



**ELEKTRONICKÝ, RECENZOVANÝ, VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
PRE OŠETROVATEĽSTVO**



2012
Ročník 2, číslo 1
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

asist. prof. Dr. Esma Demirezen

Saglik Bilimleri Fakultesi, Istanbul Universitesi, Istanbul

doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Mgr. Elena Gurková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotníckých vied, Univerzita Palackého v Olomouci

doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

prof. PhDr. Valéria Tóthová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

prof. Tony Warne

School of Nursing & Midwifery, University of Salford

Zodpovední redaktori

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

Web: <http://www.osetrovatelstvo.eu>

Vydavateľstvo Osveta, spol. s r. o., Jilemnického 57, 036 01 Martin, Slovenská republika

Tel.: 043 4210970

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

OBSAH

EDITORIÁL

Tony Warne 4

VNÍMÁNÍ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE SESTRAMI A PACIENTY CHIRURGICKÝCH ODDĚLENÍ

Darja Jarošová, Hana Tomášková, Eva Janíková, Yveta Vrublová, Renáta Zeleníková,
Evrídiki Papastavrou 5

PREVENCE KONTAMINACE BĚHEM INFUZNÍ TERAPIE

Andrea Pokorná, Kateřina Dvořáková 11

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S KONFLIKTOM V ROZHODOVANÍ

Alica Slamková, Mária Boledovičová 20

VÝSKYT AGRESIE PACIENTOV VOČI SESTRÁM - PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI MERACIEHO NÁSTROJA

Martina Lepiešová, Juraj Čáp, Katarína Žiaková, Mária Nemčeková 26

IDENTIFIKACE PROBLÉMŮ A STANOVENÍ PŘÍSLUŠNÝCH INTERVENCI U RODIČŮ SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ POMOCÍ METODY EBN

Ivana Olecká, Naděžda Špatenková 33

EDITORIÁL

Potešilo ma, keď som dostal ponuku, aby som sa stal členom redakčnej rady. Pokladám za výsadu, že sa môžem podieľať na pokuse o zmenu v tom, ako informovať o našom výskume a využívať ho na zlepšenie liečby a starostlivosti o pacientov, ich rodiny a komunity. Po prvý raz som prišiel na Slovensko rok po tom, čo Brykczynska (1995) vydala svoju správu o stave ošetrovateľstva v strednej Európe. Bola to vzrušujúca skúsenosť. V roku 1996 som sa zúčastnil 2. medzinárodného kongresu o vzdelávaní v ošetrovateľstve a odvtedy sa stále vraciam. Podľa mojich skúseností je konferencia prostriedkom na prezentáciu výskumu a iných vedeckých aktivít vykonávaných pedagógmi i odborníkmi z praxe, tých, čo sú zodpovední za riadiace služby, ako aj tých, čo majú na starosti rozvoj politiky zdravotnej starostlivosti. Prezentácia práce v oblasti ošetrovateľstva má dobrý ohlas a pre niektorých je kongres aj prvou príležitosťou na to, aby sa o skúsenosti zo svojej práce podelili so širšou škálou kolegov. Hoci moje znalosti slovenčiny sú dosť obmedzené, mnohé prezentácie sú, našťastie, v angličtine, a vždy je k dispozícii odborný simultánny tlmočník. Mám pocit, že na konferenciách som vítaný, a mám aj to šťastie, že môžem prezentovať vlastnú prácu v oblasti starostlivosti o duševné zdravie a vzdelávania sestier. Vždy sa veľa dozviem a po 16 rokoch vidím čoraz vyššiu spokojnosť s tým, ako sa vnímajú a prezentujú naše úspechy v ošetrovateľstve. Toto je dôležitý aspekt konferencie a aj tohto nového časopisu.

Časopis poskytuje priestor pre empirické výskumné štúdie a aj pre štúdie, ktoré predstavujú zmeny v poskytovaní liečby a zásahov, v organizácii služieb a v poskytovanej starostlivosti. Podobne je to aj príležitosť prezentovať nové myšlienky o tom, ako sestry pripravovať do praxe a ako si môžu zvyšovať vzdelanie a zručnosti. Myslím si, že pokiaľ ide o vzdelávanie, prax a výskum v ošetrovateľstve, stále je o čom hovoriť. V našej profesii potrebujeme nájsť ďalšie spôsoby, ako sa lepšie dostať do povedomia a zvýšiť informovanosť o našej práci. Dnes na Slovensku pracuje okolo 35 000 sestier, pričom počet tých vysokoškolsky vzdelaných vzrástol od roku 2000 o 1 500 %, kým všetky ostatné zdravotnícke povolania v tomto smere zostali na pôvodnej úrovni (Szalay et al., 2011). Preto je hlas sestier neustále silnejší. Keďže poskytovanie zdravotnej starostlivosti je ovplyvnené širšími medzinárodnými hospodárskymi problémami, ktorým čelí každý štát, je veľmi dôležité využiť tento hlas na zabezpečenie toho, aby nové spôsoby práce (často s použitím nižších zdrojov) negatívne neovplyvnili poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a liečby. Dúfam, že časopis v tomto smere pomôže, a teším sa na to, že si o práci sestier na Slovensku prečítam viac.

Tony Warne

Professor in Mental Health Care
University of Salford, School of Nursing, Midwifery & Social Work

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BRYKCYNSKA, G. 1995. *Nursing in Central Europe*. London : Florence Nightingale Foundation, 1995.
SZALAY, T. – PAŽITNÝ, P. – SZALAYOVÁ, A. – FRISOVÁ, S. – MORVAY, K. – PETROVIČ, M. – VAN GINNEKEN, E. 2011. Slovakia : Health system review. In *WHO Health Systems in Transition*, 2011, vol. 13, no. 2, pp. 1–200.

VNÍMÁNÍ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE SESTRAMI A PACIENTY CHIRURGICKÝCH ODDĚLENÍ

Darja Jarošová*, Hana Tomášková*, Eva Janíková*, Yveta Vrublová*,
Renáta Zeleníková*, Evridiki Papastavrou**

* Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

** Cyprus University of Technology, School of Health Sciences

Abstract

JAROŠOVÁ, D. – TOMÁŠKOVÁ, H. – JANÍKOVÁ, E. – VRUBLOVÁ, Y. – ZELENÍKOVÁ, R. – PAPASTAVROU, E. Perception of Individualized Care by Nurses and Patients from Surgical Departments. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 5–10. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/vnimani-individualizovane-pece-sestrami-a-pacienty-chirurgickych-oddeleni>.

Aim: The aim of this study was to determine perceptions of individualized care by nurses and patients, to determine relationships between demographic characteristics and perceptions of individualized care, and to compare the differences between nurses and patients.

Methods: A descriptive correlation study. The research sample consisted of a group of 185 nurses and 279 patients surgical departments of four hospitals in Ostrava and its surroundings. Data were collected in fall 2009 using standardized instrument ICS with two versions for nurses and patients (Suhonen et al., 2005).

Results: Measuring instrument with three subscales were used simultaneously for nurses (nurse-ICS) and patients (ICS-patient), evaluation was done using the Likert scale (1–5). Patients perceived that nurses are generally supporting their individuality during nursing care. Nurses assessed the perceptions of individualized care in all areas by higher average score than patients ($p < 0.01$). The most neglected areas in both groups was the patient's personal life situation. Strong influence of demographic characteristics of patients and nurses in their perceptions of individualized care was not proven. Guest perceptions of individualized care were more positive in patients with shorter hospital stay and patients who were admitted to the hospital as planned. There were no significant differences in perception of individuality and individualized care among hospitals.

Conclusion: The results of this study showed differences in the perception of individuality and the patient's individualized care between nurses and patients. ICS is a useful tool for assessing perceptions of individualized nursing care in the Czech environment.

Keywords: individualized care, nurses, patients, surgical departments, ICS questionnaire

ÚVOD

Ošetrování každého člověka jako jedinečné osobnosti je základní hodnotou ošetrovatelské péče (ICN, 2006), která vychází z konceptu individualizované péče. V teoretické literatuře je individualizovaná péče popisována jako hlavní komponenta ošetrovatelství (Meleis, 1991) a jako nejdůležitější princip klinické praxe (Peplau, 1952; King, 1981). Již v šedesátých letech minulého století Levine (1967) upozorňovala, že hlavní koncept ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta je založen na individualizaci pacienta a jeho péče. Individualizovaná péče má v ošetrovatelství dlouhověkou tradici (Suhonen et al., 2002), zatím však není dostatek informací o tom, v jakém rozsahu je individualizovaná péče implementována, o efektu takto poskytované péče a také o faktorech, které mají vliv na poskytování individualizované péče sestrami. Sestry i pacienti považují poskytování individualizované péče za velmi důležitý aspekt ošetrovatelství (Teeri et al., 2006; Dehn, 2007; Radwin, 2000; Suhonen et al., 2002). Přestože je koncept individualizované péče zkoumán již od devadesátých let minulého století, individualizovaná péče z pohledu pacienta je poměrně novou oblastí ošetrovatelského výzkumu (Suhonen et al., 2002). Percepce kvality ošetrovatelské péče je důležité sledovat u pacientů i u sester. Nejen tedy měřit, jak pacient jako příjemce vnímá atributy ošetrovatelské péče, ale současně zjišťovat, zda sestry, které o něho pečují, vnímají poskytovanou péči stejně. Prezentované šetření bylo součástí mezinárodní komparativní studie koordinované Kyperskou technickou univerzitou (2009–2010).

CÍL

Cílem kvantitativní, deskriptivní korelační studie bylo zjistit, jak vnímají individualizovanou péči sestry a pacienti chirurgických oddělení, zjistit vztahy mezi demografickými charakteristikami sester a pacientů a jejich percepcí individualizované péče a porovnat výsledky mezi sestrami a pacienty. Dále zjistit, jak vnímají poskytování individualizované péče sestry a pacienti z různých nemocnic.

SOUBOR

Data byla sbírána standardizovaným nástrojem *Individualised Care Scale* (ICS) u sester ($n = 185$) a pacientů ($n = 279$) chirurgických oddělení čtyř nemocnic Ostravy a okolí. Sestry a pacienti byli osloveni na základě definovaných vstupních kritérií (pacienti starší 18 let, hospitalizovaní na chirurgických odděleních minimálně 48 hodin, souhlas se zapojením do výzkumu; sestry – registrovaná sestra pracující na chirurgickém oddělení, minimálně jeden rok klinické praxe). Celkem bylo rozdáno 350 dotazníků pacientům (78 % návratnost) a 215 dotazníků sestrám (86 % návratnost).

Pacienti (muži 54 %, ženy 46 %) o průměrném věku 51,6 let ($SD = 17,5$) byli ve větší míře přijati na chirurgická oddělení plánovaně (62 %) s průměrnou dobou hospitalizace 10,6 dne ($SD = 9,7$). Operační zákrok byl proveden u 212 pacientů (79 %), polovina respondentů hodnotila svůj zdravotní stav jako velmi dobrý nebo dobrý, většina z nich již měla předchozí zkušenosti s pobytem v nemocnici (73 %). Většina sester (98 % ženy) o průměrném věku 34 let ($SD = 10,8$) byla zaměstnána v plném pracovním poměru. Průměrná délka ošetrovatelské praxe sester byla 12,5 let ($SD = 10,6$), převažovalo středoškolské odborné vzdělání (73 %). Nejčtenější skupinou byly sestry ve věku do 29 let (40 %).

METODIKA

Pro sběr dat byl použit standardizovaný měřicí nástroj *Individualised Care Scale* s verzí pro pacienty (*ICS-patient*) a sestry (*ICS-nurse*) (Suhonen et al., 2005, 2008, 2010). Obě verze byly navrženy pro zkoumání názorů pacientů a sester na individualizovanou péči. Každá verze dotazníku se skládá ze dvou částí: ICS-A je zaměřena na to, jak je při ošetrovatelských aktivitách podporována individualita pacienta, ICS-B zjišťuje, zda je poskytována individualizovaná ošetrovatelská péče. Obě škály obsahují tři stejné subškály: 1. klinická situace pacienta při hospitalizaci (7 položek), 2. osobní životní situace pacienta před hospitalizací (4 položky) a 3. kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče (6 položek). Respondenti hodnotí každou položku obou částí dotazníku na pětibodové Likertově škále (od 1 = naprosto nesouhlasím po 5 = naprosto souhlasím).

Sběr dat byl realizován současně ve všech zapojených nemocnicích (Fakultní nemocnice Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, Vítkovická nemocnice Ostrava, Nemocnice Frýdek-Místek) v období od 1. 9. do 30. 11. 2009. Na všech chirurgických odděleních a stanicích byly umístěny speciální zapečetěné boxy, kde sestry a pacienti odevzdávali dotazníky. Souhlas s výzkumem vyslovily etické komise všech nemocnic. Data byla sbírána podle etických standardů sběru dat (European Union, 2008). Participanti splňující kritéria pro zapojení do výzkumu, byli informováni o povaze a účelu studie a byli požádáni o informovaný souhlas k účasti (převodní dopis). Účast ve výzkumu byla dobrovolná – za udělení souhlasu se zapojením do výzkumu bylo považováno vyplnění a odevzdání dotazníků.

Data byla analyzována statistickým softwarem STATA v. 10. Pomocí deskriptivní statistiky (průměr, směrodatná odchylka, absolutní a relativní četnosti) byly zpracovány demografické proměnné, položky a škály. T-test byl zvolen pro zjištění vztahů mezi demografickými charakteristikami a hodnocenými položkami dotazníku, k porovnávání percepcí individualizované péče mezi sestrami a pacienty. Při srovnávání tří a více proměnných byla použita analýza rozptylu (ANOVA). Statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

VÝSLEDKY

Vnímání individualizované péče – pacienti

První částí nástroje ICS-A (verze pacient) hodnotili pacienti, jak byla podporována jejich individualita ošetřujícími sestrami. Pacienti celkově hodnotili, že sestry jejich individualitu podporovaly (průměr = 3,54, $SD = 0,86$). Pacienti

vnímali, že sestry najčastejšie podporovali jejich *individuálnu klinickú situáciu* (průměr = 3,70, SD = 0,92) a naopak najmenej často jejich *osobnú životnú situáciu* (průměr = 3,20, SD = 1,07). Ve druhej časti nástroje ICS-B (verze pacient) se pacienti vyjadřovali, zda vnímali svoju péču jako individualizovanou. Pacienti stejně jako v první části nástroje zhodnotili celkově svoju ošetrovateľskú péču jako individualizovanou (průměr = 3,76, SD = 0,76). Nejvýraznejší podporu pocíťovali v aktivitách *kontroly nad svým rozhodovaním v průběhu péče* (průměr = 3,93, SD = 0,73) a nejmenší opět v oblasti *osobní životní situace* (průměr = 3,48, SD = 1,18). Většina oslovených pacientů souhlasila nebo silně souhlasila s tvrzením „Sestry se ujistily, že jsem porozuměl/a pokynům, které jsem obdržel/a v nemocnici“ (77 %) a „Sestry mi umožnily přijmout zodpovědnost za svoju péču, pokud jsem toho byl/a schopen/a“ (75 %).

Vnímání individualizované péče – sestry

Sestry hodnotily individualizovanou péču stejnými položkami jako pacienti sesterskou verzí ICS. Jejich hodnocení bylo oproti pacientům celkově vyšší ve všech škálách i subškálách nástroje. V první části ICS-A vnímaly podporování individuality podobně jako jejich pacienti – sestry vnímaly, že nejvíce podporují individualitu pacienta v jeho *individuální klinické situaci* (průměr = 4,28, SD = 0,56) a najmenej v oblasti *osobní životní situace pacienta* (průměr = 3,20, SD = 1,07). Ve druhej části ICS-B se pak sestry vyjadřovali, zda a v jakém rozsahu poskytovaly individualizovanou péču pacientům během jejich ošetrovateľských intervencí. Celkové průměrné hodnocení sester bylo vyšší - sestry vyhodnotily, že individualizovanou péču pacientům poskytují, a to zejména v oblasti *individuální klinické situace pacienta* (průměr = 4,33, SD = 0,54) a v oblasti *kontroly pacienta nad svým rozhodovaním v průběhu* (průměr = 4,17, SD = 0,60). Stejně jako u pacientů většina sester souhlasila nebo silně souhlasila se stejným tvrzením „Pacientovi jsem podala pokyny a hovořila tak, aby mi snadno rozuměl“ (90 %) a „Ujistila jsem se, že pacient porozuměl pokynům, které obdržel“ (89 %).

Porovnáním hodnocení individualizované péče mezi sestrami a pacienty dvou výběrovým t-testem (tab. 1) byly ve všech položkách a škálách měřícího nástroje potvrzeny statisticky významné rozdíly ($p < 0,001$). Největší rozdíly mezi percepcí sester a pacientů byly nalezeny v podpoře individuality v oblasti *osobní životní situace pacienta* (průměr_{sestry} = 3,20, SD = 1,07; průměr_{pacienti} = 3,94, SD = 0,68). Sestry (průměr = 4,12, SD = 0,52) celkově hodnotily vnímanou individualizovanou péču signifikantně lépe než pacienti (průměr = 3,54, SD = 0,86).

Tab. 1. Vnímání individualizované péče – komparace sester a pacientů (t-test)

Subškály dotazníku	Pacienti			Sestry			t-test	p
	n	m	(SD)	n	m	(SD)		
Podpora individuality pacienta (ICS-A)	251	3,54	(0,86)	175	4,12	(0,52)	7,88	< 0,001
ICS-A1	262	3,70	(0,92)	176	4,28	(0,56)	7,48	< 0,001
ICS-A2	269	3,20	(1,07)	176	3,94	(0,68)	8,13	< 0,001
ICS-A3	262	3,58	(0,89)	177	4,05	(0,61)	6,16	< 0,001
Vnímání individuality pacienta během péče (ICS-B)	237	3,76	(0,76)	158	4,17	(0,54)	6,25	< 0,001
ICS-B1	251	3,84	(0,79)	169	4,33	(0,54)	7,03	< 0,001
ICS-B2	244	3,48	(1,18)	168	3,90	(0,71)	4,12	< 0,001
ICS-B3	252	3,93	(0,73)	169	4,17	(0,60)	3,52	< 0,001

n – počet respondentů, kteří danou položku vyplnili, m – průměr, SD – směrodatná odchylka, p – statistická významnost ($\alpha=0,05$), **A1(B1)** – klinická situace pacienta, **A2(B2)** – osobní životní situace pacienta, **A3(B3)** – kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče

Demografické proměnné a percepcie individualizované péče

Zjištěná demografická data sester a pacientů byla porovnáována s jednotlivými subškálami ICS nástroje (t-test, ANOVA). U pacientů byly potvrzeny statisticky významné rozdíly v percepci individualizované péče pouze v souvislosti s hospitalizací - s délkou hospitalizace a s indikací k hospitalizaci. Vyjma subškály ICS-B *kontrola pacienta nad svým rozhodováním v průběhu péče* byly u všech subškál nástroje nalezeny signifikantní rozdíly ($p = 0,012$ až $0,000$). Ve všech případech hodnotili vnímání individuality a individualizovanou péču lépe pacienti, kteří byli umístěni v nemocnici déle než týden. Pacienti, kteří byli přijati do nemocnice akutně, vnímali podporu své individuality hůře než pacienti, kteří byli přijati plánovaně ($p = 0,02$ až $0,04$). Demografická data sester neměla v zásadě vliv na jejich percepci poskytované individualizované péče. Pouze sestry s klinickou praxí 21–30 let hodnotily

podporu individuality pacienta v oblasti *kontroly nad rozhodovaním pacienta v průběhu péče* hůře než sestry s praxí kratší i delší ($p = 0,008$).

Percepce individualizované péče pacienty a sestrami podle nemocnic

Analýzou rozptylu (ANOVA) byla porovnáována průměrná hodnocení individualizované péče podle příslušných nemocnic, kde byli pacienti hospitalizováni a kde sestry pracovaly. Statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi nebyly nalezeny. Průměrná hodnocení jednotlivých subškál i celkových škál se sice podle nemocnic lišila, avšak pouze v řádech desetinných míst (tab. 2). Rozdíly mezi hodnocením sester byly nepatrné, výraznější rozdíly byly v hodnocení pacientů. Pacienti z Nemocnice Frýdek Místek hodnotili podporu a poskytování individualizované péče nejnižším skórem (průměr_{ICS-A} = 3,07, SD = 1,0; průměr_{ICS-B} = 3,29, SD = 0,91), pacienti hospitalizovaní ve Vítkovické nemocnici nejvyšším (průměr_{ICS-A} = 4,02, SD = 0,81; průměr_{ICS-B} = 4,13, SD = 0,40). Oblast *osobní životní situace pacienta* byla ve studii celkově nejhůře hodnocenou sestrami i pacienty všech zapojených nemocnic. Sestry i pacienti všech nemocnic shodně vnímali, že individualita pacienta byla podporována nejvíce v oblasti *individuální klinické situace pacienta* (škála ICS-A). Rozdíly se pak projevíly v hodnocení poskytované individuální péče a individuálního přístupu k pacientovi - sestry vnímaly jako nejlépe saturovanou oblast *individuální klinická situace pacienta*, pacienti zhodnotili nejlépe oblast *kontrola nad svým rozhodováním v průběhu péče*. Největší celkové rozdíly mezi hodnocením sester a pacientů byly zjištěny ve Fakultní nemocnici, nejvíce se svým vnímáním individualizované péče přiblížili sestry a pacienti Vítkovické nemocnice. Tyto rozdíly však nebyly statisticky významné.

Tab. 2. Vnímání individualizované péče sestrami a pacienty – srovnání podle nemocnic

Subškály dotazníku	FNO		MNO		VNO		NFM	
	m	(SD)	m	(SD)	m	(SD)	m	(SD)
ICS-A (sestry)	4,12	(0,55)	4,19	(0,42)	4,10	(0,34)	4,03	(0,62)
ICS-A1	4,25	(0,59)	4,37	(0,44)	4,35	(0,41)	4,21	(0,70)
ICS-A2	3,97	(0,71)	3,92	(0,59)	3,88	(0,54)	3,88	(0,76)
ICS-A3	4,07	(0,60)	4,13	(0,58)	3,97	(0,63)	3,92	(0,72)
ICS-B (sestry)	4,19	(0,58)	4,21	(0,40)	4,07	(0,35)	4,09	(0,58)
ICS-B1	4,32	(0,60)	4,38	(0,44)	4,34	(0,32)	4,27	(0,59)
ICS-B2	3,94	(0,77)	3,91	(0,59)	3,68	(0,41)	3,82	(0,79)
ICS-B3	4,21	(0,64)	4,20	(0,51)	4,01	(0,52)	4,05	(0,60)
ICS-A (pacienti)	3,56	(0,81)	3,50	(0,90)	4,02	(0,42)	3,07	(1,00)
ICS-A1	3,68	(0,89)	3,71	(1,00)	4,12	(0,41)	3,27	(1,08)
ICS-A2	3,32	(0,93)	3,04	(1,09)	3,08	(0,81)	2,48	(1,17)
ICS-A3	3,56	(0,89)	3,54	(0,95)	4,01	(0,46)	3,23	(1,01)
ICS-B (pacienti)	3,69	(0,67)	3,94	(0,86)	4,13	(0,40)	3,29	(0,91)
ICS-B1	3,77	(0,69)	4,02	(0,84)	4,18	(0,48)	3,36	(0,99)
ICS-B2	3,44	(0,90)	3,73	(1,60)	3,99	(0,71)	2,69	(1,16)
ICS-B3	3,85	(0,67)	4,03	(0,88)	4,17	(0,34)	3,75	(0,90)

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava, **MNO** – Městská nemocnice Ostrava, **NFM** – nemocnice Frýdek-Místek, **VNO** – Vítkovická nemocnice Ostrava, **m** – průměr, **SD** – směrodatná odchylka, **A1(B1)** – klinická situace pacienta, **A2(B2)** – osobní životní situace pacienta, **A3(B3)** – kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče

Diskuze

Jedním z nejzajímavějších výsledků této studie bylo, že sestry ze všech zapojených nemocnic vyjádřily obecný názor, že podporují individualitu pacientů a poskytují jim individualizovanou péči. Hodnocení sester byla nejvyšší

v rámci celého šetření a také s největšími statisticky významnými rozdíly oproti stejnému hodnocení pacientů. Pacienti sice také uváděli, že je jim poskytována individualizovaná péče, ale jejich hodnocení bylo výrazně nižší. Tyto rozdíly byly absolutně nejvyšší ve srovnání s výsledky dalších zemí (Česká republika, Finsko, Kypr, Maďarsko, Řecko) zapojených do mezinárodní komparativní studie, v jejíž rámci naše šetření probíhalo. Může to znamenat, že očekávání českých pacientů je vyšší, než v ostatních zemích, a proto mohou být kritičtější. Důvodem může být také to, že problematika individualizované péče je v českém ošetrovateľství aktuální až v posledním desetiletí, kdežto většina oslovených sester absolvovala ještě „starší“ typ odborného vzdělávání, který byl zaměřen zejména na technické dovednosti. Sestry s nižším vzděláním nemusí být k sobě a své práci zdravě kritické a mohou své hodnocení „přeceňovat“. Svoji roli zde může sehrát také haló efekt profesní rétoriky, kdy je očekáváno, že sestry individualizovanou péči provádí (Thomson et al., 2007).

Jedním z cílů a předpokladů výzkumu bylo očekávání, že vnímání individuality a individualizované péče pacientů a sester budou ovlivňovat demografické a klinické faktory. Toto se v naší studii, na rozdíl od prezentovaných zahraničních výzkumů (Suhonen et al., 2006; Johansson et al., 2002; Radwin, 2003; Suhonen, Leino-Kilpi, 2006), téměř nepotvrdilo. S jistotou můžeme říct, že jediným faktorem, který celkově ovlivňoval vnímání individualizované péče u pacientů, byla délka jejich hospitalizace. Pacienti, kteří strávili v nemocnici déle než týden, hodnotili individualizovaný přístup v ošetrovateľské péči pozitivněji než pacienti s kratší dobou pobytu, a to ve všech oblastech. Tento rozdíl může být pravděpodobně způsoben tím, že u pacientů s kratší hospitalizací neměly sestry dostatek času a prostoru k navázání a rozvinutí individualizovaného přístupu. Určitý vliv na percepci individualizované péče pacienty mohlo mít také jejich způsob přijímání do nemocnice – akutně přijímání pacienti hodnotili poskytovanou individualizovanou péči nižším skórem (ve dvou oblastech statisticky významně). Jediným demografickým faktorem, který signifikantně ovlivňoval poskytování individualizované péče u sester, byla délka jejich klinické praxe. Percepce individualizované péče sester s praxí 21–30 let byla sice nejlépe hodnocena, ale pouze v jedné oblasti (kontrola nad rozhodováním pacienta v průběhu péče).

Vzhledem k tomu, že do studie byly zapojeny čtyři různé typy nemocnic (fakultní, městská, krajská, privátní) s odlišnou filozofií a organizací poskytování ošetrovateľské péče, očekávali jsme také rozdíly v hodnocení individualizované péče. Průměrná hodnocení sester i pacientů byla ve všech položkách téměř stejná (rozdíly průměrných „známek“ byly v desetinách). Signifikantní rozdíly ve vnímání podpory individuality pacienta a ve vnímání individualizované péče sester mezi jednotlivými nemocnicemi nebyly nalezeny. Naše studie je však limitována geograficky a počtem respondentů, proto tyto výsledky nemohou být reprezentativní pro české nemocnice.

ZÁVĚR

Individualised Care Scale je standardizovaný nástroj pro měření a hodnocení fenoménu individualizované péče v klinických zdravotnických zařízeních. Prostřednictvím dvou verzí (*ICS-nurse* a *ICS-patient*) lze nástroje úspěšně využít pro hodnocení percepce individualizované péče současně u pacientů i u sester ve stejné klinické situaci při provádění ošetrovateľské péče. Zjištění, co pacienti požadují v průběhu poskytované péče, a jak je jejich vnímání péče ovlivňováno demografickými, klinickými a dalšími faktory, pak přináší lepší pochopení jejich očekávání. Individualizovaná ošetrovateľská péče a pacientovo hodnocení aktuálně poskytované péče se tak stávají důležitými indikátory kvality pro evaluaci zdravotní péče. A to zejména v současné době, kdy zdravotnické systémy usilují o zlepšování procesů a výsledků zdravotní péče zapojením aktivního a motivovaného pacienta (OECD, 2004).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- DEHN, B. 2007. Care of the menopausal patient: a nurse practitioner's view. In *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2007, vol. 19, no. 8, pp. 427–437.
- Ethical issues in EU research proposals - checklist*. [online]. 2009. [cit. 2009-07-18]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=370>.
- ICN. 2005. *Code of Ethics for Nurses*. Geneva : International Council of Nurses, 2005. 12 p.
- JOHANSSON, P. – OLE'NI, M. – FRILUND, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care : A literature study. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, vol. 16, no. 4, pp. 337–344.
- KING, I.M. 1981. *A Theory of Nursing : Systems, Concepts, Process*. New York : Wiley, 1981. 182 p.
- LEVINE, M.E. 1967. This I believe about patient-centered care. In *Nurs. Outlook*, 1967, vol. 15, no. 1, pp. 53–55.
- MELEIS, A.I. 1991. *Theoretical Nursing : Developments and Progress*. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1991. 807 p.

- OECD. 2004. *Towards High-performing Health Systems. OECD Health Project*. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD Publications 2. Paris : Publication Services, 2004. 134 p.
- PEPLAU, H.E. 1952. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York : G.P. Putnam& Sons, 1952. 360 p.
- RADWIN, L.E. – ALSTER, K. 2002 Individualised nursing care: an empirically generated definition. In *International Nursing Review*, 2002, vol. 49, no. 1, pp. 54–63.
- SUHONEN, R. – VÄLIMÄKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2002. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective – a review of the literature. In *Int. J. Nurs. Stud.*, 2002, vol. 39, no. 6, pp. 645–654.
- SUHONEN, R. – LEINO-KILPI, H. – VÄLIMÄKI, M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2005, vol. 11, no. 1, pp. 7–20.
- SUHONEN, R. – BERG, A. – IDVALL, E. – KALAFATI, M. – KATAJISTO, J. – LAND, L. – LEMONIDOU, C. – VÄLIMÄKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2008. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. In *International Journal of Nursing Studies*, 2008, vol. 45, no. 11, pp. 1586–1597.
- SUHONEN, R. – LEINO-KILPI, H. 2006. Adult surgical patients information provided to them by nurses: A literature review. In *Patient Education and Counseling*, 2006, vol. 61, no. 1, pp. 5–15.
- SUHONEN, R. – GUSTAFSSON, M.L. – KATAJISTO, J. – VÄLIMÄKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2010, vol. 16, no. 1, pp. 145–154.
- TEERI, S. – LEINO-KILPI, H. – VÄLIMÄKI, M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. In *Nursing Ethics*, 2006, vol. 13, no. 2, pp. 116–129.
- THOMSON, I.E. – MELIA, K.M. - BOYD, K.M. 2007. *Nursing Ethics*. Edinburgh : Churchill Livingstone, 2007. 385 p.

Kontakt

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU

Syllabova 19

703 00 Ostrava-Zábřeh

Česká republika

e-mail: darja.jarosova@osu.cz

Prijaté: 15. 1. 2012

Akceptované: 23. 2. 2012

PREVENCE KONTAMINACE BĚHEM INFUZNÍ TERAPIE

Andrea Pokorná, Kateřina Dvořáková

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovateľství

Abstract

POKORNÁ, A. – DVOŘÁKOVÁ, T. Prevention of Contamination during the Infusion Therapy. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 11–19. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/prevence-kontaminace-behem-infuzni-terapie>.

Introduction: The article is concerned on mapping the current state of the level of clinical practice and infusion therapy standards in five health care institutions in the Czech Republic and it finding nurse's interest in further education in the field of infusion therapy.

The Aims: The main aim of the survey provides information on current problems of application of infusion therapy on the basis of an exploratory survey among nurses who daily apply for infusion therapy. The analysis of the results provides information on the quality of nursing care. The last goal was to create the recommended clinical procedure, which would serve as a basis for standard operating procedures for application for infusion therapy in individual workplaces.

Methodology: The original questionnaire survey was carried out among 354 general nurses from five Czech health institutions.

Results and discussion: The survey detects lack of knowledge or variations in procedures for handling infusion administration sets by nurses in five health care institutions in the Czech Republic. The best level of knowledge and appropriate procedures were identified in nurses from oncology hospital where the *Joint Commission International* accreditation is applied.

Conclusion: Under the present system of nursing care in the Czech Republic the national standards for the preparation and application of infusion therapy are not available. The best practices guidelines are often under the responsibility of individual health care facilities, which is due to many differences affecting the quality of nursing care. An important factor affecting the quality of care is the type of proactive strategy of continuous quality support of the medical workplace.

Keywords: prevention, infusion therapy, contamination, general nurses, knowledge

ÚVOD

Zajištění přístupu do žilního řečiště patří mezi základní intervence moderní medicíny a je každodenní součástí práce mnoha zdravotnických pracovníků. Vzhledem k rozsáhlému využití tohoto léčebného postupu je třeba zajistit co nejlepší podmínky pro hladký průběh vlastního výkonu, a to zejména přesným dodržováním pracovního postupu (Perucca, 2001; Phillips, 2005; INS, 2006; Gabriel, 2008). Jen za předpokladu jasně stanoveného konceptu procesu se lze vyvarovat možnosti vzniku komplikací či minimalizovat jejich výskyt.

Teoretická východiska průzkumu

V oblasti ošetrovateľské péče v souvislosti s infuzní terapií dosud nebyl v české odborné literatuře stanoven praktický pracovní postup, který by sloužil jako klinický doporučený postup pro aplikaci infuzní terapie. Jiná situace je v angloamerických zemích. Ve Velké Británii vydala *Royal College of Nursing* vlastní *Standards for Infusion therapy*. Taktéž v USA byla již v roce 1973 v Norwoodu v Massachusetts založena *The Infusion Nurses Society*, která organizuje zdravotníky aplikující při výkonu svého povolání infuzní terapii. V revizi z roku 2006 byla pod záštitou této organizace opakovaně publikována doporučení *Infusion Nursing Standards of Practice*, která vymezují rozsah praxe a požadavků na vzdělání všeobecné sestry nutný pro správné klinické podávání infuzní terapie a zároveň uvádí terminologii, technologii, kritéria a normy nutné pro bezpečné podání infuzní terapie (INS, 2006, p. 2). V lednu roku 2011 pak byly v časopisu *Journal of Infusion Nursing* publikovány komentáře a doplňky (tzv. zlatý standard) této verze standardizovaných postupů pro přípravu infuzní terapie, která je považována v tamních podmínkách za legalizovanou právní normu (Alexander, 2011, p. 11). Tato práce vznikla s ohledem na reálné

existujúci rozdiely v klinickej infuznej praxi v Českej republike. Hlavným účelom je zmapovanie stavu úrovne klinickej praxe a postupů při podávání infuzní terapie ve vybraných zdravotnických zařízeních. Při snaze o splnění plánovaných úkolů je nutno vymezit pojem infuzní terapie, která je definována jako vpravení většího množství tekutiny do organismu parenterální, zpravidla nitrožilní cestou. Účelem infuze je doplnit tekutiny, dodat chybějící soli a výživné látky, vyrovnat acidobazickou rovnováhu a zavést do organismu léky (Perruca, 2001, p. 302; Fric, 2004, s. 34; Philips, 2005, p. 23; Mikšová et al., 2006, s. 182; Hanousková, 2007, s. 184).

CÍL

Obecný cíl šetření byl zaměřen na problematiku infuzní terapie z hlediska znalostí a zvyklostí, tedy postupů všeobecných sester při její přípravě a administraci. Dílčí cíle byly zaměřeny na zhodnocení znalostí všeobecných sester v problematice aplikace infuzní terapie pomocí infuzních převodových souprav a setů. Dále jsme se věnovali hodnocení deklarovaných aseptických postupů při infuzní terapii a chtěli jsme také zjistit zájem respondentů o další vzdělání v oblasti infuzní terapie. Šetření bylo zaměřeno na zhodnocení aktuálních problémů a nedostatků při administraci infuzní terapie, které by následně umožnilo vypracovat klinický doporučený postup pro aplikaci infuzní terapie v podmínkách českého zdravotnictví.

SOUBOR

Soubor respondentů tvořilo 354 všeobecných sester (návrstnost 95,68 % z celkového počtu 370 distribuovaných dotazníků) připravujících infuzní roztoky, přípravky a směsi (příprava infuzní terapie v každodenní praxi byla jedním z kritérií selekce respondentů). Z demografických údajů vyplynulo, že čtvrtina respondentů byla mladší 25 let a polovina byla mladších 32,5 roku. Průměrný věk respondentů byl 33,67 let. Nejmladší respondent uvedl věk 20 let a nejstarší 64 let. Průměrná délka odborné praxe respondentů byla 12,08 roku. Téměř polovina respondentů dosáhla středoškolského odborného vzdělání (163 tj. 46,05 %), vyšší odborné vzdělání uvedlo 54 tj. 15,25 % respondentů, specializačního vzdělání dosáhlo 79 respondentů (22,32 %) a bakalářské vzdělání dosáhlo 36 tj. 10,17 % respondentů. Nejvíce dotázaných pracovalo v chirurgickém oboru 131 (37,01 %), v interním oboru to bylo 120 (33,90 %), dále 62 na onkologii (17,51 %) a 30 na odděleních dlouhodobé rehabilitační péče (dále i jako DRO) či geriatricii (8,47 %). V rámci jiného typu pracoviště 11 respondentů (3,11 %) uvedlo pracoviště typu rehabilitace, stomatology apod. Z hlediska typu oddělení byla situace následující: 214 (60,45 %) osob označilo standardní oddělení. Druhou největší skupinou byli pracovníci z jednotek intenzivní péče (dále i jako JIP), kde pracovalo 83 respondentů (23,45 %), 22 respondentů (6,21 %) bylo z anesteziologicko-resuscitačních oddělení a 35 (9,89 %) dotázaných deklarovalo práci na jiném typu oddělení (nejčastěji ambulantní provoz).

METODIKA

Pro sběr dat byla zvolena dotazníková metoda s ohledem na charakter zjišťovaných informací. Dotazníky byly po schválení příslušnými náměstkyněmi ošetrovatelské péče distribuovány v pěti nemocnicích České republiky (včetně dvou největších fakulturních zdravotnických zařízení v Brně). Jednalo se o záměrný výběr, kdy byla zařazena pracoviště s různou proaktivní strategií kontinuálního udržení kvality (*Joint Commission International – JCI, Spojené akreditační komise – SAK, International Organization for Standardization – ISO 9001 a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO SM 1*) ve stejném zastoupení. Všichni respondenti byli osloveni na celoustavních či celoklinických seminářích, kde byly předány dotazníky autorkami šetření, protože ve formuláři byly také znalostní položky, a takto jsme se snažily minimalizovat riziko vzájemného ovlivnění respondentů. Dotazník obsahoval celkem 30 položek rozdělených do několika kategorií (např. postup při přípravě infuze, péče o převodovou soupravu, péče o ruce, používání pomůcek osobní ochrany, označení infuzních prostředků, aseptické postupy při přípravě infuzní terapie). Statistická analýza byla provedena pomocí programu *STATISTICA CZ for Windows 10.0* firmy *Stat Soft Inc.* za využití Pearsonova chí kvadrátu (testu o vzájemné nezávislosti) na hladině významnosti 5 % ($p < 0,05$).

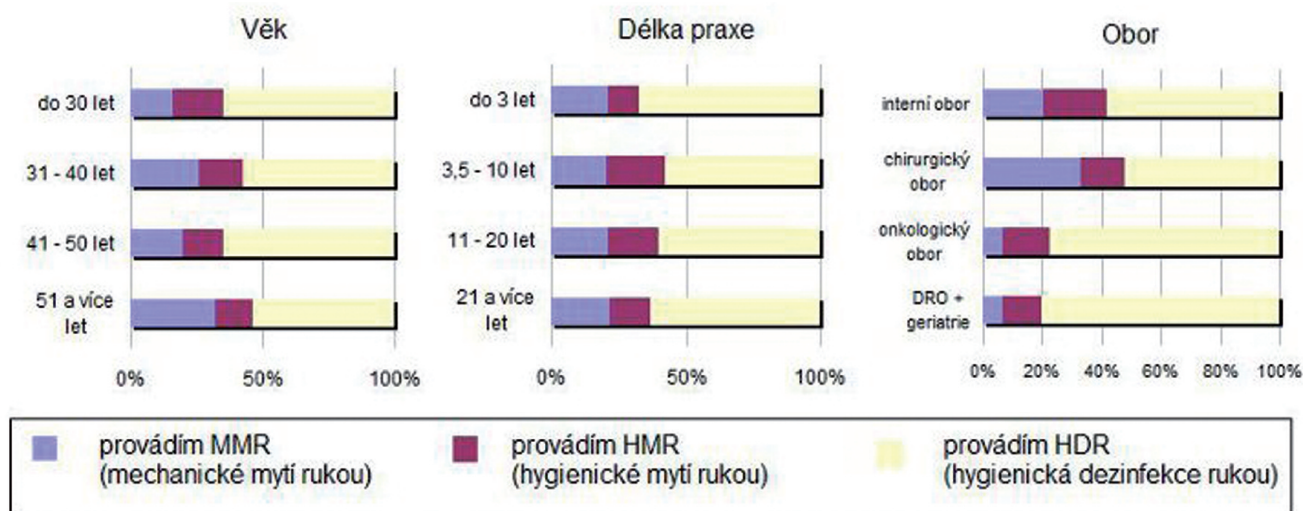
VÝSLEDKY

S ohledem na množství získaných dat budou dále prezentovány nejvýznamnější a nejzajímavější poznatky s dopadem do klinické praxe. Protože většina dotázaných ($n = 298$; tj. 84,18 %) uvedla, že mají na pracovišti

vypracován manuál pro zacházení s infuzním (transportním) setem a přípravu infuzní terapie, budeme dále hodnotit znalosti a zvyklosti a jejich souvislost se stanovenými socio-demografickými determinantami (věkem, délkou praxe a oborem) při přípravě a podávání infuzní terapie. Determinanta dosaženého vzdělání, s ohledem na rozložení v jednotlivých kategoriích a ověření vzájemných relací se sledovanými jevy, kdy nebyl zjištěn statisticky významný vztah, nebyla dále zkoumána. Kvalita a propracovanost jednotlivých standardů nebyla předmětem dalšího podrobnějšího hodnocení a nepovažovali jsme je ani za významný determinující faktor při statistickém ověřování dat. Předpokládaly jsme, že vyšší míra ovlivnění znalostí a zvyklostí všeobecných sester bude dána spíše socio-demografickými faktory a kontrolními mechanismy na pracovišti, než obsahem standardních doporučení daného pracoviště, které nebyly zaměřeny na konkrétní informace zjišťované v našem průzkumu (výměna transportní soupravy, dezinfikování spojovaných částí a pod.).

Péče o ruce před přípravou infuzní terapie

Před přípravou infuzní směsi je nezbytné provedení hygienické dezinfekce rukou (dále i jako HDR). Z námi sledovaného souboru tento postup jako zcela běžný deklarovalo 214 respondentů (60,45 %). Mechanické mytí rukou jako postup přípravy uvedlo 73 respondentů (20,62 %) a hygienické mytí rukou 60 (16,95 %). Pět dotázaných (tj. 1,42 %) uvedlo, že provádí CHDR (chirurgickou dezinfekci rukou). A shodně jedna všeobecná sestra (tj. 0,28 %) označila možnost, že neprovádí žádnou zvláštní péči a jedna uvedla jinou odpověď, a to, že aktuální péči ovlivňuje typ nemocného, o nějž pečuje (např. s rizikem infekce). I přesto, že většina respondentů uvedla, že provádí správný postup, rozhodly jsme se zhodnotit, čím může být determinován odlišný postup v péči o ruce před přípravou infuze u sledovaného vzorku zdravotníků. Jako limitující faktory jsme zvolily věk, délku praxe a typ pracoviště (viz obrázek 1). Z výsledků statistického testování vyplynulo, že věk ($p = 0,365$) ani délka odborné praxe ($p = 0,721$) nejsou statisticky významné faktory ve vztahu k péči o ruce a jejich ošetření před přípravou a podáváním infuzní terapie. Statisticky významně lze hodnotit typ pracoviště ($p = 0,000$), kdy bylo zjištěno, že pracovníci z onkologického pracoviště častěji deklarují správný postup a naopak, všeobecné sestry z chirurgických oddělení nejčastěji uváděly mechanické mytí rukou.

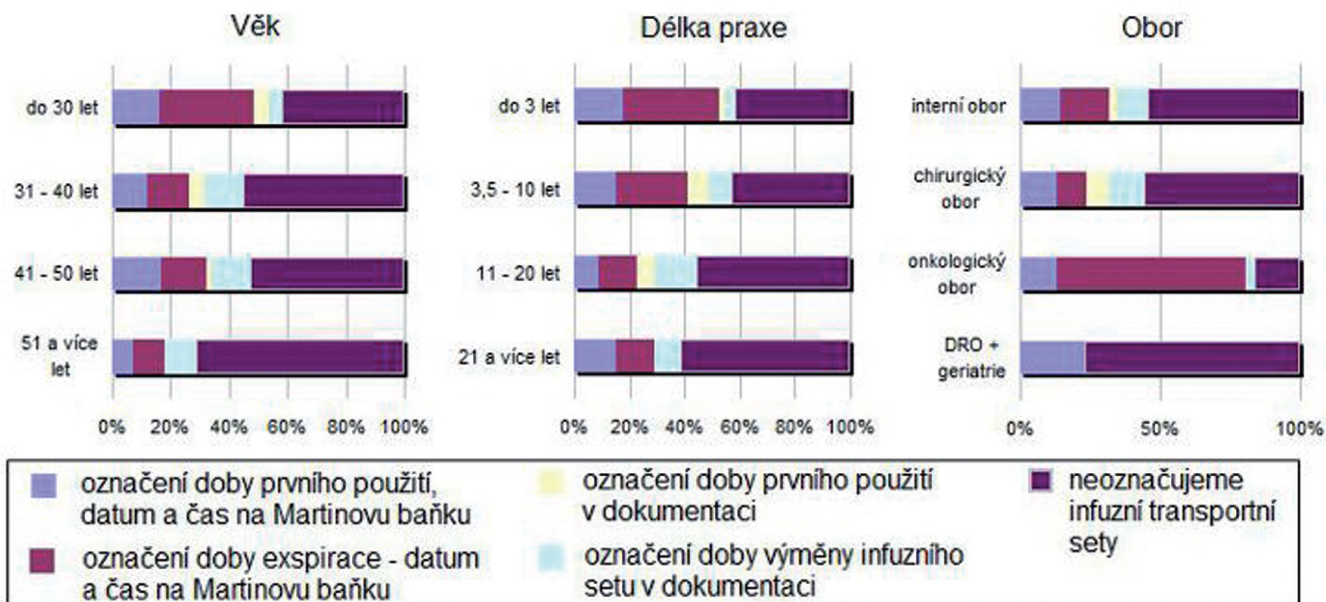


Obr. 1. Analýza péče o ruce vzhledem k věku, délce praxe a oboru respondentů

Označení transportní soupravy a infuzního vaku

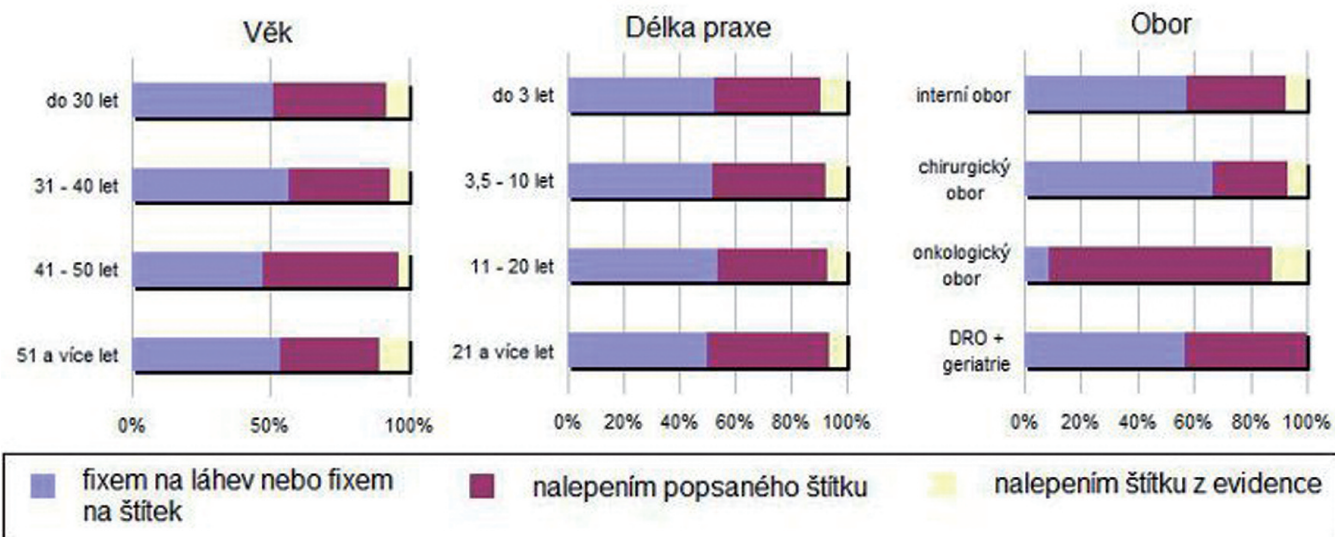
Další sledovanou oblastí ve vztahu ke zmiňovaným determinujícím faktorům bylo označování transportních infuzních setů a infuzního vaku. Většina dotázaných uváděla, že infuzní transportní sety neoznačují ($n = 159$; tj. 44,92 %). Druhou nečastější odpovědí bylo, že označují dobu expirace na Martinově baňce ($n = 78$; tj. 22,03 %). Možnost označení doby prvního použití, data a času na Martinovu baňku označilo 39 tj. 11,01 % sester a v obdobné četnosti uváděly označení doby výměny infuzního setu v dokumentaci ($n = 32$; tj. 9,04 %). Vyznačení doby prvního použití transportního setu v dokumentaci deklarovalo pouze 11 sester (3,11 %). Je zajímavé, že poměrně velká část dotázaných uvedla jinou možnost odpovědi ($n = 35$; tj. 9,89 %). Ve 12 případech (34,28 %) uvedly, že

sety vymeňujú v intervale 24 hodín, a preto neoznačujú; v päť prípadoch (14,29 %), že na set píšú čas aplikácie a čas expirácie; ve troch prípadoch, že po použití set vyhodí (8,57 %) a ve troch prípadoch veškerá data píšú jen na láhev či vak (8,57 %). Ověřování vztahu mezi determinujícími faktory a způsobem označení transportního setu prezentuje obrázek 2.



Obr. 2. Analýza označení setu vzhledem k věku, délce praxe a oboru respondentů

Při induktivní statistické analýze nalézáme signifikantní i věcně významné rozdíly v praxi označování transportního setu. Věk i délka praxe hrají při označování transportního setu stejnou roli – respondenti s delší praxí a vyšších věkových kategorií se častěji kloní k praxi sety neoznačovat ($p = 0,001$). Zatímco v nejmladší věkové kategorii sester značení setu vynechává 41 % dotázaných, u nejstarší kategorie je to již 71 % ($p = 0,002$). Praxi označování infuzního setu ovlivňuje také typ pracoviště ($p = 0,000$). Zde se významně odlišuje onkologický obor, kde je označování infuzního setu výrazně častější než u ostatních typů pracovišť. Rozdíly se vyskytly také při označování láhve či infuzního vaku. Fixem na láhev nebo fixem na štítek vak označuje 180 respondentů (50,85 %), nalepením popsaného štítku 140 respondentů (39,55 %) a nalepením štítku z evidence 28 dotázaných (7,91 %).



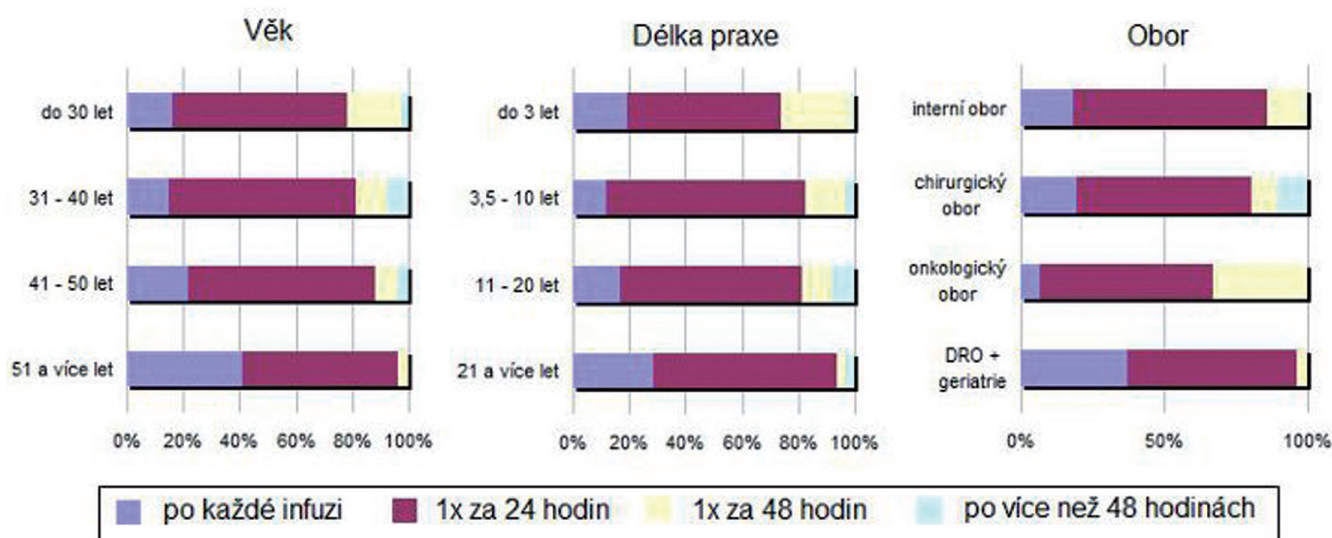
Obr. 3. Analýza označení láhve nebo vaku vzhledem k věku, délce praxe a oboru respondentů

Jiný spôsob uvedlo len 6 respondentů – tj. 1,69 %. Zajímavé jsou také informace, které jsou uváděny na láhvi či vaku. Název a množství léku vyznačuje na láhev nebo vak 335 respondentů (94,63 %), jméno nemocného 334 dotázaných (94,35 %), pořadí infuze 223 dotázaných (62,99 %), čas aplikace 200 dotázaných (56,50 %), číslo pokoje 198 dotázaných (55,93 %), datum podání 140 respondentů (39,55 %), svůj podpis 86 dotázaných (24,29 %), dobu použití 70 respondentů (19,77 %) a rodné číslo 54 dotázaných (15,25 %). V rámci možnosti jiné označení ve 13 případech (4,67 %) vyznačují zdravotníci na láhev rok narození pacienta, ve 3 případech (0,85 %) datum narození pacienta a ve 3 případech (0,85 %) láhev či vak sestra označí vlastním razítkem. Souhrnné grafické hodnocení ovlivnění označování setu ve vztahu k věku, délce praxe a typu pracoviště viz obrázek 3.

Jak je patrné i z grafického vyjádření, typ pracoviště je také jedinou signifikantní determinantou, která ovlivňuje praxi označování infuzního vaku nebo láhve. Je to opět onkologický obor, kde je praxe jiná – obvyklejší je zde postup nalepení popsaného štítku, zatímco sestry z ostatních oborů obvykle popisují láhev nebo štítek fixem ($p = 0,000$). Nebyla zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem ($p = 0,703$) a délkou odborné praxe ($p = 0,991$) ve vztahu k přípravě a označení infuzního vaku či láhve.

Výměna transportní soupravy/setu a spojovací (prodlužovací) hadičky

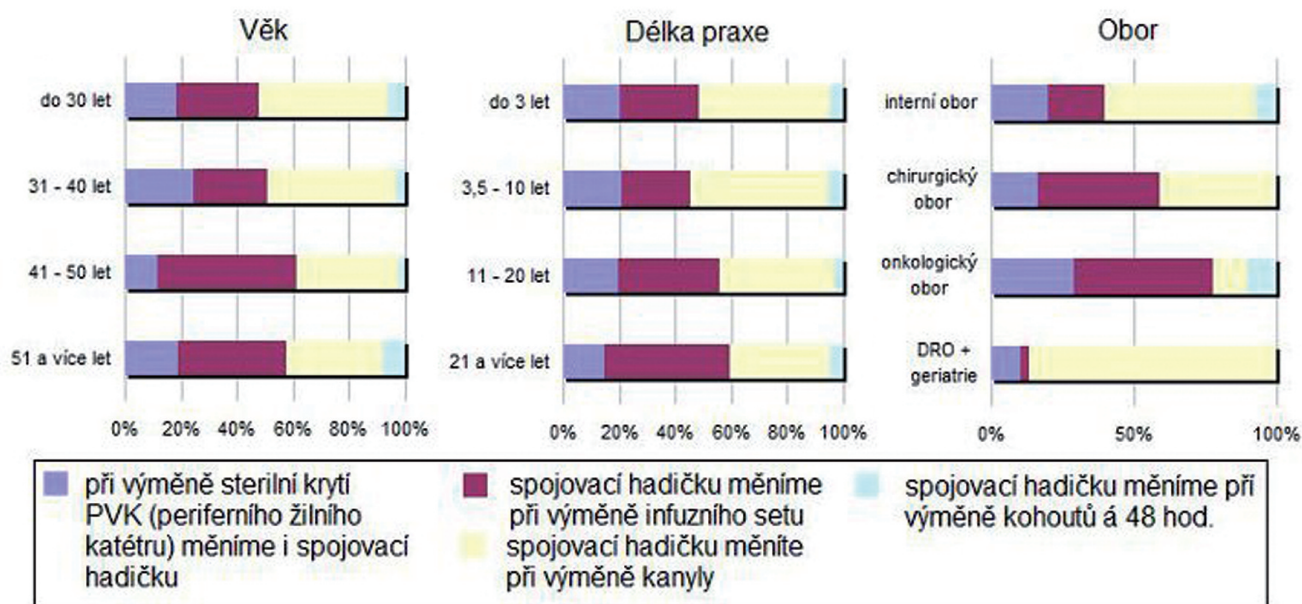
Navazující sledovanou oblastí byly zvyklosti sledované skupiny sester při frekvenci výměny transportní soupravy a spojovací hadičky. Zjištěné výsledky opět graficky dokumentují obrázek 4 a 5.



Obr. 4. Analýza intervalu výměny transportního setu vzhledem k věku, délce praxe a oboru respondentů

Je patrné, že věk ($p = 0,011$) a délka praxe ($p = 0,001$) se v případě výměny transportní soupravy opět projevují jako determinanty pracovních návyků. V tomto případě rozdíly sice nejsou tak výrazné jako u označování infuzí, nicméně v datech jsme schopni rozlišit statisticky signifikantní struktury ukazující na lineární nepřímou úměru mezi věkem, respektive délkou praxe a frekvencí výměny transportního setu. Relativně starší a zkušenější sestry mění sety častěji a tyto rozdíly jsou podle testu chí-kvadrát signifikantní na 95% hladině spolehlivosti. Z hlediska typu pracoviště nalézáme rozdíl mezi sestrami z onkologických oborů a ostatními ($p = 0,000$). Sestry z onkologických oborů nejčastěji mění set jednou za 24 hod anebo jednou za 48 hod. Tyto výsledky jsou také signifikantní na standardní hladině spolehlivosti.

Okolnosti, za nichž je prováděna výměna běžné spojovací (prodlužovací) hadičky infuze, jsou významně ovlivněny pouze typem pracoviště ($p = 0,000$). Ostatní nezávisle proměnné (věk $p = 0,121$ a délka praxe $p = 0,409$) se ukazují jako nepříliš důležité.



Obr. 5. Analýza intervalu výměny spojovací hadičky vzhledem k věku, délce praxe a oboru respondentů 2

Dezinfikování krytu infuzní láhve, dezinfekce spojovaných částí

V prevenci kontaminace v průběhu infuzní terapie a zároveň v prevenci zvýšené zátěže pro nemocného je významné také účelné využívání dekontaminačních procesů. Proto jsme se zaměřily na deklarované zvyklosti v postupech dezinfekce. Nejprve jsme zjišťovaly dezinfikování krytu infuzní lahve anebo vaku. Opět jsme hodnotily determinanty věku a délky praxe, které byly ve vztahu k dezinfikování krytu infuze zjištěny jako statisticky nevýznamné věk ($p = 0,198$) a typ pracoviště ($p = 0,393$). Přesto, že sestry s delší praxí mírně častěji odpovídaly, že nesprávně dezinfikují kryt infuze vždy u vaku i láhve. Pouze v případě délky praxe sester byl zjištěn statistický významný vztah ($p = 0,021$). Z věcného hlediska není rozdíl příliš veliký pro typ pracoviště ($p = 0,393$), ale sestry z onkologie nejméně často uváděly, že dezinfikují kryt láhve i vaku. U provádění dezinfekce spojovacích částí infuze byly zjištěny rozdíly v třídění podle věku respondentů ($p = 0,013$). Tyto rozdíly však neukazují žádný snadno interpretovatelný lineární vztah. Nejdůležitější v dezinfekci spojovacích částí byly sestry ve věkové kategorii 41–50 let, zatímco ostatní kolegyně častěji uváděly, že dezinfekci vynechávají. Sestry z onkologických pracovišť se v otázce dezinfikování ukazují také jako důslednější ve srovnání s ostatními kolegyněmi ($p = 0,000$). Délka praxe však nemá vliv na důslednost v dezinfikování spojovaných částí infuzní soupravy ($p = 0,072$).

Zájem o další vzdělávání v oblasti infuzní terapie

Poslední sledovanou oblastí bylo zhodnocení zájmu o další vzdělávání ve sledovaném vzorku všeobecných sester v oblasti infuzní terapie. Všechny zkoumané podskupiny sester (dle věku, délky praxe i typu pracoviště) projevovaly přibližně stejný zájem o další vzdělávání v oblasti infuzní terapie. Rozdíly, které byly zjištěny, jsou věcně nepříliš významné a statisticky pod hranicí výběrové chyby (věk $p = 0,832$; délka praxe $p = 0,501$; typ pracoviště $p = 0,512$).

DISKUZE

Limitem naší studie je výběr respondentů s ohledem na možnost následné generalizace výsledků šetření a jejich zkrácení (regionální šetření). Proto, aby bylo možno definitivně potvrdit výsledky statistické analýzy, byla realizována kontrola, zda se významně neliší věk sester podle pracovišť. Za tímto účelem byl stanoven průměrný věk sester na jednotlivých pracovištích s určením směrodatné odchylky a bylo zjištěno, že směrodatná odchylka je nepatrně vyšší u pracovníků DRO a geriatric, což souviselo s nejmenším počtem respondentů. Jinak však lze očekávat podobné věkové rozložení u všech typů oborů. Můžeme tedy konstatovat, že v případech, kde nalzáme

vliv věku i pracoviště, se jedná vždy o dva odlišné efekty, protože rozložení věku respondentů na jednotlivých pracovištích se neliší. Námi sledovaný soubor lze tedy považovat za konzistentní a domníváme se, že relativně dobře ilustrující aktuální situaci v infuzní terapii a její přípravě ve sledovaných zdravotnických zařízeních. Domníváme se také, že způsob distribuce dotazníkových formulářů v jednom časovém období a jejich okamžité odevzdání po vyplnění, napomohl k validitě získaných dat. Dotazníkové šetření by samozřejmě mělo v budoucnu být doplněno přímým pozorováním v podmínkách běžné klinické praxe. Existuje ale reálné riziko, že dojde ke změně běžných postupů všeobecných sester v důsledku vědomí supervize na pracovišti. Dále budou diskutována získaná data dle jednotlivých sledovaných oblastí. V oblasti péče o ruce před přípravou infuzní terapie byl zjištěn jako jediný determinující faktor správně deklarovaného postupu péče o ruce před infuzí typ pracoviště. V podmínkách českého zdravotnictví je adekvátní postup o ruce zdravotníků přesně definován ve Věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky (Věstník MZ ČR č. 9/2005 Metodické opatření č. 6, 2005). Bylo by tedy možno předpokládat, že všichni dotazovaní musí mít informace k dispozici. Přesto byly zjištěny rozdíly. Správný postup byl deklarován u 60 % respondentů. Na specializovaných pracovištích typu ARO, JIP, onkologie či infekčního lékařství je zřejmě obecně vyžadováno striktní dodržování hygieny. S tím souvisí i zjištění s ohledem na užívání osobních ochranných pomůcek. Pouze 201 respondentů (56,78 %) uvedlo, že užívají rukavice vždy při napojování infuzní soupravy a manipulaci s intravenózním vstupem. Třetina respondentů uvedla, že nikdy nepoužívají ochranné rukavice při samotné aplikaci infuze. Další třetina zvolila možnost, že používají ochranné rukavice jen u rizikových pacientů. Z toho tedy vyplývá, že velká část zdravotníků používá ochranné rukavice podle svého vlastního uvážení. Toto musí být považováno za závažné zjištění, protože u velkého množství pacientů jsou infekční i jiná přenosná onemocnění diagnostikována později, ačkoliv jsou infekčními vektory již v bezpříznakovém stadiu. Zdravotníci tedy často přistupují ke své vlastní ochraně zdraví laxně, rizika přenosných nemocí bagatelizují, jak uvádí i odborné zdroje (Dinah et al., 1996, p. 144; Dinc, 2000, p. 372; Gabriel, 2008, p. 51). Tím je významně zvyšováno riziko kontaminace a ohrožení také dalších nemocných (Schiff, 2001, p. 62; Gabriell, 2008, p. 54). Významnou se ukázala být závislost mezi věkem, délkou odborné praxe a typem pracoviště, ve vztahu k přípravě a označení transportní soupravy. Věk i délka praxe hrají při označování transportního setu stejnou roli. Respondenti s delší praxí, spadající do vyšší věkové kategorie častěji neoznačují set (71 %) než jejich mladší kolegyně ve 41 %, případů. Označení transportní soupravy je nezbytnou součástí bezpečné péče a umožňuje také efektivní nakládání se zdravotnickými prostředky (Raad et al., 1994, p. 232; Dinc, 2000, p. 377; Perucca, 2001, p. 303; Gabriel, 2008, p. 53). Lze předpokládat, že sestry staršího věku a s delší praxí mají tendenci neoznačovat sety z důvodu pocitu ztráty času a navyklého stereotypu práce, jak často uváděly. Při srovnání pracovišť se významně lišil onkologický obor, ve kterém je označování setu výrazně častější než na jiných pracovištích. Zde se domníváme, že významnou roli sehrává skutečnost mezinárodní akreditace JCI na těchto pracovištích, také s ohledem na obsah standardizovaného postupu a uplatňované kontrolní mechanismy na pracovišti. Dalším výstupem průzkumu je zjištění týkající se nejednotnosti údajů uváděných na štítku. Někteří respondenti uvedli, že na štítek píše rodné číslo. Uvádění tohoto údaje je v dnešní době palčivým tématem, které je také legislativně ošetřeno (Zákon č. 101/2000 Sb.). Vzhledem ke skutečnosti, že označení jednotlivých zdravotnických prostředků, pomůcek a předmětů zákon striktně nevymezuje, je stále rozhodnutí v kompetenci daného zdravotnického zařízení. Je třeba podotknout, že většina dotazovaných uvádí na štítek celé jméno pacienta, a nejen iniciály. Psaní iniciál by sice více chránilo soukromí pacienta, na straně druhé, pacientů se stejnými iniciály může být na oddělení několik, což je potenciálním rizikem záměny. S ohledem na označování setu a vaku je nezbytné zmínit významnou okolnost. Na pružný plastický sáček není doporučováno psát přímo nesmazatelným popisovačem nebo kuličkovým perem. U pera je riziko propíchnutí sáčku a u inkoustu z popisovače může dojít k prosaku do plastu a kontaminaci obsahu vaku. Nejvhodnější je nalepení štítku (Schiff, 2001, p. 63; Phillips, 2004, p. 200). Interval výměny transportní soupravy a spojovací hadičky je často problematický nejen v podmínkách českého ošetrovatelství. Někteří zahraniční zdroje, uvádějí jako bezpečný interval až maximální dobu 72 hodin (Pearson, 1996; Schiff, 2001, p. 204; O'Grady, 2003, s. 291; Rickard et al., 2004, p. 248), ale přesto doporučují úpravu dle potřeby pracoviště a dle skladby nemocných (např. dle rizika infekce). Bohužel, také uvádějí, že to vždy záleží na dodržování aseptických postupů, které jsou v denní praxi obtížně kontrolovatelné. Logicky by bylo možno předpokládat, že frekvence výměny transportního setu a spojovací hadičky by měla být deklarována výrobcem setu. Výrobci a dodavatelé infuzních souprav na český trh obecně neuvádějí správnou dobu výměny setu v příbalových letácích pro použití, anebo udávají, že transportní sety jsou určeny pouze k jednorázovému použití. Není však jasné, zda je toto doporučení zdůvodněno bezpečností pacienta, či ziskem, protože dosud nebyla provedena studie, ze které by bylo možno vycházet. Byla zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem, délkou odborné praxe a typem pracoviště ve vztahu k výměně transportní soupravy, naopak závislost mezi věkem a délkou odborné praxe ve vztahu k výměně spojovací hadičky zjištěna nebyla. Nebyly zjištěny tak výrazné rozdíly jako u předchozího označování infuzí, nicméně existuje statisticky signifikantní lineární nepřímá úměra mezi věkem, respektive délkou praxe a frekvencí výměny transportního setu. Relativně starší sestry s delší praxí mění sety

častejši. Problematické však je, jak mohou provádět výměnu v delším časovém intervalu, pokud set neoznačí, či nezaznamenají použití v dokumentaci. Dle zahraničních guidelines a starších odborných zdrojů je doporučován interval výměny transportní soupravy 24 hodin (ICN, 2006, p. 87; Dinah, 1996, p. 145; Maki, Mermel, 1998, p. 692; Schiff, 2001, p. 204). Provádění deklarovaných aseptických postupů při přípravě infuzní směsi bylo v naší studii ovlivněno věkem respondentů a typem pracoviště. U sester s delší praxí byly zaznamenány o něco častěji chybné odpovědi týkající se dezinfekce krytu infuze. Možným důvodem je fakt, že modernější systém infuzních vaků vstoupil na trh později a starší sestry byly naučeny správně dezinfikovat zátku skleněné infuzní láhve. Tento způsob postupu dodržují i u přípravy infuzních vaků. Příčinou je jistě neznalost, že po odlomení krytky na infuzním vaku je vstup sterilní (Dinc, Erdil, 2000, p. 374; Schiff, 2001, p. 206; Rickard et al., 2004, p. 248; ICN, 2006, p. 78; Gabriel, 2008, p. 55). Zde můžeme hovořit o tom, že sestry dekontaminační postupy nadužívají. Zcela naopak je to však při dezinfekci spojovaných částí setu, kterou podceňují spíše sestry s kratší praxí. Alarmující je, že zhruba polovina respondentů (171 tj. 48,31 %) naruší sterilitu setu předtím, než dojde k samotné aplikaci, a to tím, že sejmou sterilní kryt na druhém konci infuzní soupravy při jeho proplachu.

ZÁVĚR

Výsledky našeho šetření nejsou zcela potěšující s ohledem na rozdíly ve znalostech a zvyklostech sester v přípravě a administraci infuzní terapie. Naopak, za velmi potěšující považujeme deklarovaný zájem dotazovaných všeobecných sester o další vzdělávání napříč celým sledovaným vzorkem (bez ohledu na věk, délku praxe i typ pracoviště). Je tedy zřejmé, že sestry mají zájem o další poznatky a jsou si vědomy mnoha nejasností v této problematice. Jednoznačně je nutno provést opakovaná výzkumná šetření zaměřená na zhodnocení nejen znalostí a zvyklostí, ale i úrovně poskytovaných informací všeobecným sestrám, které administrují infuzní terapii (obsah a konkrétnost standardizovaných postupů, uplatňování kontrolních mechanismů apod.). Věříme, že námi provedené šetření přispěje k dalšímu zájmu o tuto oblast a následně umožní přípravu obecně platného doporučeného postupu na národní úrovni na základě důsledné analýzy důkazů z dostupných relevantních odborných zdrojů.

¹ NIAHOSM – je první integrované akreditační schéma pro nemocnice, které bylo vyvinuto jako alternativa k akreditaci JCAHO či v zahraničí používané akreditaci dceřiné *Joint Commission International* (JCI). Jejím základem je dosažení akreditace ISO.

² V legendě grafu je použita stejná formulace jako byla využita u distraktorů v položce dotazníkového formuláře – vzhledem k obecné konotaci pojmů v cílové populaci.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ALEXANDER, M. 2011. The New Gold Standard in Infusion Nursing. In *Journal of Infusion Nursing*, 2011, vol. 34, no. 1, p. 11.
- DINAH, G. – WILSON-BARNETT, J. – REAM, E. 1996. Nurses' infection-control practice. Hand decontamination, the use of gloves and sharp instruments. In *International Journal of Nursing Studies*, 1996, vol. 33, no. 2, pp. 143–160.
- DINC, L. – ERDIL, F. 2000. The effectiveness of an educational intervention in changing nursing practice and preventing catheter-related infection for patients receiving total parenteral nutrition. In *International Journal of Nursing Studies*, 2000, vol. 37, no. 5, pp. 371–379.
- FRIC, M. 2004. Přístupy k podávání infuzní terapie a parenterální výživy. In *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 34.
- GABRIEL, J. 2008. Infusion therapy part one: minimizing the risks. In *Nursing Standard*, 2008, vol. 22, no. 31, pp. 51–56.
- HANOUSKOVÁ, J. 2007. Pooperační infuzní terapie. In *Urologie pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 4, s. 184–185.
- INS – INFUSION NURSES SOCIETY. 2006. Infusion Nursing Standards of Practice. In *Journal of Infusion Nursing*, 2006, vol. 29, no. 1, suppl, pp. 1–92.
- MAKI, D.G. – MERMEL, L.A. 1998. Infection due to infusion therapy. In Bennett, J.V., Brachman, P.S. (eds.). *Hospital Infections*. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1998, pp. 689–724.
- MIKŠOVÁ, Z. et al. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Praha : Grada Publishing, 2006, 248 s.
- O'GRADY, N.P. – GERBERDING J.L. – WEINSTEIN, R.A. – MASUR, H. 2003. Patient safety and the science of prevention: the time for implementing the Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections is now. In *Critical Care Medicine*, 2003, vol. 31, no. 1, pp. 291–292.
- PEARSON, M.L. 1996. Guideline for prevention of intravascular device-related infections. In *American Journal of Infection Control*, 1996, vol. 24, no. 4, pp. 262–293.
- PERUCCA, R. 2001. Intravenous therapy equipment. In Hankins, J., Lonsway, R.A., Hedrick, C., & Perdue, M. (eds.). *Intravenous Therapy: Clinical Principles and Practice*. Philadelphia : W.B. Saunders, 2001, pp. 300–334.
- PHILLIPS, L.D. 2005. *Manual of I.V. Therapeutics*. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2005. 812 p.

- RAAD, I.I. – HOHN, D.C. – GILBREATH, J. 1994. Prevention of central venous catheter-related infection by using maximal sterile barrier precautions during insertion. In *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1994, vol. 15, no. 4, pp. 231–238.
- RICKARD, C. M. – COURTNEY, M. – WEBSTER, J. 2004. Central venous catheters: a survey of ICU practices. In *Journal of Advanced Nursing*, 2004, vol. 48, no. 3, pp. 247–256.
- SCHIFF, L. 2001. I.V. administration sets. In *Registered Nurse Journal*, 2001, vol. 64, no. 11, pp. 61–65.
- Věstník MZ ČR č. 9/2005 Metodické opatření č. 6, září 2005 – Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči [online]. 2005. [cit. 2012-02-03]. Dostupné na internetu:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3577_1771_11.html.
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, který upravuje ochranu osobních údajů u fyzických osob (práva a povinnosti při zpracování těchto údajů).

Kontakt

PhDr. Andrea Pokorná, PhD.
Katedra ošetrovateľství LF MU
Kamenice 3
62 500 Brno
Česká republika
e-mail: apokorna@med.muni.cz

Prijaté: 8. 2. 2012

Akceptované: 21. 2. 2012

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S KONFLIKTOM V ROZHODOVANÍ

Alica Slamková*, Mária Boledovičová**

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

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

Abstract

SLAMKOVÁ, A. – BOLEDOVIČOVÁ, M. Management of Nursing Care for Oncologic Patients with Decisional Conflict. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 19–25. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/manazment-oseetrovateľskej-starostlivosti-o-onkologickeho-pacienta-s-konfliktom-v-rozhodovani>.

Aim: Development and use of standard terminology by nursing classification systems is one of the characteristics of the nursing profession in the 21st century. The objective of the application is precise definition and formulation of the activities performed by nurses related to the needs of patients for achievement of specific outcomes. In this paper we focus on the issues of care for oncologic patients in which the decisional conflict developed in relation to health care. We emphasise the priority role of nurses in solving the nursing diagnosis *Decisional Conflict (specify) 00083*, including assisting patients and their families in decision making. It is important for nurses to be able to empathize with the current status of the patient, and work using the method of nursing process which provides a fixed procedure.

Methods: The methods of intervention study and content analysis were used. Mathematic and statistical methods: the Student's t-test for two dependent samples was used in the *NOC (Nursing Outcomes Classification)* level. The research was performed from 2007 to 2009 in the Teaching Hospital in Nitra and the St. Svorad's Specialist Hospital Zobor in Nitra.

Results: The results of the research show the positive effects of the use of the chosen sets of nursing classification systems *NIC (Nursing Interventions Classification)* and *NOC (Nursing Outcomes Classification)* in decision making of oncologic patients. There are significant differences between the intervention and control groups in the performed nursing activities of the chosen set of the *NIC*, in terms of the lower number of performed activities in the control group. There are significant differences in comparison of the values of the indicators of the chosen *NOC* set between the entry and secondary measurements, in terms of reaching a decision by patients and meeting the goals.

Conclusion: The nursing classification systems can be positively evaluated in management of patients with nursing diagnosis *Decisional Conflict (specify) 00083*.

Keywords: conflict, decision making, choice, classification systems, nursing, alternatives, results

ÚVOD

Ludia denne čelia rôznym druhom rozhodnutí – od tých najjednoduchších, s ktorými sú schopní poradiť si sami, až po tie najzávažnejšie, pri ktorých je potrebná asistancia podporných systémov. Ošetrovateľská diagnóza *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083* spadá do 10. diagnostickej domény *Životné princípy*, do 3. triedy *Súlad hodnôt, presvedčení a činov* (Herdman et al., 2007, s. 281). Konfliktné rozhodovanie sa definuje ako „stav neistoty, ak sa má jednotlivец rozhodnúť medzi dvoma alebo viacerými priebehmi a toto rozhodnutie zahŕňa riziko, stratu alebo spochybnenie životných hodnôt“ (Doenges, Moorhouse, 2001, s. 293.). S uvedenou ošetrovateľskou diagnózou sa sestry často stretávajú pri svojej práci, ale riešia ju automaticky, nevedome, čo môže viesť ku vzniku chýb. Sestry by v rámci plnenia svojich úloh nemali zabúdať na to, že ich pacienti musia neraz vykonávať rozhodnutia týkajúce sa zdravia a starostlivosti o zdravie. Tieto rozhodnutia môžu do značnej miery ovplyvniť chod ďalších udalostí v ich živote, za čo do istej miery zodpovedá i sestra. V našom výskume sme sa zamerali na pacientov s onkologickým ochorením. Vzhľadom na ich kritický zdravotný stav je tvorba rozhodnutí najnáročnejšia, čo sa prejavuje aj v potrebe pomoci pri hľadaní vhodného rozhodnutia. V skutočnosti mnoho pacientov má nedostatočné alebo neadekvátne informácie o svojej chorobe a liečebných požiadavkách, z čoho vyplývajú pacientove pocity bezmocnosti a neistoty. Poskytnutím informácií by mal byť pacientovi sprostredkovaný pocit ovládania situácie a určitá miera kontroly (Tschuschke, 2004, s. 81). V kontakte s pacientom s identifikovanou uvedenou ošetrovateľskou diagnózou má sestra nie rozhodnúť za pacienta, ale poradiť mu tak, aby sám našiel riešenie – rozhodnutie, s ktorým by bol spokojný. Takýto prístup posilní jeho sebavedomie a sebestačnosť.

Cieľ

Cieľom príspevku je overiť účinnosť vybraného súboru z klasifikačného systému ošetrovateľských činností (NIC) a vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (NOC) u pacientov s ošetrovateľskou diagnózou *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083*.

SÚBOR

Výskum sme uskutočnili vo Fakultnej nemocnici v Nitre (Oddelenie radiačnej a klinickej onkológie) a v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor (Oddelenie klinickej onkológie). Intervenčnú skupinu tvorilo 104 pacientov, ktorí boli rozdelení do dvoch podskupín po 52 pacientov v jednotlivých zariadeniach. 1. podskupina : pacienti Oddelenia radiačnej a klinickej onkológie (52 pacientov, ďalej ORK). 2. podskupina : pacienti Špecializovanej nemocnice sv. Svorada Zobor (52 pacientov, ďalej SNZ). Kontrolnú skupinu tvorilo tak isto 104 pacientov rozdelených do dvoch podskupín v tých istých zdravotníckych zariadeniach. Zaraďujúce kritériá pre pacientov: 1. spolupracujúci pacient, bez poruchy vedomia, 2. onkologický pacient hospitalizovaný, minimálna doba hospitalizácie 5 dní (cieľ – krátkodobý, stanovený v treťom kroku manažmentu starostlivosti o pacienta s konfliktom v rozhodovaní), 3. onkologický pacient liečený v ambulancii, minimálny kontakt s pacientom 5 dní. Vylučovacie kritériá pre pacientov: 1. nespolupracujúci pacient, 2. kontakt s hospitalizovaným pacientom menej ako 5 dní, 3. doba ambulantného kontaktu kratšia ako 5 dní.

METODIKA

Vo výskume sme realizovali intervenčnú štúdiu s použitím vybraných súborov klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC. Použitá štatistická metóda bola Studentov t-test pre dva závislé výbery. Zo základných deskriptívnych štatistík opisujeme priemer (m) pri vyhodnocovaní aplikovaných ošetrovateľských činností vybraného súboru z klasifikačného systému NIC. Individuálny, neštandardizovaný rozhovor sme využili na zisťovanie názorov, postojov a skúseností onkologicky chorých pacientov na konfliktné rozhodovanie. Obsahovú analýzu dokumentov – chorobopisov a ošetrovateľskej dokumentácie pacientov sme využili na získanie relevantných údajov pre posúdenie pacienta, plánovanie a vyhodnotenie výsledkov pacienta v intervenčnej aj kontrolnej skupine.

ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁUJMOV

Realizácia výskumu sa uskutočnila na základe súhlasu manažmentu vybraných zdravotníckych zariadení a prekonzultovania etických otázok výskumného procesu. Účasť respondentov na výskume bola dobrovoľná a všetky údaje boli spracované dôverne. Autori deklarujú, že výskum nemá žiadny konflikt záujmov.

VÝSLEDKY

V prvej časti príspevku sme sa zamerali na jednotlivé činnosti vybraného súboru *Podpora v procese rozhodovania 5250* klasifikačného systému NIC (McCloskey, Bulechek, 2000, s. 243). V intervenčnej skupine sestry uskutočňovali všetkých 15 činností. Uvádzame poradie uskutočňovaných ošetrovateľských činností podľa aritmetického priemeru (priemer činností na pacienta): *NIC9 Rešpektujte právo pacienta dostať alebo nedostať informácie* (3,67); *NIC10 Poskytnite pacientovi informácie, o ktoré žiada* (3,45); *NIC5 Uľahčíte pacientove vyjadrenie sa o cieľoch starostlivosti* (3,39); *NIC3 Pomôžte pacientovi identifikovať výhody a nevýhody každej alternatívy* (3,13); *NIC7 Umožnite spoločné rozhodovanie* (2,85); *NIC13 Zastávajte úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom a inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti* (2,17); *NIC2 Informujte pacienta o alternatívnych názoroch alebo riešeniach* (2,15); *NIC1 Určite odlišnosti medzi pohľadom pacienta na vlastný stav a pohľadom poskytovateľov starostlivosti* (2,02); *NIC11 Pomôžte pacientovi vysvetliť rozhodnutie iným, podľa potreby* (1,37); *NIC12 Zastávajte úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom a rodinou* (1,35); *NIC15 Odkážte na podporné skupiny, podľa potreby* (0,48); *NIC14 Odkážte na právnu pomoc, podľa potreby* (0,32). Ošetrovateľské činnosti NIC4 a NIC8 uskutočňovali sestry v priebehu piatich dní, ktoré boli určené na dosiahnutie cieľa vždy raz, keď bol respondent zaradený do

výskumu. V rámci týchto činností s ním bola nadviazaná efektívna komunikácia hneď na začiatku výskumu (NIC4). V rámci ošetrovateľskej činnosti NIC8 prezentovali sestry práva pacientov.

V kontrolnej skupine sme vychádzali z posúdenia bežnej ošetrovateľskej praxe a ošetrovateľskej dokumentácie na vybraných pracoviskách. Jednotlivé zaznamenané ošetrovateľské činnosti sme zatriedili do kontextových jednotiek podľa činností vo vybranom súbore klasifikačného systému NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250*. V kontrolnej skupine neboli zaznamenávané ošetrovateľské činnosti NIC1, NIC2, NIC3, NIC5, NIC7, NIC9, NIC11. Uvedené činnosti sú zamerané práve na kroky a aktívnu účasť pacientov v procese rozhodovania. Je dôležité, aby ošetrovateľská dokumentácia u pacientov s onkologickou diagnózou obsahovala aj ošetrovateľské činnosti, ktoré sú zamerané na tvorbu rozhodnutia v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Stručné vyjadrenia sestier, s ktorými sme sa stretli v ošetrovateľskej dokumentácii ako „komunikácia s pacientom“ sú nedostatočné a nevyjadrujú obsah rozhovoru sestry s pacientom.

V hypotéze (H) sme predpokladali, že existuje vzťah medzi vybraným súborom NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250* a výraznými rozdielmi medzi vstupnými a výstupnými hodnotami merania dosiahnutia cieľa pomocou vybraných súborov NOC. Pre potvrdenie hypotézy sme použili z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC vybrané súbory: *Tvorba rozhodnutia 0906* (Johnson, Maas, Moorhead, 2000, s. 194) a *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606* (Johnson, Maas, Moorhead, 2000, s. 335) u pacientov s ošetrovateľskou diagnózou *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083*.

K tvorbe tohto predpokladu nás viedla skutočnosť, že ošetrovateľské činnosti vo vybranom súbore *Podpora procesu rozhodovania 5250* predstavujú komplexný návod na riešenie ošetrovateľskej diagnózy *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083*, tzn., že pomáhajú pacientovi v procese rozhodovania v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou.

Pre analýzu vstupných a výstupných meraní v intervenčnej skupine sme použili Studentov t-test pre dva závislé výbery. V danej skupine uskutočňovali sestry hodnotenie na Likertovej stupnici (1 – nikdy nepreukázaný, 2 – zriedka preukázaný, 3 – niekedy preukázaný, 4 – často preukázaný, 5 – vždy preukázaný). Toto hodnotenie odrážalo proces a tvorbu rozhodovania pacienta v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Vo všetkých ukazovateľoch vybraného súboru NOC 1606 sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely, vyjadrené $p = 0,001$. V ukazovateli NOC160603 *Vyžaduje informácie* sú výstupné hodnoty nižšie ako vstupné – významné rozdiely sme nepotvrdili, keďže pacienti vyžadovali v závere procesu rozhodovania menšie množstvo informácií.

Tab. 1. Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt v úrovni NOC 1606 (n = 104)

Ukazovatele	Vstupné meranie		Výstupné meranie		t-test	
	m	SD	m	SD	t	p
NOC160601 Uplatňuje zodpovednosť v procese rozhodovania	3,29	1,04	4,47	0,52	12,324	0,001
NOC160602 Preukazuje vlastné riadenie procesu	2,38	0,97	3,83	0,74	12,815	0,001
NOC160603 Vyžaduje informácie	4,29	0,59	4,25	0,88	0,398	0,691
NOC160604 Definuje dostupné podmienky	2,04	0,82	4,61	0,53	24,108	0,001
NOC160605 Špecifikuje preferencie výsledkov	2,04	0,82	4,26	0,73	18,461	0,001
NOC160606 Identifikuje priority výsledkov	3,84	1,08	4,58	0,57	6,027	0,001
NOC160607 Identifikuje prekážky, ktoré bránia dosiahnutiu želaného výsledku	2,70	1,15	4,17	0,65	13,302	0,001
NOC160608 Využíva techniky riešenia problému k dosiahnutiu želaných výsledkov	2,82	1,15	4,51	0,54	14,346	0,001
NOC160609 Prejavuje záujem podieľať sa na procese rozhodovania	3,64	1,13	4,59	0,55	7,502	0,001
NOC160610 Identifikuje dostupné podporné systémy potrebné k dosiahnutiu želaných výsledkov	2,12	1,06	3,93	0,95	13,372	0,001
NOC160611 Vyhľadáva služby, ktoré vedú k dosiahnutiu výsledkov	1,99	0,92	4,17	0,80	19,904	0,001
NOC160612 Vyjednáva o preferenciách týkajúcich sa starostlivosťou o zdravie	1,55	0,86	4,74	0,44	36,080	0,001
NOC160613 Sleduje prekážky brániace dosiahnutiu výsledkov	1,53	0,85	4,52	0,75	28,239	0,001
NOC160614 Určuje stupeň konečného výsledku zdravotnej starostlivosťou	2,04	0,82	4,26	0,73	18,461	0,001
NOC160615 Hodnotí spokojnosť s výsledkami zdravotnej starostlivosťou	3,84	1,08	4,58	0,57	6,027	0,001

Vo všetkých ukazovateľoch vybraného súboru NOC *Tvorba rozhodnutia 0906* sme tak isto zaznamenali štatisticky významné rozdiely vyjadrené ako $p = 0,001$.

Ukazovatele	Vstupné meranie		Výstupné meranie		t-test	
	m	SD	m	SD	t	p
NOC 090601 Identifikuje dôležité informácie	2,27	0,94	4,75	0,44	23,217	0,001
NOC 090602 Určuje alternatívy	2,22	1,07	4,80	0,40	22,146	0,001
NOC 090603 Určuje potenciálne dôsledky každej alternatívy	1,98	0,80	4,77	0,45	27,958	0,001
NOC 090604 Určuje zdroje potrebné k podpore každej alternatívy	1,96	0,86	4,69	0,50	26,419	0,001
NOC 090605 Rozoznáva protikladnosť so želaniami ostatných	1,65	1,27	2,60	1,68	5,969	0,001
NOC 090606 Pripúšťa sociálny kontext situácie	2,39	1,24	4,39	0,51	16,141	0,001
NOC 090607 Pripúšťa relevantný právny dosah	2,04	1,15	3,30	1,39	8,260	0,001
NOC 090608 Zvažuje všetky alternatívy	2,12	0,94	4,62	0,60	21,252	0,001
NOC 090609 Vyberá si spomedzi alternatív	1,43	0,71	4,86	0,35	44,617	0,00

Tab. 2. Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt v úrovni NOC 0906 (n = 104)

Na základe výsledkov komparačnej analýzy považujeme hypotézu za potvrdenú. Krátkodobý cieľ stanovený v manažmente starostlivosti o pacienta s danou ošetrovateľskou diagnózou zameraný na uskutočnenie rozhodnutia v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou sa u n = 104 pacientov v intervenčnej skupine dosiahol v stanovenom časovom limite do piatich dní. V kontrolnej skupine na základe analýzy ošetrovateľskej dokumentácie možno konštatovať, že termíny používané sestrami nespĺňajú podmienky pre stanovenie výsledných kritérií, a tým vyhodnotenie dosiahnutia cieľa. Uvedená terminológia bola často nemerateľná (sestry používali terminológiu ako „pacient je informovaný“, „pacient je edukovaný“ a pod.), vyskytovala sa v nízkej početnosti. Z analýzy ošetrovateľskej dokumentácie sa nedá jednoznačne určiť, či sa splnil cieľ.

DISKUSIA

V našich podmienkach je problematika klasifikačných systémov ošetrovateľstva u onkologických pacientov s konfliktom v rozhodovaní nedostatočne prebádaná. Sestry a taktiež pacienti sa pri rozhodovaní zväčša riadia intuíciou a využívajú predošlé skúsenosti.

Prvým a dôležitým krokom nášho výskumu v rámci manažmentu starostlivosti o pacienta s konfliktom v rozhodovaní, bolo posúdenie uspokojenia potrieb pacienta. Po prvotnej validácii ošetrovateľskej diagnózy *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083* na základe verbálneho vyjadrenia neistoty pacientom o tom, čo robiť, nasledoval zber ďalších informácií prostredníctvom anamnestického záznamu týkajúceho sa konkrétneho rozhodnutia z dostupných alternatív, ktoré je potrebné vykonať. Individuálny neštandardizovaný rozhovor sa zameriaval na určovanie cieľov, hodnôt pacienta, jeho názorov a pocitov z rozhodnutia, ktoré má vykonať. S pacientom sa diskutovalo o jednotlivých alternatívach výberu, ktoré sú k dispozícii, a možných pozitívnych a negatívnych výsledkoch rozhodnutia, o podpornom systéme pacienta, jeho predchádzajúcich skúsenostiach s rozhodovaním. Poskytnuté informácie umožnili sestrem potvrdiť správnosť postavennej ošetrovateľskej diagnózy. Ako uvádzajú McFarland, McFarlane (1997, s. 489), pri stanovení tejto diagnózy môže dôjsť k nesprávnemu určeniu, k zámene s ošetrovateľskými diagnózami *Úzkosť, Beznádej, Bezmocnosť, Duchovná tieseň a Nedostatok vedomostí*.

Dôležitým krokom bolo zistiť najčastejšie súvisiace faktory, ktoré spôsobovali ťažkosti v procese rozhodovania. Uvádzame prehľad súvisiacich faktorov v intervenčnej a kontrolnej skupine, pri stanovení ktorých sme vychádzali z literatúry autorov Carpenito (2002), McFarland, McFarlane (1997), Doenges, Moorhouse (2001), Marečková (2006). Na základe výsledkov výskumu môžeme konštatovať, že v intervenčnej skupine najčastejším súvisiacim faktorom bol: a) nedostatok skúseností v rozhodovaní, b) nedostatok informácií a po c) uvedomenie si ohrozenia systému hodnôt. V kontrolnej skupine bolo poradie nasledujúce: a) nedostatok informácií, b) nedostatok skúseností v rozhodovaní a po c) uvedomenie si ohrozenia systému hodnôt.

Dosiahnutie najvyššej spokojnosti a efektívneho rozhodnutia si vyžaduje dostatok času, ktorý umožňuje jednotlivcovi rozhodnúť sa pre voľbu s najväčším úžitkom a minimálnymi stratami. Problémy s rozhodovaním spôsobuje okrem iného aj stres a konflikt, keď hodnoty a činnosti nie sú v kongruencii. Konflikt môže vyústiť do strachu a úzkosti, a tie majú negatívny dopad na rozhodovanie. Proces rozhodovania sa komplikuje, keď je potrebné rozhodnúť sa čo najrýchlejšie. Vytvorenie inteligentného rozhodnutia v akútnom strese je zložitá, ak nie nemožná (Carpenito, 2002, s. 263).

Úlohou sestry je byť pacientovi k dispozícii pri voľbe a posudzovaní rozhodnutia a jednotlivých alternatív a pomáhať zvládať jeho negatívne psychické prejavy v prípadoch časovej tiesne pri rozhodovaní. Počas rozhovorov so sestrami sme mali možnosť zistiť, že sestry na oddeleniach nemajú dostatok času pre pacientov, najmä ak ide o uspokojovanie psychosociálnych potrieb. Zlyháva komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi

i medzi personálom a rodinou pacienta. Časový stres a nervozita sa prenášajú na pacienta, čo má v konečnom dôsledku negatívny dopad na jeho rozhodnutie.

V procese rozhodovania postupovali pacienti podľa krokov rozhodovania: 1. definovanie problému, 2. spísanie možných alternatív alebo volieb, 3. určenie pravdepodobných výsledkov jednotlivých alternatív, 4. posúdenie alternatív založených na aktuálnych alebo potenciálnych úžitkoch/hodnotách, 5. vykonanie rozhodnutia (Carpenito, 2002, s. 262). Aj pomocou týchto krokov pacienti ľahšie dospeli k rozhodnutiu. Dôležitou súčasťou posúdenia pacienta je určiť aj zdravotnú gramotnosť pacientov pred pomáhaním im s rozhodovaním. Intervencie na podporu rozhodovania prispôbené klientovej zdravotnej gramotnosti prispievajú k informovanému rozhodovaniu (Ackley, Ladwig, 2008, s. 298).

Onkologické diagnózy sú považované všeobecne za nepriaznivé správy. V našej spoločnosti existuje z tohto ochorenia mimoriadny strach, akási „onkofóbia“, všeobecne ľudia vnímajú rakovinu tragicky. Dôležitý je zo strany sestry a ošetrovateľského tímu efektívny prístup. Tento prístup predpokladá účinný interaktívny proces, ktorého súčasťou je zainteresovaný vzťah determinovaný prvkami terapeutickú komunikácie (Kristová, 2004, s. 183). V súčasnom období je zdôrazňovaná komunikácia ako nová výzva moderného prístupu k ľudskému zdraviu v dennej klinickej praxi.

Pri porovnaní uskutočňovaných ošetrovateľských činností v intervenčnej a kontrolnej skupine sme zistili významné rozdiely. Sestry v kontrolnej skupine uskutočňovali len komunikáciu, ktorá bola zameraná na poskytnutie nevyhnutných informácií, na minimálnu komunikáciu s rodinnými príslušníkmi a v rámci multidisciplinárneho tímu. Z uvedeného vyplýva, že sestry nie sú zvyknuté pracovať metódou ošetrovateľského procesu, tzn., že neposkytovali pacientom ucelené množstvo informácií zameraných na riešenie ošetrovateľskej diagnózy.

V ďalšej výskumnej oblasti sme sa zaoberali významom použitia vybraných súborov klasifikačného systému NOC pri posudzovaní dosiahnutia cieľa u pacienta s konfliktom v rozhodovaní. Vychádzali sme z predpokladu, že existuje vzťah medzi použitím vybraného súboru NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250* a výraznými rozdielmi medzi vstupnými a výstupnými hodnotami merania dosiahnutia cieľa pomocou klasifikačných súborov NOC. Rozdiely medzi vstupnými a výstupnými hodnotami v oboch vybraných súboroch boli štatisticky významné vyjadrené ako $p = 0,001$ (tab. 1, tab. 2). Hodnotenie pomocou jednotlivých vybraných súborov umožňovalo sestry hodnotiť postupnosť v procese rozhodovania pacienta. Ukazovatele vo vybranom súbore NOC *Tvorba rozhodnutia 0906* informovali o procese rozhodovania pacienta, ukazovatele vo vybranom súbore NOC *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606* informovali o procese rozhodovania v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou.

Na základe dosiahnutých výsledkov výskumu v manažmente konfliktného rozhodovania možno konštatovať, že výsledky sú partikulárne, pretože výskum sme realizovali len u onkologických pacientov.

ZÁVER

Nadobudnutie lepšieho chápania problematiky konfliktného rozhodovania prináša dôležité benefity tak sestrám, ako i pacientom. Dôležitým krokom pri uvedenej ošetrovateľskej diagnóze je pracovanie metódou ošetrovateľského procesu, pretože rozhodovanie a výber pacienta je založený na presne stanovenom postupe. Ak však sestry chýbajú vedomosti, jej spôsob postupu vzniká len na základe predchádzajúcich skúseností či intuície. Takýto prístup je neodborný, často vedie k chybnému spracovaniu výsledkov, je zdĺhavý, neprehľadný a vnáša do procesu subjektivitu. Na základe výsledkov výskumu sme sa presvedčili, že sestry nie sú zvyknuté zaznamenávať všetky činnosti do ošetrovateľskej dokumentácie. Jedným z východísk je použitie klasifikačných systémov a pripravenej dokumentácie v elektronickej podobe. Tento spôsob by sestrám šetril čas, podporoval kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a profesionálneho postavenia sestier.

V súčasnom období neustále prebieha vývoj taxonómie NIC. Dopĺňajú sa nové ošetrovateľské činnosti. Vybraný súbor NIC *5250 Podpora procesu rozhodovania* je doplnený v súčasnosti o dve činnosti: 1. Asistujte pacientovi pri ujasňovaní hodnôt a očakávaní, ktoré môžu pomôcť pri kritickom životnom rozhodovaní, 2. Používajte interaktívny počítačový software alebo webové pomôcky pri rozhodovaní ako doplnok odbornej podpory (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 247).

Analýza výsledkov výskumu potvrdzuje aj efektívnosť klasifikačného systému NOC v manažmente konfliktného rozhodnutia. Použité vybrané súbory NOC *Tvorba rozhodnutia 0906* a *1606 Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti* poskytli stabilnú štruktúru pre usporiadanie výsledkov a pomáhali sestrám identifikovať a vybrať výsledky, ktoré riešili u pacientov spolu s osobami podporného systému.

Ohnisko pomoci v súvislosti s danou problematikou spočíva teda v asistencii a v spoločnej logickej tvorbe rozhodnutia, nie v propagácii nejakého rozhodnutia. V našich podmienkach sa používa skôr model paternalizmu, kedy ošetrojúci personál robí všetky rozhodnutia týkajúce sa starostlivosti o pacienta. Kontrola zameraná na

pacienta a ostatných členov podieľajúcich sa na procese pôsobí zvonku. Úlohou sestry je teda obhájiť jeho názor, na ktorý má právo, podporiť pacienta, ale predovšetkým ho informovať o situácii a potrebe vytvorenia kompromisu. Ak pacient nesúhlasí, môže to vyplývať z jeho neinformovanosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ACKLEY, B.J. – LADWIG, G.B. 2008. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence - Based Guide to Planning Care*. Missouri : Mosby, 2008. 937 p.
- BULECHEK, G.M. – BUTCHER, H.K. – McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Missouri : Mosby, 2008. 938 p.
- CARPENITO, L.J. 2002. *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. Philadelphia : Lippincott, 2002. 1270 p.
- DOENGES, M.E. – MOORHOUSE, M.F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s.
- Herdman, T.H. et al. 2007. *NANDA International. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2007–2008*. Philadelphia : NANDA International, 2007. 343 p.
- JOHNSON, M. – MAAS, M. – MOORHEAD, S. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Missouri : Mosby, 2000. 610 s.
- KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2004. 158 s.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha : Grada, 2006. 264 s.
- McCLOSKEY, J.C. – Bulechek, G.m. 2000. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Missouri : Mosby, 2000. 911 p.
- McFARLAND, G.K. – McFARLANE, E.A. 1997. *Nursing Diagnosis and Interventions. Planning for patient care*. Missouri : Mosby, 1997. 939 p.
- TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha : Portál, 2004. 324 s.

Kontakt

PhDr. Alica Slamková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FSV a Z, UKF

Kraskova 1

949 74 Nitra

Slovenská republika

e-mail: aslamkova@ukf.sk

Prijaté: 2. 2. 2012

Akceptované: 23. 2. 2012

VÝSKYT AGRESIE PACIENTOV VOČI SESTRÁM – PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI MERACIEHO NÁSTROJA

Martina Lepiešová*, Juraj Čáp*, Katarína Žiaková*, Mária Nemčeková**

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

** Vysoká škola v Sládkovičove, Fakulta verejnej politiky a verejnej správy, Katedra sociológie a sociálnej psychológie

Abstract

LEPIEŠOVÁ, M. – ČÁP, J. – ŽIAKOVÁ, K. – NEMČEKOVÁ, M. Incidence of Patient's Aggression against Nurses – Psychometric Properties of Instrument. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 26–32. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/vyskyt-agresie-pacientov-voci-sestram-psychometricke-vlastnosti-meracieho-nastroja>.

Aim: The paper aims to present psychometric properties of self-rating, self-report instrument of own construction to measure the incidence of patients' aggression against nurses (*Violence and Aggression of Patients Scale – VAPS*). Construction of VAPS was based on literary review and findings of partial research performed in our conditions.

Method and sample: The research sample consisted of the nurses from hospitals selected in Žilina region (n = 270). Psychometric analysis was performed from the perspective of reliability analysis by means of determination of Cronbach's alpha, factor analysis and correlation analysis.

Results: Within the context of the problem studied 3 common factors were identified in VAPS by factor analysis, i.e., 3 subscales representing concrete forms of aggression: *S – Verbal aggression, T1 – Physical aggression with no use of offensive weapon, T2 – Physical aggression with the use of offensive weapon and contact forms of sexual aggression*. Cronbach's alpha of VAPS was 0.860, in subscale S it was 0.823, in subscale T1 0.850 and in subscale T2 0.664. Within convergent validity evaluation we have found out that subscales mutually correlate from 0.301 to 0.668.

Conclusions: Based on the results of psychometric analysis performed in our socio-cultural context, VAPS (and its subscales) is regarded to be incontrovertibly reliable and valid instrument to measure the incidence of patients' aggression against nurses in their professional practice.

Keywords: patients' aggression against nurses, forms of aggression, VAPS scale, reliability, construct validity

ÚVOD

Násilie voči sestram je integrálnym komponentom klinickej ošetrovateľskej praxe sestier všetkých ošetrovateľských disciplín. Nie je novým javom, vždy bolo potenciálnym či aktuálnym rizikom výkonu povolania sestry. To, čo sa v poslednom období očividne mení, je najmä vzrastajúci záujem o túto problematiku (Wells, Bowers, 2002, s. 231). Na Slovensku sa tejto téme dosiaľ nevenovala dostatočná pozornosť, v dôsledku čoho absentuje databáza údajov o rozsahu a závažnosti problému. V tejto súvislosti je potrebné vziať do úvahy skutočnosť, že nedostatočné hlásenie incidentov násillia sestrami nemožno interpretovať ako fakt, že sa nevyskytuje. Výskum v tejto problematike u nás bol doteraz realizovaný ako parciálny výskum (napr. Lepiešová, Nemčeková, 2007; Lepiešová, Vrábová, Nemčeková, 2008; Čerňanová, 2010).

Konceptualizácia, operacionalizácia a empirický výskum výskytu násillia a agresie voči sestram v klinickej ošetrovateľskej praxi sú problematické, o čom svedčí množstvo metodologických problémov a limitácií identifikovaných pri výskume danej problematiky v zahraničí (Farrell, 1997; O'Connell et al., 2000; Rippon, 2000). Pri posudzovaní rozsahu problému vznikajú ťažkosti komparácie výsledkov rôznych štúdií pre metodologické rozdiely medzi nimi.

V snahe minimalizovať problematickú konceptualizáciu a operacionalizáciu pojmu agresia v empirickom výskume sme navrhli škálu vlastnej konštrukcie pre posúdenie výskytu agresie pacientov voči sestram (*Výskyt Agresie Pacientov voči Sestram – VAPS*). VAPS pozostáva z 11 položiek (V1 až V11), ktoré boli formulované na základe literárneho prehľadu (Lepiešová, Nemčeková, 2009) a výsledkov parciálneho výskumu v našich podmienkach (Lepiešová, Nemčeková, 2007; Lepiešová, Vrábová, Nemčeková, 2008). Obsahová validita škály bola podporená posúdením položiek tímom štyroch expertov z vedných odborov ošetrovateľstvo, psychológia a filozofia. Položky predstavujú rôzne formy agresie, pričom sestry majú na 6-stupňovej frekvenčnej škále (1 – nikdy; 2 – zriedka; 3 – občas; 4 – často; 5 – veľmi často; 6 – neustále) odpovedať, ako často sa stali objektom uvedených foriem agresie zo strany pacientov v období posledného roku výkonu ich praxe. Čím vyššie je skóre VAPS, tým

častejší je sestrami udávaný výskyt incidentov agresie zo strany pacientov. V škále sa nepýtame všeobecne na výskyt slovnej alebo telesnej agresie (vrátane ich frekvencie), ale uvádzame konkrétne príklady ich manifestácie (napr. neoprávnené obviňovanie, slovné poznámky sexuálneho charakteru, škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie a pod.). Takýto prístup sme volili aj v úsilí o konštrukciu validnej a reliabilnej škály, ktorá by mohla byť použitá ako nástroj pre posúdenie výskytu agresie voči sestram v komparatívnych štúdiách aj v medzinárodnom kontexte.

CIEĽ

Cieľom príspevku je prezentovať psychometrické vlastnosti (sebapozudzovacieho) nástroja vlastnej konštrukcie VAPS.

SÚBOR

Testovanie VAPS sme realizovali na súbore 270 sestier z vybraných nemocníc – Univerzitná nemocnica Martin, Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica, ktoré spĺňali vopred určené inkluzívne kritériá: práca na lôžkovej ošetrovacej jednotke¹ v období minimálne posledných 12 mesiacov; priamy kontakt s pacientmi (pri vedomí) v dospelom veku; ochota a súhlas respondenta so spoluprácou. Priemerný vek sestier bol 39 rokov ($\pm 9,28$), s vekovým rozpätím od 22 do 60 rokov. Dĺžka praxe sa pohybovala od 1 do 42 rokov, s priemerným počtom rokov praxe 18,8 ($\pm 10,5$). Z hľadiska pohlavia mali prevažné zastúpenie v súbore ženy (95,19 %).

METODIKA

Psychometrická analýza VAPS bola realizovaná z aspektu analýzy spoľahlivosti, faktorovej analýzy a korelačnej analýzy. V rámci spoľahlivosti výskumného nástroja sme zisťovali vnútornú konzistenciu nástroja prostredníctvom výpočtu Cronbachovho alfa koeficientu (α_c). Faktorová analýza (extrakcia faktorov, rotácia, interpretácia, pomenovanie) bola na položkových údajoch VAPS realizovaná s cieľom identifikovania redukovaného počtu spoločných faktorov. Na extrakciu faktorov bola použitá centroidová metóda, faktory boli následne rotované normalizovanou varimaxovou rotáciou. Korelačnú analýzu sme realizovali za účelom zistenia konvergentnej validity prostredníctvom výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu. Výsledky boli spracované prostredníctvom MS Excel 2000 a štatistického programu STATISTICA 8.

ETICKÉ ASPEKTY ŠTÚDIE A KONFLIKT ZÁUJMOV

Súhlas s realizáciou výskumnej štúdie sme získali od Etickej komisie JLF UK v Martine. Autori prehlasujú, že neexistuje konflikt záujmov.

VÝSLEDKY

V kontexte skúmaného problému – osobnej skúsenosti sestier s jednotlivými formami, resp. incidentmi agresie pacientov pri výkone povolania (sestra objektom agresie), sme z 11 položiek VAPS realizovanou faktorovou analýzou extrahovali 3 spoločné faktory, ako uvádzame v tab. 1.

Tab. 1. Vlastné hodnoty (*eigenvalues*) premenných vo faktoroch VAPS

Faktory VAPS	Vlastná hodnota (eigenvalue)	% celkovej variability	Kumulovaná vlastná hodnota	Kumulovaná celková variabilita
Faktor 1	4,38	39,82	4,38	39,82
Faktor 2	1,11	10,13	5,49	49,95
Faktor 3	0,71	6,44	6,20	56,38

Kumulovaná vlastná hodnota rozptylu extrahovaných faktorov VAPS je 6,20. Tieto tri faktory vysvetľujú 56,38 % variability pôvodných premenných (položiek VAPS) v skúmanom súbore. Rozptyl extrahovaný pomocou faktora 1 je najvyšší (vlastná hodnota 4,38) a tento faktor vysvetľuje aj najväčšiu časť variability premenných (39,82 %). Prínos faktora 2 k objasneniu celkovej variability je 10,13 %, v prípade faktora 3 je to 6,44 %.

Koeficienty nasýtenia jednotlivých premenných VAPS v troch extrahovaných faktoroch (*factor loadings*) 2 uvádzame v tab. 2. Za hranicu významnosti koeficientov nasýtenia premenných v extrahovaných faktoroch sme zvolili hodnotu $\geq 0,40$.

Tab. 2. Koeficienty nasýtenia (factor loadings) premenných VAPS v extrahovaných faktoroch

VAPS (položky)	Extrahované faktory		
	faktor 1	faktor 2	faktor 3
V1 Ohováranie	0,274	0,120	0,555
V2 Neoprávnené obviňovanie	0,282	0,046	0,728
V3 Verbálny útok – urážky, nadávky	0,520	0,084	0,628
V4 Verbálny útok – zastráňovanie, vyhrážky	0,523	0,180	0,599
V5 Slovné poznámky sexuálneho charakteru	0,144	0,277	0,451
V6 Oplutie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie	0,660	0,046	0,356
V7 Strkanie, hodenie predmetov	0,703	0,131	0,300
V8 Facka, úder päšťou, kopnutie	0,780	0,190	0,284
V9 Škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie	0,464	0,810	-0,054
V10 Telesný kontakt so sexuálnym zámerom (bez fyzického ublíženia)	-0,150	0,628	0,341
V11 Sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia)	0,098	0,493	0,076

Rozptyl extrahovaný pomocou faktora 1 bol 4,38 a jeho prínos k objasneniu celkovej variability 39,82 %. Medzi premenné faktora 1 sme zaradili: oplutie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie (V6); strkanie, hodenie predmetov (V7); facku, úder päšťou, kopnutie (V8), pričom všetky sú markerovými premennými 3 faktora 1. Opisujú formy fyzickej agresie s použitím častí tela aktérom agresie, ale bez útočnej zbrane, resp. ide o prejavy brachiálnej agresie (s využitím fyzickej sily), čo môže okrem útočného indikovať aj obranný charakter agresie. Faktor 1 môžeme z tohto aspektu nazvať *Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane* (subškála T1).

Extrahovaný faktor 2 v sebe implikuje 3 položky reprezentujúce formy telesnej agresie ofenzívneho, útočného charakteru s použitím útočnej zbrane aktérom agresie vrátane kontaktných foriem sexuálnej agresie – premenné tohto faktora sú: škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie (V9), telesný kontakt so sexuálnym zámerom (bez fyzického ublíženia – V10), sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia – V11). Markerovou premennou faktora 2 je položka V10. Rozptyl extrahovaný pomocou faktora 2 bol 1,11 a jeho prínos k objasneniu celkovej variability 10,13 %. Faktor 2 sme pomenovali *Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie* (subškála T2).

Rozptyl extrahovaný pomocou faktora 3 bol 0,71 a jeho prínos k objasneniu celkovej variability 6,44 %. Súvisiace položky v ňom obsiahnuté sa zameriavajú na výskyt inzultujúcich a ofenzívnych slovných foriem agresie zo strany pacientov, z hľadiska intenzity od miernejších po extrémnejšie, konfrontačné formy slovnej agresie vrátane poznámok sexuálneho charakteru reprezentujúcich nekontaktné formy sexuálnej agresie. Premennými tohto faktora sú: ohováranie (V1), neoprávnené obviňovanie (V2), verbálny útok – urážky, nadávky (V3), verbálny útok – zastráňovanie, vyhrážky (V4), slovné poznámky sexuálneho charakteru (V5), pričom markerovou premennou faktora 3 je položka V2. Vzhľadom na uvedené premenné sme tento faktor, ktorý obsahuje 5 položiek, nazvali *Slovná agresia* (subškála S).

Komplexnými premennými 4 VAPS sú položky V3, V4, V9, ktoré dosiahli nami stanovenú hranicu $\geq 0,40$ súčasne v dvoch extrahovaných faktoroch. Komplexné premenné VAPS sme priradili k faktoru, pri ktorom dosahujú vyššie koeficienty nasýtenia, pričom ich obsah korešponduje s obsahom ostatných premenných v priradenom extrahovanom faktore.

V tabuľke 3 uvádzame konečnú faktorovú štruktúru VAPS. Z aspektu troch identifikovaných subškál (subškála S, T1 a T2) štruktúrujúcej jednotlivé formy agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania platí, že čím vyššie je skóre v jednotlivých subškálach VAPS, tým vyšší, častejší výskyt incidentov danej formy agresie zo strany pacientov v období posledného roku výkonu povolania sestry proklamujú.

Tab. 3. Faktorová štruktúra VAPS pre posúdenie výskytu rôznych foriem agresie pacientov voči sestram

Faktory	faktor 1 Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	faktor 2 Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuál- nej agresie	faktor 3 Slovná agresia
Subškály	T1	T2	S
Cronbachov alfa koeficient (α_c)	0,850	0,664	0,823
Počet položiek	3	3	5
Položky	V6: oplútie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie V7: strkanie, hodenie predmetov V8: facka, úder pästou, kopnutie	V9: škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie V10: telesný kontakt so sexuálnym zámerom (bez fyzického ublíženia) V11: sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia)	V1: ohováranie V2: neoprávnené obviňovanie V3: verbálny útok – urážky, nadávky V4: verbálny útok – zstrašovanie, vyhrážky V5: slovné poznámky sexuálneho charakteru

Spôľahlivosť (reliabilitu) VAPS sme hodnotili z aspektu miery jej vnútornej konzistencie vyjadrujúcej stupeň zhody časti nástroja s celým nástrojom (tab. 3).

Výsledky korelačnej analýzy subškál S, T1 a T2 reprezentujúcich faktory extrahované vo VAPS faktorovou analýzou prezentujeme v tab. 4.

Tab. 4. Korelačná matica VAPS – Pearsonove korelačné koeficienty (r) na úrovni subškál

	Subškála S	Subškála T1	Subškála T2	VAPS
Subškála S		0,668*	0,378*	0,301*
Subškála T1			0,946*	0,850*
Subškála T2				0,502*

* signifikantné korelácie na hladine významnosti 5% ($p < 0,05$)

Subškála S koreluje významne so subškálou T1 (0,668*) – ide o veľkú koreláciu⁵. Stredná korelácia je potvrdená medzi subškálami S a T2 (0,378*) a subškálami T1 a T2 (0,301*). Z hľadiska vzťahu a vzájomnej závislosti jednotlivých subškál môžeme konštatovať, že všetky subškály navzájom korelujú štatisticky významne a kladne, čo znamená, že premenné majú tendenciu meniť sa rovnakým smerom.

DISKUSIA

Vo všeobecnosti platí, že extrahované faktory získané exploratívnou faktorovou analýzou môžeme považovať za jasné, spoľahlivé a relevantné, ak sú splnené nasledovné podmienky: výberový súbor má minimálne 100 respondentov, pomer počtu respondentov k počtu premenných v analyzovanej škále (*subject ratio*) je minimálne 2 : 1 (ideálne 3 : 1), t. j. respondentov je minimálne dvakrát viac ako premenných (položiek škály; Kline, 2000, s. 142, 163). Obidve podmienky boli v prípade nami realizovanej faktorovej analýzy splnené.

Interpretácia faktorov spočíva v posúdení (veľkostí a znamienok) korelácií medzi extrahovanými faktormi a originálnymi premennými (položkami; Rimarčík, 2007, s. 101-105). Cieľom interpretácie faktorovej matice je zoskupiť premenné takým spôsobom, aby faktor, ku ktorému budú priradené, reprezentoval po obsahovej stránke konzistentný celok (Pett, Lackey, Sullivan, 2003, s. 196). Faktorovou analýzou extrahované tri faktory boli základom pomenovania subškál VAPS štruktúrujúcej agresiu voči sestram na jej jednotlivé formy (S – *Slovná agresia*; T1 – *Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane*; T2 – *Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie*). V procese interpretácie extrahovaných faktorov a následného pomenovania subškál vymedzu-

júcich jednotlivé formy agresie sme ich z obsahového hľadiska porovnali s rôznymi definíciami slovnej (verbálnej) a telesnej (fyzickej) agresie s cieľom podpory obsahovej validity VAPS. Extrahované faktory z obsahového hľadiska korešpondovali s nasledovnými definíciami, identifikovanými v celonárodnej tasmánskej štúdiu agresie voči sestram (Farrell et al., 2006, s. 781) na základe literárneho prehľadu a výstupov ohniskových skupín (*focus groups*). Autori uvádzajú, že slovná agresia sa vzťahuje na akúkoľvek formu zlého zaobchádzania, hovorenú alebo nehovorenú, ktorá v objekte zanecháva pocit napadnutia (vlastnej osoby alebo profesie), znehodnotenia (devalvácie) alebo poníženia. Je to komunikácia prostredníctvom slov, tónu hlasu alebo správania, ktoré znevažuje, vyhráža sa, obviňuje, je povýšenecké, nezdvorilé a neslušné k druhým. Výhražné správanie zahŕňa naznačovanie telesného násillia prostredníctvom verbálnej interakcie (slovného pôsobenia na osobu priamo alebo telefonicky), ale aj telesného postoja, postavenia tela (posturika), ktoré naznačujú hodenie predmetov alebo úder päšťou, avšak následkom nie je fyzický kontakt. Telesná agresia sa vzťahuje na akýkoľvek incident, pri ktorom osoba/objekt zažíva telesný útok (napr. ťapnutie, facka, uhryznutie, odstrčenie, poškrabanie, úder a pod.) alebo sexuálny útok (akýkoľvek násilnícky, nútený telesný kontakt v zmysle neoprávneného dotýkania, maznania a nútenej sexuálnej aktivity vrátane pohlavného styku; Farrell et al., 2006, s. 781). Premenné VAPS v extrahovanom faktore 3 z obsahového hľadiska korešpondovali s uvedenou definíciou slovnej agresie, preto sme danú subškálu pomenovali *S – Slovná agresia*. Premenné v extrahovaných faktoroch 1 a 2 z obsahového hľadiska korešpondovali s definíciou telesnej agresie (zahrňujúc aj fyzický kontakt v zmysle sexuálneho napadnutia), preto oba faktory vymedzujú telesnú agresiu. Obsah premenných priradených k faktoru 1 vymedzuje formy telesnej agresie s použitím častí tela aktérom, t.j. brachiálnu agresiu, bez použitia útočnej zbrane. Bergstrom (1994, podľa Rippon, 2000, s. 453) tieto formy ešte kategorizuje na ľahké formy násillia (napr. odstrčenie, ťahanie za vlasy) a ťažké formy násillia (napr. vrazenie päšťou, kopnutie). V prípade interpretácie a pomenovania extrahovaných faktorov 1 a 2 pri faktorovej analýze VAPS sme sa chceli vyvarovať reflexii závažnosti uvedených skupín prejavov telesnej agresie, nakoľko mieru závažnosti agresívneho aktu považujeme za subjektívnu percepciu samotného objektu agresie. Faktory sme preto pomenovali z aspektu používania resp. nepoužívania útočnej zbrane aktérom agresie a z aspektu začlenenia kontaktných foriem sexuálnej agresie ako *T1 – Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane* a *T2 – Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie*. Subškálu T2 môžeme interpretovať ako reflektujúcu závažnejšie formy telesnej agresie, čo však nepopiera závažnosť foriem agresie reprezentovaných subškálou T1 a subškálou S.

Cronbachov koeficient alfa (α_c) VAPS potvrdzuje jej dostatočnú vnútornú konzistenciu, rovnako ako aj v prípade subškál S a T1. Pri hodnotení reliability subškály T2 dosiahol koeficient α_c hodnotu 0,664. Väčšina výskumníkov deklaruje hodnotu koeficientu reliability 0,7 ako hraničnú, rozlišujúcu nástroje akceptovateľné a neakceptovateľné z hľadiska ich spoľahlivosti. V niektorých prípadoch je akceptovateľná aj hodnota koeficientu reliability medzi 0,5 až 0,6, a to v závislosti od toho, za akým účelom sa nástroj používa. Do úvahy musíme brať to, aký typ rozhodnutí sa realizuje na základe daného nástroja alebo testu (Kerlinger, Lee, 2000, s. 663-664). Ako uvádza Kudlička (2003, s. 239), vo všeobecnosti sa prijíma názor, že hodnota koeficientu reliability testu $\leq 0,60$ je pre akékoľvek účely nedostatočná. Aj na základe uvedených argumentov môžeme považovať vnútornú konzistenciu subškály T2 za dostatočnú.

Pri hodnotení konštruktivej validity výskumného nástroja sme zisťovali konvergentnú validitu, ktorá je dosiahnutá, ak je jeden indikátor skúmaného konceptu asociovaný s ďalšími, odlišnými indikátormi rovnakého konceptu (Kreidl, 2012). Hodnotenie interkorelačných vzťahov na úrovni subškál VAPS potvrdzuje jej konvergentnú validitu. Uvedomujeme si, že tak ako uvádzajú Ježek, Vaculík, Wortner (2006, s. 7), konštruktívnu validitu akéhokoľvek nástroja nie je možné overiť jedinou výskumnou štúdiou, ale jej vierohodnosť rastie tým, ako ďalšie výskumy prinášajú výsledky podporujúce existenciu ako samotného konštruktú, tak aj spôsobu jeho merania.

ZÁVER

S cieľom vyhnúť sa niektorým metodologickým problémom výskumu agresie voči sestram (napr. otázna interpretácia a reflexia pojmu agresia, odlišná operacionalizácia pojmu agresia) a získať čo najspoľahlivejšie údaje o výskyte tohto fenoménu, sme navrhli VAPS pre posúdenie výskytu agresie pacientov voči sestram. Na základe prezentovaných výsledkov môžeme VAPS v našom sociálno-kultúrnom kontexte považovať za reliabilný a validný nástroj pre posudzovanie výskytu jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania. Použitím takto konštruovanej VAPS vrátane jej jednotlivých subškál S, T1, T2 bude možné zistiť výskyt uvedených troch foriem agresie pacientov voči sestram v rôznom prostredí (pracoviskách/disciplínach, sférach poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a pod.) a presnejšie identifikovať a následne interpretovať výsledky (či už z hľadiska výskytu jednotlivých foriem agresie alebo z hľadiska ich frekvencie).

Odporúčame ďalšie používanie VAPS v rôznom prostredí v rámci porovnávacích štúdií, prípadne i v medzinárodnom kontexte, a to nielen za účelom zberu údajov o výskyte a frekvencii agresie pacientov voči sestram, ale aj s cieľom ďalšieho testovania jej psychometrických vlastností.

Dôkazy o výskyte agresie pacientov voči sestram získané s použitím reliabilného a validného nástroja môžu byť v oblasti manažmentu a riadenia prínosom pri argumentácii požiadaviek etablovať programy prevencie či riešenia tohto problému v klinickej ošetrovateľskej praxi. Podrobnou analýzou výskytu a frekvencie násillia voči sestram môžeme pomôcť k pochopeniu rozsahu tohto problému a k iniciácii špecifických opatrení prevencie resp. riešenia incidentov násillia v tak špecifickom sociálno-kultúrnom prostredí, akým je prostredie zariadení poskytujúcich zdravotnú a sociálnu starostlivosť

¹Stratifikácia podľa pracovísk: chirurgické disciplíny (23 %), internistické disciplíny (24 %), onkologické a paliatívne pracoviská (13 %), psychiatrické pracoviská (19 %), intenzívna starostlivosť (21 %).

²Signifikantné koeficienty nasýtenia premenných, ktoré sme zaradili k príslušným faktorom extrahovaným faktorovou analýzou, vyznačujeme v tab. 2 tučným písmom.

³Premenné s vysokým koeficientom nasýtenia (zvyčajne $-0,6$; $+0,6$), ktoré korelujú len s jedným z extrahovaných faktorov, sa nazývajú markerové premenné (*marker variables*) a sú východiskom pre intuitívnu interpretáciu daného faktora, ako aj jeho pomenovanie (Kline, 2000, s. 142; Pett, Lackey, Sullivan, 2003, s. 41).

⁴Premenné s koeficientom nasýtenia nad stanovenú hranicu vo viac ako jednom extrahovanom faktore sa nazývajú komplexné premenné (*complex variables*) (Giles, 2002, s. 130).

⁵Veľkosť korelačných koeficientov sme interpretovali podľa Cohena (1988, s. 481).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- COHEN, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1988. 567 p.
- ČERŇANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. In *Ošetrovateľský obzor* [online], 2010, roč. 7, č. 3. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: <http://www.osetrovateľsky.herba.sk/3-2010/agresivny-pacient-v-podmienkach-psychiatrickeho-osetrovateľstva>.
- FARRELL, G.A. 1997. Aggression in clinical settings: nurses' views. In *Journal of Advanced Nursing*, 1997, vol. 25, no. 3, pp. 501-508.
- FARRELL, G.A. et al. 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. In *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 55, no. 6, pp. 778-787.
- GILES, D.C. 2002. *Advanced research methods in psychology* [online]. London : Routledge, 2002. 365 p. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: http://books.google.com/nf/books?id=Yab5MksgqMIC&pg=PA121&hl=sk&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false.
- JEŽEK, S. – VACULÍK, M. – WORTNER, V. 2006. Konštruktívna validita. In *Základní pojmy z metodologie psychologie: definice a vysvětlení* [online]. Brno : Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, 2006. 16 s. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/fss/ps06/psy112/Vaculik__M.__Jezek__S.__Wortner__V.__2006__-_Zakladni_pojmy_z_metodologie.pdf.
- KERLINGER, F.N. – LEE, H.B. 2000. *Foundations of Behavioral Research*. Fort Worth : Harcourt, Inc., 2000. 890 p.
- KLINE, P. 2000. *The Handbook of Psychological Testing* [online]. London : Routledge, 2000. 725 p. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: http://books.google.com/books?id=Im2RxaKaok8C&pg=PR5&hl=sv&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false.
- KREIDL, M. 2012. Metody měření reliability a validity. In *Sociologický webzín SOCIOWeb, teorie pro všechny* [online]. Praha : Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=153&lst=106>.
- KUDLIČKA, J. 2003. Reliabilita a validita kvantitatívneho výskumného nástroja merania. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2003, s. 237–240.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2007. Sestra ako objekt násillia v zdravotníckych zariadeniach. In *Ošetrovateľstvo teória, výskum a vzdelávanie* [CD-ROM]. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2007, s. 263–277.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2009. Metodologické problémy výskumu násillia voči sestram. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2009, s. 175–185.
- LEPIEŠOVÁ, M. – VRÁBOVÁ, I. – NEMČEKOVÁ, M. 2008. Sestra – objekt násillia v zariadeniach sociálnej starostlivosti. In *Sociokultúrní-právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovateľstvi a porodní asistencii* [CD-ROM]. Olomouc : VUP, 2008, s. 227–239.
- O'CONNELL, B. et al. 2000. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. In *Journal of Clinical Nursing*, 2000, vol. 9, no. 4, pp. 602–610.
- PETT, M.A. – LACKEY, N.R. – SULLIVAN, J.J. 2003. *Making Sense of Factor Analysis. The Use of Factor Analysis for Instru-*

- ment Development in Health Care Research* [online]. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc., 2003. 346 p. [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: <http://books.google.sk/books?id=5Jyaa2LQWbQCprintsec=frontcover#v=onepage&q&f=true>.
- RIMARČÍK, M. 2007. *Štatistika pre prax*. Vydané vlastným nákladom, 2007. 200 s.
- RIPPON, T.J. 2000. Aggression and violence in health care professions. In *Journal of Advanced Nursing*, 2000, vol. 31, no. 2, pp. 452–460.
- WELLS, J. – BOWERS, L. 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? In *Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol. 39, no. 3, pp. 230–240.

Kontakt

Mgr. Martina Lepiešová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

e-mail: lepiesova@jfmed.uniba.sk

Prijaté: 17. 2. 2012

Akceptované: 7. 3. 2012

IDENTIFIKACE PROBLÉMŮ A STANOVENÍ PŘÍSLUŠNÝCH INTERVENČÍ U RODIČŮ SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ POMOCÍ METODY EBN

Ivana Olecká*, Naděžda Špatenková**

* Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

** Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky

Abstract

OLECKÁ, I. – ŠPATENKOVÁ, N. Identification of Problems and Specification of Relevant Interventions in Parents of Hearing-impaired Children by Means of the EBN Method. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 33–40. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/identifikace-problemu-a-stanoveni-prislusnych-intervenci-u-rodicu-sluchove-postizenych-deti-pomoci-metody-ebn>.

Aim: The objective of the research is to identify problems in parents of hearing-impaired children and to reflect the recommended interventions in the relevant researches published up today. It is the identification of key problems of parents of a handicapped child and their needs that enables an adequate aiming of psycho-social support and possible intervention from the side of healthcare staff. It is because the agent of communication with the medical staff is the parents of these children in the stage of diagnosing as well as rehabilitation and compensation of hearing impairment. Adequate care for a hearing-impaired child is nearly impossible without their participation.

Method: The basic framework of the presented research is evidence-based nursing. The chosen technique is quantitative content analysis. The core sample consisted of 280 articles. This sample was formed on the basis of an assigned search of key words. On the basis of the elimination criteria, most of them were rejected. Thirty nine articles fulfilled the set criteria and were analysed. The set criteria were fulfilled only by these 39 articles of the entire sample.

Results: Parents' feelings were examined in fact to a minimal extent and only superficially. Most studies dealt with problems in communication with the children and preconditions for their development after the implantation of a cochlear implant. Only two studies focused on the parents' need in a complex way. The most frequently presumed problems and the parents' needs rooted in them were: the need for information, problems in family life, stress, family and emotional support.

Conclusions: Interventions should be focused especially on providing of quality and relevant information, namely of the diagnosis and all the related problems, possible ways of care for hearing-impaired children, the compensation of hearing impairment, including cochlear implantation and the subsequent rehabilitation etc. However, any intervention has to be based on the identification of needs, in this case the needs of parents of severely hearing-impaired children. An inseparable part of all the interventions should be providing of support.

Keywords: needs, deafness, parenthood, intervention, evidence based nursing

ÚVOD

Postižení dítěte představuje mimořádnou zátěž a velmi náročnou životní situaci. Rodiče zažívají pocity selhání v ploditelské a rodičovské roli, dochází k devastaci jejich sebevědomí a ke krizi jak osobní, tak rodičovské identity. Narození postiženého dítěte totiž představuje výrazný zásah do jejich sebepojetí, rodiče pak snadno ztrácejí sebedůvěru a sebejistotu (Špatenková et al., 2011). Navázat v takové situaci s rodiči dítěte dobrý vztah založený na důvěře může být pro zdravotníky obtížné, ale je to nutné (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009). Mohou se přidávat i další problémy, jako je například ztráta důvěry v partnera, rezignace, nerealistická očekávání apod. Každý z rodičů může na danou situaci reagovat svým specifickým způsobem a ve velkém napětí si nemusí být schopni být vzájemně oporou. Tuto oporu pak nezřídka očekávají od zdravotnických pracovníků, především sester. Pro zdravotníky je tak práce s rodiči velkou výzvou, protože mohou pozitivně ovlivnit postoj rodičů k dítěti s postižením a tím i samotný vývoj dítěte. Pokud je zdravotnický personál schopen poradit, pomoci a empaticky se vcítit do nelehké životní situace takových rodičů, je to ten nejlepší základ pro úspěch léčby (rehabilitace) dětského pacienta.

Každé z postižení přináší jistá specifika. V tomto příspěvku se zaměříme pouze na rodiče dětí s těžkým sluchovým postižením. Většina neslyšících dětí se rodí slyšícím rodičům (Motežníková, 2006). Po zjištění této skutečnosti jsou zdrceni a nezřídka také zklamaní, cítí nespravedlnost a hněv („Proč zrovna my?“), mohou hledat viníka celé situace, třeba i ve zdravotnických pracovnících („Někdo za to přece může!“). Zaplavuje je úzkost a strach, obavy, co bude a jak bude („Jaký život bude mít naše dítě? A my?“), mohou prožívat ztrátu kontroly nad

situáci. Potrebujú proto pomoc a oporu. Je dôležité, aby se rodiče naučili nějakým způsobem s dítětem komunikovat, uvědomili si, jak k němu přistupovat a uspokojovat jeho potřeby. Zde se otevírá prostor pro adekvátní edukaci a intervenci ze strany (nejen) zdravotnických pracovníků. Jakékoliv intervence zdravotníků vůči rodičům by ale měly být velmi citlivé, musí vycházet ze znalosti konkrétní situace a neměly by být postaveny na mýtech, které stále ještě panují v laické veřejnosti. Např. se všeobecně míní, že sluchové postižení je „lepší“ než jakékoliv jiné, např. zrakové. Taková představa je ale absolutně irelevantní. Právě sluchové postižení totiž představuje velmi závažnou komunikační bariéru, je největší překážkou v zapojení do sociálních kontaktů **1**.

Sluchové postižení mimo jiné:

- negativně ovlivňuje vývoj myšlení a řeči,
- představuje těžkou psychickou zátěž, (život ve „vězení ticha“ a v jakémsi „komunikačním vakuu“),
- zhoršuje orientační schopnosti,
- narušuje bezpečnostní funkci (sluch má kromě jiného i bezpečnostní funkci, je totiž jediným smyslem, který zůstává aktivní dokonce i ve spánku; v bdělém stavu pomocí sluchový vjemů kontrolujeme okolí mimo naše zorné pole a jakýkoliv výstražný nebo nebezpečný zvuk – např. troubení auta, zvuk sirény – vyvolává okamžitě spontánní obrannou nebo únikovou reakci; těžce sluchově postižený člověk je v tomto ohledu výrazně zranitelnější) apod. (Slowík, 2007, s. 71).

Kvalita života dětí se sluchovým postižením tak je – a bude – v důsledku sluchové vady podstatně narušena. Narušena je i kvalita života jejich rodičů, potažmo celé rodiny. Rodiče si ale začínají tento fakt uvědomovat mnohem dříve, než jejich potomek. Dítě se stigmatem postižení si to začíná uvědomovat teprve ve chvíli, kdy je konfrontováno s „normalitou“. Děti tedy minimálně z počátku svého života zásadnější problémy nevnímají – vnímají je právě jejich rodiče, kteří nesou břímě stigmatu od samého počátku. Tyto úvahy potvrzuje i výzkum Warner-Czyz et al. (2009), dle kterého děti se sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života na stejné úrovni jako děti zdravé, ale jejich rodiče mají za to, že je jejich kvalita života oproti zdravým dětem výrazně snížena.

Být rodiči dítěte s postižením znamená lišit se. Konvenční představy o mateřství a rodičovství, prezentované např. v populárních příručkách a v médiích, jsou založené na představě zdravého dítěte. Diagnóza postižení ovšem mění způsob, jakým se společnost vztahuje k dítěti s postižením a jeho rodině. Rodiče to vnímají jako sociální stigma. Stigma dítěte se do značné míry stává stigmatem rodiče. Můžeme tedy souhlasit s Hrubým (1999, s. 41), že být rodičem postiženého dítěte je postižením samo o sobě. Zdá se proto pochopitelné, proč by intervence zdravotníků měly směřovat právě k rodičům dětí. Jaké nejčastější problémy rodiče sluchově postižených dětí trápí? Jaké jsou jejich potřeby? Jakou konkrétní podobu by měly podle aktuálních výzkumů mít intervence? Právě odpovědi na tyto otázky hledá (a nalézá) realizované šetření.

CÍL

Základní výzkumná otázka zněla: Jaký je současný stav vědění o tom, co to znamená být rodičem sluchově postiženého dítěte. V předkládaném příspěvku jsou pak prezentovány výstupy analýzy dílčího cíle výzkumu, který zněl: Zjistit, jaké potřeby rodičů sluchově postižených dětí do tří let po stanovení diagnózy identifikují výzkumné studie a jaké intervence k nim nabízejí.

METODIKA

Nejvíce, celkem 8, studií bylo uveřejněno v *Journal Of Deaf Studies And Deaf Education*. Pět studií pak bylo uveřejněno v *American Annals of the Deaf*. Deset časopisů, ve kterých byly studie publikovány (celkem 26 článků), oborově korespondovaly (např. *American Journal of Audiology, Arch Otolaryngol head neck surg, Cochlear Implants International, Ear and hearing, Deafness and Education International* a pod.), dalších 11 časopisů (celkem 13 článků) nebylo tematicky zaměřeno primárně na problematiku neslyšících (např. *Child Abuse & Neglect, Child and Family Behavior Therapy, Qualitative Sociology Review* atd.). Nejvíce studií bylo vydáno v letech 2007–2008, celkem 13. Sledováno bylo období od roku 1992 do roku 2010. Nejvíce výzkumů zaměřených na tuto oblast bylo provedeno na území Spojených států Amerických (12 studií) a Velké Británie (10 studií). Šest studií pochází z Kanady, 4 z Izraele a 3 z Německa. Po jedné prezentované studii si připsalo Finsko, Švédsko, Japonsko a Austrálie.

Z hlediska použité metody, se výzkumníci přiklánějí především ke kvantitativním metodám (21 studií), méně často ke kvalitativním (13 studií) a pouze 5 studií bylo založeno na kombinaci kvalitativní a kvantitativní strategie. Kvantitativní výzkum je vhodný za podmínek, že je třeba zjišťovat poměrně málo informací od velkého počtu

zkoumaných osob. Tato výhoda však zřejmě nebyla hlavní motivací výzkumníků. Analyzované kvantitativní výzkumy měly nejčastěji do 40 respondentů (9 studií), případně od 41 do 80 respondentů (8 studií). Pouze 9 výzkumů se dotazovalo více než 81 respondentů. Velikost vzorku je dána malým počtem osob ve zkoumané populaci, neboť ta je velmi specifická. Mezi další základní přednosti kvantitativního výzkumu patří, že umožňuje testování teorií, výsledky lze zobecnit na populaci, nabízí relativně rychlý sběr dat, poskytuje přesná numerická data a představuje rychlou analýzu dat, přičemž výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi. Je však třeba nepomínat na to, že teorie a kategorie, které podrobujeme analýze, nemusejí vždy odpovídat lokálním zvláštnostem, a že v případě, že se výzkumník soustřeďuje pouze na určitou teorii a její testování, může opomenout důležité fenomény. Kvantitativní výzkum navíc přináší ještě jednu velmi výraznou nevýhodu a tou je poměrně nízká validita způsobená vysokou standardizací postupů (Olecká, Ivanová, 2011). Na rozdíl od kvantitativního výzkumu zkoumá kvalitativní výzkum problematiku intenzivně do hloubky. Kvalitativní výzkum nám přináší podrobné informace o zkoumaném fenoménu, které však nelze generalizovat na populaci. Kvalitativní výzkum je vhodné použít zejména tehdy, když nemáme dostatečnou znalost o problému, který studujeme a potřebujeme dané situaci porozumět. Představuje ideální nástroj pro vytváření teorie, která není dělána od stolu bez kontaktu s popisovanými fenomény, ale naopak je pevně zakotvena v sebraných datech. Právě tento přístup může být nanejvýš vhodný v situacích, kdy je badatel spíše „cizincem“ (Disman, 2000) Pochopitelně i kvalitativní výzkum má svoje nevýhody. Získaná zjištění zpravidla nejsou zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí. Sběr a analýza dat jsou v tomto typu výzkumu velmi časově náročné etapy a konečně výsledky výzkumu jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Disman, 2000; Reichel, 2009).

Z výše řečeného vyplývá, že jedině zahrnutí jak kvantitativních tak kvalitativních studií do analýzy napomůže komplexnímu pokrytí studované problematiky. Používání jednostranných výzkumných přístupů bývá v současné vědě dle Loučkové (2010, s. 74) kritizováno. Oba tyto přístupy lze považovat za navzájem ideálně komplementární. Společně s Hendlem můžeme bez obav použít metaforu komplementarity obou přístupů dle Lincolna a Guby: „Jestliže má rybář k dispozici několik sítí a v každé z nich je několik velkých děr, pak je lepší, když rybář poškozené sítě navzájem překryje a použije tak jednu síť, kterou získá lepší úlovek než použitím jednotlivých sítí odděleně.“ (Hendl, 2005, s. 62).

V kvantitativních šetřeních badatelé z hlediska použité techniky nejvíce preferují dotazník (23 studií). Toto zjištění není nijak překvapivé. Dotazník patří k jednomu z nejrozšířenějších a nejčastěji používaných technik. Jeho výhody převyšují nevýhody. Jedná se o málo nákladnou, pohodlnou, levnou a rychlou techniku sběru dat. Ve třech případech byly dotazníky doplněny testy schopností. Ostatní techniky byly zastoupeny minimálně. Ve třech případech byl v rámci kvantitativních technik použit semistrukturovaný rozhovor. Výhodou oproti dotazníku je zvýšení validity výzkumu, pro většinu výzkumníků však nevýhody převyšují. Jedna výzkumná studie použila pozorování a jedna *focus group*. V kvalitativních šetřeních převládá oproti studiím kvantitativním semistrukturovaný (10 studií) a narativní rozhovor (4 studie). Jedná se o typické kvalitativní techniky. Rozhovor umožňuje hlubší zkoumání problému, napomáhá porozumění situaci komunikačního partnera. Analýze byly podrobeny taktéž otevřené otázky v dotazníku (3 studie), případové studie (2 studie) a v jednom případě pozorování.

Respondenty byly většinou matky, případně se výzkumníci dotazovali obou rodičů. Žádná ze studií se nevěnovala výhradně otcům. Lze předpokládat, že matky jsou výzkumníky považovány za primární pečovatele, což je zřejmě důvod, proč jsou studie zaměřeny převážně na zjišťování právě jejich názorů.

Základním rámcem prezentovaného výzkumu bylo *evidence-based nursing*, neboli ošetrovateľství založené na důkazech, tedy metodologický přístup ke klinické praxi, v rámci kterého jsou zvažovány **čtyři základní komponenty** (Žiaková et al., 2003, s. 311):

1. výsledky výzkumu (důkazy),
2. hodnoty a preference pacienta,
3. klinické zkušenosti sestry,
4. dostupnost prostředků v rámci konkrétního prostředí.

Výzkumnou technikou byla kvantitativní obsahová analýza. Jedná se o neterénní způsob sběru dat, který slouží objektivnímu systematickému a kvantitativnímu popisu zjevného obsahu jakéhokoli sdělení (Olecká, Ivanová, 2011).

Základní soubor tvořily veškeré studie, které byly na téma rodičovství slyšících rodičů sluchově postižených dětí napsány. Způsob vyhledávání zúžil tento základní soubor na studie dohledatelné v přístupných databázích. Vzorek pak tvořily studie, které splnily základní kritérium: byly koncipovány jako primární výzkum a některá z českých knihoven byla schopna zajistit přístup k fulltextu. Z těchto studií pak **byly vyloučeny** ty, které:

1. byly zaměřeny čistě na lékařskou diagnostiku a lékařské intervence,
2. byly zaměřeny pouze na dítě jako pacienta (pozn. zahrnuty naopak byly i studie týkající se primárně hluchých

- děti jako takových a o problémech rodičů se zmiňovaly jen okrajově – lze vycházet z předpokladu, že problémy dětí jsou problémy rodičů),
3. byly zaměřeny čistě na studium rozvoje řeči či psychomotorického vývoje dětí, byť by zkoumali pohled rodičů na tuto problematiku,
 4. popisovaly děti ve školním a starším věku (cílem bylo sledovat pouze rodiče dětí předškolního věku),
 5. zkoumaly děti s vícečetným postižením,
 6. byly zaměřeny výhradně na hluchoněmé rodiče.

Základním limitem studie bylo nalezení relevantních zdrojů. Je technicky nemožné dostat se ke všem zdrojům, které kdy byly na dané téma na celém světě napsány. Základní překážkou je umístění daného zdroje v některé z prohledávaných databází. Tento limit byl částečně saturován prostřednictvím velkého množství prohledávaných databází, z nichž některé jsou multizdrojovými. Množství nalezených studií bylo dáno také způsobem vyhledávání a zadáváním klíčových slov. Tento limit byl minimalizován užíváním synonymních výrazů a využitím profesionálních pracovníků specializovaných na zpracování rešerší a práci s databázemi tří knihoven, z nichž každá používá jiné zdroje a specifický způsob vyhledávání.

Z provedených rešerší vzešlo 280 článků, které tvořily základní soubor studie. Na základě výše popsaných kritérií byla většina článků vyřazena. Z celého souboru pouze 39 vyhovovalo stanoveným kritériím. Tyto články byly následně analyzovány.

Kvantitativní obsahovou analýzou byly sledovány tyto proměnné: zdroj, ve kterém byl článek uveřejněn, rok vydání, místo výzkumu, výzkumná metoda, velikost a složení vzorku, cíl výzkumu, proměnné, navrhované intervence, užití NANDA-I diagnostiky.

VÝSLEDKY

Z hlediska cíle výzkumu (srov. tab. 1) se nejvíce studií snažilo zjistit copingové strategie rodičů a míru stresu korelující s péčí o dítě s těžkým sluchovým postižením. Často deklarovaným cílem výzkumu bylo také popsat zkušenosti rodičů s různými aspekty hluchoty dětí a porozumět jejich situaci. V tomto případě se jednalo o studie kvalitativní a tím je v podstatě cíl dán částečně předem. Cílem šesti studií bylo navrhnout doporučení. V mnoha případech se cíl výzkumu nějak dotýkal problematiky kochleární implantace, ať už bylo cílem změřit spokojenost s výsledky po implantaci (4 studie) či popsat rozhodující faktory vedoucí k rozhodnutí pro implantaci (3 studie) nebo srovnávat výsledky komunikace a jiných schopností dětí implantovaných a neimplantovaných (5 studií).

Tab. 1. Cíle výzkumu

Cíl výzkumu	Počet
Změřit kvalitu života	3
Změřit spokojenost s výsledky po implantaci	4
Navrhnout doporučení	6
Zjistit potřeby	3
Zjistit míru stresu a odhalit copingové strategie	10
Srovnání skupiny dle výsledků, způsobů přístupů rodičů k výchově apod.	5
Popis zkušeností, porozumění situaci	8
Popis rozhodovacích faktorů pro implantaci	3
Popis emocí rodičů	2

Hlubší náhled na zkoumání vypovídá o tom, že pocity rodičů byly ve skutečnosti zkoumány minimálně a pouze povrchně. Nejvíce studií se věnovalo problémům s komunikací s dítětem (12 studií) a předpoklady vývoje po implantaci (14 studií), velmi často byla také zkoumána spokojenost s institucionální podporou (10 studií). Pouze dvě studie se zaměřovaly skutečně komplexněji na potřeby rodičů tím způsobem, aby se na ně skutečně dotazovala, nikoli je předem předpokládala a pouze měřila jejich závažnost (tab. 2). Nejčastěji předpokládané problémy a z nich plynoucí potřeby rodičů byly potřeba informací (9 studií), problémy v rodinném životě (9 studií), stres (9 studií), rodinná a emocionální podpora (7 studií).

Tab. 2. Sledované promenné ve studiích

Sledované promenné ve studiích	Počet
Komunikace	12
Institucionální podpora, přístup k lokálním podpurným agenturám (centrum rané péče, logoped aj.)	10
Potřeba informací	9
Spokojenost s rodinným životem	9
Stres	9
Rodinná, emocionální podpora	7
Rozhodnutí	7
Očekávání jazykového vývoje	6
Reakce na diagnózu	5
Sociální vztahy	5
Vliv hluchoty na rodinný život	5
Hodnocení služeb	4
Negativní dopady	4
Školní výsledky, dovednosti	4
Výsledky dětí	4
Copingové zdroje	3
Emoce	3
Finance	3
Chování dětí	3
Profesionální komunikace	3
Rehabilitace	3
Hodnoty, postoje	2
Koheze	2
Potřeby rodičů	2
Změna v životě	2
Bariéry	1
Každodennost	1
Úspěchy	1
Způsob výchovy	1

ZÁVĚR

Z výsledků analýzy prezentovaných studií jasně vyplynulo, že kategorie intervencí ve vztahu ke slyšícím rodičům neslyšících dětí by se měly zaměřit především na poskytování kvalitních a relevantních informací a to konkrétně o diagnóze a všech souvisejících problémech, možnostech péče o dítě se sluchovým postižením, o kompenzaci sluchové vady, včetně kochleární implantace a následné rehabilitace, možnostech finanční pomoci atd.

Jakákoliv intervence musí ale vždy vycházet z identifikace potřeb, v našem případě potřeb rodičů dítěte s těžkým sluchovým postižením. Nedílnou součástí všech intervencí by mělo být také poskytování podpory. Jak již bylo řečeno, jednou z nejdůležitějších je v tomto ohledu informační podpora. Ani zdravotničtí pracovníci by ale neměli zapomínat na emocionální a sociální oporu rodičům dítěte s postižením. Významnou intervencí je také vytvoření podmínek pro poskytování vzájemné opory, modelů a vzorů zvládání prostřednictvím zajištění kontaktu s rodinami podobně postižených dětí. Velmi důležité při tom je udržovat si za každých okolností profesionální vztah a přístup.

Studie akcentovaly v intervencích taktéž pomoc s komunikací, protože postižení sluchu má na „normální“ průběh komunikace největší dopad. Mít vadu sluchu téměř vždy znamená mít problém v komunikaci, sluch je totiž pro mezilidskou komunikaci jedním z nejdůležitějších smyslů, umožňuje vzájemné dorozumívání, sdělování a výměnu informací. Osoby s těžkým sluchovým postižením získávají většinu informací pouze skrze zrakové vnímání, o auditivní informace jsou výrazně ochuzeni, nebo k nim vůbec nemají přístup. Tento handicap se projevuje také mezi slyšícími rodiči a neslyšícími dětmi a může významně ovlivnit jejich vzájemný vztah a péči o dítě. Komunikační a další problémy se mohou samozřejmě odrazit i ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům, proto jsou významnou kategorií intervence doporučení, jak se chovat k rodičům neslyšících dětí a jak podporovat profesionální vztah a přístup k nim.

Zásadní připomínka zkoumaných studií se také týkala potřeby koordinovat péči. Pro rodiče je časově i finančně náročné, když centra poskytující lékařskou, logopedickou, výchovnou aj. péči, jsou od sebe vzdálena a mnohdy jednotliví poskytovatelé služeb nemají nebo nechtějí poskytovat informace o službách jiných center.

Studie taktéž poskytují rady, jak se k rodičům sluchově postižených dětí chovat:

- a) nekritizovat a zdržet se pokusů přesvědčovat rodiče, aby snížili svá očekávání,
- b) uvědomovat si, že rodiče mají tendenci věřit v dobrý výsledek,
- c) být vnímaví k obavám, úzkostem a nejistotě rodičů, brát problémy vážně,
- d) podporovat profesionální vztah, profesionální přístup.

Z dalších doporučení zmiňme ještě:

- a) více zahrnout otce do léčby, rozhodování, rehabilitace atd.,
- b) je třeba zahrnout rodiče do tvorby návrhů na podpůrné programy,
- c) zavést supervizi,
- d) snažit se o co nejčasnější diagnózu.

Jedním z hlavních úkolů sestry při kontaktu s rodiči dítěte se sluchovým postižením je zejména poskytnutí opory a edukace. S výkonem role sestry jsou navíc často spojena rolová očekávání zahrnující empatii, vstřícnost a porozumění. Schopnost napomoci zvládnout krizovou situaci v rodině však předpokládá znalost podmínek, ve kterých se daná rodina nečekaně ocitla a zároveň schopnost identifikovat skutečné potřeby rodičů. Aby byla sestra připravena identifikovat a napomoci saturovat vzniklé potřeby rodičů, měla by být schopna rozpoznat správnou ošetrovatelskou diagnózu a určit vhodné intervence vedoucí pokud možno k optimalizaci stavu. V analyzovaných textech byly vyhledávány ošetrovatelské diagnózy vyplývající z mezinárodní klasifikace *NANDA International* a intervence vycházející z klasifikace NIC, které by se k práci s rodiči postižených dětí měly vztahovat. Implementace těchto mezinárodně uznávaných klasifikací poskytuje souhrnné prostředky pro zachycení unikátního přínosu ošetrovatelství v konzistentním a měřitelném formátu (Brokel, Heath, 2010, s. 27). Dle Weir-Hughes (2010, s. 38) je využívání ošetrovatelských diagnóz klíčem k budoucnosti na důkazech založené, profesionálně vedené ošetrovatelské péče. Ačkoli byl na tuto klasifikaci kladen při rešerších velký důraz, nebylo v žádné z analyzovaných studií této klasifikace použito. Pro zvýšení přínosu pro ošetrovatelskou praxi proto navrhuje, aby následná kvalitativní sekundární analýza obsahů užívala v rámci kódování a interpretace dat terminologii *NANDA International*. Předpokládáme, že nejčastěji se vyskytující diagnózy se budou nacházet v doménách č. 7 Vztahy a č. 9 Zvládnání zátěže. Výskyt jiných diagnóz však není předem vyloučen.

Príspevek je dedikovaný špecifickému výzkumu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci: Návrh systému péče o rodiče sluchově postižených dětí v NANDA doménách (FZV_2011_001).

¹ Hluchoslepá Helena Kellerová tvrdí, že „slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“ (Šedivá, 2006).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- DISMAN, M. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2000. s. 115.
- HRUBÝ, J. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. 396 s.
- LOUČKOVÁ, I. 2010. *Integrovaný přístup v sociálněvědním výzkumu*. Praha : SLON, 2010. 311 s.
- Motejzlková, J. 2006. Vývoj znakového jazyka u neslyšících dětí. (Ukázky z knihy SCHICK, B. – MARSCHARK, M. – SPENCER, R.E. (eds.). *Advances in the Sign Language Development of Deaf Children*. Oxford : Oxford University Press, 2006.) In *Info-Zpravodaj 2/2006* [online]. 2006. [cit. 2012-23-2]. Dostupné na internetu: <http://ruce.cz/clanky/127-vyvoj-znakoveho-jazyka-u-neslysicich-deti>.
- OLECKÁ, I. – IVANOVÁ, K. 2010. *Metodologie vědeckovýzkumné činnosti*. Olomouc : MVSO, 2010. 60 s.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada Publishing, 2009. 184 s.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, 2007. 160 s.
- ŠEDIVÁ, Z. 2006. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha : Septima, 2006. 64 s.
- ŠPATENKOVÁ, N. – KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha : Galén, 2009. 135 s.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2011. 195 s.
- VÁGNEROVÁ, M. – STRNADOVÁ, I. – KREJČOVÁ, L. 2009. *Náročné mateřství: Být matkou postiženého dítěte*. Praha : Karolinum, 2009. 333 s.

WARNER-CZYZ, A. – LOY, B. – ROLAND, P.S. – TONG, L. – TOBEY, E.A. 2009. Parent versus child assessment of quality of life in children using cochlear implants. In *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2009, vol. 73, no. 10, pp. 1423–1429.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo : teória a vedecký výskum*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2003. 323 s.

Analyzované texty

- ÅKERSTRÖM, M. – JACOBSSON, K. 2009. Expressing and Examining Morality in Everyday Life: Social Comparisons among Swedish Parents of Deaf Children. In *Qualitative Sociology Review*, 2009, vol. 5, no. 2, pp. 54–69.
- ANAGNOSTOU, F. – GRAHAM, J. – CROCKER, S. 2007. A preliminary study looking at parental emotions following cochlear implantation. In *Cochlear Implants International*. 2007, vol. 8, no. 2, pp. 68–86.
- ARCHBOLD, S. – TRACEY, S. – O'NEILL, C. – LUTMAN, M. – GREGORY, S. 2008. Outcomes from Cochlear Implantation for child and family: Parental perspectives. In *Deafness and Education International*, 2008, vol. 10, no. 3, pp. 120–142.
- ÅSBERG, K. – VOGEL, J. – BOWERS, C. 2008. Exploring Correlates and Predictors of Stress in Parents of Children Who are Deaf: Implications of Perceived Social Support and Mode of Communication. In *Journal of Child & Family Studies*; 2008, vol. 17, no. 4, pp. 486–499.
- BRUBAKER, R.G. – SZAKOWSKI, A. 2000. Parenting Practices and Behavior Problems Among Deaf Children. In *Child & Family Behavior Therapy*, 2000, vol. 22, no. 4, pp. 13–28.
- BURGER, T. – SPAHN, C. – RICHTER, B. – EISSELE, S. – ERWIN, L. – BENDEL, J. 2005. Parental distress: The initial phase of hearing aid and cochlear implant fitting. In *American Annals of the Deaf*, 2005, vol. 150, no. 1, pp. 5–10.
- CALDERON, R. – GREENBERG, M.T. 1999. Stress and Coping in hearing Mothers of Children with Hearing Loss: Factors Affecting Mother and Child Adjustment. In *American Annals of the Deaf*, 1999, vol. 144, no. 1, pp. 7–18.
- FEIGIN, R. – PELED, M. 1998. Intervention with groups of parents of preschool children with hearing loss. In *VOLTA REVIEW*, 1998, vol. 100, no. 1, pp. 19–27.
- FITZPATRICK, E. – COYLE, D. – DURIEUX-SMITH, A. – GRAHAM, I. – ANGUS, D. – GABOURY, I. 2007. Parents' preferences for services for children with hearing loss: a conjoint analysis study. In *Ear and hearing*, 2007, vol. 28, no. 6, pp. 842–849.
- FITZPATRICK, E. – ANGUS, D. – DURIEUX-SMITH, A. – GRAHAM, I.D. – COYLE, D. 2008. Parents' Needs Following Identification of Childhood Hearing Loss. In *American Journal of Audiology*, 2008, vol. 17, no. 1, pp. 38–49.
- FITZPATRICK, E. – GRAHAM, I.D. – DURIEUX-SMITH, A. – ANGUS, D. – COYLE, D. 2007. Parents' perspectives on the impact of the early diagnosis of childhood hearing loss. In *International journal of audiology*, 2007, vol. 46, no. 2, pp. 97–106.
- FREEMAN, B. – DIETERICH, C. – RAK, C. 2002. The struggle for language: perspectives and practices of urban parents with children who are deaf or hard of hearing. In *American Annals of the Deaf*, 2002, vol. 147, no. 5, pp. 37–44.
- GLOVER, D.M. 2003. The deaf child – challenges in management: a parent's perspective. In *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 67, no. 1, suppl., pp. 197–200.
- HINTERMAIR, M. 2006. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2006, vol. 11, no. 4, pp. 493–507.
- HUTTUNEN, K. et al. 2009. Parents' views on the quality of life of their children 2-3 years after cochlear implantation. In *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2009, vol. 73, no. 12, pp. 1786–1794.
- HYDE, M. – PUNCH, R. – KOMESAROFF, L. 2010. Coming to a Decision About Cochlear Implantation: Parents Making Choices for their Deaf Children. *Journal Of Deaf Studies And Deaf Education*, 2010, vol. 15, no. 2, pp. 162–178.
- JACKSON, C.W. – WEGNER, J.R. – TURNBULL, A.P. 2010. Family Quality of Life Following Early Identification of Deafness. In *Language, Speech, & Hearing Services in Schools*, 2010, vol. 41, no. 2, pp. 194–205.
- JACKSON, C.W. – TRAUB, R.J. – TURNBULL, A.P. 2008. Parents' experiences with childhood deafness: implications for family - centered services. In *Communication disorders quarterly*, 2008, vol. 29, no. 2, pp. 82–98.
- KLUWIN, T.N. – STEWART, D.A. 2000. Cochlear Implants for Younger Children: A Preliminary Description of the Parental Decision process and Outcomes. In *American Annals of the Deaf*, 2000, vol. 145, no. 1, pp. 26–32.
- KNUTSON, J.F. – JOHNSON, C.R. – SULLIVAN, P.M. 2004. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. In *Child Abuse & Neglect*, 2004, vol. 28, no. 9, pp. 925–937.
- KUSHALNAGAR, P. et al. 2007. Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf children being considered for cochlear implantation. In *Journal Of Deaf Studies And Deaf Education*, 2007, vol. 12, no. 3, pp. 335–349.
- LEDERBERG, A. – GOLBACH, T. 2002. Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: a longitudinal study. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2002, vol. 7, no. 4, pp. 330–345.
- LEDERBERG, A.R. – EVERHART, V.S. 1998. Communication between deaf children and their hearing mothers: The role of language, Gesture, and vocalizations. In *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 1998, vol. 41, no. 4, p. 887.
- LI, Y.L. – BAIN, L. – STEINBERG, A.G. 2004. Parental decision-making in considering cochlear implant technology for a deaf child. In *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2004, vol. 68, no. 8, pp. 1027–1038.
- MINCHOM, S. – SHEPHERD, M. – WHITE, N. – HILL, J. – LUND, P. 2003. Service Needs of hearing-impaired children and their families: report of a survey of parental attitudes. In *Deafness and educationa international*, 2003, vol. 5, no. 2., pp. 93–107.
- MOST, T. – ZAIMAN-ZAIT, A. 2001. The Needs of Parents of Children with Cochlear Implants. In *Volta Review*, 2001, vol. 103, no. 2, p. 99.
- NIKOLOPOULOS, T.P. – LLOYD, H. – ARCHBOLD, S. – O'DONOGHUE, G.M. 2001. Pediatric Cochlear Implantation: The Parent's Perspective. In *Arch Otolaryngol head neck surg*, 2001, vol. 127, no. 4, pp. 363–367.
- OKUBO, S. – TAKAHASHI, M. – KAI, I. 2008. How Japanese parents of deaf children arrive at decisions regarding pediatric cochlear implantation surgery: A qualitative study. In *Social Science and Medicine*, 2008, vol. 66, no. 12, pp. 2436–2447.
- RITTER-BRINTON, K. – STEWART, D. 1992. Hearing parents and deaf children. Some perspectives on sign communication and service delivery. In *American Annals of the Deaf*, 1992, vol. 137, no. 2, pp. 85–91.

- ROBINSHAW, H. – EVANS, R. 2003. Service provision for pre-school children who are deaf: parents' perspectives. In *Journal of social work in disability and rehabilitation*, 2003, vol. 2, no. 1, pp. 3–39.
- SPAHN, C. – BURGER, T. – LOSCHMANN, CH. – RICHTER, B. 2004. Quality of life and psychological distress in parents of children with a cochlear implant. In *Cochlear Implants International*, 2004, vol. 5, no. 1, pp. 13–27.
- TATTERSALL, H. – YOUNG, A. 2006. Deaf children identify through newborn hearing screening: parents' experiences of the diagnostics process. In *Child: care, health and development*, 2006, vol. 32, no. 1, pp. 33–45.
- WEISEL, A. – MOST, T. – MICHAEL, R. 2007. Mothers' stress and expectations as a function of time since child's cochlear implantation. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2007, vol. 12, no. 1, pp. 55–64.
- YOUNG, A. – TATTERSALL, H. 2007. Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2007, vol. 12, no. 2, pp. 209–220.
- YOUNG, A. – TATTERSALL, H. 2005. Parents of deaf children evaluate accounts of the process and practice of universal newborn hearing screening. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2005, vol. 10, no. 2, pp. 134–145.
- YOUNG, A.M. 1999. Hearing parents' adjustment to a deaf child – the impact of a cultural-linguistic model of deafness. In *Journal of Social Work Practice*, 1999, vol. 13, no. 2, pp. 157–172.
- ZAIDMAN-ZAIT, A. 2008. Everyday problems and stress faced by parents of children with cochlear implants. In *Rehabilitation Psychology*, 2008, vol. 53, no. 2, pp. 139–152.
- ZAIDMAN-ZAIT, A. – MOST, T. 2005. Cochlear Implants in Children with Hearing Loss: Maternal Expectations and Impact on the Family. *Volta Review*, 2005, vol. 105, no. 2, pp. 129–150.
- ZAIDMAN-ZAIT, A. 2007. Parenting a child with a cochlear implant: a critical incident study. In *Journal of Deaf studies and deaf education*, 2007, vol. 12, no. 2, pp. 221–241.

Kontakt

Mgr. Ivana Olecká

Fakulta zdravotnických věd UP Olomouc
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc
Česká republika
e-mail: i.olecka@seznam.cz

Prijaté: 16. 2. 2012

Akceptované: 7. 3. 2012