolických komplikácií. Preto pri potvrdení infekcie je potrebná výmena infikovaných protetických srdcových chlopní alebo

kardiostimulátorov v kombinácii s agresívnou a citlivou antibiotickou liečbou (Nataloni et al., 2010).

Častým problémom bývajú infekcie centrálného venózneho katétra (CVC) alebo dialyzačného katétra. Keď baktérie vytvoria biofilm na CVC alebo dialyzačnom katétri, možno u pacientov očakávať prerušovanú bakteriémiu s identickým bakteriálnym druhom. Okrem toho miera pozitivity krvných kultúr odobratých z infikovaného katétra je zvyčajne vyššia ako z periférnych žíl a čas do pozitivity je najmenej o dve hodiny kratší, ak sa krv odoberá s pomocou CVC obsahujúceho biofilm v porovnaní s paralelným odberom krvi (Mermel et al., 2009).

Na vyliečenie týchto biofilmovo-katétrových infekcií je dôležitá výmena infikovaného katétra. Po nej nasleduje liečba intravenóznymi antibiotikami, slúžiaca na elimináciu baktérií uvoľnených do krvného obehu z infikovaného katétra (Mermel et al., 2009).

V mnohých prípadoch recidivujúce ochorenie nie je spôsobené opätovnou infekciou, ako sa pôvodne predpokladalo, ale pochádza z perzistentného biofilmu. Výskumy potvrdzujú, že akonáhle sa vytvoria biofilmy, planktónové baktérie môžu periodicky opúšťať biofilm sami. Keď tak urobia, môžu sa rýchlo množiť a rozptýliť. Existuje prirodzený vzor programovaného oddeľovania planktónových buniek od biofilmov. Ak sa planktónové baktérie periodicky uvoľňujú z biofilmov, zakaždým, keď sa do tkanív dostanú jednotlivé bakteriálne formy, imunitný systém sa náhle dozvie o ich prítomnosti. Môže pokračovať v zápalovej odpovedi, ktorá vedie k zvýšeným symptómom ochorenia. Pravidelné uvoľňovanie planktónových baktérií z niektorých biofilmov môže byť príčinou mnohých chronických recidivujúcich infekcií (Parsek, 2003).

Klinické príznaky biofilmových infekcií

Zrelé biofilmy sú významne rezistentné voči antibiotikám a sú permanentným zdrojom planktónových buniek, ktoré sa uvoľňujú a rozptýľujú do prostredia. Typická infekcia spojená s biofilmom je zvyčajne chronická infekcia s prerušovanými exacerbáciami. Liečba antibiotikami by mohla byť nápomocná pri kontrole akútnych exacerbácií, ale je ťažké eradikovať infekciu. Všeobecne môže byť podozrenie na infekciu biofilmom, ak pacient má jeden z klinických prejavov uvedených v tabuľke 1 (Wu et al., 2015).

Tabuľka 1 Klinické príznaky pri podozrení na biofilmové infekcie (Wu et al., 2015; Omar et al., 2017; Tan et al., 2014)

Možná biofilmová infekcia	Klinické prejavy a paraklinické zmeny	Bežné patogény
Endokarditída	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti, ktorí majú alebo nemajú protetické srdcové chlopne alebo kardiostimulátor • pacienti s prerušovanou horúčkou a bakteriémiou s identickým patogénom a bez zrejmeho zamerania • zvýšenie hodnoty CRP / alebo rýchlosť sedimentácie erytrocytov s leukocytózou alebo bez leukocytózy 	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus</i> species koaguláza negatívne stafylokoky <i>Enterococcus</i> spp.
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> biofilm u pacientov s CF/COPD	<ul style="list-style-type: none"> • prítomnosť mukoidnej formy <i>Pseudomonas aeruginosa</i> v spúte u pacientov s CF alebo CHOCHP 	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Intravenózný katéter	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti s centrálnym venóznym katétrom alebo hemodialyzačným katétrom, ktorí majú opakovanú bakteriémiu s identickým patogénom 	koaguláza negatívne stafylokoky
Močový katéter	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti s močovým katétrom, ktorí majú opakované infekcie močového traktu s rovnakým patogénom 	Gram-negatívne rody <i>Candida</i> spp. <i>Enterococcus</i> spp.
Ortopedické implantáty	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti s kĺbovými protézami alebo ortopedickými fixačnými prostriedkami, ktorí majú lokálnu chronickú bolesť a príznaky uvoľňovania protézy 	<i>Staphylococcus aureus</i> koaguláza negatívne stafylokoky
Chronické rany	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti s chronickými ranami a opakovanými infekciami rán 	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>

Legenda: CF - cystická fibróza; CHOCHP - chronické obštrukčné pľúcne ochorenia.

Štandardné mikrobiologické vyšetrenie zahŕňa odber vzoriek, kultiváciu, identifikáciu a testovanie citlivosti na antibiotiká. U pacientov, ktorých existuje podozrenie na infekcie súvisiace s biofilmom spojeným s cudzími telesami je potrebných najmenej 4-5 kusov biopsie tkaniva z rôznych miest vedľa endoprotézy, aby sa zabránilo falošne negatívne výsledku. Protézy, katétre alebo stenty a iné cudzie telesá, ktoré boli odobraté pacientom z dôvodu podozrenia z biofilmových infekcií, by mali byť odoslané na mikrobiologické vyšetrenia. Pokiaľ ide o mikroskopické a kultivačne negatívne vzorky, ak sú pacienti vysoko podozriví z klinického nálezu biofilmov, ďalšie mikrobiologické techniky môžu byť užitočné pri diagnostike biofilmových infekcií. Ukázalo sa, že hybridizácia *in situ* s fluorescenčnou značenou nukleovou kyselinou je užitočná na identifikáciu infekcií biofilmu pri cystickej fibróze a chronických ranách (Rickerts et al., 2011).

DISKUSIA A ZÁVER

Infekcie súvisiace s biofilmami sa ťažko eradikujú a za posledných 30 rokov boli predmetom intenzívneho vedeckého výskumu. Mikroorganizmy

musia byť schopné vnímať svoje prostredie a modifikovať svoje fyziologické procesy, aby sa lepšie prispôsobili a tým prežili. S pokrokom lekárskeho vied sa stále viac zdravotníckych pomôcok a implantátov používa pri liečbe ľudských ochorení. V dôsledku toho sa bakteriálne biofilmové infekcie stávajú častými. Príklady infekcií spojených s biofilmami zahŕňajú kolonizáciu implantovaných zdravotníckych pomôcok ako sú centrálné venózne katétre, kĺbové protézy, močové katétre, kardiostimulátory a mechanické srdcové chlopne, zubný kaz, pľúcne infekcie u pacientov s cystickou fibrózou a chronické rany.

Liečba infekcií biofilmom je v súčasnosti zložitou výzvou pre mikrobiológov ako aj klinikov. Samotná liečba antibiotikami je často na prekonanie biofilmových infekcií nedostatočná. Pokroky vo výskume nám však poskytujú podrobnejšie vedomosti, ktoré prinášajú prospech a budú naďalej podporovať naše úsilie v boji proti infekciám spôsobeným biofilmom. V súčasnosti vyžaduje liečba biofilmových infekcií spoluprácu v klinickej mikrobiológii, chirurgii, internom lekárstve, farmakológii

a základných vedách, t.j. multidisciplinárnej spolupráci.

Pod'akovanie

Tento príspevok vyšiel s podporou nasledovných projektov: A) „Dobudovanie technickej infraštruktúry pre rozvoj vedy a výskumu na Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka prostredníctvom hyperbarickej oxygenoterapie“ ITMS kód 26210120019 Operačného programu Výskum a vývoj a B) „Vzťah medzi zložením, štruktúrou a vlastnosťami anorganicko-organických nanokompozitných vrstiev pre ochranu materiálov“. Grantová agentúra: VEGA, č. 1/0431/18.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- CAHILL T.J., BADDOUR L.M., HABIB G. et al. Challenges in infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 69 (3): 325-344.
- COSTERTON J.W., STEWART P.S., GREENBERG E.P. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections. *Science.* 1999; 284: 1318-1322.
- COWAN T. Biofilms and their management: From concept to clinical reality. *J Wound Care.* 2011; 20: 222-226.
- ELGHARABLY H., HUSSAIN S.T., SHRESTHA N.K. et al. Current Hypotheses in Cardiac Surgery: Biofilm in Infective Endocarditis. *Semin Thorac Cardiovasc Surg. Spring.* 2016; 28 (1): 56-59.
- ELKIN S., GEDDES D. Pseudomonal infection in cystic fibrosis: the battle continues. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2003; 1 (4): 609-1818.
- FASTENBERG J.H., HSUEH W.D., MUSTAFA A. et al. Biofilms in chronic rhinosinusitis: Pathophysiology and therapeutic strategies. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 2 (4): 219-229.
- FOREMAN A., BOASE S., PSALTIS A. et al. Role of bacterial and fungal biofilms in chronic rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2012; 12: 127-135.
- HENGZHUANG W., WU H., CIOFU O. et al. In vivo pharmacokinetics / pharmacodynamics of colistin and imipenem in *Pseudomonas aeruginosa* biofilm infection. *Antimicrob Agents Chemother.* 2012; 56 (5): 2683-2690.
- KAŠLÍKOVÁ K., SLOBODNÍKOVÁ J., MELUŠ V. et al. Mikrobiálne biofilmy: vznik, štruktúra a selekčná výhodnosť. *Zdravotnícke listy.* 2018; 6 (3): 23-28.
- KATZ J.T., SHANNON R.P. Bacteria and coronary atheroma: more fingerprints but no smoking gun. *Circulation.* 2006; 113 (7): 920-922.
- LAM K., OLSON M.E., BURRELL R.E. et al. Development of a porcine model for examining the influence of wound contamination/infection on wound healing. *Wound Rep Reg.* 1999; 7: A305.
- LEWIS K. Riddle of biofilm resistance. *Antimicrob Agents Chemother.* 2001; 45 (4): 999-1007.
- MERMEL L.A., ALLON M., BOUZA E. et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009; 49 (1): 1-45.
- NADELL C.D., XAVIER J.B., FOSTER K.R. The sociobiology of biofilms. *FEMS Microbiol Rev.* 2009; 33 (1): 206-224.
- OTT S.J., EL MOKHTARI N.E., MUSFELDT M. et al. Detection of diverse bacterial signatures in atherosclerotic lesions of patients with coronary heart disease. *Circulation.* 2006; 113 (7): 929-937.
- NATALONI M., PERGOLINI M., RESCIGNO G. et al. Prosthetic valve endocarditis. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2010; 11 (12): 869-883.
- OMAR A., BARRY WRIGHT J., SCHULTZ G. et al. Microbial Biofilms and Chronic Wounds. *Microorganisms.* 2017; 5 (1): 9.
- PARSEK M.R., SINGH P.K. Bacterial biofilms: an emerging link to disease pathogenesis. *Annu Rev Microbiol.* 2003; 57: 677-701.
- PERCIVAL S.L., EMANUEL C., CUTTING K.F. et al. Microbiology of the skin and the role of biofilms in infection. *Int. Wound J.* 2012; 9: 14-32.
- PERCIVAL S.L., HILL K.E., MALIC S. et al. Antimicrobial tolerance and the significance of persister cells in recalcitrant chronic wound biofilms. *Wound Repair Regen.* 2011; 19: 1-9.
- RAAD I.I., HANNA H.A. Intravascular catheter-related infections: new horizons and recent advances. *Arch Intern Med.* 2002; 162 (8): 871-878.
- RICKERTS V., KHOT P.D., MYERSON D. et al. Comparison of quantitative real time PCR with Sequencing and ribosomal RNA-FISH for the identification of fungi in formalin fixed, paraffin-embedded tissue specimens. *BMC Infect Dis.* 2011; 11: 202.
- SINGH R., RAY P., DAS A. et al. Role of persisters and small-colony variants in antibiotic resistance

- of planktonic and biofilm-associated *Staphylococcus aureus*: An *in vitro* study. *J. Med. Microbiol.* 2009; 58: 1067-1073.
- TAN M., LAU J., GUGLIELMO B.J. Ethanol locks in the prevention and treatment of catheter-related bloodstream infections. *Ann Pharmacother.* 2014; 48 (5): 607-615.
- THOMSON, C.H. Biofilms: Do they affect wound healing? *Int. Wound J.* 2011; 8: 63-67.
- WRIGHT J.B., OLSON M.E., LAM K. et al. Use of a porcine model to examine the impact of a silver-coated dressing on the rate of wound healing in contaminated full-thickness wounds. *Wound Rep Reg.* 1999; 7: A326.
- WU H., MOSER C., WANG H.Z. et al. Strategies for combating bacterial biofilm infections. *Int J Oral Sci.* 2015; 7 (1): 1-7.
- YANG L., LIU Y., WU H. et al. Combating biofilms. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2012; 65 (2): 146-157.
- ZERNOTTI M.E., ANGEL VILLEGAS N., ROQUES REVOL M. Evidence of bacterial biofilms in nasal polyposis. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010; 20: 380-385

SUBJEKTÍVNE VNÍMANIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV S HEMOFÍLIOU SUBJECTIVE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HAEMOPHILIA

POLIAKOVÁ Nikoleta, KIRILÁKOVÁ Zuzana, KRÁLOVÁ Eva

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

ABSTRAKT

Východiská: Hemofília je dedičné ochorenie vyžadujúce určité obmedzenia. V súčasnosti vďaka modernej liečbe sa subjektívne vnímanie kvality života pacientov môže zlepšovať.

Ciele: Cieľom príspevku je prezentovať výsledky kvalitatívnej štúdie zameranej na hodnotenie kvality života pacientmi s hemofíliou z ich perspektívy.

Metódy: Metódou štúdie boli pološtruktúrované rozhovory vyhodnocované kvalitatívne. Rozhovory trvali 90-120 minút. Boli realizované v domácom prostredí pacientov.

Vzorka: Vzorku tvorili 4 pacienti vo veku 14, 24, 40 a 60 rokov s ochorením hemofília typu A – ťažký stupeň. Kritériom výberu bola diagnóza, stav bez kognitívneho deficitu, chýbanie iného závažného ochorenia a ochota spolupracovať.

Výsledky: Najväčší dopad na kvalitu života pociťovali pacienti vo fyzickej dimenzii. V ich symptomatológii dominovali modriny a krvácané prejavy do kĺbov, ktoré u pacientov vo veku 40 a 60 rokov vyústili do arthropatie a s tým spojenej chronickej bolesti. Bolesť v kĺboch po námahe pociťoval už 24-ročný pacient. Riziku krvácania pacienti museli prispôsobiť výber voľno časových aktivít, výber školy a povolania. Plány do budúcnosti sa vekom znižovali na úroveň „zostať sebestačný“. Strach z prognózy ochorenia bol prítomný u všetkých pacientov. U 14 ročného pacienta sa vyskytovala emócia hnevu a smútku a s tým spojená nízka ochota prispôsobiť životný štýl ochoreniu. V emocionálnej rovine u 24 a 40 ročného pacienta dominoval strach zo založenia rodiny a u 60 ročného pacienta strach z postupnej straty sebestačnosti. Porovnaním odpovedí z hľadiska veku pacientov je pre zlepšenie kvality života benefitom domáca liečba, vďaka ktorej klesá počet hospitalizácií, absencie v škole i v práci.

Záver: V súvislosti s udrжанím kvality života porovnateľnej so zdravými ľuďmi je dôležitá včasná edukácia rodičov a pacientov zameraná na profylaktické aktivity. Už v detskom veku je potrebné edukovať o správnom podaní profylaktickej liečby. Dôležité je aj podporné pôsobenie Slovenského hemofilického združenia. Úloha sestry má preventívny a podporný charakter.

Kľúčové slova: Hemofília. Kvalita života. Subjektívne posúdenie. Interview.

ABSTRACT

Background: Haemophilia is a hereditary disease that requires certain limitations. Nowadays, modern treatment makes it possible for the patients to improve their subjective perception of their quality of life.

Objectives: The aim of the paper is to present the results of a qualitative study focused on assessing the quality of life in haemophilia patients from their perspective.

Method: The method was semi-structured qualitative interview. The four interviews lasted from 90 to 120 minutes. They were implemented in the patient's home environment.

Sample: The sample consisted of 4 patients at the age of 14, 24, 40 and 60 years of age with severe haemophilia. The selection criteria were the following: diagnosis, non-cognitive deficit, lack of other serious diseases, and willingness to cooperate. The research sample consisted of 4 patients at the age of 14, 24, 40 and 60 years with severe haemophilia. The selection criteria were the following: Diagnosis, non-cognitive deficit, lack of other serious disease, and willingness to cooperate.

Results: The greatest impact on the quality of life of patients was displayed in physical dimension. Their symptomatology was predominated by bruises and bleeding displays in joints that resulted in arthropathy associated with chronic pain in patients aged 40 and 60 years. After effort there was proven pain in the joints that was felt by 24-year old patient. The patients had to adjust their choice of leisure time activities, the choice of school and occupation to the risk of bleeding. As the patients grew older, their future plans were reduced to "stay self-contained". The fear of prognosis was present in all four patients. The 14-year-old patient displayed anger and sadness and the associated low willingness to adapt the diagnosis (illness) to his lifestyle. On the emotional level, 24 and 40 years old patients predominated by the fear of family formation and the 60 year old patient was afraid of a gradual loss of self-containment. By comparing the responses in terms of the age, home treatment is to benefit the improvement of their quality of life, which reduces the number of hospitalisations, and absenteeism.

Conclusion: Early education of parents and patients aimed at prophylactic activities is important to maintain the quality of life comparable to healthy people. As early as in childhood it is necessary to educate about proper administration of prophylactic treatment. Supporting activities of the Slovak Hemophilic Association are also important. The role of a nurse is of preventive and supportive quality.

Key words: Haemophilia. Quality of life. Subjective assessment. Interview.

ÚVOD

Hemofília patrí medzi vzácne dedičné ochorenia. V súčasnosti je najčastejšou vrodenu koagulopatiou. Ochorenie sa vyskytuje po celom svete, rasová závislosť nebola zistená (Penka et al. 2009, s.145). Hemofília typu A je spôsobená deficitom koagulačného faktora VIII a hemofília typu B je spôsobená deficitom koagulačného faktora IX. Gény oboch koagulačných faktorov sa nachádzajú na pohlavnom chromozóme X. V roku 2015 bolo na základe údajov z Národného centra zdravotníckych

informácií na Slovensku vo všetkých hematologických ambulanciách dispenzarizovaných 762 pacientov s hemofiliou typu A a 103 pacientov s hemofiliou B.

Podľa deficitu koagulačného faktora v krvi sa delí hemofília na tri stupne závažnosti, a to na hemofiliu:

- ťažkú (< 1 %), pre ktorú je typické časté krvácanie do svalov a kĺbov,
- stredne ťažkú (1-5 %), pri ktorej sa krvácanie vyskytuje v priemere raz do mesiaca po úraze,
- ľahkú (5-40 %), pri ktorej sa krvácanie vyskytuje iba v dôsledku ťažkého úrazu alebo operácie (Penka et al., 2014, s. 117).

U laikov prevláda názor, že pre hemofilika je nebezpečenstvom každé malé vonkajšie krvácanie. Väčším problémom však býva vnútorné krvácanie do kĺbov, svalov alebo mäkkých tkanív. Tieto krvácania sa zvyčajne objavujú spontánne, bez zjavnej príčiny spúšťania. Najnebezpečnejšou udalosťou je krvácanie do mozgu, ktorá je zároveň jednou z príčin úmrtí hemofilikov. Príčinou krvácania je zlyhanie sekundárnej hemostázy. Hoci dochádza k vytvoreniu primárnej trombocytárnej zátky a vzniku menšieho množstva trombinu a fibrínu, vplyvom defektu FVIII/FIX zlyháva cesta amplifikácie koagulácií. Vytvorenie množstva trombinu je nedostatočné pre vznik kvalitnej fibrínovej zátky. Nedochoádza k úplnej a trvalej zástave krvácania v priebehu niekoľkých minút, hoci sa zmierni, ale spontánne sa neskončí. Dedičnosť u hemofilie je v oboch prípadoch recesívna a viazaná na pohlavný chromozóm X (Smejkal, 2012). V prípade, že otec nemá hemofiliu (na chromozóme X má štandardnú alelu pre koagulačný faktor) a matka je prenášačkou hemofilie (na jednom chromozóme X má štandardnú alelu, na druhom chromozóme X má recesívnu alelu), každá dcéra má 50% šancu zdediť gén hemofilie od svojej matky a byť prenášačkou. Každý syn má 50% šancu zdediť gén hemofilie od svojej matky a trpieť na hemofiliu. V prípade, kedy otec má hemofiliu (má na X chromozóme recesívnu alelu) a matka nie je nositeľkou hemofilie (má na oboch svojich chromozómoch X štandardnú alelu pre koagulačný faktor), každá dcéra zdedí recesívnu alelu génu od svojho otca a bude prenášačkou. Žiaden zo synov však recesívnu alelu od svojho otca nezdedí, takže budú zdraví. Z uvedeného vyplýva, že hemofília je predovšetkým chorobou mužov. U žien sa vyskytuje len zriedkavo. Žena môže mať hemofiliu, ak na

oboch chromozómoch X nesie recesívnu alelu, alebo v prípade prítomnosti recesívnej alely na jednom chromozóme X u ženy s Turnerovým syndrómom, pri ktorom druhý chromozóm X nie je v bunke prítomný. V prípade štvrtiny až tretiny postihnutých je rodinná anamnéza negatívna, vtedy ide o novo vzniknutú mutáciu alebo postihnutie, ktoré je prenášané generačne len ženami, bez klinických prejavov ochorenia u mužov. Hladina faktora vrátane pomeru koagulačnej aktivity k antigénu FVIII/FIX je priamym výrazom genetického postihnutia a u členov jednej rodiny bývajú rovnaké (Penka et al., 2011, s. 244).

Klinické prejavy oboch typov ochorení priamo zodpovedajú koagulačnej aktivite faktorov v plazme a nemajú vzťah k antigénu. Väčšinou v priebehu druhého roku života sa u ťažkej hemofilie objaví krvácanie do kĺbov. V dôsledku tohto dochádza k deformitám kĺbov, k poruchám hybnosti a čiastočnej až úplnej imobilite chorých. U ťažkých hemofilikov sa často objavujú aj hematurie a krvácania do mozgu. Každý, i drobný úraz hlavy je potrebné považovať za potenciálne krvácanie a ani negatívne nálezy po úraze ich nevylučujú. Vždy sa musí postupovať tak, akoby krvácanie nastalo. Ostatné lokalizácie krvácania bývajú menej časté, ale nie menej nebezpečné napr. krvácanie do tráviaceho systému (Penka, Buliková, 2009, s. 146; Válek, 2005, s. 313). Stredne ťažký hemofilik zväčša nemáva spontánne krvácanie, ale tiež sa môžu objaviť krvácania do svalov alebo kĺbov (podľa hladiny faktoru) po drobných úrazoch. U ľahkých hemofilikov sa krvácanie prejaví pri poranení alebo chirurgickom, najčastejšie stomatologickom zákroku. Zriedkavo sa vyskytuje krvácanie z nosa a kožné petéchie (typické pre poruchy primárnej hemostázy). Krvácaním môžu byť ohrozené aj ženy - prenášačky, ak majú hladinu faktorov menšiu než 30 až 40 % (Penka et al., 2011, s. 245).

K najdôležitejším *diagnostickým testom* v rámci laboratórnych koagulačných vyšetrení patrí aktívovaný parciálny tromboplastínový čas (APTT), ktorý sa predlžuje pri poklese FVIII a FIX pod 30 %. Stanovením koagulačnej aktivity FVIII a FIX sa potvrdí diagnóza (Penka et al., 2014, s. 119). K identifikácií kauzálnej mutácie je nevyhnutné vykonať molekulárne biologické vyšetrenie u všetkých ťažkých hemofilikov. Pri každom novom diagnostikovanom pacientovi s hemofiliou je potrebné vyšetriť 2 krát hladinu koagulačnej aktivity FVIII/FIX a vylúčiť inhibítor FVIII/FIX. Tiež je potrebné vykonať

genetické vyšetrenie s cieľom zamerať sa na prenášačky hemofilie vo fertílnom veku v rodine (Penka et al., 2011, s. 245).

Liečba hemofilie je substitučná, krvnými derivátmi. Pri hemofílií A sa podáva koncentrát FVIII a pri hemofílií B koncentrát IX. Ak koncentrát IX nie je dostupný, môže sa podať koncentrát protrombínového komplexu. Pri hemofílií A sa v minulosti na liečbu využíval kryoprecipitát a pri hemofílií B sa používala čerstvá zmrazená plazma. V súčasnosti sa využívajú plazmatické koncentráty FVIII/FIX, vysoko čistené a ošetrované proti vírusom. Za optimálne sa považujú dvojito protivírusovo ošetrované koncentráty. Na vylúčenie rizika infekcie boli vyvinuté rekombinantné koncentráty FVIII/FIX, ktoré by mali byť vyhradené pre novo narodených, neliečených a krvnou cestou neinfikovaných hemofílikov. Od závažnosti hemofilie, krvácania a zákroku, ktorý je plánovaný, závisí dávka podaných koncentrátov. Podľa spôsobov substitúcie koagulačného faktora sa rozlišuje liečba *on demand* a *profylaktická* liečba. Liečba *on demand* je aplikácia FVIII/FIX podľa potreby až pri krvácaní (Penka et al., 2014, s. 119). Výhodou liečby *on demand* sú menšie náklady na liečbu a menej aplikovaných injekcií a nevýhodou je zvýšené riziko spontánnych krvácaní a zvýšené riziko poškodenia kĺbov (Hemophilia Federation of America, 2017). *Profylaktická* liečba je primárna, čo znamená, že sa pravidelne aplikuje koncentrát faktora do 2 rokov veku dieťaťa alebo najneskôr po prvom krvácaní do kĺbov. Ak sa aplikuje koncentrát faktora neskôr ako po prvom krvácaní, je to sekundárna profylaxia. Profylaxia môže byť používaná aj krátkodobo po závažných krvácaniach alebo operačných výkonoch. Tento druh liečby sa využíva pri ťažkých formách hemofilie, aby sa zabránilo poškodeniu kĺbov. Taktiež sa predchádza aj život ohrozujúcim krvácaniam. Cieľom profylaxie je udržať hladinu FVIII/FIX > 2 %. Výhodou profylaktickej liečby je, že znižuje riziko spontánneho krvácania, umožňuje sa zúčastňovať na športových aktivitách a znižuje riziko poškodenia kĺbov. Nevýhodami tejto liečby sú časté injekcie a vysoké finančné náklady (Hemophilia Federation of America, 2017).

Pri ľahšej forme hemofilie A sa môže pri liečbe použiť aj analóg antidiuretického hormónu – DDAVP. Pomocou tohto hormónu sa uvoľňuje endogénny FVIII, čo môže stačiť pri ľahších krvácaniach alebo zubných extrakciách. Antifibrinolytiká (napr. Exacyl, Pamba) sa využívajú ako podporná

liečba pri krvácaniach najmä z dutiny ústnej alebo pri zubných extrakciách. Hlavnou komplikáciou liečby je vývoj takzvaných inhibítorov faktorov zraňanlivosti, ktoré sa produkujú, pretože telo reaguje na koncentráty faktorov používaných na liečbu pacientov ako na cudzie látky (Stöppler, 2016). Ďalšou komplikáciou pri liečbe býva infekcia. Aj napriek rôznym úpravám plazmatických koncentrátov koagulačných faktorov, sa zníženie rizika infekcie nedá na 100 % vylúčiť (Penka et al., 2011, s. 248).

CIEĽ

Cieľom štúdie bolo zistiť:

- ako účastníci hodnotia obmedzenie vo fyzickej oblasti vplyvom prejavov ochorenia,
- aké emócie účastníkom ochorenie spôsobuje,
- aký je vplyv ochorenia na životný štýl, výber voľnočasových aktivít, výber školy a zamestnania,
- ktoré faktory vnímajú v súvislosti s kvalitou života pozitívne.

METODIKA

Metódou štúdie bol pološtruktúrovaný rozhovor tvorený 4 okruhmi otázok zameranými na fyzickú, psychickú, sociálnu a pracovnú dimenziu kvality života. Rozhovory boli vedené vo februári 2018 v domácom prostredí pacientov, trvali v rozpätí 90-120 minút. Odpovede pacientov boli zaznamenávané písomne a následne analyzované. Rozhovor sme pre objektivizáciu údajov doplnili numerickou analógovou škálou bolesti, u dospelých pacientov Barthelovej testom a testom inštrumentálnych denných aktivít.

VZORKA

Vzorku tvorili štyria pacienti, ktorý mali diagnostikovanú hemofíliu typu A – ťažký stupeň. Výber bol zúžený na pacientov s hemofíliou v Trenčianskom kraji. Kritériami výberu boli ochorenie, vek, ochota spolupracovať, stav bez kognitívneho deficitu. Pacienti sú označení pseudonymom z dôvodu zachovania anonymity:

- Lukáš, 14 r. – žiak základnej školy, diagnostika hneď po narodení, pozitívna rodinná anamnéza, profylaktická liečba *Imunate Baxter* obdeň,
- Tomáš, 24 r. – IT technik, prvá diagnóza hemofilie v rodine, diagnostika v 2 rokoch na základe krvácajúcich prejavov, liečba *Fanhdí 1500 I.U* 3 x do týždňa

- Jozef, 40 r. – administratívny pracovník, diagnostika hneď po narodení, pozitívna rodinná anamnéza, liečba *Immunate* podľa potreby, resp. po úraze,
- Pavol, 60 r. – dôchodca, predtým farmaceut, diagnostika hneď po narodení, pozitívna rodinná anamnéza, profylaktická liečba *Imunnate* 3 x do týždňa.

VÝSLEDKY

Výsledky interview sú zhrnuté tabuľke 1. U všetkých participantov sa napriek liečbe objavujú spontánne krvácavé prejavy do kože a kĺbov. 14 ročný Lukáš udáva: „Po menších úrazoch, buchnutiach mi ostávajú na tele modriny. Približne 2-3 krát za pol roka mám aj spontánne krvácania do kĺbov.

Bolesť nepociťujem.“ So zvyšujúcim sa vekom u participantov pribudli prejavy artropatie a prítomnosť chronickej bolesti zvyšujúcej sa po námahe. 24 ročný Tomáš udáva: „Po namáhavejších aktivitách ma bolí koleno, lakeť alebo zápästie. Bolesť je v intenzite 3-5 na škále od 0-10. Bolesť mi vie zmierniť zchladenie a odľahčenie.“ Prítomnosť bolesti priznáva aj 40 ročný Jozef: „Následkom hemofilickej artropatie mám bolesť v kolenných, členkových a lakťových kĺboch. Intenzita bolesti je kedy ako. Bolesť mi vedí zmierniť analgetiká (Paracetamol), antireumatiká (Aulin), studené obklady.“ 60 ročný Pavol udáva: „Hemofilická artropatia mi spôsobuje bolesť v členkoch a v pravom lakti. Bolesť mi vzniká po miernej záťaži a na stupnici od 0-10 je to bolesť mierna, 2. Bolesť mi vie zmierniť biolampa.“

Tabuľka 1 Výsledky interview

	Lukáš 14r.	Tomáš 24r.	Jozef 40r.	Pavol 60r.
Klinické prejavy hemofilie	Modriny po úraze. Spontánne krvácanie do kĺbov 2-3 krát za pol roka.	Modriny po úraze. Spontánne krvácanie do kĺbov a z nosa 2-3 krát za pol roka.	Modriny po úraze. Spontánne krvácanie do kĺbov 3-4 krát do mesiaca. Artropatia.	V minulosti spontánne krvácanie do kĺbov a do CNS. Teraz už 10 rokov bez prejavov krvácania. Artropatia.
Bolesť	Nepociťuje.	Bolesti kolena, lakťa a zápästia, intenzita na škále VAS (10) 3-5, po námahe.	Chronická bolesť kolenných, členkových a lakťových kĺbov, intenzita na škále VAS (10) 4-5.	Bolesť po záťaži v pravom lakti, intenzita na škále VAS (10) 2.
Sebaopatera	Úplná nezávislosť.	Úplná nezávislosť.	Úplná nezávislosť.	Úplná nezávislosť v bežných denných aktivitách. Čiastočná závislosť v inštrumentálnych denných aktivitách - nakupovanie a domáce práce.
Športové a voľnočasové aktivity	Šport – lyžovanie, parkour, hra na hudobnom nástroji, tanec vo folklórnom súbore.	Bicykel, posilňovanie.	Nešportuje. Prechádzky, PC, návštevy divadla.	Cvičí na stepperi. Preferuje prechádzky.
Emócie	Občas hnev a smútok.	Strach z dedičnosti. Pociťuje handicap.	Strach z dedičnosti a zo založenia rodiny. Pociťuje handicap.	Vyrovnanosť, akceptovanie, zmierenie.
Informovanosť	Dostatok informácií.	Dostatok informácií	Dostatok informácií	Dostatok informácií
Obmedzenie vo výbere školy a zamestnania	Čiastočne. Absenciu v škole neudáva. Výber povolania zatiaľ nepriprispôbil ochoreniu.	Udáva, že v škole kvôli ochoreniu občas vymeškal. Výber povolania prispôbil ochoreniu.	Udáva, že v škole kvôli ochoreniu často vymeškal. Výber povolania prispôbil ochoreniu. Obmedzenia v práci pociťoval.	Udáva, že v škole kvôli ochoreniu často vymeškal. Výber povolania musel prispôbiť ochoreniu.
Aktivita v klube hemofilikov	Účasť v tábore pre deti s hemofiiliou 1 x ročne.	Účasť na stretnutiach pacientov s hemofiiliou 1-2 x ročne.	Účasť na stretnutiach pacientov s hemofiiliou 1-2 x ročne.	Účasť na stretnutiach pacientov s hemofiiliou 1 – 2 x ročne.

Krvácavé prejavy a bolesť vyplývajúca z poškodenia kĺbov majú u starších pacientov vplyv na úroveň sebaopatery, ktorá sa pre nich stáva hlavným ukazovateľom kvality života. Plány do budúcnosti sa vekom znižujú na úroveň „zostať sebestačný“.

Vplyv ochorenia na životný štýl priznávajú všetci účastníci. Mladší účastníci športujú, najmladší bez obmedzenia, hoci vie, že ohrozuje svoje kĺby. Lukáš priznáva: „hemofília ma len trochu obmedzuje, pretože by som nemal robiť také športy, ktoré mám rád, ako napríklad lyžovanie, futbal, hokej, parkour“ V súkromí sa vyjadril, že športy vykonáva napriek tomu, že nie sú odporúčané. Starší účastníci, počnúc 24 ročným Tomášom priznávajú, že hemofília ovplyvňuje ich životný štýl najmä v súvislosti s výberom voľno-časových a športových aktivít. Tomáš hovorí: „rád by som si veľa krát zahral hokej, futbal, basketbal či iné športy napr. bojové. Avšak tieto športy vôbec nepripadajú do úvahy, kvôli zaťaženiu kĺbov.“ Jozef (40 r.) sa úplne vzdal športových aktivít: „Preferujem pozeranie televízie, prácu na PC, prechádzky, návštevu divadla.“ Pavol sa vyjadril spôsobom: „Dá sa povedať, že je to obmedzujúce, pretože si musím vybrať, čo môžem robiť. Ale pre mňa osobne to nie je obmedzenie, keďže už som zvyknutý a už mi nevedí, že nemôžem robiť niektoré aktivity.“

K prijatiu obmedzení je nevyhnutné vytvoriť si pozitívny postoj. Je tu evidentný vplyv veku, sociálnej zrelosti a podporné pôsobenie okolia. Najvýraznejším faktorom zlepšujúcim kvalitu života je zavedenie profylaktickej liečby. Jej pozitívny dopad ocenili všetci účastníci, napriek potrebe injekčnej aplikácie a s tým spojených obmedzení. Emócie, ktoré účastníci v súvislosti s ochorením verbalizovali, boli nasledovné:

Lukáš (14 r.): „Mávam občas hnev aj otázku, prečo práve ja mám to ochorenie? – ale snažím sa žiť život ako každý zdravý človek. Ľudia ma berú ako normálneho chlapca, ani nevedia, ak im to nepoviem, že mám nejaké ochorenie“

Tomáš (24 r.): „Spočiatku, hlavne na základnej škole som to znášal horšie, nemohol som cvičiť, bol som odstrkovaný od akýchkoľvek aktivít. Avšak čím som bol starší, znášal som to lepšie a teraz na to nemyslím. Žijem plnohodnotný život a snažím sa robiť veci tak, aby mi nerobili problém. Toto ochorenie momentálne vo mne vyvoláva strach, pretože plánujem a chcem mať deti, ale bojím sa dedičnosti.“

Jozef (40 r.): „V mladosti som mával hnev aj smútok, že mám toto ochorenie, ale vekom som si na ochorenie zvykol. Naučil som sa s ním žiť a beriem to tak, ako to je. Hemofília vo mne vyvoláva strach čo sa týka dedičnosti, preto nemám deti a ani ich neplánujem mať.“

Pavol (60 r.): „V mladšom veku som možno aj mával hnev, že prečo práve ja mám toto ochorenie. Chcel som byť lekárom, ale neodporučili mi to. Nakoniec som sa rozhodol pre farmaceuta a teraz som rád, že som si to vybral. Veľa som vymeškával zo školy, ale na vysokej som si to už nemohol dovoliť. Mal som veľmi zhovievavých spolužiakov, ktorí na laboratórnych cvičeniach stáli a robili pokusy a ja som mohol sedieť a vypracovávať protokoly. Tiež na hematologickej ambulancii mi vyšli v ústrety a boli ochotní mi podávať vo večerných hodinách faktor, aby som mohol na ísť ďalší deň do školy a nemusel ležať v nemocnici. Veľa sa zlepšilo, keď som začal brať profylaxiu. Dnes už sa snažím žiť plnohodnotný život“.

V rozhovoroch sa tiež prejavil dopad ochorenia na výber profesie a výkon povolania. Pacienti nemôžu vykonávať fyzicky ťažkú prácu. Pocitili to 24 ročný Tomáš, aj 40 ročný Jozef. „Samozrejme, myslel som pri výbere povolania aj na ochorenie, skúšal som robiť aj skladníka, aj predavača, kamionistu a nakoniec som skončil pri tom, čo som vyštudoval a robím IT technika“, hovorí Tomáš. Tomáš pracoval v minulosti ako vodič kamiónu a skladník, ale aj pri výkone týchto zamestnaní pociťoval veľkú fyzickú záťaž a prácu nezvládal. Jozef potvrdil racionálny postoj k výberu povolania: „Áno, musel som si vybrať také povolanie, v ktorom nesmie byť veľká fyzická záťaž a je možnosť rovnomerne sa pohybovať, ale aj možnosť sedieť.“ Jozef pracoval ako elektrikár, čo bolo taktiež nevyhovujúce. Ako vhodné sa javia fyzicky nenáročnejšie zamestnania. Ochorenie ovplyvnilo výber strednej školy i zamestnania a účastníci to museli akceptovať, hoci istým spôsobom nútený výber povolania vnímajú ako neaplnené sny a handicap.

Všetci účastníci sú členmi Slovenského hemofilického združenia. Zúčastňujú sa na stretnutiach 1-2 krát ročne. Existenciu združenia vnímajú pozitívne, je to pre nich šanca na výmenu skúseností a informácií. Je tu evidentná potreba stretávania sa s ľuďmi s rovnakou diagnózou. 14 ročný Lukáš absolvuje raz do roka letné tábory pre hemofilikov. Starší účastníci udržiavali kontakty s inými pa-



Obrázok 1 Vplyv hemofilie na kvalitu života

cientmi prostredníctvom stretnutí v Slovenskom hemofilickom združení na rôznych stretnutiach a prednáškach. 60 ročný Pavol absolvuje každý rok rekondičné pobyty. Všetci participanti deklarovali spokojnosť s informovanosťou a so zdravotnou starostlivosťou súvisiacou s ich ochorením.

Vplyv hemofilie vo vybraných dimenziách kvality života na základe výpovedí participantov ilustruje obrázok 1.

DISKUSIA

Kvalita života pacientov s hemofiliou je najviac ovplyvnená spontánnym krvácaním, najčastejšie do kĺbov. Ferreira so spol. (2013) potvrdil, že kvalita života pacientov je najviac ovplyvnená prítomnosťou artropatie. Poukázal však aj na zvýšené riziko chorôb prenášaných krvou. Taha et al. (2014) zdôraznil krvácanie do kĺbov ako faktor najviac zhoršujúci kvalitu života už u malých detí. Čím je krvácanie do kĺbov častejšie, tým je kvalita života horšia. Artropatia má priamu súvislosť s obmedzením pohybu a s tým spojeného deficitu sebaopatery. Kvalita života sa oproti minulosti výrazne zlepšila vďaka podávaniu profylaktickej liečby, na ktorú sa kladie veľký dôraz nezávisle od veku pacienta, podáva sa nielen u detí, ale aj u starších pacientov. Artropatiu vo vyššom veku sa u týchto pacientov nepodarí zvrátiť, ale redukuje sa ďalšie poškodenie kĺbov a spontánne krvácanie. Profylaktická liečba umožňuje žiť pacientom plnohodnotný život. Kým bola takáto liečba dostupná, asi tretina detských ťažkých hemofilikov vymeškala približne 25 % školskej dochádzky (Jones, 2007, s. 173). Naj-

väčším rizikom v liečbe hemofilie s priamym dopadom na kvalitu života pacienta a jeho rodiny je objavenie sa inhibítora. Keďže inhibítora obvykle vzniká po prvých 20 expozičných dňoch, táto situácia sa vyskytuje najmä u veľmi mladých hemofilikov. Vývoj inhibítora významne znižuje telesnú aktivitu nezávisle od veku. Objavenie sa inhibítora u hemofilikov bolo v klinických štúdiách zameraných na hodnotenie kvality života spojené so znížením PCS (Physical Component Summary score) v dotazníku SF-36 o 13,1 bodu ($p < 0,01$) a MCS (Mental Component Summary score) o 10,0 ($p < 0,05$) oproti hemofilikom bez inhibítora. Hemofilici na profylaktickej liečbe FVIII mali o 10 bodov vyššie MCS než hemofilici na on-demand liečbe. On-demand liečba rovnako ako početnosť krvácania negatívne korelovali s PCS (Physical Component Summary score). Podobne bolo PCS významne spojené s počtom vynechaných dní v škole a v práci. Mladší vek, nižšie PCS, viac krvácaní a operácie mali za následok nižšiu telesnú aktivitu a vyššiu práceneschopnosť. Liečbou voľby pre pacientov s hemofiliou A a inhibítrom je imunotolerančná liečba (immune tolerance induction – ITI), ktorá môže eliminovať inhibítora FVIII, čo umožní podávať pacientovi s hemofiliou jeho pravidelnú substitučnú liečbu FVIII (Staško et al., 2017, s. 102). Napriek existencii profylaktickej liečby, závažnosť ochorenia nemožno podceňovať. Je nevyhnutné upraviť životný štýl takým spôsobom, aby zbytočne nedochádzalo k rizikám spontánneho krvácania a zbytočným komplikáciám, ktoré majú negatívny dopad na kvalitu života.

Kvalita života je fenomén, ktorý je indikátorom správnej liečby. Jednotlivé aspekty kvality života je preto potrebné systematicky sledovať a na základe zistených faktov navrhovať a následne realizovať opatrenia optimalizujúce zdravotný stav pacienta, jeho spokojnosť so zdravím a v konečnom dôsledku jeho kvalitu života (Matišáková, Švédová, 2016).

ZÁVER

Priemerná dĺžka života hemofilikov začiatkom 20. storočia dosahovala menej ako dvadsať rokov. V súčasnosti je hemofília dobre liečiteľná a jedinci majú šancu sa dožiť veku bežnej populácie, dokonca prežiť plnohodnotný život pri správnej liečbe a životospráve.

Kvalitu života pacientov s hemofiliou porovnateľnú so zdravou populáciou pomáha udržiavať: podávanie profylaktickej liečby, ideálne v domácom prostredí nezávisle na veku pacienta; edukácia o podstate, prejavoch a liečbe ochorenia, o rizikových aktivitách zvyšujúcich možnosť krvácaných prejavov, o úprave životného štýlu; psychologická podpora zo strany rodiny, priateľov a zdravotníckeho personálu; podporná činnosť združenia hemofilikov – organizácia letných táborov pre deti s hemofiliou, rekondičných pobytov, stretnutí, seminárov, prednášok a poskytovanie poradenstva; dobré sociálne zázemie; výber vhodných foriem fyzickej aktivity; výber vhodného, fyzicky nenáročného zamestnania; správny postoj pacientov a okolia k ochoreniu, vnímať ho nie ako handicap, ale ako životný štýl.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÁTOROVÁ A. Zatiaľ nevyliciteľnú chorobu možno vďaka profylaktickej liečbe s úspechom zvládať. *Bedeker zdravia*. 2017; 13 (1): 61-63.

FERREIRA A. et al. Health-related quality of life in hemophilia: results of the Hemophilia-Specific Quality of Life Index (Haem-a-QoL) at a Brazilian blood center. *Rev Bras Hematol Hemoter*. [online]. 2013; 35 (5): [cit. 05.11. 2017]. Dostupné na internete: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4842013000500314&script=sci_arttext&tlng=pt

HEMOPHILIA FEDERATION OF AMERICA. 2017. *Treatment*. [online]. 2017; [cit. 05.11. 2017]. Dostupné na internete: <http://www.hemophiliafed.org/understanding-bleeding-disorders/what-is-hemophilia/hemophilia-b/treatment/>.

JONES P. *Život s hemofilií*. 1.vyd. Praha: Český svaz hemofiliků, 2007. 224s. ISBN 978-80-239-9850-4.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícke štatistiky*. [online]. 2016; [cit. 2017.11.13]. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Search/results.aspx?k=hemofilia&start1=1>

MATIŠÁKOVÁ I., ŠVÉDOVÁ I. Vliv onemocnění chronické obstrukční plicní nemocina kvalitu života. *Zdravotnícke listy*. 2016; 4 (3-4): 105-111.

PENKA M., BULIKOVÁ A. et al. *Neonkologická hematologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2009. 240 pp. ISBN 978-80-247-2299-3.

PENKA M., PENKA I., GUMULEC J. et al. *Krvácení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. 336s. ISBN 978-80-247-0689-4.

PENKA M., TESAŘOVÁ E. et al. *Hematologie a transfuzní lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 424 pp. ISBN 978-80-247-3459-0.

SMEJKAL P. Hemofilie. *Interní medicína pro praxi*. 2012; 14 (11): 432-436.

STAŠKO J. Hemofília A a riziko vzniku inhibítora – čo zmenila štúdia SIPPET? *Vaskulárna medicína*. 2017; 9 (3-4): 102-106.

STÖPPLER M.C. Hemophilia. *MedicineNet.com*. [online]. 2016; [cit. 2017.11.10]. Dostupné na internete: https://www.medicinenet.com/hemophilia/article.htm#what_causes_hemophilia.

TAHA M.Y. et al. Health-related quality of life in children and adolescents with hemophilia in Basra, Southern Iraq. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2014; 36 (3): 179-184.

VÁLEKOVÁ L. Poruchy zrážania krvi. *Via practica*. 2005; 2 (7-8): 311-315.

PREVENCIA PÁDOV HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV Z POHLADU SESTRY AN INPATIENT FALLS PREVENTION FROM THE PERSPECTIVE OF NURSE

VLKOVÁ Lucia, GERLICHOVÁ Katarína

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

ABSTRAKT

Východiská: Pády predstavujú v ošetrovatelstve fenomén, s ktorým sa sestra v praxi často stretáva. Hlavnou myšlienkou práce bolo zistiť, aké preventívne opatrenia využívajú sestry na Slovensku a v Anglicku na zabránenie vzniku pádu na jednotlivých klinických pracoviskách.

Ciele: Cieľom práce bolo zistiť, nakoľko sestry na Slovensku a v Anglicku poznajú a využívajú preventívne opatrenia na zabránenie vzniku pádu.

Vzorka: Prieskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov, 50 respondentov pracujúcich na fyziatricko-rehabilitačnom oddelení, neurologickom, geriatrickom a oddelení dlhodobých chorých vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne a 50 respondentov pracujúcich na fyziatricko-rehabilitačnom, geriatrickom, chirurgickom a ortopedickom oddelení v Hereford County Hospital. Prieskumný súbor zo Slovenska tvorilo 48 žien a 2 muži. Priemerný vek respondentov bol 40,42 roka. Prieskumný súbor z Anglicka tvorilo 43 žien a 7 mužov. Priemerný vek respondentov bol 36,52 roka.

Metódy: K prieskumnému šetreniu bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 20 položiek. Na konci dotazníka sme uviedli demografické položky: pohlavie, vek, dĺžka praxe v zdravotníctve, klinické pracovisko, dosiahnuté vzdelanie.

Výsledky: Z výsledkov analýzy vyplynulo, že 32 % sestier zo Slovenska a 62 % sestier z Anglicka využíva k identifikácii rizikového pacienta hodnotiace škály. Sestry majú porovnateľne správne poznatky o rizikových faktoroch. 54 % sestier zo Slovenska a 72 % sestier z Anglicka uviedlo, že vnútorné rizikové faktory najviac ovplyvňujú vznik pádov. Ďalej sme zistili, že 42 % sestier zo Slovenska a 54 % sestier z Anglicka edukuje každého pacienta o faktoroch, ktoré zvyšujú možnosť pádu pri prijímaní na ošetrovaciu jednotku. Vo veľkej miere dochádza k pádu pacienta, preto je nevyhnutné prehodnocovanie jeho zdravotného stavu, zaistenie účinnej starostlivosti a eliminácia rizika pádu.

Záver: Je dôležité, aby sestry identifikovali rizikového pacienta použitím vhodných hodnotiacich škál, dodržiavali správne preventívne postupy a zaistili bezpečné prostredie pre pacienta.

Kľúčové slová: Pády. Rizikové faktory. Prevencia. Sestry. Príčiny pádov.

ABSTRACT

Background: One of the challenges nurses face is the risk of patients falling. The main theme of this thesis is to find out the preventative actions nurses use in Slovakia and in Great Britain to avoid falls in various clinical workplaces.

Aims: The main aim of this bachelor thesis is to evaluate whether nurses in Slovak Republic and Great Britain are familiar with and use preventative actions to avoid falls.

Research sample: This research sample was composed by 100 respondents. 50 of them were from the Department of Physiotherapy, Neurology, Geriatrics and Long Term Care in Faculty

Hospital in Trenčín. Remaining 50 respondents were from Department of Physiotherapy, Geriatrics, Surgery and Orthopedics in Hereford County Hospital. A group of respondents from Slovak Republic were composed of 48 women and 2 men. An average age of 40.42 was calculated for this group. A group of respondents from Great Britain was composed of 43 women and 7 men. An average age of this group was 36.52 years.

Methods: A questionnaire of my own design consisting of 20 questions was used for investigation. Demographic questions such as sex, age, experiences, workplace and education were presented at the end of the questionnaire.

Results: The results show 32 % nurses from Slovak Republic and 62 % nurses from Great Britain use rating scales for at risk patient identification. Knowledge of the risk factors involved is similar in both groups. 54 % nurses from Slovak Republic and 72 % nurses from Great Britain mentioned internal risk factors as the most common cause of falls. It was also detected that 42 % nurses from Slovak Republic and 54 % nurses from Great Britain educate each patient about the factors which increase their risk of falling, and this is carried out when the patient is received into the treatment unit. Re-evaluation of the patients condition is necessary for effective care, and minimizing the risk of falls.

Conclusion: At risk patient identification using a suitable rating scale, and following the correct procedures of prevention, along with providing a safe environment for patients are all key elements in the prevention of falls.

Key words: Falls. Risk factors. Prevention. Nurses. Causes of falls.

ÚVOD

V ošetrovateľskej starostlivosti je jednou z hlavných priorít bezpečnosť pacienta, o ktorej sa hovorilo už za čias Florence Nightingelovej (Vanková, Zimová, 2013, s. 36). Problematika bezpečia klienta je vyzdvihovaná v súvislosti s prevenciou pádov. Je veľmi dôležité, aby sestry dodržiavali bezpečnostné opatrenia, ktoré sú súčasťou prevencie, a tak výrazne prispievali k zníženiu výskytu pádov v zdravotníckych zariadeniach (Vanková, Zimová, 2013, s. 35). Zdravotnícke zariadenia venujú zvýšenú pozornosť prostrediu, v ktorom poskytujú zdravotnú starostlivosť. V organizáciách, ktoré si uvedomili pozitívny vplyv zdravej organizačnej kultúry na zlepšenie zdravotnej starostlivosti, sa termín „kultúra bezpečia“ stal moderným pojmom. Problematika pádov je jeden zo základných záuj-

mov, ktoré organizácie pri pokusoch o zlepšenie vnútornej kultúry musia vziať do úvahy (Joint Commission Resources, 2007, s. 9).

Pády sú najvýznamnejšou a súčasne najrizikovejšou mimoriadnou udalosťou v nemocniciach. V mnohých prípadoch vedú k predĺženiu celkovej doby hospitalizácie a významne zhoršujú kvalitu života (Joint Commission Resources, 2007, s. 9; Vybíhalová, 2011, s. 44). Pády predstavujú v ošetrovatelstve fenomén, s ktorým sa sestra v praxi často stretáva (Šenkárová, 2012, s. 36). Pády sú závažným a pomerne častým zdravotníckym problémom (Krajčík, 2008, s. 131).

CIELE

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť, či sestry poznajú a využívajú preventívne opatrenia na zabránenie vzniku pádu.

Čiastkové ciele:

- zistiť informovanosť sestier o rizikových faktoroch vzniku pádov u pacientov,
- zistiť, či sestry hodnotia riziko pádu pri príjme pacienta,
- zistiť, či sestry využívajú hodnotiace škály na posúdenie rizika pádu,
- zistiť, či sestry edukujú pacientov o rizikových faktoroch vzniku pádu a preventívnych opatreniach,
- zistiť, či je klinické pracovisko sestier primerane upravené z hľadiska prevencie pádu,
- zistiť výskyt pádov u pacientov v zdravotníckom zariadení,
- zistiť, či a ako sestry hlásia a dokumentujú mimoriadnu udalosť – pád,
- zistené údaje spracovať metódou komparatívnej analýzy s cieľom porovnať skúmané údaje od sestier na Slovensku a v Anglicku.

SÚBOR A METODIKA PRIESKUMU

Prieskumný súbor tvorilo 50 sestier, ktoré pracovali na neurologickom, fyziatricko-rehabilitačnom, geriatricom oddelení, oddelení dlhodobo chorých, chirurgickom a ortopedickom oddelení vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne a 50 sestier, ktoré pracovali na fyziatricko-rehabilitačnom, geriatricom, chirurgickom a ortopedickom oddelení v Hereford County Hospital. Prieskum sme realizovali v mesiacoch január – február 2016.

Metódou prieskumu bol neštandardizovaný, anonymný a dobrovoľný dotazník. Distribúcia dotazníkov bola realizovaná osobne v tlačenej podobe.

Dotazník bol vytvorený v dvoch jazykových verziách – dotazník v slovenskej verzii a dotazník v anglickej verzii. Dôvodom realizácie prieskumu v Anglicku bolo zistiť rozdielny prístup k prevencii pádov u sestier na Slovensku a v Anglicku.

VÝSLEDKY

V nasledujúcich tabuľkách sú spracované údaje z jednotlivých položiek dotazníka, ktorý bol určený sestram pracujúcim na jednotlivých klinických pracoviskách.

V tabuľke 1 uvádzame zistenia, či respondenti považujú vstupné hodnotenie rizika vzniku pádu u pacienta za nevyhnutnú súčasť ošetrovateľskej starostlivosti. Z odpovedí vyplýva, že 30 (60 %) z FN Trenčín považuje toto hodnotenie za nevyhnutné, 15 (30 %) respondentov označilo možnosť skôr áno ako nie, 2 (4 %) respondenti skôr nie ako áno. Iba 1 (2 %) respondent nepovažuje vstupné hodnotenie rizika pádu za nevyhnutné. Možnosť neviem označili 2 (4 %) respondenti. Z Hereford County Hospital 42 (84 %) respondentov uviedlo, že vstupné hodnotenie rizika pádu u pacientov považujú za nevyhnutné, a 8 (16 %) respondentov uviedlo odpoveď „skôr áno ako nie“.

Tabuľka 1 Nevyhnutnosť vstupného hodnotenia rizika pádu

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hospital	
	n	%	n	%
Áno	30	60,00	42	84,00
Skôr áno ako nie	15	30,00	8	16,00
Neviem	2	4,00	0	0,00
Skôr nie ako áno	2	4,00	0	0,00
Nie	1	2,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

V tabuľke 2 uvádzame zistenia, či respondenti hodnotia riziko vzniku pádu pri príjme pacienta do zdravotníckeho zariadenia. Respondentov z FN Trenčín, ktorí vždy hodnotia riziko vzniku pádu ako súčasť vstupnej anamnézy, bolo 19 (38 %). Mieru rizika pádu iba niekedy hodnotí 23 (46 %) respondentov a 8 (16 %) respondentov uviedlo, že na ich pracovisku sa hodnotenie rizika vzniku pádu nepoužíva. Respondentov z Hereford County Hospital, ktorí vždy hodnotia riziko vzniku pádu ako súčasť vstupnej anamnézy, bolo 37 (74 %). Mieru rizika pádu iba niekedy hodnotí 13 (26 %) respondentov.

Tabuľka 2 Hodnotenie rizika pádu u pacienta

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hospital	
	n	%	n	%
Áno vždy	19	38,00	37	74,00
Niekedy	23	46,00	13	26,00
Nie, na našom pracovisku sa to nepoužíva	8	16,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

Žiaden respondent neuviedol, že na ich pracovisku sa hodnotenie rizika vzniku pádu nepoužíva.

V tabuľke 3 uvádzame hodnotiace škály na posúdenie rizika vzniku pádu u pacienta, ktoré sú v najväčšej miere využiteľné v praxi. Až 34 (68 %) respondentov z FN Trenčín sa vyjadrilo, že nevyužívajú v praxi hodnotiace škály na posúdenie rizika vzniku pádu u pacienta, 3 (6 %) respondenti uviedli využívanie screeningového testu mobility, 13 (26 %) respondentov uviedlo možnosť iné, resp. vlastnú odpoveď – všetci 13 respondenti uviedli Barthelovej test. 19 (38 %) respondentov z Hereford County Hospital sa vyjadrilo, že nevyužívajú v praxi hodnotiace škály na posúdenie rizika vzniku pádu u pacienta, 7 (14 %) respondentov uviedlo využívanie Stupnice pádu Morse, 4 (8 %) respondenti uviedli využívanie screeningového testu mobility, 3 (6 %) respondenti uviedli využívanie Get-up and Go Test. 17 (34 %) respondentov uviedlo možnosť iné, z toho 7 respondentov uviedlo, že využívajú Fall Risk Assessment (STRATIFY) a 10 respondentov využíva Barthelovej test. Žiaden respondent nevyužil možnosť viacerých odpovedí.

Tabuľka 3 Využitie hodnotiacich škál

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hosp.	
	n	%	n	%
Stupnica pádu Morse	0	0,00	7	14,00
Bergov test	0	0,00	0	0,00
Tinnetiovej test	0	0,00	0	0,00
Screeningový test mobility	3	6,00	4	8,00
Gaitov funkčný test	0	0,00	0	0,00
Test Nerozprávaj keď chodíš"	0	0,00	0	0,00
Get-up and Go Test	0	0,00	3	6,00
Iné	13	26,00	17	34,00
Nevyužívam hodnotiace škály	34	68,00	19	38,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

Tabuľka 4 Rizikové faktory

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hospital	
	n	%	n	%
Vonkajšie faktory	14	28,00	11	22,00
Vnútorne faktory	27	54,00	36	72,00
Neviem posúdiť	9	18,00	3	6,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

Ďalej sme zisťovali, ktoré z uvedených faktorov najviac ovplyvňujú vznik pádov. Výsledky uvádzame v tabuľke 4. Z celkového počtu respondentov z FN Trenčín uviedlo 14 (28 %) respondentov vonkajšie faktory, 27 (54 %) respondentov uviedlo vnútorné faktory a 9 (18 %) respondentov nevedelo túto položku posúdiť. Z celkového počtu respondentov z Hereford County Hospital uviedlo 11 (22 %) respondentov vonkajšie faktory a 36 (72 %) respondentov uviedlo vnútorné faktory. Túto položku nevedeli posúdiť 3 (6 %) respondenti. Správnu odpoveď sme v tabuľke vyznačili farebne.

V tabuľke 5 uvádzame odpovede respondentov na otázku, či edukujú pacienta o rizikových faktoroch pádu pri príjme na pracovisko. Respondentov z FN Trenčín, ktorí edukujú každého pacienta o rizikách pádu, bolo 21 (42 %) a 24 (48 %) respondentov uviedlo, že edukujú iba niektorých pacientov. Z analýzy odpovedí vyplýva aj zistenie, že 5 (10 %) respondentov needukuje pacientov o rizikách faktoroch pádu. Z celkového počtu respondentov z Hereford County Hospital 27 (54 %) uviedlo, že edukujú každého pacienta o rizikách pádu a 23 (46 %) respondentov edukuje iba niektorého pacienta.

V tabuľke 6 uvádzame zistenia, či je pracovisko respondentov dostatočne upravené z hľadiska prevencie možného pádu. Z opýtaných respondentov z FN Trenčín 10 (20 %) respondentov uviedlo možnosť áno, 26 (52 %) respondentov označilo možnosť skôr áno, 9 (18 %) respondentov uviedlo skôr nie a 4 (8 %) respondenti uviedli, že ich pracovisko nie je dostatočne upravené z hľadiska prevencie

Tabuľka 5 Edukácia pacienta o rizikových faktoroch

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hosp.	
	n	%	n	%
Áno - každého	21	42,00	27	54,00
Áno - iba niektorého	24	48,00	23	46,00
Nie	5	10,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

Tabuľka 6 Úprava pracoviska

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hosp.	
	n	%	n	%
Áno	10	20,00	21	42,00
Skôr áno	26	52,00	24	48,00
Skôr nie	9	18,00	4	8,00
Nie	4	8,00	1	2,00
Neviem posúdiť	1	2,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

možného pádu. 1 (2 %) respondent uviedol, že nevie posúdiť túto položku v dotazníku. Z celkového počtu respondentov z Hereford County Hospital 21 (42 %) respondentov uviedlo, že ich pracovisko je dostatočne upravené z hľadiska prevencie možného pádu, 24 (48 %) respondentov uviedlo možnosť skôr áno, 4 (8 %) respondenti označili možnosť skôr nie. Iba 1 (2 %) respondent uviedol, že pracovisko nie je dostatočne upravené z hľadiska prevencie možného pádu. Ani jeden respondent neuviedol, že nevie posúdiť túto položku v dotazníku.

V tabuľke 7 je analyzovaný výskyt pádu na pracovisku. Z opýtaných 50 (100 %) respondentov z FN Trenčín všetci uviedli, že došlo k pádu na ich pracovisku.

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentov z Hereford County Hospital takisto všetci uviedli, že došlo k pádu na ich pracovisku.

Taktiež sme zisťovali, či sestry hlásia pád pacienta lekárovi. V tabuľke 8 sú odpovede respondentov analyzované. Z celkového počtu respondentov z FN Trenčín uviedlo 42 (84 %) respondentov, že vždy hlásia pád pacienta lekárovi, 8 (16 %) respondentov uviedlo, že hlásia pád pacienta lekárovi len v prípade, že dôjde k zraneniu pacienta. 47 (94 %) respondentov z Hereford County Hospital uviedlo, že pád pacienta hlásia lekárovi vždy, 3 (6 %) respondenti uviedli hlásenie pádu lekárovi len v prípade, že dôjde k zraneniu pacienta.

Tabuľka 8 Hlásenie pádu lekárovi

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hosp.	
	n	%	n	%
Áno vždy	42	84,00	47	94,00
Len v prípade, že dôjde k zraneniu pacienta	8	16,00	3	6,00
Neviem	0	0,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

Tabuľka 7 Výskyt pádu na pracovisku

Možnosť	FN Trenčín		Hereford County Hospital	
	n	%	n	%
Áno	50	100,00	50	100,00
Nie	0	0,00	0	0,00
Neviem	0	0,00	0	0,00
Spolu	50	100,00	50	100,00

DISKUSIA

Pobyt pacienta v zdravotníckom zariadení je paradoxne pobytom vo vysoko rizikovom prostredí. Zdravotné problémy, ktoré viedli k hospitalizácii, zhoršujú schopnosť sústredenia. Bez systematického sledovania pádov, analýzy ich príčin a konkrétnych zistení vychádzajúcich z preventívnych opatrení, zlyháva jedna zo základných povinností zdravotníckeho zariadenia – zaistiť bezpečné prostredie pre pacienta (Joint Commission Resources, 2007, s.7).

Prvým cieľom bolo zistiť informovanosť sestier o rizikových faktoroch v súvislosti s pádom pacienta, na Slovensku a v Anglicku. Vyhodnocovali sme, ktoré rizikové faktory najviac ovplyvňujú vznik pádov. Podľa WHO (WHO global report..., 2008, s. 47) dochádza k pádom v dôsledku zložitej interakcie rizikových faktorov. Agency for Healthcare Research and Quality rozdeľuje rizikové faktory na vnútorné a vonkajšie (Šenkárová, 2012, s. 36). Bartošovič, Krajčík (2001, s. 87 - 90) poukazujú, že až 63 % pádov je spôsobených vnútornými rizikovými faktormi (sú to najmä chronické ochorenia, poruchy zraku a sluchu, vedľajšie účinky liekov, zmena chôdze a rovnováhy). Významným vnútorným faktorom sú aj poruchy kognitívnych funkcií, najmä v starobe (Šišláková, Matisáková, 2017, s. 65). Podľa Balkovej a kol. (2005, s. 22) sa vnútorné faktory podieľajú až na 50-70 % všetkých pádov. Podobne Žak a kol. (2004, s. 19-22) uvádzajú vo svojej práci prevahu vnútorných rizikových faktorov nad vonkajšími. Až 27 (54 %) respondentov z FN Trenčín a 36 (72 %) respondentov z Hereford County Hospital uviedlo, že práve vnútorné faktory najviac ovplyvňujú vznik pádov.

Druhým cieľom bolo zistiť, či sestry na Slovensku a v Anglicku hodnotia riziko pádu pri prijímaní pacienta. Respondentov z FN Trenčín, ktorí vždy hodnotia pri prijímaní pacienta riziko pádu bolo 19 (38 %), iba niekedy hodnotí 23 (46 %) respondentov a 8

(16 %) respondentov vôbec nehodnotí riziko pádu. Výsledky nášho prieskumu sme porovnávali s prieskumom Štuňovej (2013). Z jej prieskumu vyplynulo, že respondentov, ktorí vždy hodnotia riziko pádu bolo 65 (50 %), riziko pádu iba niekedy hodnotí 58 (44 %) respondentov a 7 (5 %) respondentov nehodnotí toto riziko vôbec.

Tretím cieľom bolo zistiť, či sestry využívajú hodnotiace škály na posúdenie rizika vzniku pádu u pacienta. Počet pádov môže byť eliminovaný pomocou efektívne vypracovaných vstupných testov na zistenie rizika pádu pri príjme pacienta (Frantová, Beťková, 2010, s. 14). Podľa Šenkárovej (2012) môžu sestry využívať meracie nástroje, čím získajú objektívne informácie a istotu, akým spôsobom postupovať pri aktivácii pacienta. Posudzovanie pacienta pri príjme pomocou hodnotiacich škál vykonáva 16 (32 %) respondentov a hodnotiace škály nevyužíva až 34 (68 %) respondentov z FN Trenčín. Barthelovej test ako najčastejšie používanú hodnotiacu škálu uviedlo 13 (26 %) respondentov a screeningový test mobility využívajú 3 (6 %) respondenti. Z nášho prieskumu v Hereford County Hospital vyplýva, že až 31 (62 %) respondentov využíva hodnotiace škály na posúdenie rizika vzniku pádu u pacienta. Výsledky nášho prieskumu sme porovnávali s prieskumom Vankovej a Zimovej (2013, s. 36). Vo svojom prieskume zistili, že posúdenie rizika pádu pomocou hodnotiacich škál vykonáva 49 % opýtaných. V ich prieskume uviedlo Barthelovej test 45 % respondentov a screeningový test mobility využíva 6 % respondentov.

V prieskume sme zisťovali, či sestry na Slovensku a v Anglicku edukujú pacientov o rizikových faktoroch a preventívnych opatreniach. Celkom 23 (46 %) respondentov z FN Trenčín edukuje každého pacienta, iba niektorého pacienta edukuje 24 (48 %) respondentov a 5 (10 %) respondentov uviedlo, že needukuje pacientov o rizikových faktoroch. V prieskume z Hereford County Hospital sme zistili, že všetci respondenti edukujú pacientov o rizikových faktoroch. Respondentov, ktorí vždy edukujú pacientov o rizikových faktoroch, bolo 27 (54 %), a 23 (46 %) respondentov edukuje pacientov o rizikách pádu a preventívnych opatreniach iba niekedy. V zdravotníckych zariadeniach je nevyhnutná systematická edukácia pacienta o dôvodoch, spôsobu prevencie a o opatreniach znižujúcich riziko pádu (Dostálová, Nahodilová, 2011).

Ďalším cieľom bolo zistiť, či je klinické pracovisko respondentov na Slovensku a v Anglicku primerane upravené z hľadiska prevencie možného pádu. Podľa Vybíhalovej (2011) bezpečné prostredie veľmi prispieva k prevencii pádu, zahŕňa voľnosť cesty, protišmykové podlahy, stabilný nábytok, ľahký prístup k veciam dennej potreby, vhodné osvetlenie. Iba 10 (20 %) respondentov z FN Trenčín a 21 (42 %) respondentov z Hereford County Hospital uviedlo, že ich pracovisko je dostatočne upravené z hľadiska prevencie pádu.

K splneniu ďalšieho cieľa bolo potrebné zistiť výskyt pádov u pacientov v zdravotníckom zariadení na Slovensku a v Anglicku. Pri zisťovaní, či došlo k pádom pacientov, všetci respondenti z FN Trenčín a aj z Hereford County Hospital uviedli, že došlo k pádu pacienta na ich pracovisku. Krajčík (2006, s. 344) udáva, že asi 25 % ľudí vo veku 65-74 rokov v priebehu roka spadne a nad 75 rokov je to až 50 %. Bartošovič a Krajčík (2001, s. 87-90) zistili ročný výskyt opakovaných pádov u 23 % ľudí. Uviedli, že ročný výskyt pádov je vyšší u žien ako u mužov.

Posledným cieľom prieskumu bolo zistiť, či a ako sestry hlásia a dokumentujú mimoriadnu udalosť na Slovensku a v Anglicku. Ak dôjde k pádu pacienta v zdravotníckom zariadení, je dôležité, aby sa urobil záznam o páde. Podľa Škrlu (2005) predstavuje hlásenie mimoriadnych udalostí dôležitý výchovný prvok, dôležitú spätnú väzbu slúžiacu k nápravným opatreniam v systéme, ktorý mimoriadnu udalosť umožnil. V ekonomicky vyspelých krajinách sa hlásenie mimoriadnych udalostí podporuje, niekedy dokonca odmeňuje (Škrla, 2005). 45 (90 %) respondentov z FN Trenčín vždy robí záznam o páde. Uviedli, že vypisujú Protokol o páde pacienta. Všetci 50 (100 %) respondenti z Hereford County Hospital uviedli, že záznam o páde vyplňajú do formulára tomu určeného, v elektronickej podobe.

Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov prieskumu navrhujeme nasledovné odporúčania.

Pre manažment zdravotníckych zariadení:

- Zrealizovať semináre o rizikách pádu a využívania hodnotiacich nástrojov ako súčasť posudzovania rizikového pacienta.
- Navrhnuť vypracovať a zaviesť štandard zameraný na prevenciu pádov.

- Klásť dôraz na hodnotenie rizika pádu a motivovať zamestnancov k jeho realizácii.

Pre sestry pri lôžku pacienta:

- Z hľadiska prevencie pádu využívať hodnotiace nástroje, a tým správne identifikovať rizikového pacienta už po príchode na ošetrovaciu jednotku.
- Posudzovať riziko pádu pri prijíme u každého pacienta a obzvlášť u pacienta s vysokým rizikom pádu, vyššie riziko zaznamenať do dokumentácie, prípadne identifikovať pacienta iným spôsobom (napr. farebným náramkom).
- Požadovať od manažmentu pracovísk zaistenie bezpečnosti prostredia – protišmykovú podlahu, protišmykové podložky do kúpeľne pre pacientov a pod.
- Edukovať pacienta o rizikových faktoroch pri prijíme na ošetrovaciu jednotku, poskytnúť informácie formou brožúry, prípadne vhodnými nástenkami na oddelení.

ZÁVER

Prevencia pádov v zdravotníckych zariadeniach je nevyhnutnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Bezpečnosť pacienta je na prvom mieste, pretože dôsledky spôsobené pádmi môžu mať dlhodobý charakter. V mnohých prípadoch vedú k predĺženiu hospitalizácie a významne zhoršujú kvalitu života. Prevencia je najdôležitejším krokom k redukcii pádov a jej súčasťou zostáva kontinuálna edukácia a osobná zainteresovanosť všetkých členov ošetrovateľského tímu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BALKOVÁ D., ŠULIČOVÁ A., NOVOTNÁ, Z. Riziko pádu v starobe. *Sestra*. 2005; 4 (9): 22.
- BARTOŠOVIČ I., KRAJČÍK Š. Výskyt pádov obyvateľov domova dôchodcov. *Praktický lekár*. 2001; 81 (2): 87-90.
- DOSTÁLOVÁ B.; NAHODILOVÁ H. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2011; 21 (1): 31-32.

FRANTOVÁ M., BEŤKOVÁ M. Prevencia pádov u hospitalizovaných pacientov. *Sestra*. 2010; 9 (1-2): 14-15.

JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

KRAJČÍK Š. Pády a ich príčiny v starobe. *Via practica*. 2006; 3 (7-8): 344-346.

KRAJČÍK Š. Pády v starobe. 1. časť. *Geriatrics*. 2008; 14 (2): 78-82.

ŠENKÁROVÁ Z. Management pádů v ošetrovatelství. *Sestra*. 2012; 22 (9): 36-37.

ŠÍSLÁKOVÁ L., MATIŠÁKOVÁ I. Kognitivní změny ve stáří. *Zdravotnícke listy*. 2017; 5 (3): 63-71.

ŠKRLA P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovateľské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

ŠTUŇOVÁ M. *Prevencia pádov pacientov v zdravotníckom zariadení* [online]: diplomová práca, Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, 2013, 70 s. [citované 06.03.2016]. Dostupné na internete: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Stano/Dokumenty/dokument%20(4).pdf

VANKOVÁ L., ZIMOVÁ D. Prevencia pádov v zariadeniach sociálnych služieb u seniorov. *Revue medicíny v praxi*. 2013; 11 (6): 35-36.

VYBÍHALOVÁ L. Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. *Sestra*. 2011; 24 (4): 44.

WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization, 2008. 47 p. ISBN 978-92-4-156353-6.

ŽAK M., SKALSKA A., OCENTKIEWICZ T. Upadki osób w starszym wieku – ocena ryzyka dokonana poroku od upadku. *Rehabilitacja medyczna*. 2004; 8 (3): 19-22.

KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE® NA ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE *THE BASAL STIMULATION CONCEPT® AT THE DEPARTMENT OF LONG-TERM INTENSIVE CARE*

BONKOVÁ Lenka¹, NEVŘELOVÁ Lenka², MALOŇ-FRIEDLOVÁ Karolína³

¹ Oddělení ARO – NIP, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

² Oddělení ARO – DIP, Nemocnice Přerov, Středomoravská nemocniční a.s., Přerov, Česká republika

³ INSTITUT Bazální stimulace s. r. o., Frýdek-Místek, Česká republika

ABSTRAKT

Koncept Bazální stimulace podporuje vnímání člověka a komunikaci v základní (bazální) rovině. Umožní pacientovi zprostředkovat pocity z těla a stimulovat vnímání organismu tak, aby mohl lépe vnímat okolní svět a navázat s ním komunikaci. Prvky konceptu lze aplikovat v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, stejně tak v péči o děti a dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí. U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. Příspěvek prezentuje historii a metodou dvou kazuistik hlavní principy konceptu bazální stimulace, které byly realizovány na oddělení Dlouhodobé intenzivní péče ve Středomoravské nemocnici a.s., Nemocnice Přerov, stejně jako kroky, které vedly k získání certifikátu "Pracoviště Bazální stimulace". Výsledky vypovídají o pozitivním vlivu bazální stimulující ošetrovatelské péče u obou pacientů především v oblasti vnímání, příjmu per os, spontánního pohybu a snížení spasticity.

Klíčová slova: Bazální stimulace. Dlouhodobá intenzivní péče. Anamnéza bazální stimulace. Kazuistika.

ABSTRACT

The basal stimulation concept supports human perception and communication in the basic (basal) level. It allows the patient to convey feelings from the body and to stimulate the body perception so that it can perceive the world better and to communicate with it. Elements of the concept can be applied in neonatal intensive care with premature babies as well as with children and adults with congenial intellectual and somatic disabilities, with people with various acute and chronic diseases, after brain injuries and clients with dementia. At clients with irreversible changes of their physical and mental state, it support the quality of their lives substantially. This paper presents the history and by method of two case studies the main principles of the basal stimulation concept that have been implemented at the Department of long-term intensive care at the Central Moravian Hospital, Přerov Hospital, as well as it presents the steps that led to obtaining of the certificate "Basal Stimulation Workplace". The results show the positive effect of the basal stimulating nursing care in both patients, particularly in perception, per os intake, spontaneous movement and spasticity reduction.

Keywords: Basal stimulation. Long-term intensive care. Case history of the basal stimulation. Case history.

ÚVOD

Koncept Bazální stimulace (BS) se v České republice uplatňuje v ošetrovatelské péči na jednotkách intenzivní péče od roku 2003, ve Slovenské republice od roku 2005. Od ledna roku 2003 do září 2018 bylo v České a Slovenské republice proškolen 426 zařízení poskytujících zdravotní péči nebo sociální služby. Z nich je 129 zařízení certifikovaným pracovištěm konceptu BS. Předpokladem k získání certifikace je splnění stanovených kritérií, která jsou kontrolována auditorem při čtyřfázovém odborném auditu. V procesu auditu (odborné supervize) je předmětem druhé a třetí fáze evaluace reakcí a změn stavu pacientů v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace. Analyzují se také reakce personálu, jeho postoj a kompetence. Supervize certifikovaných pracovišť prezentují Evidence-based Nursing. Registr INSTITUTu Bazální stimulace uchovává údaje z certifikovaných pracovišť, protokoly supervizora, statistické výstupy získané analýzou dotazníků vyplněných zaměstnanci supervidovaných pracovišť a kazuistiky pacientů doplněné z důvodu Evidence-based Nursing o videonahrávky a fotografie.

Uplatňování konceptu BS na Oddělení dlouhodobé intenzivní péče v SMN a.s., Nemocnice Přerov

V průběhu let 2008 až 2014 absolvovali zaměstnanci pracující v intenzivní péči v SMN a.s., Nemocnici Přerov akreditovaný vzdělávací program BS. Získané teoretické vědomosti a praktické dovednosti začali proškolení zaměstnanci aplikovat do ošetrovatelského procesu. Dne 17. 2. 2016 proběhla na oddělení Dlouhodobé intenzivní péče za účasti vedení SMN a.s., Nemocnice Přerov supervize, která prokázala, že na oddělení jsou nejvíce využívány z prvků somatické stimulace zklidňující koupel, povzbuzující koupel, masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání, polohování hnízdo, poloho-

vání mumie a mikropolohování. Zklidňující a povzbuzující somatické stimulace jsou integrovány zejména do ranní toalety. Aplikují se také formou krémování při promazávání pokožky celého těla pacienta. Polohování dle konceptu BS je na oddělení standardním typem polohování. Pacienti jsou polohováni převážně po celkových koupelích a reagují pozitivně, zejména celkovou tělesnou i psychickou relaxací. Masáž stimulující dýchání zpravidla navazuje na provedenou ranní toaletu. Cílem aplikace této techniky je především podpora ventilace a expektorace. Do péče jsou pravidelně integrovány asistované formy péče dle konceptu, a to nejen při toaletě, ale také při holení, česání, toaletě dutiny ústní a příjmu potravy. Prvky vestibulární stimulace jsou pravidelně integrovány do péče před vertikalizací pacienta. Z prvků vibračních stimulací jsou na oddělení aplikovány manuální vibrační techniky integrované v oblasti kloubů během somatické stimulace končetin. Supervize dále prokázala, že z nástavbových prvků konceptu jsou implementovány na oddělení všechny nástavbové nabídky (olfaktorická, orální, taktilně-haptická, auditivní a optická stimulace).

U pacientů s poruchami polykání je prováděna pravidelně orální stimulace. Orální stimulace je často také kombinována s toaletou dutiny ústní. K orální stimulaci jsou používány molitanové štětičky a cucací váčky, chuťové médium je voleno dle chuťové anamnézy pacienta. Orální nabídky viditelně posilují hybnost jazyka a orofaciálních svalů. K taktilně-haptické stimulaci jsou používány především předměty z denního života pacienta. K optické stimulaci se v zorném úhlu pacientů nacházejí kalendáře, hodiny a fotografie z jejich privátního života. Pro aplikaci prvků optické stimulace jsou u lůžka pacientů umístěny magnetické tabule. Personál píše na tabule pacientům datum pro orientaci v čase. Nástavbové prvky jsou do péče integrovány na základě biografické anamnézy pacienta a při aplikaci nástavbových prvků jsou do péče integrováni příbuzní pacientů. Reakce pacientů na základní a nástavbové prvky konceptu jsou popsány v dotaznících k supervizi, které jsou supervidovanými vyplněny před supervizí. Reakce pacientů jsou zohledněny v procesu evaluace kvality poskytované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský personál uvádí, že naučené techniky v certifikovaném kurzu Bazální stimulace obohatily jeho pracovní repertoár a kompetence. Dalším předpokladem pro práci s konceptem je integrace příbuzných pacienta do péče.

Příbuzní jsou edukováni a integrováni především k nástavbovým prvkům konceptu a částečně k somatické stimulaci. Příbuzní pacientů reagují většinou velmi kladně, spolupracují, zajímají se o praktické provedení, mají zájem a vyjadřují poděkování za nabídnutou možnost participace na péči.

KASUISTIKY

Předkládané kasuistiky prezentují implementaci základních a nástavbových prvků konceptu BS do ošetrovatelského procesu, reakce pacientů na poskytované ošetrovatelské nabídky a změny jejich somatického, kognitivního a psychického stavu. Kasuistiky nabízí profesionálům poskytujícím zdravotní péči konkrétní návody a postupy v integraci konceptu BS do ošetřování pacientů a jsou důkazem kvality poskytované ošetrovatelské péče a spokojenosti příjemce péče. Hodnocení péče ze strany příjemce je neopomenutelným indikátorem kvality péče v kontextu Evidence-based Nursing.

Kasuistika I. – první klient ošetřovaný v konceptu BS

Muž, 32 let, povoláním automechanik, dg. polytrauma, vigilní koma. Pacient po autonehodě v zahraničí byl následně převezzen do ČR, hospitalizován ve FN Olomouc, kde byl postupně odpojen od ventilátoru, ale ponechán na tracheostomii, spádově přeložen na chirurgickou JIP SMN a.s., Nemocnice Přerov a poté na oddělení dlouhodobé intenzivní péče k intenzivní rehabilitaci, bazální stimulaci a ventilační péči. Oči jsou spontánně otevřené, ale dívá se jen doprava, za hlasem se neotočí, nesleduje, výzvě nevyhoví. Hybnost končetin spontánní žádná, spastické držení. Výživa je plně do PEG, per os nelze.

Biografická anamnéza

Somatická anamnéza: Vzhledem k tomu, že se zvýšeně potil, o své tělo pečoval denně nebo podle potřeby. Sprchoval se. Měl rád teplejší vodu, při mytí používal houbu a kartáč na záda. Myl se tuhým i tekutým mýdlem. Při mytí žádnou pomoc před nehodou nepotřeboval a rituály také žádné neměl. Zuby si čistil ráno i večer, dutinu ústní si vyplachoval ústní vodou, zubní protézu nemá. Holení upřednostňoval mokré a pěna na holení, po holení používal krém. Deodoranty měl rád ve spreji i tuhé. Vlasy si myl denně, po mytí používal gel na vlasy. Nehty si stříhal podle potřeby, měl rád kratší, zastřižené do obloučku. Konkrétní typ použitých

přípravků, důležitý pro koncept Bazální stimulace, je uveden v zdravotní dokumentaci.

Vestibulární anamnéza: Před nehodou žil aktivně, opravoval auta, staral se o zahradu, stavěl dům. Rád griloval, aktivně se věnoval kanoistice, byl členem dračích lodí, sjížděl vodu, cyklista, hrál tenis, nohejbal. Rád chodil se svým psem na procházky. Obvykle spal na zádech nebo na pravém boku. V pracovní dny spal asi 7-8 hod. a vstával cca. kolem 6:00 hod., zatemněno při spánku nemíval. O víkendu spal dlouho a lehl si i odpoledne.

Chuťová anamnéza: Problémy se stravou neměl, ale upřednostňoval horká, ostrá a slaná jídla. Měl rád bramborovou kaši a řízek, celou cibuli, anglickou slaninu a čerstvý chléb. Sladká jídla jedl jen zřídka. Oblíbený nápoj – soda, sirup pomeranč, pivo.

Čichová anamnéza: Měl rád vůni aut, dřeva, trávy, kořeněné vůně.

Vibrační anamnéza: Rodina neví, myslí si, že nepoužíval žádný masážní strojek.

Sluchová anamnéza: Problémy se sluchem neměl, poslouchal rychlejší hudbu, ale nemá vyhraněný styl. Od rána poslouchal rádio. V TV někdy sleduje seriál a komedie bez titulků. Konkrétní interpreti, radiové stanice a názvy oblíbených TV programů, jsou uvedené v zdravotní dokumentaci. Měl rád zvuk motoru, auta – avšak **POZOR** autonehoda, možnost vyvolání negativní vzpomínky.

Optická anamnéza: Potíže se zrakem neměl, pravidelně žádné pořady nesledoval.

Taktilně-haptická anamnéza: Běžné domácí činnosti a zaměstnání.

Hodnocení zdravotního stavu při aplikaci konceptu BS

Hodnocení po 4 měsících od začátku aplikace BS

Vědomí: Má spontánně otevřené oči, ale dívá se jen doprava, za hlasem se neotočí, nesleduje, výzvě nevyhoví. Hygiena pouze s pasivní asistencí pacienta. Osvěžující koupel a povzbuzující masáž vyvolávala u pacienta neklid a spasticitu, mrknutí očima při souhlasu bylo nejednoznačné.

Nutrice: Nutriční přípravky do PEG toleruje, orální stimulace jen molitanovými štětičkami, zatím nepolkne, vytékají z úst. Zatíná ústa. Skousává štětičky (Obr. 1).

Pohyblivost končetin: Hybnost spontánně nezachycena, jen na bolestivé podněty úhyb a zvedání končetin. Spastické držení končetin přetrvává.

Hodnocení po 7 měsících od začátku aplikace BS

Vědomí: Pohled zaměřený doprava, krátkodobě fixoval a sledoval pohyb a aktivitu na svém pokoji. Na požádání stiskl ruku, na výzvu mrkal.

Příjem per os: Polkne minimum tekutin, asi 2 ml, grimasy v obličeji na jakoukoli chuť, stimulace čokoládou.

Pohyblivost končetin: Spontánní pohyb pravé horní končetiny nad podložku, snaha spolupracovat, stisk levé horní končetiny bez spontánního pohybu, dolní končetiny jsou spastické. Realizována vestibulární stimulace, i když je v sedu nestabilní (Obr. 2), pasivní, neudrží hlavu ve vzpřímené poloze.

Hodnocení po 10 měsících od začátku aplikace BS

Vědomí: Udrží delší dobu pozornost při BS a sleduje dění v okolí. Fixuje pohled na obě strany. Komunikuje mimikou obličeje, umí dát najevo radost či rozladění a nepohodu. Na jednoduchý dotaz odpoví stiskem ruky a mrkáním. Schopen komunikovat ukázáním na kartičku s nápisy ANO-NE. Realizujeme optickou stimulaci otevřením skřínky v zorném poli pacienta (Obr.4). Naslouchá četbě, reaguje smíchem či pláčem. Má smutný výraz po ukončení oblíbené četby. Rád poslouchá oblíbenou hudbu. Reaguje příznivě na pobyt na balkóně i v parku areálu nemocnice (Obr. 3).

Příjem per os: Tekutiny v malém množství, dieta kašovitá – polykal minimum.

Pohyb: Dokáže aktivně cvičit dle instrukcí. Spolupracuje při koupeli a večerní hygieně. Při hygieně dutiny ústní spolupracuje. Za asistence personálu si omývá různé části těla dle možnosti na výzvu. Ukazuje na jiných i sobě různé části obličeje. Rozlišuje prádlo (sundal si deku, ukázal na halenku). Rozlišuje i neznámé předměty. Nacvičuje s dopomocí personálu úchop známých předmětů. Dává FIXY do obalu, vytahuje je podle barev, ukazuje na prstech ruky počet 1, 2, 3, 4, 5, snažil se o podpis (Obr. 5, 6).

Závěrečné hodnocení zdravotního stavu pacienta

Po 2 letech dochází z důvodu závažných komplikací zdravotního stavu, nefrolithiasy k opakovaným ureteroskopiím se zavedením a výměnou stentů. S celkovou alterací stavu také dochází ke zhoršení spolupráce a chronické sepsi. Na základě urologického konzilia je vzhledem k prognosticky nepříznivému stavu a menší pravé ledvině s odliškovou nefrolithiasou kontraindikovaná nefrectomie vlevo. Důraz je kladen na ošetrovatelskou péči v konceptu



Obr. 1 Orální stimulace



Obr. 2 Vestibulární stimulace – sed na lůžku s oporou



Obr. 3 Optická a olfaktorická stimulace – pobyt venku



Obr. 4 Optická stimulace – pohled do skříně s věcmi



Obr. 5 Taktilně haptická stimulace – počítání



Obr. 6 Taktilně haptická stimulace – psaní

BS a analgezií. Pro dyskomfort do terapie přidán Morfin. Postupně dochází ke zhoršování celkového stavu a exitus letalis.

Kasuistika II

Muž, 40 let, doteď zdravý, byl nalezen doma u rotopedu v bezvědomí, následně převezen do nemocnice, provedeno CT mozku, zjištěn intracerebrální hematom a hemocefalus. Po 2 dnech dochází k progresi stavu a rozvoji edému mozku. Pacient zaintubován a napojen na UPV, zavedena zevní komorová drenáž, ICP čidlo, oběh podporován vazopresory. Po 4 dnech byly na magnetické rezonanci zjištěny post hypoxické změny mozku. Pro předpokládanou dlouhodobou umělou plicní ventilaci indikována tracheostomie. Pacient přeložen do spádové nemocnice na ARO. Zde byl pacient stabilizován a převeden na spontánní ventilaci přes tracheostomii. Pro nemožný příjem per os zajištěn pro podávání výživy PEG. Nadále léčen konzervativně. Na oddělení dlouhodobé péče byl přijat po měsíci. Při příjmu bez farmakologického tlumení, obraz decerebrace, izokorie bez fotoreakce, centrální kvad-

ruplegie, nepolykal. Indikována intenzivní ošetrovatelská péče, fyzioterapie a bazální stimulace. Prognóza nejistá. Žije s družkou, dcery 12 a 9 let.

Biografická anamnéza BS

Oslovení: Tomi, Tome, tati, taťko, Lovli, Lysmen, Culík, cizí – pane L.

Somatická anamnéza: O své tělo pečoval denně nebo podle potřeby. Sprchoval se. Při mytí žádnou pomoc před nehodou nepotřeboval. Holení upřednostňoval nepravidelně zastříhovačem. Má citlivou pleť. Je pravák.

Vestibulární anamnéza: Před nehodou žil aktivně – řidič kamionu. Spát jde chodil ve 21:30 hod., vstával o 4:30 hod., o víkendu později.

Chuťová anamnéza: Má rád ostré chutě, teplé jídlo, řízek, bramborový salát, vývar, čaj s medem, káva s medem, šunka, sýr. Nemá rád jogurty, kyšku, mléko, marmeládu, koprovou omáčku.

Čichová anamnéza: Nesnáší marseilské mýdla. Má rád vůni auta a motorů.

Vibrační anamnéza: Rodina neví.

Optická anamnéza: Potíže se zrakem neměl, pravidelně žádné pořady nesledoval.

Taktilně-haptická anamnéza: Rybaření, počítač, v poslední době sport – kolo.

Hodnocení zdravotního stavu při aplikaci konceptu BS

Hodnocení po 1 měsíci od začátku aplikace BS

Vědomí: Nekontaktní, oči zavřené, bez známek pohybu, na bolestivé podněty – hyperextenze. Při odsávání z DC otevře oči, občas zafixuje.

Pohyb: Občasný pohyb levé horní končetiny.

Příjem per os: Přežvykuje, nepolyká ani po orální stimulaci.

Pacienta denně navštěvuje družka, dcery, kamarádi, bratr nebo rodiče.

Hodnocení po 2 měsících od začátku aplikace BS

Závěr neurologického vyšetření – vigilní koma, těžká kvadrapareza, triplegie. Dochází ke zhoršení stavu, desaturaci, nutno pacienta napojit na umělou plicní ventilaci.

Vědomí: Bolestivá grimasa při ošetření očí, oči spontánně otevírá.

Příjem per os: Přežvykuje, nepolyká. Prováděna orální stimulace podáváním medu, slivovice, čaj na ústních houbičkách – bez reakce.

Pohyb: Stimulován taktilně-hapticky vkládáním klíčů od auta, volantu, hraček od dcer nebo telefonu do ruky (Obr. 7) – zatím bez reakce.

Nemocného se daří přepojovat na spontánní ventilaci.

Hodnocení po 3 měsících od začátku aplikace BS

Neurologické vyšetření: Vigilní koma přetrvává, těžká kvadrapareza, triplegie, hýbe levou horní končetinou.

Vědomí: Občas se zdá, že vyhoví na výzvu – otevře oči. Bloudí očima po pokoji. Provádíme optickou stimulaci – video rodiny, obrázky od dcer (Obr. 8).

Příjem per os: Začíná polykat sliny.

Pohyb: Stimulace taktilně-hapticky, pacientovy ruce přikládány na jeho obličej – zpozorní. Snaha o posazování, neudrží tělo ani hlavu. Výkon musí provádět 3 sestry. Do konceptu BS zapojena i družka. Prováděna vestibulární stimulace pomocí tzv. ovesného klasu (Obr. 9).

Hodnocení po 4 měsících od začátku aplikace BS

Vědomí: Otevře oči na oslovení, fixuje sebe v zrcadle, personál ne. Při nepřijemných pocitech

grimasuje, např. voda v očích a na obličej. Občas sleduje TV a foto. Soustředí se na sebe, přitáhne si deku, podá ruku na výzvu, usměje se. Projevuje zájem o nové věci.

Příjem per os: postupně vkládán hrnek do ruky, který má snahu přikládat si k ústům. Polkne čokoládu (Obr. 10).

Pohyb: Udrží sám hlavu.

Celkový stav je však kolísavý, mívá „lepší a horší dny“.

Hodnocení po 5 měsících od začátku aplikace BS

Neurologické vyšetření: Nehodnotí stav pacienta jako coma vigilie.

Vědomí: Kývne na dotaz, podá ruku, škrábe se na obličej, usměje se, za hlasem se neotočí. Střídá nálady, když nechce, nespolupracuje, je zarputilý. Při sedu se na výzvu rozhlíží. Rozdílně reaguje na osoby dle sympatií. Zkoušeny tabulky ANO x NE, adekvátně reaguje občas. Rozvíjí se u něj hospitalismus, do terapie bylo nutno přidat antidepresiva.

Příjem per os: Občas otevře ústa na jídlo, polyká s latencí, na pití špulí rty.

Pohyb: Zvládá sed na posteli asi 10 minut s malou oporou, opírá se o ruce, zlepšuje se rovnováha, zapojován do hygieny, aplikována Vojtova metoda, Bobath koncept, taktilně-haptická stimulace – házení míčkem (Obr. 11). Postupně dochází k rozvoji jemné motoriky, snaha o psaní, zatím pouze čáry mimo papír.

Hodnocení po 6 měsících od začátku aplikace BS

Dekanylována TSK, spontánní ventilaci zvládl. Trvá kvadrapareza s pravostrannou převahou, doporučena intenzivní RHB, logopedie.

Vědomí: Pozitivní změny v chování, nemocný je klidný, snaží se vyhovět výzvám. Pokus o zapojení do pexesa – neudrží však pozornost.

Pohyb: Zvládá sed v křesle, zlepšuje se svalová síla, nezvládá stoj u lůžka – nadměrný třes dolních končetin.

Závěrečné hodnocení zdravotního stavu pacienta po 2 letech

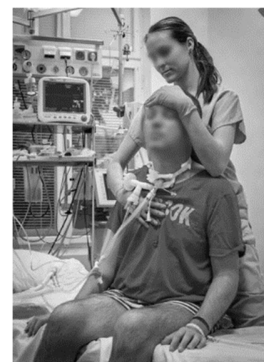
V současné době má nemocného v péči matka. Zvládne se sám najíst, pije ze savičky, sám se pohybuje kolem lůžka a na vozíku, který sám ovládá. Per os příjem je nyní dostačující, PEG byl zrušen.



Obr. 7 Taktilně-haptická stimulace – do rukou vkládány známé předměty



Obr. 8 Optická stimulace – v zorném poli umístěny obrázky od dcer, spuštěno rodinné video



Obr. 9 Vestibulární stimulace – sed na lůžku (ovesný klas)



Obr. 10 Orální stimulace – pomocí molitanových houbiček



Obr. 11 Taktilně-haptická stimulace – házení míčkem

DISKUZE

Autorem konceptu BS je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstul v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovanými somatickými a intelektuálními změnami (Fröhlich, 1998). Od 80. let 20. století spolupracuje s Christel Bienstein. Společně vyvinuly ošetrovatelský koncept na bázi konceptu BS a vypracovaly systém vzdělávání lektorů a průvodců praxí konceptem BS (Friedlová, 2005). Lze dokázat, že s konceptem BS může mít život hodnotu v každé své fázi (dětství, dospělost, stáří), protože koncept podporuje autonomii člověka, i když se z důvodu svého kognitivního nebo tělesného postižení může jevit „závislý“ na péči svého okolí. Děti v kojeneckých ústavech, kterým se v období jejich vývoje dostávalo dostatek dotykové stimulace, vykazovaly menší kojeneckou úmrtnost, než děti bez taktilní zkušenosti. Potřeba taktilní stimulace setrvává i v dospělosti, stává se určitou formou sociální interakce –

dotýkání aktivuje mozek. Zvláštní kategorií „slasti“ tvoří orální stimulace, při níž jsou aktivovány vjemy chuťové, čichové i dotykové. Zdrojem orální „slasti“ je také sání, žvýkání. Čichové a zrakové podněty jsou stejně nezbytné tak jako sluchové – zpěv, hudba, hlas (Friedlová, 2015, s. 133).

Do využívání konceptu bazální stimulace se na počátku zapojilo v SMN a.s., Nemocnice Přerov odd. LDN a postupně se rozšířilo i na odd. JIP neurologie, chirurgie a novorozenecké oddělení. Od roku 2010 pracuje s konceptem i oddělení DIP, kde se starají o pacienty, kteří mají změněné vnímání, kvalitu vědomí, ztíženou komunikací, ale i hybnost. Důraz se klade na biografickou anamnézu. Platí, že emoce usnadňují za určitých podmínek zapamatování a vědomé vybavování z paměti, za jiných je naopak znesnadňují. Právě proto je práce s biografií klienta nezbytná, znamená porozumět jedinci a pochopit jeho chování, je nejlepší základnou pro co nejlepší možné uspořádání současného i budoucího (Friedlová, 2007, s. 131). U nemocných ve vigilním

kómatu se řídíme principem, že pacient má stejné potřeby jako komunikující člověk, jen je není schopen vyjádřit. Takto informujeme i příbuzné, kterým tato informace může pomoci zvládnout náročnou životní situaci. Mohou s nemocným mluvit a předávat mu sami informace se známého prostředí, které nemocný může vnímat, mohou přinést známé předměty, fotografie, filmy, stravu a pod. U klientů ve vigilním kómatu musíme dbát na dokonalé plnění všech potřeb, s důrazem na potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. S těmito nemocnými se musí komunikovat, jako by byli zcela při vědomí (Šrámková a kol, 2011).

Z naší práce vyplývá, že bazální stimulace je koncept, který nás naučil, jak je důležité promyšleně a cíleně plánovat všechny ošetrovatelské aktivity a také jak je důležité vnímat sebenepatrnější reakce na všechny podmínky, které můžeme pacientům nabídnout. Práce s pacienty v Konceptu Bazální stimulace nás naučila, že nejde o to pracovat více, ale pracovat jinak. Prof. Dr. Andreas Frohlich říká: „Koncept bazální stimulace se snaží dát personálu v zařízeních k dispozici prostředky, pomocí kterých může navázat bazální komunikaci dotekem, hlasem, byť třeba i bez mluveného slova. Tento koncept přináší podněty, pomocí nichž mohou znovu nalézt kontakt s okolím lidí, kteří se již zcela uzavřeli do sebe“ (Friedlová, 2015, s. 9).

ZÁVĚR

Na základě dosavadních zkušeností s konceptem Bazální stimulace doporučujeme následující návrhy pro ošetrovatelskou praxi:

- Organizovat pro nelékařské pracovníky celostátní semináře zaměřené na práci v konceptu Bazální stimulace.
- Prezentovat ošetrovatelskou dokumentaci v konceptu Bazální stimulace.
- Postupně proškolit v základním konceptu Bazální stimulace všechny pracovníky odd. ARO – DIP.
- Na Středních zdravotnických školách a Fakultách ošetrovatelství prezentovat zkušenosti s péčí o pacienty v konceptu Bazální stimulace.
- Podporovat aktivní přístup zaměstnanců k péči o nemocné v konceptu Bazální stimulace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

FRIEDLOVÁ K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I.* Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ K. *Bazální stimulace® v základní ošetrovatelské péči.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ K. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

Fotoarchiv oddělení ARO-DIP. Středomoravské nemocniční a.s., Nemocnice Přerov.

FRÖHLICH A. *Basale Stimulation. Das Konzept.* Dusseldorf: Verlag selbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-11-9.

ŠRÁMKOVÁ M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

DEJINY OŠETROVATEĽSKÉHO VZDELÁVANIA NA SLOVENSKU – OŠETROVATEĽSKÁ ŠKOLA KONGREGÁCIE MILOSRDNÝCH SESTIER SVÄTÉHO KRÍŽA V BRATISLAVE *DEVELOPMENTS OF NURSING EDUCATION IN SLOVAKIA – THE NURSING SCHOOL OF THE CONGREGATION OF THE SISTERS OF MERCY OF THE HOLY CROSS IN BRATISLAVA*

DOBROTKOVÁ Marta¹, ILIEVOVÁ Ľubica², JURÍKOVÁ Erika¹

¹ *Filozofická fakulta Trnavskej univerzity, Trnava*

² *Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka, Trenčín*

ABSTRAKT

Štúdia sa zameriava na začiatky ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku, ktoré sú spojené s Kongregáciou milosrdných sestier sv. Kríža. Príchod Kongregácie milosrdných sestier sv. Kríža na územie dnešného Slovenska v roku 1865 súvisel s požiadavkou o starostlivosť o vzdelávanie mládeže a o chorých. Prvým pôsobiskom svätokrížskych sestier, ktoré spadali pod maďarskú provinciu, boli Zlaté Moravce, kde viedli župný špitál. Po vzniku Československej republiky a následne slovenskej provincie kongregácie, ktorej prvou predstavenou sa stala sr. Teodózia Hossová, vyvstala potreba organizovaného ošetrovateľského vzdelávania pre personál nemocníc a sociálnych ústavov rôznych typov. V roku 1929 bola zriadená prvá slovenská ošetrovateľská škola v Bratislave, na čele ktorej stála sr. Fides Dermeková. Po splnení stanovených požiadaviek bola v roku 1931 aj otvorená. V prvom školskom roku 1931/32 ju navštevovalo 15 žiačok, príprava mala teoretický charakter a prednášky viedli pedagógovia z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského. V druhom roku dvojročného štúdia sa vzdelávanie zameriavalo hlavne na praktické cvičenia na jednotlivých klinikách a ambulanciách Štátnej nemocnice v Bratislave. Prvý cyklus úspešne ukončili všetky žiačky záverečnou skúškou pred komisiou v júni 1933. Úspech ošetrovateľskej školy počas jej 20-ročnej existencie garantovala osobnosťou a organizačnými schopnosťami riaditeľka Fides Dermeková, priekopníčka ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku. V období pred II. svetovou vojnou a počas nej sa škola musela vysporiadať s komplikáciami, s ktorými sa musel vzdelávací systém vyrovnávať po rozpade monarchie. Obsah vzdelávania čiastočne ovplyvnili aj potreby vojenského zdravotníctva. Významným prameňom k dejinám školy je kronika, ktorú viedla Fides Dermeková. Popri zápisoch, ktoré odrážajú problémy i bežný chod školy, v nej reagovala aj na súveky historickú a politickú situáciu. Ďalšie archívne pramene, výrazne pomáhajúce zmapovať dejiny školy i osobnosti na nej pôsobiace, sú uložené v Štátnom archíve v Bratislave.

Kľúčové slová: Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža. Ošetrovateľské vzdelávanie. Ošetrovateľská škola v Bratislave. Jozefína Fides Dermeková.

Abstract

The study focuses on the beginnings of nursing education in Slovakia, which is associated with the Congregation of Sisters of Mercy of the Holy Cross. The arrival of the Congregation of Sisters of Mercy of the Holy Cross on the territory of present-day Slovakia in 1865 was related to the requirement for care for youth education and the sick. The first place of the Holy Cross Sisters, who came under the Hungarian province, was Zlaté Moravce, where they ran a county hospital. After the establish-

ment of the Czechoslovak Republic and subsequently the Slovak province of the Congregation, whose first superior became sr. Theodosia Hoss, there is a need for organized nursing education for hospital staff and social institutions of various types. In 1929, the first Slovak nursing school in Bratislava was established. Fides Dermek. After meeting the set requirements, it was also opened in 1931. In the first school year of 1931/32, she was attended by 15 pupils, the preparation was theoretical and the lectures were conducted by teachers from the Faculty of Medicine of Comenius University. In the second year of the two-year study, the training focused mainly on practical exercises at private clinics and ambulances of the State Hospital in Bratislava. The final exam completed the first cycle before the committee in June 1933. The success of the nursing school during its 20-year existence was guaranteed by the personality and organizational skills of director Fides Dermeková, the pioneer of nursing education in Slovakia. In the period before II. World War II and during it, the school had to deal with the complications that the education system had to cope with after the collapse of the monarchy. The needs of military health care partly influenced the content of education. An essential source for school history is the chronicle led by Fides Dermek. In addition to the records that reflect the school's problems and routine, it also responded to the current historical and political situation. Other archival sources, which significantly help to map the history of the school and its personalities, are stored in the State Archives in Bratislava.

Key words: Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross. Nursing Education. Nursing School in Bratislava. Jozefína Fides Dermek.

ÚVOD

Začiatky ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku sú spojené s Kongregáciou milosrdných sestier sv. Kríža. Príchod Kongregácie milosrdných sestier sv. Kríža súvisel s požiadavkou na vzdelávanie mládeže a starostlivosťou o chorých. Od príchodu kongregácie sa odvíja zámer založiť ošetrovateľskú školu.

Príchod kongregácie na Slovensko

Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža (krížové sestry) vznikla v roku 1856 v Ingenbohle, mestečku churského biskupstva vo Švajčiarsku a patrí regulovanej tretej reholi sv. Františka. Jej za-

kladateľom bol páter Teodózius (1808-1865), vlastným menom Anton Krispin Florentini, člen kapucínskej rehole a generálny vikár churského biskupstva (Hauptvoglová, 2008, s. 17). Jeho snahou bolo organizovať školské vzdelávanie, predovšetkým vzdelávanie žien a pomoc chudobným. Teodózius položil základy Nemocnice Svätého kríža v Coire (Chur vo Švajčiarsku), kam pozval sestry, aby sa starali o chorých. Tak vznikla Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža s materským domom v Ingenbohle a Mária Terézia Schererová sa stala jej prvou generálnou predstavenou. Usídlenie sestier Svätého kríža na Slovensku sa uskutočnilo v roku 1865 a najstaršou filiálkou krížových sestier sa stali Zlaté Moravce, kde viedli župný špitál.

Zámer založiť ošetrovateľskú školu v Bratislave

Slovenská provincia začala svoju činnosť 19. novembra 1927 a ako prvá provinciálna predstavená ju viedla sr. Teodózia, ktorá sa už od roku 1926 začala zaoberať myšlienkou založiť ošetrovateľskú školu na Slovensku. Jazykové a osobnostné predpoklady pre jej zámer spĺňala Fides Dermeková, a tak ju v r. 1927 poverila zorganizovať založenie ošetrovateľskej školy. Keďže nemala na to príslušné vzdelanie, nastúpila v októbri 1927 na štúdium ošetrovateľstva v pražskej štátnej ošetrovateľskej škole.

V čase jej odchodu do Prahy bola podaná žiadosť o povolenie zriadenia školy tak, aby keď sa po skončení štúdií vráti, bolo možné školu otvoriť. K žiadosti o povolenie bolo potrebné vypracovať štatút, učebné osnovy a určiť budovu na umiestnenie školy alebo aspoň jej plán. Vzor štatútu a osnov slovenskej provincii poskytla ošetrovateľská škola nemeckej provincie v Chomutove. Stavebné plány novej budovy pre ošetrovateľskú školu vypracoval Dezider Nagy, ktorý bol zamestnancom mestského stavebného úradu v Bratislave. Budova ošetrovateľskej školy mala byť postavená na pozemku na Preys Krištofovej ulici v Bratislave, ktorý patrilo sestram alžbetinkam; pre vysokú sumu sa predaj neuskutočnil.

Zriadenie ošetrovateľskej školy

Napriek problémom so zabezpečením priestorov pre výučbu bola prvá dvojročná Ošetrovateľská škola na Slovensku zriadená výnosom Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy č. 4350/1929 zo dňa 15. marca 1929. O povolenie zriadiť ošetrovateľskú školu sa v Prahe zaslúžil najmä JUDr. Richard Bébr, sekčný šéf Ministerstva

verejného zdravotníctva a telesnej výchovy. Povolenie podpísal minister verejného zdravotníctva a telesnej výchovy Jozef Tiso a štát prisľúbil kongregácii neodkladne poskytnúť na výstavbu školy 500 000 korún.

Keďže kongregácia napriek povoleniu zriadiť ošetrovateľskú školu nedisponovala pozemkom, na ktorom by mohla začať s výstavbou, sr. Fides prevzala 29. 10. 1929 úrad predstavenej sestier ošetrovateľiek v štátnej nemocnici v Bratislave. Vďaka tomu sa mala možnosť zoznámiť s činnosťou sestier v nemocnici a spoznať lekárov, ktorí mali neskôr pôsobiť na ošetrovateľskej škole. Zároveň v roku 1931 prevzala vedenie ošetrovateľského kurzu sestier sv. Kríža. Išlo o tzv. druhý štátny ošetrovateľský náukobeh ktorý prebiehal od 3. februára do 9. júna 1931 a skončil záverečnou štátnou skúškou. Predsedom skúšobnej komisie bol samotný odborový prednosta ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe JUDr. Rudolf Bébr. Kurzu sa zúčastnilo a úspešne ho ukončilo 20 milosrdných sestier a 40 civilných ošetrovateľiek.

Otvorenie ošetrovateľskej školy

Na základe úspešne ukončeného ošetrovateľského kurzu a preukázaných organizačných i pedagogických schopností generálna predstavená Kongregácie sestier sv. Kríža Terézia Beck vyslovila želanie otvoriť ošetrovateľskú školu v Bratislave už v roku 1931. A tak provinciálna predstavená sr. Teodózia poverila Fides Dermeková, aby zorganizovala otvorenie ošetrovateľskej školy so začiatkom vyučovania už v školskom roku 1931/32. Pred samotným otvorením školského roka bolo nevyhnutné preukázať Ministerstvu verejného zdravotníctva a telesnej výchovy splnenie viacerých požiadaviek, ktoré sa týkali teoretickej a praktickej činnosti budúcej ošetrovateľskej školy.

Prvou požiadavkou bolo deklarovanie vhodných priestorov k dočasnému umiestneniu školy. Na tieto účely bol zrenovovaný provinčný dom krížových sestier na Hviezdoslavovom námestí č. 27. Renovácia sa zrealizovala ešte v lete 1931 a v rámci nej do budovy zaviedli telefón a materiálne vybavili prednáškovú miestnosť pre 25 študentov. Druhou požiadavkou boli prednáškové miestnosti v priestoroch štátnej nemocnice v Bratislave, s čím ministerstvo aj riaditeľstvo nemocnice vyjadrili súhlas. Poslednou podmienkou bolo predostrieť návrh na odborného riaditeľa školy, učiteľského zboru a podrobný

rozvrh žiackej praxe. Na pozíciu odborného riaditeľa navrhla sr. Teodózia doc. Ľudovíta Valacha z Internej kliniky Štátnej nemocnice v Bratislave, vtedajšieho asistenta profesora Kristiána Hyneka. Docent Valach ponuku prijal, riaditeľstvo Československej štátnej nemocnice v Bratislave súhlasilo s návrhom a zaslalo požiadavku na jeho schválenie za odborného riaditeľa ministerstvu v Prahe. Ministerstvo schválilo otvorenie školy 1. novembra 1931, celkový rozsah praktického výcviku a doc. Valacha ako odborného riaditeľa. Vedením školy bola poverená Fides Dermeková.

Podmienky prijatia na štúdium

Do 1. ročníka sa prihlásilo 12 sestier z Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža a 3 z Kongregácie milosrdných sestier sv. Vincenta z Rožňavy. O vzdelávanie v ošetrovateľskej škole mali záujem aj iné kongregácie, ale keďže ich členky nemali požadované vzdelanie, žiadosť o štúdium im bola odložená na budúce roky. Slávnostné otvorenie školy sa uskutočnilo 2. novembra 1931. Uchádzačky (a v neskorších rokoch aj uchádzači) o štúdium ošetrovateľstva museli spĺňať pomerne prísne podmienky: vekové rozmedzie bolo stanovené na 16 až 30 rokov, povinnosťou bolo absolvovanie meštianskej školy, príp. ďalšie vzdelanie. Najlepšie sa osvedčila práve tzv. meštianka kombinovaná s dvojročnou rodinnou alebo obchodnou školou. Pri posudzovaní fyzickej spôsobilosti sa kládol dôraz na zodpovedajúci telesný vzrast, správny vývin a normálny telesný základ. U civilných žiadateľiek sa vedenie školy informovalo u riaditeľov škôl, ktoré absolvovali.

Prvý ročník vyučovania v ošetrovateľskej škole

Vyučovanie sa začalo 4. novembra 1931. Do prvého ročníka nastúpilo 15 žiačok vo veku od 18 do 27 rokov. Na škole začali vyučovať najväčšie lekárske kapacity svojej doby. Prvé prednášky prof. Zdeňka Frankenbergera boli z anatómie. Súčasne sa začali prednášky z hygieny, ktoré viedol prof. Stanislav Ružička. Na základe žiadosti kongregácie aj ostatné predmety zabezpečovali profesori, docenti a asistenti z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Začiatkom decembra 1931 sa konali prednášky z fyziológie a patológie. Fyziológiu prednášal prof. Vilém Hons a patológiu prof. Ján Lukeš. Predstavenstvo kongregácie požiadalo taktiež o povolenie uskutočňovať praktické cvičenia v ústavnej kuchyni.

V prvom roku sa žiačky venovali takmer výlučne teórii s výnimkou praktických výkonov v ošetrovateľských technikách a masáže či rôzne fyzioterapeutické zákroky, nie však pri pacientovom lôžku. Za dvojročné vzdelávanie sa platilo školné mesačne 200 korún, spoplatnený bol aj pobyt na internáte mesačne sumou 300 korún, v čom bolo zahrnuté bývanie, strava a svetlo. Štipendia sa neposkytovali a skúšobná doba bola 3 mesiace.

Druhý rok vyučovania v ošetrovateľskej škole

V druhom roku prevažovala praktická výučba a teória len v obmedzenej miere. Verejnému zdravotníctvu a zdravotným výkonom sa venovalo 20 hodín, administratíve 15 hodín, dejinám ošetrovateľstva a etike 20 hodín, občianskej náuke 10 hodín. Žiačky vykonávali prax v rozsahu troch mesiacov na internom oddelení, na ambulancii, na fyzikálnej terapii, v laboratóriu, na izbách pacientov a na infekčnom oddelení. Ďalšie tri mesiace praxovali na chirurgii, a to na ambulancii, na operačnej sále a na izbách pacientov. Ďalej absolvovali prax na detskej klinike, konkrétne na dojčenskom oddelení 4 týždne, v dietickej kuchynke 2 týždne a takú istú dobu na detskom oddelení. Nakoniec ich čakala štvortýždňová prax na očnej klinike, dvojtýždňová na gynekológii, toľko isto na krčnej a kožnej klinike. Dozor nad žiačkami mali vedúce sestry každej kliniky. Pracovná doba žiačok trvala dopoludnia od 7.00 hod. do 12.00 hod., popoludní od 15.00 do 18.30 hod. Nočné služby mali striedavo na každom oddelení dvakrát do týždňa od 7.00 hod. večer do 7.00 hod. ráno. Po ukončení 1. ročníka mali nárok na desaťdňové prázdniny. O telesnú výchovu poslucháčok sa škola starala vychádzkami a výletmi do prírody.

Pokračovanie činnosti ošetrovateľskej školy

V školskom roku 1932/33 nastúpilo do prvého ročníka desať členiek kongregácie Milosrdných sestier sv. Kríža, 2 sestry františkánky a 3 civilné žiačky. Škola mala v tom čase vlastnú, moderne zariadenú poslucháreň, ale zároveň boli k dispozícii posluchárne jednotlivých kliník a ústavov Lekárskej fakulty Univerzity Komenského. Disponovala vlastnými učebňami, laboratóriami, študovňami a postupne zariaďovala kabinet s výučbovými pomôckami pre ošetrovateľské techniky a odborné knižnice. Na začiatku slúžili pri prednáškach klinické preparáty, anatomické obrazy a knižnica.

Prvé záverečné diplomové skúšky sa na základe Výnosu krajinského úradu v Bratislave č. 111.862/11/1933 uskutočnili 12.-13. júna 1933. Pred nimi dostali žiačky štvortýždňové študijné voľno. Predsedom komisie bol vládny radca Gejza Mitický, predseda zdravotného oddelenia krajinského úradu. Vedomosti žiačok preskúšali štyria profesori-examinátori Vilém Hons, pediater Alojz Chura, šéflekár Alexander Baranský, Ľudovít Valach a Konštantín Čársky. Najskôr sa 12. júna 1933 konala na detskej klinike teoretická a praktická skúška z ošetrovania detí v dojčenskom veku a z detských chorôb, následne praktická skúška z techník ošetrovania a popoludní z chirurgie. Na ďalší deň sa uskutočnili teoretické skúšky, ktorých sa zúčastnila aj provinciálna predstavená. Žiačky v rámci náročných skúšok odpovedali na otázky z anatómie, fyziológie, techník ošetrovateľstva, z internej medicíny a dietickej, patológie, infekčného lekárstva, farmakológie, chirurgie, gynekológie a pôrodnictva, ušného, nosného a krčného lekárstva, kojenectva a detských chorôb, administratívy, verejného zdravotníctva a sociálnej starostlivosti, hygieny a občianskej náuky. Budúce diplomové sestry museli poznať odpovede na otázky napr. čo sa deje s mŕtvolou uloženou v zemi, kto bojuje proti pohlavným chorobám, ako sa odstraňuje pevný odpad, aký je význam tlaku vzduchu a koľko ho spotrebujú pacienti, ako poškodzuje alkoholizmus potomstvo a ako sa treba starať o duševne úchylnú mládež.

Ešte v decembri 1932 navštívila bratislavskú školu sr. Alexandrina Brömse, generálna delegátka z Ingenbohle, ktorá vedeniu oznámila, že môžu zakúpiť vhodnú dvojposchodovú budovu na ulici Františka Gyurikoviča č. 14-16. Ošetrovateľská škola sa do týchto priestorov presťahovala v roku 1933 a sr. Fides Dermeková bola menovaná za jej predstavenú. Presťahovaním do nových priestorov sa škola mohla naplno rozvíjať ako vzdelávacia inštitúcia pre výchovu budúceho ošetrovateľského dorastu. Postupne sa stabilizovalo jej personálne zázemie aj materiálne vybavenie. Okrem iného sa intenzívnejšie začala budovať žiacka aj učiteľská knižnica, ktorých fond obsahoval predovšetkým odbornú lekársku literatúru, fakticky zhodnú s vyučbovými materiálmi pre medikov.

Problémy ošetrovateľského vzdelávania

V prvých rokoch pôsobenia bratislavskej ošetrovateľskej školy sa ukázal ako podstatný jazykový

problém kandidátok, ktorý bol prekážkou v ich vzdelávaní. Kandidátky mali nedostatočné základy zo slovenčiny a zo školy prichádzali neustále sťažnosti, a preto bol v novembri 1934 otvorený kurz slovenčiny, ktorý viedla inštruktorka Sr. Sapientia Kubalová; kurzu sa zúčastnili všetky sestry a kandidátky ošetrovateľskej školy.

V prvom desaťročí fungovania bratislavskej ošetrovateľskej školy sa do popredia dostávali viaceré problémy ošetrovateľského vzdelávania, a to najmä celoštátne riadenie a riešenie všetkých otázok, ktoré súvisia s ošetrovateľstvom. Novozriadený ošetrovateľský referát pri ministerstve zdravotníctva mal prioritne riešiť unifikáciu učebných osnov a učiva a vydávanie jednotných učebníc pre ošetrovateľské školy, keďže vyučovacie predmety boli určené len rámcovo. V praxi to znamenalo, že na existujúcich ošetrovateľských školách sa jednotlivé predmety prednášali v rôznej časovej dotácii, pričom sa niekde viac zdôrazňovala prax alebo sa naopak väčší dôraz kládol na teóriu. Učebná látka a ošetrovateľská metodika mali byť jednotné v základoch a prispôbené celoštátnym potrebám, pričom prednášajúci mal možnosť do učiva vložiť vlastné skúsenosti z praxe.

Pedagogická dokumentácia školy

Ošetrovateľská škola Kongregácie milosrdných sestier Sv. Kríža viedla záznamy o žiakoch pod názvom Katalóg ošetrovateľskej školy milosrdných sestier sv. Kríža v Bratislave. Každá žiačka mala v katalógu samostatný záznam, ktorý obsahoval identifikačné údaje: meno, priezvisko, deň a rok narodenia, miesto narodenia, príslušnosť, okres – zem, národnosť, náboženstvo (vierovyznanie), adresa, predbežné vzdelanie, dátum nástupu do školy, dátum diplomovej skúšky, zamestnanie pred vstupom do školy, predstavená, riaditeľ školy, či platí školné, meno otca alebo zodpovedného zástupcu (meno, zamestnanie, bydlisko, okres). Ďalej záznam obsahoval štyri časti: I. časť pozostávala z výřahu učiva a skúšok (predmet, učiteľ, ročník, počet hodín, deň skúšok, známka), II. časť bola opisom dĺžky praxe – interná, chirurgia, ortopédia, rádiológia, fyzikálna, detská, operačný sál, laboratórium, kožná, očná, krčná, ušná, nosná, poradne; časť III. predstavovala posudok o kandidátke zameraný na správanie sa v ústave a v nemocnici, vystupovanie, usilovnosť, presnosť, úpravu zovňajšku; časť IV. tvoril časový prehľad teórie a praxe v jednotlivých ročníkoch, prázdniny, choroby, mimoriadne dovolenky,

nočné služby. Protokol obsahoval taktiež informácie o celkovom prospechu, ovládaní cudzích jazykov, zvláštnych zručnostiach ako napr. varenie, strojopis, ručné práce, či diplom a doklady žiačka prijala a jej uplatnenie po absolvovaní školy.

Činnosť ošetrovateľskej školy počas vojnového obdobia

Zmena na poste riaditeľa školy nastala 11. októbra 1940, keď sa novým riaditeľom stal prof. Dr. František Šubík, ktorý na škole pôsobil aj ako učiteľ. Prvý riaditeľ ošetrovateľskej školy prof. Ľudovít Valach zomrel v máji 1941. Vzdelávanie na ošetrovateľskej škole reagovalo na vypuknutie vojnového konfliktu doplnením niektorých vyučovacích predmetov. Od 13. februára 1941 sa začalo na ošetrovateľskej škole vyučovať Verejné ošetrovanie vo vojne. Uvedená tematika sa na ošetrovateľskej škole prednášala len počas vojny. Prednášky viedol riaditeľ Červeného kríža MUDr. Fedor Skotnický. V septembri toho istého roku boli do ošetrovateľskej školy prijatí muži, a to bratia z rehole Milosrdných bratov; z celkového počtu 29 žiakov boli dvaja muži.

Ukončenie činnosti ošetrovateľskej školy

Ošetrovateľská škola v zmysle zákonov Slovenskej republiky 1939-1945 fungovala do roku 1948. V roku 1948 bola ošetrovateľská škola poštátnená. Majetok školy prepadol v prospech štátu, personál ponechali na škole. Sestry boli prijaté do rezortu Povereníctva SNR školstva a osvety a dostávali plat od štátu. Neskôr však dostali rehoľné učiteľky ošetrovateľskej školy listom zo dňa 25. júna 1950 z Povereníctva školstva, vied a umení v Bratislave prepúšťacie dekréty. Stalo sa to na základe Zákona o základnej úprave jednotného školstva z 21.4.1948 v ustanovení § 2. Keďže rehoľné učiteľky „vychovateľské a vzdelávacie úlohy“ neplnili, bol ich pracovný pomer „štátnej učiteľky“ zrušený na základe ustanovenia § 20 zákona č. 66/1950 Zb. Zákon o platových a pracovných pomeroch štátnych zamestnancov zo dňa 17.5.1950. Pracovné príjmy boli rehoľným učiteľkám zastavené dňom 30. júna 1950. Po krátkom čase školu celkom zrušili, napriek tomu, že rehoľné ošetrovateľské školy malo prevziať Ministerstvo školstva a na Slovensku Povereníctvo zdravotníctva po zrealizovaní akcie R (Dubovský, 2001, s. 53). Na rehoľné sestry sa vyvíjal tlak, aby sa z nich stali civilné zdravotné sestry. Budova ošetrovateľskej školy sa stala majetkom

Mestského národného výboru v Bratislave a neskôr prešla pod správu bratislavského bytového podniku.

ZÁVER

Napriek počiatocným problémom ošetrovateľská škola Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave existovala a svojou činnosťou vzdelávala diplomované ošetrovateľky počas trvania 20 rokov. Za ten čas vychovala viac ako päťsto profesionálnych ošetrovateľiek a ošetrovateľov a nepochybne tak prispela k skvalitneniu ošetrovateľského vzdelávania vo vtedajšom Československu (Kozoň, 2018, s. 121). Absolventky ošetrovateľskej školy získali aj vďaka premyslenému a široko koncipovanému, metodicky prepracovanému systému vzdelávania a pod praktickým vedením sr. Fides prestíž, ktorá im umožňovala zamestnať sa nielen v štátnych, župných a krajinských nemocniciach, ale i v privátnom sektore. Vyhladávané boli aj pre skúsenosti na operačných sálach, ktoré nadobudli počas praxe (Ilievová, Juríková, 2016, s. 90). Ich charakteristickým znakom sa stali profesijné ošetrovateľské odznaky, ktoré dostali po úspešnom ukončení školy spolu s diplomami (Kozoň, 2012, s. 18).

Podakovanie

Štúdia je čiastkovým výstupom z projektu Ministerstva školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom *Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia, ktorý sa rieši na Trnavskej univerzite a Trenčianskej univerzite Alexandra Dubčeka v Trenčíne (2018 – 2020)*.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- DERMEKOVÁ F. *Kronika ošetrovateľskej školy 1931-1943*. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.
- Stavebné plány ošetrovateľskej školy*. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave
- Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, inv. č. Š 6664.*
- Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, inv. č. Š 6665.*
- Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, inv. č. Š 6668.*
- Československá nemocnice. 1931; 1 (1): 256.

- Československá nemocnice. 1931; 1 (1): 60.
- DUBOVSKÝ J. *Akcia REHOLNÍČKY*. Martin: Matica slovenská, 2001.
- HAUPTVOGLOVÁ M. *Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža*. Trnava: Kongregácia milosrdných sestier sv. Kríža, 2008.
- ILIEVOVÁ L., JURÍKOVÁ E. Pôsobenie Milosrdných sestier Svätého kríža v chirurgickej operačnej sále Trnavskej nemocnice v kontexte dejín ošetrovateľstva. *Studia Capuccinorum Boziniensia II*. Kraków: Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2016.
- KOZOŇ V. et al. *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*. Wien: ÖGVP Verlag, 2012.
- KOZOŇ V. *Ošetrovateľská škola Milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave 1931-1950 a jej absolventi a absolventky*. Wien: ÖGVP Verlag 2018.

HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV V TERMINÁLNOH ŠTÁDIU OCHORENIA A ICH PRÍBUZNÝCH *QUALITY ASSESSMENT OF PATIENTS LIFE IN ITS TERMINAL STATE OF THE DISEASE AND THEIR RELATIVES*

ŠUPÍNOVÁ Mária, JANICZEKOVÁ Elena, KURČÍKOVÁ Elena

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, Banská Bystrica

ABSTRAKT

Východiská: Kvalita života umierajúcich môže byť aj napriek závažným obmedzeniam choroby na pomerne vysokej úrovni. Cieľom paliatívnej starostlivosti je zabezpečiť čo najlepšiu kvalitu života umierajúcich, ale aj ich príbuzných. Dôležité je jej pravidelné hodnotenie.

Cieľ: Hlavným cieľom realizovaného výskumu bolo zistiť aká je kvalita života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a ich príbuzných.

Metóda: Bola použitá metóda štandardizovaného dotazníka EORTC QLQ-C30 pre hodnotenie kvality života pacientov v terminálnom štádiu života a CQOLC, pre hodnotenie kvality života rodinných príslušníkov. Do súboru bolo zaradených 70 pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a 76 respondentov v priamom príbuzenskom vzťahu k pacientom.

Výsledky: Boli namerané výrazne nižšie absolútne hodnoty kvality života pacientov v terminálnom štádiu života v porovnaní s normou hodnôt kvality života bežnej populácie vo všetkých skúmaných doménach; celková kvalita života pacienta, funkčný stav a symptómy. Skóre respondentov v hodnotení kvality života za posledný týždeň globálne dosiahlo priemernú hodnotu: $27,02 \pm 12,64$. Skóre bežnej populácie je $71,2 \pm 22,4$. Bol dokázaný aj štatisticky významný rozdiel porovnávaných hodnôt $p < 0,001$. Najhoršie priemerné skóre u príbuzných pacientov v terminálnom štádiu boli namerané v otázke pozitívne myslenie; (0,07), v otázke smútok; (0,43), v otázke strach zo smrti blízkeho; (0,62). Štatisticky sme dokázali, že kvalita života opatrovateľov úzko súvisí s nie dobrou kvalitou života pacientov s ťažkým ochorením.

Záver: Možno teda konštatovať, že kvalita života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je výrazne znížená. Zlý celkový stav pacienta vo významnej miere ovplyvňuje kvalitu života nielen samotného pacienta, ale aj kvalitu života osoby, ktorá sa o neho stará a je jeho rodinným príslušníkom.

Kľúčové slová: Kvalita života Pacient. Terminálne štádium. Príbuzný.

ABSTRACT

Background: The quality of life dying may at a relatively high level despite severe disease limitations. The aim of palliative care is to ensure the best quality of life for the dying, but also for their relatives. Regular evaluation is important.

Objective: The main aim of the research was to find out what the quality of life of patients in the terminal stage of the disease and their relatives is.

Method: the method was used a standardized questionnaire EORTC QLQ-C30 for assessment of the quality of life of patients in the terminal stage of life and the CQOLC for the as-

essment of the quality of life of family members. The list included 70 patients in the terminal stage of the disease and 76 respondents in the direct relationship to patients.

Results: Significantly lower absolute values of the quality of life of patients in the terminal stage of life were measured compared to the standard of quality of life of the general population in all domains studied; overall quality of life, functional status and symptoms. Respondents' score in quality of life assessment for the past week reached an average of 27.02 ± 12.64 . The current population score is 71.2 ± 22.4 . There was also a statistically significant difference of $p < 0,001$. Worst average scores in related terminal stage patients were measured in the positive thinking question; (0.07), sadness in question; (0.43), in the question of fear of death of a loved one; (0.62). We have statistically proven that the quality of life of carers is closely related to the poor quality of life of patients with severe disease.

Conclusion: It can be confirmed that the quality of life of patients in the terminal stage of the disease is significantly reduced. The poor overall condition of the patient significantly affects the quality of life not only of the patient himself, but also the quality of life of a person who cares for him and is a member of his family.

Key words: Quality of life. Patient. Terminal stage. Relative.

ÚVOD

Terminálna starostlivosť je podľa oficiálnej webovej stránky hospice.sk definovaná ako „časovo posledná kvalifikovaná služba umierajúcemu“. Terminálne chorý je podľa rovnakého zdroja „nevyliciteľne chorý v konečnom štádiu choroby, kde už bola ukončená kuratívna liečba“.

Aj keď nie je možné pacienta v terminálnom štádiu ochorenia vyliečiť, poskytovaná paliatívna starostlivosť sa zameriava na zabezpečenie jeho dobrej kvality života (Slamková, 2017). Cieľom paliatívnej starostlivosti nie je podľa Šipa a Šipovej (2013) liečiť, ale poskytnúť človeku pohodlie a dosiahnuť maximálne možnú kvalitu života, kým život trvá.

WHO v roku 2002 definovala paliatívnu starostlivosť ako „celkovú liečbu a starostlivosť o chorých, ktorých choroba nereaguje na kuratívnu liečbu. Najdôležitejšia je kontrola a liečba bolesti

a ďalších symptómov, rovnako aj ako riešenie psychologických, sociálnych a duchovných problémov chorých.

Podľa Changa a Weissmana (2008) sa kvalita života bližšie skúma v oblasti: fyzickej, sociálnej, emočnej, duchovnej a funkčnej (In Šip, Šipová, 2014). Preto najvýznamnejšie miesto v paliatívnej starostlivosti má liečba bolesti a integrácia fyzických, psychologických a duchovných aspektov starostlivosti o pacienta.

Na kvalitu života, či už v stave zdravia alebo choroby, má vplyv aj rešpektovanie ľudskej dôstojnosti. Z etického hľadiska je ochrana ľudskej dôstojnosti nenahraditeľná aj u pacientov v terminálnom štádiu života. Rešpektovanie ich dôstojnosti je v procese starostlivosti dôležité nielen pre samotného pacienta, ale i pre jeho rodinu, spolupacientov, ošetrojúci personál (Domanská, Sedláková, 2014).

Starostlivosť o človeka v terminálnom štádiu je veľmi náročná a zodpovedná. Umieranie znamená dekompenzáciu, slabnutie či emocionálne trápenie (Vorlíček, 2012).

Cieľom paliatívnej starostlivosti nie je len dosiahnuť dobrú kvalitu života pacienta ale tiež rodinných príslušníkov. Grigis et al. (2006) uvádza, že rodinní príslušníci starajúci sa o osobu v terminálnom štádiu života majú celkovo nižšiu kvalitu života než príbuzní pacientov, ktorí prijímajú starostlivosť s prognózou zlepšenia stavu až úplného vyliečenia. Aj podľa Slamkovej et al. (2017), opatrovateľ popri svojich povinnostiach musí čeliť vážnej situácii 24 hodín denne, preto by osoba, ktorá poskytuje pacientovi v terminálnom štádiu starostlivosť v domácom prostredí, mala byť vyrovnaná s aktuálnou situáciou.

Naplnenie potrieb rodiny je jedným z faktorov kvality poskytovanej starostlivosti. Kristjansonová a White (2002) členia potreby rodinných príslušníkov do štyroch kategórií (Bužgová, 2015):

- dostatok informácií, aby rodina mala informácie o tom, ako majú starostlivosť poskytovať,
- praktické rady, ide o rady zo strany zdravotníckeho personálu, ktoré sú vhodné predovšetkým vtedy, ak sa rodina stará o člena rodiny doma,
- vedomie, že ich člen rodiny nemá veľké ťažkosti / bolesti,
- emocionálna podpora.

Aj podľa Vorlíčka (2012), môžeme pomôcť rodine emocionálne sa vyrovať so situáciou tak, že im poradíme ako sa správne starať o pacienta. Vý-

znamnou súčasťou kvality života je pohoda. Možno rozlišovať fyzickú a psychickú pohodu. Každý onkologický pacient, no i ľudia okolo neho, sa zaoberajú otázkou zmyslu života. Život vždy bude mať zmysel ak už nie v tvorivej, úžitkovej podobe tak v postojoyých hodnotách. (Fetisovová, Mažgútová, 2001).

CIELE

Zistiť, aká je kvalita života pacientov v terminálnom štádiu života a ich rodinných príslušníkov.

- *Cieľ 1:* Zistiť, aké sú hodnoty skóre kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia vo funkčnej/fyzickej škále v porovnaní s bežnou populáciou.
- *Cieľ 2:* Zistiť, aké sú hodnoty skóre kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia v symptómovej škále v porovnaní s bežnou populáciou.
- *Cieľ 3:* Zistiť, aké sú hodnoty skóre celkovej kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia (za posledný týždeň), v porovnaní s bežnou populáciou.
- *Cieľ 4:* Zistiť, aká je kvalita života príbuzných pacientov v terminálnom štádiu života.

METÓDA VÝSKUMU

Pri realizovaní výskumu boli použité 2 štandardizované dotazníky. Na ich použitie sme dostali súhlas, aj slovenskú verziu modulu od European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

Prostredníctvom dotazníka EORTC QLQ-C30 (Questionnaire developed to assess the quality of life of cancer patients) sme hodnotili kvalitu života pacientov v terminálnom štádiu života. Uvedený dotazník obsahuje 30 otázok, rozdelených v troch škálach pre posúdenie a hodnotenie celkovej kvality života pacienta, jeho funkčného stavu a symptómov. V dotazníku je použitá 4 stupňová Likertova škála, pričom možnosť 1 – znamená vôbec a možnosť 4 – veľmi. Posledné dve otázky určujú pacientovo hodnotenie kvality života a kvality zdravia. V tomto prípade je však Likertova škála sedemstupňová, kde možnosť 1 – znamená veľmi zle a možnosť 7 – vynikajúce.

Z výsledkov odpovedí je vypočítané hrubé skóre, ktoré sa následne lineárne transformuje na škálu od 0 do 100. Vyššie skóre pri hodnotení funkčných škál a kvality zdravia, života vyjadruje lepší stav. Pri symptómoch a symptómových škálach znamená

vyššie skóre výraznejšiu symptomatológiu a teda horší stav (Králová, 2016).

Pre hodnotenie kvality života rodinného príslušníka starajúceho sa o pacienta v terminálnom štádiu života sme použili štandardizovaný dotazník *CAREGIVER QUALITY OF LIFE INDEX – CANCER SCALE (CQOLC)*.

Dotazník obsahoval 35 otázok hodnotených respondentmi na 5 stupňovej Likertovej škále od 0 (vôbec nie) po 4 (veľmi). Dotazník hodnotí 4 oblasti kvality života opatrovateľov: fyzickú, psychologickú, sociálnu a finančnú. Vypočítava sa priemerné skóre jednotlivých faktorov (Kurucová, 2016; Vaďurová, 2008). Maximálne celkové skóre, ktoré mohol získať jeden respondent v našom výskume je 148 bodov, pretože otázka 16 (podpora priateľov), bola použitá vo faktoroch F1, F2 aj F3.

VÝSKUMNÝ SÚBOR

Výskum bol po odsúhlasení vedením realizovaný v Hospici Domu Božieho Milosrdenstva v Banskej Bystrici, na II. Chirurgickej klinike SZU (Hepatopankreatobiliarna chirurgia, onkologická chirurgia) vo FNŠP F.D.R. v Banskej Bystrici. Výskumný súbor bol výberový. Do výskumného súboru bolo celkovo zaradených 70 pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a 76 rodinných príslušníkov starajúcich sa o pacienta. Kritériom pre určenie štádia ochorenia a zaradenie pacienta do súboru bolo preradenie pacienta do paliatívnej starostlivosti „comfort care“, bez ohľadu na pohlavie, vek, sociálny status.

Kritériom pre zaradenie do súboru rodinných príslušníkov bola priama rodinná, príbuzenská príslušnosť k pacientovi (manžel/ka, dcéra, syn), bez ohľadu na vek, pohlavie, vzdelanie alebo sociálny status.

Súbor pacientov tvorili predovšetkým onkologickí pacienti, ktorých zdravotný stav bol lekárom vyhodnotený ako ireverzibilný. Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a pri vyplňovaní dotazníkov

bola zachovaná anonymita. Boli prísne dodržané všetky etické princípy výskumu.

Získané údaje boli v primárnej analýze spracované v programe MS Excel 2013 formou frekvenčných tabuliek s absolútnou a relatívnou početnosťou a boli použité štatistické procedúry Kolmogorov-Smirnov test, Studentov t-test, Wilcoxonov test a test zhody dvoch podielov. Bol použitý štatistický program XLSTAT.

VÝSLEDKY

Vyhodnotenie dotazníka EORTC QLQ-C30

Rozsah súboru: $n = 70$; Priemerný vek respondentov: $70,19 \pm 15,56$. Najmladší respondent mal 26 a najstarší 89 rokov.

Vyhodnotenie dotazníka v doménach

Štruktúru dotazníka EORTC QLQ C30 uvádzame v tabuľke 1.

Cieľ 1: Zistiť, aké sú hodnoty skóre kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia vo funkčnej / fyzickej škále v porovnaní s bežnou populáciou nižšie.

Dáta, ktoré reprezentujú bežnú populáciu boli získané od EORTC, v tabuľkách 1 a 2 uvádzame aritmetické priemery \pm smerodajné odchýlky.

Hodnoty získaného priemerného skóre respondentov výberového súboru a hodnoty skóre bežnej populácie v jednotlivých škálach testujeme v tabuľke 1. Na štatistické overenie signifikancie bol použitý jednovýberový Wilcoxonov test.

Vo všetkých doménach funkčnej škály sú výsledky testov vysoko signifikantné, $p < 0,001$. Môžeme konštatovať, že skóre respondentov výberu je vo fyzickej škále štatisticky významne nižšie ako skóre bežnej populácie. Výrazne nižšie skóre respondentov v tejto škále hovorí o výrazne nižšej (horšej) kvalite života pacientov nášho výberového súboru v porovnaní s bežnou populáciou.

Tabuľka 1 Overenie rozdielov v skóre respondentov a bežnej populácie v dotazníkovom prieskume EORTC QLQ C30

Fyzická škála	Respondenti (n =70)	Bežná populácia (n = 7 802)	p
fyzická funkčnosť	44,19 \pm 19,37	89,9 \pm 16,2	p < 0,001
funkčnosť v roli	37,38 \pm 21,88	84,7 \pm 25,4	p < 0,001
emocionálna funkčnosť	46,19 \pm 11,14	76,3 \pm 22,8	p < 0,001
kognitívna funkčnosť	42,62 \pm 20,19	86,1 \pm 20,2	p < 0,001
sociálna funkčnosť	23,57 \pm 16,17	87,5 \pm 22,9	p < 0,001

Legenda: p-hodnota testovacieho kritéria jednovýberového Wilcoxonovho testu

Tabuľka 2 Symptómové skóre respondentov a bežnej populácie

Symptómová škála	Respondenti (n =70)	Bežná populácia (n = 7 802)	p
Únava	60,63 ± 11,37	24,1 ± 24,0	p < 0,001
Bolesť	65,48 ± 16,38	20,9 ± 27,6	p < 0,001
Nevolanosť a zvracanie	48,33 ± 23,93	3,7 ± 11,7	p < 0,001
Dýchavičnosť	48,10 ± 27,00	11,8 ± 22,8	p < 0,001
Nespavosť	50,95 ± 26,45	21,8 ± 29,7	p < 0,001
Nechutenstvo	47,62 ± 30,86	6,7 ± 18,3	p < 0,001
Zápcha	43,81 ± 30,32	6,7 ± 18,4	p < 0,001
Hnačka	21,43 ± 28,40	7,0 ± 18,0	p < 0,001
Finančné ťažkosti	53,81 ± 28,54	9,5 ± 23,3	p < 0,001

Tabuľka 3 Testovanie respondentov v hodnotení kvality života za posledný týždeň

Súbor	Skóre	Jednovýberový t-test		
		testovacie kritérium	kritický obor	p
Respondenti	27,02 ± 12,64	-29,2294	(-∞; -2,3816 >	p < 0,001
Bežná populácia	71,2 ± 22,4			

Legenda: p – hodnota testovacieho kritéria jednovýberového t-testu

Cieľ 2: Zistiť aké sú hodnoty skóre kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia v symptómovej škále v porovnaní s bežnou populáciou.

Hodnoty získaného skóre respondentov výberového súboru a hodnoty skóre bežnej populácie vo fyzickej škále prezentujeme v tabuľke 2.

Aj vo všetkých doménach symptómovej škály sú výsledky testov veľmi významné. Dokázali sme, že skóre respondentov výberového súboru je v symptómovej škále štatisticky významne vyššie ako skóre bežnej populácie. Hodnoty svedčia o výrazne vyššej úrovni symptomatológie, teda o výrazne horšej kvalite života pacientov nášho výberového súboru v porovnaní s bežnou populáciou.

Cieľ 3: Zistiť aké sú hodnoty skóre celkovej kvality života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia (za posledný týždeň), v porovnaní s bežnou populáciou.

Skóre respondentov v hodnotení kvality života za posledný týždeň globálne dosiahlo priemernú hodnotu: 27,02 ± 12,64. Skóre bežnej populácie je 71,2 ± 22,4 (Tab. 3).

Prakticky nulová p hodnota je dôkazom štatisticky významného rozdielu porovnávaných hodnôt. Bolo zistené, že kvalita života respondentov nášho výberového súboru, je výrazne horšia ako kvalita života bežnej populácie.

Vyhodnotenie dotazníka kvality života opatrovateľa „Caregiver Quality of Life Index – Cancer Scale (CQOLC)“

Výberový súbor n = 76; priemerný vek bol 42,53 roka. Najmladší respondent mal 24 rokov, najstarší 73 rokov, modus = 50 rokov; medián = 43 rokov.

Vyhodnotenie dotazníka podľa faktorov

Otázky boli členené do 4 oblastí:

- F1: zaťaženie (psychický strach),
- F2: narušenie (každodenného života),
- F3: pozitívna adaptácia,
- F4: finančné znepokojenie (problémy).

Kvalita života opatrovateľa bola meraná bodovým skóre (vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života). Každá z 35 položiek dotazníka bola hodnotená päťbodovou stupnicou Likertovej škály, bodovanej od 0 (vôbec nie) po 4 (veľmi). V niektorých otázkach bolo hodnotenie proti smeru stupnice.

Najhoršie priemerné skóre s hodnotou 0,07 bolo namerané v otázke 10 (pozitívne myslenie), v poradi druhá nameraná najmenšia hodnotou (0,43) bola v otázke 14 (smútok), nasleduje otázka 9 (strach zo smrti blízkeho) - hodnota 0,62. Až v 19 otázkach je hodnota priemerného skóre menšia ako 2.

Celkové priemerné skóre v otázkach je 1,95. Všetky tieto hodnoty sú výpoveďou zhoršenej kvality života opatrovateľov. Výška skóre hovorí o úrovni kvality života opatrovateľov. Čím vyššie skóre respondenti dosiahli, tým je kvalita ich života lepšia.

Tabuľka 4 Deskriptívne štatistiky faktorov

Skóre	F1	F2	F3	F4	Celkové
Aritmetický priemer	28,2	16,5	16,1	10,3	71,3
Smerodajná odchýlka	0,3	0,2	0,2	0,2	0,6
Median	28	17	16	10	71,5
Modus	29	17	17	11	75
Štandardná odchýlka	2,9	2,1	2,4	2,2	5,4
Vzorová odchýlka	8,9	4,4	5,7	5,0	29,5
Špicatosť	-0,0	-0,2	0,1	-0,0	-0,6
Šikmosť	0,5	-0,3	0,0	-0,2	0,0
Rozsah	14	10	13	11	25
Mínimum	23	11	10	4	59
Maximum	37	21	23	15	84
Súčet	2148	1256	1229	788	5421
n	76	76	76	76	76
Úroveň spoľahlivosti (95,0%)	0,6834	0,4843	0,5489	0,5141	1,241203

Tabuľka 5 Testovanie kvality života opatrovateľov vo vzťahu ku kvalite života pacientov

Test zhody dvoch podielov	testovacia štatistika	kritický obor	p hodnota
	Z	W	p
$\alpha = 0,01$	-1,1989	$(-\infty; -2,5758 > U < 2,5758; \infty)$	0,2306

Legenda: p – hodnota testovacieho kritéria štatistického testu, α – zvolená hladina významnosti

Vypočítali sme aj priemernú percentuálnu kvalitu života v jednotlivých faktoroch: F1 – 41,56 %; F2 – 59,02 %; F3 – 57,75 %; F4 – 43,20 %; celkom – 48,20 %.

Testom zhody dvoch podielov sme zistili, že porovnávaná kvalita života respondentov oboch súborov (pacientov verzus opatrovateľov), sa štatisticky významne neodlišuje. Dokázali sme, že kvalita života opatrovateľov úzko súvisí s nie dobrou kvalitou života pacientov s ťažkým ochorením. Zlý fyzický stav pacienta vo významnej miere ovplyvňuje kvalitu života nielen samotného pacienta, ale aj kvalitu života osoby, ktorá sa o neho stará, je jeho rodinným príslušníkom (Tab. 5).

DISKUSIA

V realizovanom výskume sme sa zamerali na zisťovanie kvality života pacientov v terminálnom štádiu života a ich rodinných príslušníkov. Hodnotenie potrieb pacienta i rodiny je dôležitým faktorom pre hodnotenie kvality života. Použitím štandardizovaného dotazníka EORTC QLQ C30, sme hodnotili doménu fyzickej funkčnosti, funkčnosti v roli, emocionálnej, kognitívnej a sociálnej funkčnosti výberového súboru pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Výskumom sme zistili, že kvalita života pacientov v terminálnom štádiu života je vo všetkých hodnotených oblastiach výrazne znížená.

Dosiahnuté výsledky sú aj štatisticky významné (Tab. 1-3). Dominantne išlo o sociálnu funkčnosť s výrazným odklonom od populačných noriem s nízkymi nameranými hodnotami (Tab.1). Respondenti vo svojich odpovediach uvádzajú, že ich aktuálny zdravotný stav veľmi ovplyvňuje rodinný život či spoločenské aktivity. Dobré sociálne fungovanie v súvislosti so zachovaním vzťahov je podstatné pre vnímanie dobrej kvality života, pretože prispieva k pocitu osobného bezpečia a tiež zabraňuje zhoršeniu sebaocenenia. Pri predpoklade, že pacient pripútaný k lôžku stráca sociálny kontakt s okolím či rodinou dochádza k zníženiu kvality života, čo ovplyvňuje často i psychický stav a s tým spojené i ďalšie domény fungovania (Bánovčinová et al., 2012).

Ako symptómy, ktoré sú pre respondentov najviac zaťažujúce pri hodnotení fyzickej funkčnosti, uviedli respondenti bolesť. Bolesť, ako samotný jediný príznak môže výrazne ovplyvniť sociálnu či emocionálnu sféru a zhoršiť tak veľmi podstatne kvalitu života pacienta. Podľa Sadovskej (2011), pri hodnotení kvality života onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti majú na vnímanie bolesti účinok aj emocionálne vplyvy. Stupňujúce bolesti, vyvolávajú v pacientovi pocit strachu zo smrti. Osoba v terminálnom štádiu často prežíva obavy z budúcnosti, o rodinu, deti, strach z neschopnosti

vykonávať doterajšie činnosti i to, že ostane druhým na ťarchu. Všetky obavy vedú často k úzkosti či depresii. A depresia zvyšuje vnímanie bolesti (Sádovská, 2011).

Aj podľa Bužgovej a kol. (2014), je hodnotenie úzkosti a depresie pre poskytovanie komplexnej starostlivosti nevyhnutné, pretože úzkosť a depresia znižuje kvalitu života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Celkovo namerané hodnoty skóre kvality života terminálne chorých za posledný týždeň boli v porovnaní s populačnou normou výrazne nižšie. Tento výsledok bol aj štatisticky signifikantný (Tab. 3).

Rodina v paliatívnej starostlivosti by mala byť považovaná za jej integrálnu súčasť (Šerfelová, 2012). V realizovanom výskume sme preto tiež hodnotili kvalitu rodiny, či osoby starajúcej sa o pacienta v terminálnom štádiu života. Hodnotili sme záťaž v zmysle psychického strachu, narušenie každodenného života, pozitívnu adaptáciu, finančné znepokojenie respondentov. Výskum preukázal, že hodnoty všetkých zložiek hodnotiacich kvalitu života osoby starajúcej sa o pacienta v terminálnom štádiu sú v porovnaní s populačnými normami znížené, pričom kvalita ich života korešponduje s kvalitou života samotného pacienta (Tab. 4, 5). Výsledky potvrdzujú výrazne zníženú kvalitu života opatrovateľov vo všetkých skúmaných oblastiach (Tab.4). Aj podľa Bužgovej (2015), „to, čo negatívne vplýva na kvalitu života opatrovateľa, je predovšetkým pacientov zhoršený zdravotný stav a s tým súvisiace symptómy“.

Šerfelová (2011) zaznamenala pri hodnotení záťaže kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti štatisticky významný rozdiel pri poskytovaní starostlivosti z hľadiska pohlavia. Išlo predovšetkým o doménu fyzickú a emocionálnu. Ženy častejšie považujú danú situáciu ako neriešiteľnú, prežívajú silnejšie negatívne emócie. Ďalšími faktormi, ktoré by mohli ovplyvniť emocionálnu doménu kvality pri starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu života sú podľa Šerfelovej (2011), emocionálny nepokoj, nervozita, strach, stres, depresia, utrpenie, strata sebestačnosti pacienta a nezávislosti či strata nádeje. Rozdiely vo fyzickej doméne by mohli súvisieť s delegovaním úloh v rodine, zmenami rolí chodu domácnosti. Z výsledkov výskumu vyplýva, že starostlivosť o blízku osobu je pre rodinných príslušníkov často aj určitá finančná neistota. Najhoršie skóre zaznamenané v nami realizovanom vý-

skume bolo v otázkach zameriavajúcich sa na pozitívne myslenie, čo hodnotíme ako prirodzené v súvislosti s prežívajúcim strachom, neistotou, úzkosťou a smútkom.

Znížená kvalita života opatrovateľov starajúcich sa o pacientov v terminálnom štádiu bola podľa dostupných výsledkov výskumov realizovaných rovnakou metodikou, zaznamenaná aj v iných krajinách; Irán, Singapur, Turecko, Kanada, Taiwan (Lim et al., 2017).

Na základe získaných poznatkov z realizovaného výskumu odporúčame:

- realizovať opakované hodnotenie kvality života pacientov a ich príbuzných z dôvodu potreby hľadať oblasti najväčšieho ohrozenia pacienta a jeho opatrovateľa a eliminovania psychosociálnej záťaže,
- v procese starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia dbať na dôležitosť sociálnej interakcie pacienta s okolím, potrebu komunikácie s rodinnými príslušníkmi,
- zvýšenú pozornosť venovať tlmeniu bolesti ako spúšťača kaskády negatívnych pocitov a reakcií u pacienta,
- poskytnúť príbuzným dostatok informácií o spôsobe starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu života a hľadať možnosti respitnej odľahčovacej starostlivosti ako pomoc pre opatrovateľov.

ZÁVER

Výsledky nášho výskumu poukazujú na potrebu systematického posudzovania kvality života pacienta v terminálnom štádiu života, ale rovnako potrebu venovať pozornosť aj jeho opatrovateľom, rodinným príslušníkom. Pomocou štandardizovaných dotazníkov sme potvrdili, že kvalita života pacienta v terminálnom štádiu života je podstatne nižšia ako kvalita života bežnej populácie a to v oblasti plnenia rolí, kognitívneho, emočného aj sociálneho fungovania. Z výskumu vyplýva, že takmer všetci rodinní príslušníci opatrujúci pacienta v terminálnom štádiu ochorenia, trpia pocitmi viny, frustrácie a stratou pozitívneho myslenia. Obávajú sa zhoršenia rodinnej finančnej situácie, zhoršujúceho sa zdravotného stavu svojich blízkych a ich smrti. Možno teda potvrdiť, že kvalita života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je výrazne znížená. Zlý celkový stav pacienta vo významnej miere ovplyvňuje kvalitu života nielen samotného pacienta, ale aj kvalitu

života osoby, ktorá sa o neho stará a je jeho rodinným príslušníkom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÁNOVČINOVÁ Ľ., BAČIAKOVÁ K., KOVÁČOVÁ L. Vplyv onko-gynekologického ochorenia na kvalitu života pacientok [online] 2018; [citované 2018-21.09]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-04/2_banovcinova.pdf.

BUŽGOVÁ R. *Paliatívni péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ R., HAJNOVÁ E., FELTL D. et al. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a Slovenská psychiatria*. 2014; 110 (5): 243-247.

DOMANSKÁ P., SEDLÁKOVÁ M. Lidská důstojnost u terminálně nemocných. *Zdravotnictví a medicína*. 2014; 14: 24-25.

FETISOVOVÁ Ž., MAŽGUTOVÁ A. Hospicová starostlivosť a kvalita života. *Medicínsky monitor*. 2001; 2: 33-34.

HOSPICE. Hospice na Slovensku. [online] 2018; [citované 2018-05-08]. Dostupné na internete. <http://www.hospice.sk/hospice1/org.php>.

KURUCOVÁ R. *Zátěž pečovatele*. Praha: GRADA publishing, 2016, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

LIM H.A., TAN J.Y., CHUA J. et al. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Med J*. 2017; 58 (5): 258-261.

SADOVSKÁ M. Kvalita života onkologických pacientů v paliativní starostlivosti. [online] 2018; [citované 2018-20.07]. Dostupné na internete. https://theses.cz/id/zp827y/diplomov_praca.pdf.

SLÁMKOVÁ A. et al. *Paliatívna starostlivosť v holistických dimenziách*. 1.vyd. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa. 2017, 232 s. ISBN 978-80-558-1170-3.

ŠERFELOVÁ R. Hodnotenie záťaže a kvality života rodín v paliativnej starostlivosti. [online]. 2018; [citované 2018-20.09]. Dostupné na internete. <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2011/01/07.pdf>.

ŠERFELOVÁ R. Kvalita života opatrovateľa v starostlivosti o zomierajúceho: psychomotorické vlastnosti a nástroja. [online]. 2018; [citované 2018-22.09]. Dostupné na internete. http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-3/1_serfelova.pdf

ŠIP M., ŠIPOVÁ M. *Kvalita ľudského života v kontexte paliatívnej starostlivosti*. 1.vyd. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2014. 160 s. ISBN 978-80-555-1223-5.

VAĐUROVÁ H. Kvalita života pečovateľů o děti s onkologickým onemocněním. [online]. 2018; [citované 2018-10.08]. Dostupné na internete. http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/vadurova_cze.pdf

VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Recenzované abstrakty z vedeckej konferencie

XI. Trenčiansky ošetrovateľský deň

konanej dňa
10. apríla 2019 v Trenčíne

KAM KRÁČA SLOVENSKÉ OŠETROVATEĽSTVO

GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ Helena

hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR pre odbor Ošetrovateľstvo

Ošetrovateľstvo zahŕňa autonómnu a spolupracujúcu starostlivosť o jednotlivcov všetkých vekových kategórií, rodiny, skupiny a komunity vo všetkých prostrediach. Zahŕňa podporu zdravia, prevenciu chorôb. To je časť z charakteristiky ošetrovateľstva Svetovou zdravotníckou organizáciou. Koncepcia odboru Ošetrovateľstvo uvádza, že Ošetrovateľstvo je samostatný odbor, ktorého záujmom je osoba, rodina a komunita v zdraví a v chorobe. Ošetrovateľstvo je založené na vedeckých poznatkoch overených výskumom a je charakterizované: poskytovaním komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite zameranej na upevňovanie zdravia, podporu zdravia a navrátenie zdravia; udržiavaním a podporovaním telesného, duševného a sociálneho zdravia osoby, rodiny a komunity v súlade so sociálnym a ekologickým prostredím; holistickým prístupom k osobe, rodine a komunite. Centrom záujmu ošetrovateľskej starostlivosti je osoba, ako celostná bio-psycho-sociálna bytosť nachádzajúca sa v určitom prostredí a v určitom stave zdravia. Túto starostlivosť môže zabezpečiť regulované povolanie sestry, ktoré podľa požiadaviek Európskej únie musí mať odbornú prípravu 4600 hodín, podobne ako regulované povolanie lekár 5500 hodín. Povolanie praktická sestra s odbornou prípravou 2600 hodín a iným zameraním nemôže byť plnohodnotnou náhradou sestry. Odborníci v ošetrovateľstve v Európskom regióne – Európska federácia sestier (EFN) odporúčajú model 4-stupňového ošetrovania (Matrix 3+1), ktorý neporušuje smernice Európskej únie. Bol vytvorený na základe praxe založenej na dôkazoch. V uvedenom modeli sú tri kategórie sestier:

- kategória „všeobecná sestra alebo registrovaná sestra“ - General Care Nurse (RN),
- kategória je „sestra špecialistka“ - Specialist Nurse (SN),
- kategória „sestra s pokročilou praxou“ - Advanced Nurse Practitioner (ANP), kde spadá aj ozajstná praktická sestra s VŠ II. stupňa.

Označenie „+1“ v matici 3+1 je pozícia pre „zdravotníckeho asistenta“ - healthcare Assistant (HCA), ktorý môže vykonávať činnosti len v spolupráci so sestrou.

V slovenskej legislatíve bol rok 2018 a následne aj rok 2019 je turbulentným obdobím. Zmenila sa vyhláška, ktorá určuje rozsah praxe poskytovanej sestrou a pôrodnej asistentky. Historicky prvýkrát na Slovensku je sestra s pokročilou praxou. Ďalšou vyhláškou sa určil

minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, určili sa kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach. Ďalšou vyhláškou bol vydaný zoznam zdravotníckych pomôcok predpisovaných sestrou. Zmenili sa kritériá hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov. Nastali zmeny v sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. „Prílepkami“ zákonov sa najskôr premenoval zdravotnícky asistent na praktickú sestru, ktorá následne na ambulancii všeobecného lekára môže nahrádzať sestru. Podobne aj na pediatrickej ambulancii aj napriek tomu, že toto povolanie v rozsahu praxe mená výkony u novorodencov a značne sú obmedzené výkony u detských pacientov. Nový štátny vzdelávací program pre študijný odbor praktická sestra je zameraný na nové činnosti praktickej sestry - podávanie liekov per os a zhotovovanie EKG. Pôvodným účelom vytvorenia tohto študijného odboru bolo zabezpečiť poskytovanie základnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Európska komisia vidí problém v premenovaní zdravotníckeho asistenta na praktickú sestru i zvyšovanie kompetencií povolaniu praktická sestra. Európska komisia vyzvala Slovenskú republiku na odstránenie porušovania Smernice 2005/36/ES a nadväzujúcej Smernice 55/2013/EÚ. V zahraničí praktická sestra – Practise Nurse alebo Nurse practitioner je najvyššia kategória sestry, je sestra s pokročilou praxou, ktorá má magisterský titul alebo doktorát a venuje sa predovšetkým podpore a udržiavaniu zdravia prostredníctvom diagnostiky a liečby akútnych ochorení a chronických ochorení. Štatistiky uvádzajú, že na Slovensku máme prvýkrát stav populácie, keď je viac seniorov ako detí. Máme nedostatok lekárov, sestier i ďalších zdravotníckych pracovníkov. Uvedený nedostatok ošetrovateľského personálu je celosvetový problém. Demografický trend starnutia populácie uvedený problém robí ešte akútnejším. Medzinárodná rada sestier a Svetová zdravotnícka organizácia s cieľom zabezpečiť dostupnú zdravotnú starostlivosť vo svete vyhlásila kampaň Nursing Now na podporu ošetrovateľstva. Podobne Medzinárodná rada sestier s podporou Svetovej zdravotníckej organizácie v tomto roku vyhlásila pre medzinárodný deň sestier heslo: „Sestry: hlas v popredí – zdravie pre všetkých.“ Annette Kennedy, predsedníčka Medzinárodnej rady sestier, podčiarkla, že Rok sestry a pôrodnej asistentky (2020) bude cesta k zvýrazneniu potreby vzdelaných sestier a odstraňovaniu prekážok rozvoja pokročilých ošetrovateľských úloh, ktoré sa ukázali ako vysoko účinné pri rozširovaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Sestra. Ošetrovateľstvo. Legislatíva.

ÚLOHA SESTRY V PREVENCII ZUBNÉHO KAZU U DETÍ

GUNÁROVÁ Kristína, Gerlichová Katarína

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Východiská: V príspevku sme poukazujeme na faktory, podieľajúce sa na ochoreniach dutiny ústnej, ale aj na priebeh vyšetrenia v stomatologickej ambulancii a na preventívne opatrenia, ktoré napomáhajú predchádzať ochoreniu. Iba sestra, ktorá sa plne orientuje v danej problematike, môže poskytnúť rodičom informácie, ako sa správne starať o chrup ich dieťaťa a predchádzať vzniku zubného kazu.

Ciele: Cieľom prieskumu bolo zistiť, aká je úloha sestry v prevencii zubného kazu u detí a aká je úroveň vedomostí rodičov v starostlivosti o chrup dieťaťa. Čiastkovými cieľmi práce bolo zistiť, ako sú rodičia informovaní o vhodnej starostlivosti o chrup dieťaťa a o výbere správnych pomôcok, zistiť poznatky rodičov o preventívnych opatreniach pred zubným kazom a poukázať na ich kľúčovú úlohu v starostlivosti, zistiť, či je úloha sestry v prevencii zubného kazu u detí dostatočná a poukázať na iné zdroje informácií podieľajúcich sa na prevencii.

Vzorka: Vzorku prieskumu tvorilo 62 respondentov – rodičov, ktorí majú dieťa vo veku od troch do desať rokov.

Metódy: Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval dvadsaťosem otázok.

Výsledky: 70,97 % respondentov uviedlo, že dieťa do 18 rokov má zubnú preventívnu prehliadku absolvovať dva krát ročne, len 62,90 % detí respondentov ju aj naozaj absolvuje. Správnu odpoveď, že hlavička detskej zubnej kefy byť menšia označilo 87,10 % respondentov a že štetiny detskej zubnej kefy majú byť mäkké, označilo 83,87 % opýtaných respondentov. Negatívnym zistením bolo, že len 25,80 % respondentov uviedlo, že svojmu dieťaťu mení zubnú kefku vždy, keď je poškodená. Taktiež menej ako polovica (48,39 %) opýtaných respondentov pravidelne dočisťuje a kontroluje zuby ich dieťaťu po umytí. Pozitívnym zistením bolo, že 69,35 % opýtaných respondentov uviedlo, že ich sestra v ambulancii stomatológa poučila o možnostiach prevencie. Denná strava dieťaťa obsahuje ovocie u 85,48 % respondentov, zeleninu u 70,97 % respondentov a mliečne výrobky u 79,03 % respondentov. Cukrovinky a sladené vody sa nachádzajú v dennej strave u 61,29 % detí opýtaných respondentov.

Záver: Hlavnou úlohou sestry v prevencii zubného kazu u detí je edukačná funkcia. Je dôležité aby boli rodičia dostatočne informovaní o preventívnych opatreniach pred vznikom zubného kazu u ich detí a aktívne sa na nich podieľali.

Kľúčové slová: Prevencia. Zubný kaz. Orálna hygiena. Pomôcky v dentálnej hygiene. Sestra. Edukácia.

HOSPITALIZÁCIA PACIENTOV NA ODDELENIE ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY BEZPROSTREDNE PO OPERAČNOM ZÁKROKU

JANUŠKOVÁ Eva¹, MATIŠÁKOVÁ Iveta²

¹ Svet zdravia Nemocnica Topoľčany, a.s.

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

Východiská: Vývoj intenzívnej medicíny vychádza na základe skúseností z pooperačných oddelení najmä z potreby špeciálnej starostlivosti o chorých so zlyhávajúcou ventiláciou. Stav a následná starostlivosť o pacientov po operačnom zákroku závisí od rozsahu operačného zákroku a pridružených ochorení. K indikácii prijmu pacientov na oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny dochádza najčastejšie u polymorbidných pacientov, nestabilných pacientov a taktiež u pacientov po rozsiahlych, dlhotrvajúcich, alebo komplikovaných operačných výkonoch.

Ciele: Cieľom príspevku bolo prezentovať najčastejšie príčiny vzniku kritického stavu pacientov bezprostredne po operačnom zákroku v súvislosti s pohlavím a vekom.

Súbor a metódy: Výskum sme vykonali v nemocnici v Topoľčanoch. Výskumnú vzorku tvorili všetci pacienti, ktorí boli prijatí na oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny bezprostredne po operačnom zákroku za obdobie 5 rokov v celkovom počte 236 pacientov, z toho mužov bolo 125 a žien 111. Metódou zberu dát bola retrospektívna analýza dokumentov. Získané údaje sú následne spracované a štatisticky overené pomocou Fisherovho exaktného testu a výpočtu chí-kvadrátového testu.

Výsledky: Najčastejšiu príčinu vzniku kritického stavu bezprostredne po operačnom zákroku tvorí diagnóza akútna respiračná insuficiencia v celkovom počte 102 pacientov, pričom počet pacientov s jednotlivými diagnózami, ktoré sú príčinou vzniku kritického stavu po operačnom zákroku je nasledovný: funkčná porucha srdca – 31 pacientov, nádorové ochorenia – 29 pacientov, šokové stavy – 27 pacientov, zápalové ochorenia GITu – 23 pacientov, ileus – 15 pacientov, krvácanie – 9 pacientov. Priama súvislosť medzi vznikom kritického stavu bezprostredne po operačnom zákroku a pohlavím sa štatisticky nepotvrdila a zároveň neexistuje ani priama súvislosť medzi vznikom kritického stavu po operačnom zákroku a vekom pacientov.

Záver: Počet pacientov v kritickom stave bezprostredne po operačnom zákroku sa zvyšuje so stúpajúcim

vekom s maximom výskytu vo veku 65-80 rokov a prudkým poklesom vo vekovom období nad 80 rokov. Pri rozdelení pacientov do dvoch vekových kategórií, a to obdobie dospelosti a obdobie staroby sme zistili, že v oboch kategóriách dochádza k prevahe pacientov mužského pohlavia. Na základe rozdelenia pacientov podľa príčiny vzniku kritického stavu pacientov bezprostredne po operačnom zákroku sme zistili, že jedine zápalové ochorenia gastrointestinálneho traktu sa vyznačujú vyšším počtom žien, pričom vo všetkých ostatných prípadoch je prevaha mužov. Vznik akútnej respiračnej insuficiencie, ako najčastejšej príčiny v zastúpení 43 % pacientov je aj podľa výsledkov zahraničných štúdií následok nedodržaných preventívnych opatrení pred plánovaným operačným zákrokom, ako sú vylúčenie fajčenia, správne zhodnotenie a adekvátna liečba už existujúceho chronického respiračného ochorenia, odstránenie infekcií dýchacích ciest vhodnou antibiotickou liečbou.

Kľúčové slová: Kritický stav. Operačný zákrok. Intenzívna starostlivosť. Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny. Ošetrovateľská starostlivosť.

APLIKÁCIA HYPERBARICKEJ OXYGENOTERAPIE V LIEČBE NÁHLEJ STRATY SLUCHU

KRAJČOVIČOVÁ Zdenka¹, ZIGO Rastislav²,
MELUŠ Vladimír¹

¹ *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín*

² *Fakultná nemocnica Trenčín, Trenčín*

Hyperbarická oxygenoterapia (HBOT) má výrazný terapeutický potenciál pre široké spektrum ochorení vrátane jej aplikácie v liečbe náhlej senzorieurálnej straty sluchu (*z angl.* Sudden Sensorineural Hearing Loss; SSNHL). Výsledky našich štúdií jednoznačne preukázali vplyv HBOT na výsledný efekt liečby, ktorá štandardne využíva predovšetkým kortikoidnú a hemoreologickú farmakoterapiu kontrolná skupina). Účinnosť liečebných protokolov bola štatisticky významná ($p < 0,001$) v kontrolnej skupine i v skupine s HBOT, avšak doplnenie liečby o HBOT štatisticky významne zvýšilo účinok farmakoterapie ($p < 0,001$) o 11,5 dB. Z nami získaných výsledkov ďalej vyplýva, že doplnenie terapie SSNHL o HBOT výrazne zvýšilo mieru zlepšenia priemerného sluchového prahu vo všetkých siedmich sledovaných frekvenciách v rozsahu od 250 do 8000 Hz ($p < 0,001$), zatiaľ čo v kontrolnej skupine bol štatisticky významný priemerný sluchový zisk pozorovaný iba vo frekvenčnom pásme 1000 - 2000 Hz ($p = 0,01$). Miera zlepšenia sluchového prahu o 10 dB a viac je u HBOT probantov takmer dvojnásobná v porovnaní s kontrolnou skupinou

(61,7% vs. 26,6%). Zaujímavým je aj zistenie, že návrat sluchu do normy, t.j. plné uzdravenie pacientov, bolo pozorované iba v HBOT skupine. Naše výsledky podporujú možnosť optimalizácie liečby individuálne, v závislosti od typu a frekvenčného rozsahu sluchového postihnutia (tvar audiogramu). Ďalšie štúdie v tejto oblasti sú však nevyhnutné.

Kľúčové slová: Hyperbarická oxygenoterapia. Náhla senzorieurálna strata sluchu. Otorinolaryngológia.

Pod'akovanie

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

E-LEARNINGOVÁ INTERAKTÍVNA UČEBNICA OŠETROVATEĽSKÝCH INTERVENCIÍ – INTER- AKTÍVNA POMÔCKA PRI VÝUČBE OŠETROVATEĽSKÝCH POSTUPOV A TECHNÍK

POLIAKOVÁ Nikoleta, MASTILIAKOVÁ Dagmar,
MATIŠÁKOVÁ Iveta, GERLICOVÁ Katarína,
ŠIMOVCOVÁ Darina, BOBKOWSKA Michaela

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

Cieľom príspevku bolo prezentovať význam a využitie e-learningu vo výučbe ošetrovateľstva prostredníctvom novej E-learningovej interaktívnej učebnice ošetrovateľských intervencií. Dostupnosť vzdelávania, individuálny prístup, bezpečné prostredie a okamžitá spätná väzba sú benefity, ktoré prináša e-learning. E-learningová interaktívna učebnica ošetrovateľských intervencií je spoločným dielom kolektívu autorov Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne. Je dostupná všetkým študentom ošetrovateľstva na Slovensku. Vysvetľuje vybrané ošetrovateľské techniky v súvislosti s fázami ošetrovateľského procesu, dôraz kladie na oblasti posúdenia pacienta pred ošetrovateľskými intervenciami, súvislosť s ošetrovateľskými diagnózami a rozpracovanie ošetrovateľských intervencií v detailných krokoch s dôrazom na zdôvodnenie významu jednotlivých krokov. Elektronická publikácia je doplnená vlastnou fotodokumentáciou. Interaktívna časť pozostáva z množstva úloh a otázok, na základe ktorých študent získava okamžitú spätnú väzbu o kvalite nastudovaného obsahu. Cvičné úlohy štylizujú študenta do pozície sestry, a tak študent v bezpečnom virtuálnom prostredí trénuje ošetrovateľskú starostlivosť o virtuálneho pacienta. Cieľom e-learningovej učebnice je efektívny

on-line prístup k učebnému materiálu, rozvoj strategického a kritického myslenia, systémový prístup, výučba v súvislostiach, porozumenie postupom ošetrovateľských intervencií a v neposlednom rade sebahodnotenie študentov. E-learning vo výučbe sestier vnímame ako vhodný doplnkový modul k tradičnému vyučovaniu.

Kľúčové slová: E-learning. Interaktívna učebnica. Ošetrovateľské intervencie. Cvičné úlohy.

Pod'akovanie

Tento príspevok vyšiel s podporou projektu KEGA "E-learningová interaktívna učebnica ošetrovateľských intervencií" projekt č. 009TnUAD-4/2017.

OZÓN – MODERNÝ TREND DEZINFEKČIE PRI OŠETROVANÍ RÁN V DOMÁCOM PROSTREDÍ

SOKOL Rastislav, SKOPALOVÁ Viera

ADOS StarDOS, Trenčín

Východiská: Ozónová terapia je vo svete plne využívaná od 19. storočia. Medicínalný ozón je zmes kyslíka s ozónom, kde podstatnú časť tvorí kyslík. Používa sa v rôznych formách, ako plyn, ozonizovaná voda, krém alebo olej. Ozonoterapia sa využíva ako širokospektrálna liečebná metóda vzhľadom na antibakteriálne, antivírusové a antimykotické účinky ozónu. Pôsobí protizápalovo lokálne i systémovo. Má pozitívny vplyv na poruchy periférneho prekrvenia a hojenie rán. Ozón zvyšuje anti-oxidačnú obranu organizmu. Lieči únavový syndróm, potláča prejavy bolesti. Regeneruje organizmus. Prispieva k liečbe nádorových ochorení, chronických degeneratívnych chorôb, má regeneračný a energetický efekt po rádioterapii a chemoterapii. Ozónová liečba aktuálne nie je na Slovensku hrazená žiadnou poisťovňou.

Ciele: Cieľom štúdie bol zistiť proces hojenia chronických rán s využitím medicínskeho ozónu v domácom prostredí.

Súbor a metódy: Metódou štúdie boli kazuistiky 8 pacientov vo veku 68- 88 rokov, s chronickými ranami rôznej etiológie (6 pacientov bolo so syndrómom diabetickej nohy a 2 pacienti s ulcus cruris), u ktorých bola použitá liečba ozonoterapiou v domácom prostredí.

Výsledky: Výsledky jednoznačne poukazujú na podporu hojenia chronických rán u všetkých sledovaných pacientov. Rany sa nachádzali na dolných končatinách v rôznom štádiu hojenia, rôzneho rozsahu (od postihnutia palca na nohe, po rozsiahle vredy na predkolení). Ozónová terapia bola aplikovaná pomocou ozónového vaku. U všetkých sledovaných pacientov došlo k zlepšeniu procesu hojenia, zmenšeniu veľkosti rany, vyčisteniu spodiny a k procesu epitelizácie. Pacienti ozón tolerovali

bez problémov. Spolupráca s pacientmi bola dobrá. Proces zlepšenia bol zaznamenaný od 10 týždňov aplikácie po 8 mesiacov.

Záver: Liečba ozónom efektívne podporuje proces hojenia chronickej rany. Je dostupná, využiteľná v domácom prostredí pacienta, čo považujeme za výrazný benefit. Je potrebný systematický výskum a dokumentácia výsledkov ozonoterapie. Na základe pozitívnych výsledkov by bolo vhodné vyvinúť snahu o zaradenie do výkonov hrazených zdravotnou poisťovňou.

Kľúčové slová: Ozón. Chronické rany. Domáca ošetrovateľská starostlivosť.

OČKOVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

ŠIMURKA Pavol

*Fakultná nemocnica Trenčín a Fakulta zdravotníctva,
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
Trenčín*

Zdravotnícki pracovníci sú definovaní ako osoby, ktoré sa stretávajú „tvárou tvár“ s pacientmi. Je ním každý, kto pracuje v budove, kde sa pohybujú pacienti, každý zamestnanec zdravotníckeho zariadenia (pracovníci v laboratóriách) a tiež aj školitelia a dobrovoľníci. Dôvody očkovania zdravotníckych pracovníkov sú zdravotné, etické, ekonomické. Niektorí zamestnanci sú viac náchylní na určité infekcie v dôsledku prostredia, v ktorom pracujú. Preto majú nariadené povinné očkovanie, ktoré zabezpečuje zamestnávateľ spravidla prostredníctvom pracovnej zdravotnej služby alebo príslušných všeobecných lekárov. Patrí sem očkovanie proti TBC, hepatitíde A, hepatitíde B, kliešťovej encefalitíde a besnote. Mnohí zamestnanci sa pohybujú v prostredí, kde hrozí zvýšený kontakt s chorými osobami, zvieratami, alebo pracujú v prírode, kde je možnosť nákazy prostredníctvom hmyzu. Samotným očkovaním chránia títo zamestnanci jednak seba, ako aj svojich blízkych v rodine, pretože nedonesú infekciu do domáceho prostredia. Na druhej strane chránia aj osoby, s ktorými prichádzajú pri výkone svojej práce do kontaktu. Očkovanie proti chrípke u zdravotníkov chráni nielen ich samých, ale aj ich pacientov. Podobne očkovanie proti hepatitíde A u pracovníkov v potravinárstve znižuje pravdepodobnosť prenosu vírusov prostredníctvom nakazených potravín na spotrebiteľov. Očkovanie zdravotníckych pracovníkov proti chrípke je najvýznamnejšou prevenciou chrípkovej nozokomialnej nákazy. Zdravotnícki pracovníci majú zvýšené riziko získania infekcie, zvýšené riziko nakazenia pacienta a tiež zvýšené riziko nakazenia spolupracovníka a rodinného príslušníka. Pre niektoré profesie sú určené povinné očkovania, odporúčané očkovania sú aj pre

osoby so zvýšeným rizikom vybraných nákaz. Všeobecne je indikované očkovanie proti chrípke. Zaočkovanosť zdravotníckych pracovníkov proti chrípke je odrazom ich odborného uvedomenia a etického princípu k práci zdravotníka.

MOŽNOSTI URČENIA PRIORÍT V PREVENCII NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ

ŠTEFKOVIČOVÁ Mária^{1,2}, LITVOVÁ Slávka¹,
KOPILEK GARABÁŠOVÁ Miroslava¹,
MATIŠÁKOVÁ Iveta²

¹Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Trenčíne, Trenčín

²Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

Cieľ: Poukázať na závažnosť nozokomiálnych nákaz (NN) a rastúcej rezistencie baktérií na antiinfekčné látky. Vyzdvihnúť význam celoeurópskej spolupráce pri riešení uvedeného problému a na výhod z nej plynúcich. Poukázať na možnosti riešenia.

Metodika: Na zistenie dát o množstve a rozložení NN bolo použité bodové prevalenčné sledovanie (BPS) NN a užívania antibiotík (ATB). V roku 2017 bolo v poradí druhé sledovanie. Prvé prebiehalo v roku 2012 (päťročné intervaly). Na sledovanie bola použitá štandardizovaná metodika vypracovaná Európskym centrom pre prevenciu a kontrolu chorôb. Sledovanie prebiehalo v 50 nemocniciach v SR poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť. Okrem Slovenska bolo BPS vykonané vo všetkých krajinách EÚ/EFTA. Údaje boli zbierané na úrovni krajiny, nemocnice a na úrovni pacienta.

Výsledky: Prevalencia NN: Z 9145 sledovaných pacientov v 50 nemocniciach SR malo 370 pacientov nozokomiálnu nákazu (prevalencia 4,0 %) a 2641 pacientov (28,9 %) užívalo minimálne jeden druh antibiotika. Najvyššie hodnoty boli zistené na oddeleniach intenzívnej starostlivosti: prevalencia nozokomiálnych nákaz – 12,3 %, prevalencia užívania antibiotík – 53,9 %. Napriek tomu, že prevalencia NN na oddeleniach intenzívnej starostlivosti (OAIM a JIS) bola najvyššia, pacienti týchto oddelení tvorili len 5,2 % zo všetkých pacientov. Najčastejšie typy NN a mikroorganizmy: zo všetkých typov NN sa najčastejšie vyskytovali infekcie močového traktu (25,8 %), pneumónie a iné infekcie dolných dýchacích ciest (20,0 %), infekcie gastrointestinálneho traktu (16,9 %), infekcie v mieste chirurgického výkonu (12,5 %), infekcie krvného riečiska (6,6 %), infekcie oka, ucha, horných dýchacích ciest (6,6 %) a infekcie kože a mäkkých tkanív (3,6 %). Najčastejšie zisťovanými patogénmi boli *Clostridium difficile* (17,4 %), *Escherichia coli* (15,2 %), *Klebsiella* spp. (13,1 %) a *Staphylococcus*

aureus (9,5 %). Používanie antibiotík: Antibiotiká z dôvodu liečby alebo profylaxie užívalo 2641 (28,4 %) pacientov, z toho v 893 prípadoch užívali viac ako jeden druh. Polovica (50,0 %) antibiotík bolo podávaných na liečbu komunitnej infekcie, 13,7 % na liečbu nozokomiálnej infekcie a 1,8 % na liečbu infekcií súvisiacich s poskytovaním dlhodobej starostlivosti. Z dôvodu chirurgickej profylaxie bolo ordinovaných 17,5 % antibiotík. Chirurgická profylaxia presahujúca 1 deň bola zistená v 77,9 % takto podávaných antibiotík. Najpoužívanejšia skupina antimikrobiálnych látok podľa ATC 4 boli fluorochinolóny (20,4 %), najmä z dôvodu liečby (23,1 %). Z dôvodu chirurgickej profylaxie boli najčastejšie indikované cefalosporíny prvej generácie (20,4 %), kombinácie penicilínov vrátane inhibítorov betalaktamáz (15,5 %) a cefalosporíny druhej generácie (13,6 %). Z dôvodu medicínskej / nechirurgickej profylaxie sa najčastejšie používali fluorochinolóny (18,1 %). Rizikové faktory: zo 7990 sledovaných pacientov (pacientov zaradených v štandardnom protokole, t.j. 48 nemocníc) malo 68,5 % pacientov v čase sledovania zavedenú invazívnu zdravotnícku pomôcku, z toho periférny vaskulárny katéter (46,2 %), močový katéter (15,9 %) centrálny vaskulárny katéter (4,7 %) alebo boli intubovaní (1,7 %). U všetkých sledovaných pomôcok u pacientov so zavedenou invazívnou zdravotníckou pomôckou bola prevalencia NN a prevalencia užívania antibiotík vyššia ako u pacientov bez nej.

Záver: Nárast antibiotickej rezistencie a s tým súvisiaci výskyt nozokomiálnych nákaz predstavuje jednu z najväčších výziev v 21. storočí. Výkon bodového prevalenčného sledovania NN a užívania ATB v pravidelných intervaloch predstavuje účinný nástroj na zisťovanie reálnych dát o množstve a rozložení a trende výskytu NN a užívania antibiotík (ATB), ale aj o procesových a štrukturálnych indikátoroch ich vzniku. Poznať štrukturálne a procesové indikátory predstavuje základnú podmienku na určenie priorít v prevencii NN a ovplyvňovaní nárastu ATB rezistencie. Všetky krajiny s vysokým nárastom ATB rezistencie by mali prijať striktné pravidlá pre používanie ATB v nemocniciach a komunite, určiť varovnú (kritickú) zónu rezistencie, pri ktorej je potrebné prijať urgentné opatrenia, minimálny zlatý štandard pre kontrolu nozokomiálnych nákaz by mal byť povinne zavedený vo všetkých nemocniciach. Krajiny by mali mať definované kurikulum pre prevenciu a kontrolu NN a pre antibiotický stewardship, ktoré by malo byť súčasťou učebných plánov na lekárske fakultách a fakultách ošetrovateľstva. Veľký význam má aj nastavenie adekvátnych indikátorov na monitorovanie implementácie a efektivity intervencií. Krajiny by na základe výzvy WHO mali urýchlene pripraviť Akčné plány prevencie a kontroly NN. Významnú úlohu v riešení tejto zložitej situácie by mal zohrať aj Európsky parlament, podobne ako tomu je v oblasti riešenia znečistenia ovzdušia, kde prijal záväzné normy pre ovzdušie.

Kľúčové slová: Bodové prealenčné sledovanie. Prevencia nozokomiálnych nákaz. Antibiotická rezistencia. Možnosti riešenia.