



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



2019
Ročník 9, číslo 1
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

doc. PhDr. 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

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých věd

prof. 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

Steve MacGillivray, PhD

School of Nursing and Health Sciences, University of Dundee

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Pedagogická fakulta, 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

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

prof. 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

e-mail: farkas@vydosveta.sk

web: <http://www.vydosveta.sk>

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2018

Sadzba, reprodukcia a zalomenie Tvorivec, s.r.o. v Martine

e-mail: sokolr@tvorivec.sk

OBSAH

EDITORIÁL: CHÝBAJÚCA - NEDOKONČENÁ – PRIDEĽOVANÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ – KLÚČOVÝ UKAZOVATEĽ BEZPEČNOSTI PACIENTA Elena Gurková	4
EDITORIAL: MISSED - UNFINISHED AND RATIONING NURSING CARE – A KEY INDICATOR OF PATIENT'S SAFETY Elena Gurková	6
PREDIKTORY ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE U PACIENTOV PO PREKONANÍ INFARKTU MYOKARDU Andrea Solgajová, Dana Zrubcová, Gabriela Vörösová	8
VYUŽITÍ ŠKÁLY PWAT PŘI POSUZOVÁNÍ FOTODOKUMENTACE NEHOJÍCÍCH SE RAN U SENIORŮ V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI A HODNOCENÍ SHODY MEZI HODNOTITELI Dana Vyhliďalová, Renáta Zeleníková, Andrea Pokorná	15
POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ U SENIORŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI Markéta Biskupová, Lenka Šáteková, Renáta Zeleníková	23
AGRESIA PACIENTOV VOČI SESTRÁM NA PSYCHIATRICKÝCH PRACOVISKÁCH Lucia Dimunová, Alžbeta Žemličková	31

Editoriál: Chýbajúca – nedokončená – pridelovaná ošetrovateľská starostlivosť – kľúčový ukazovateľ bezpečnosti pacienta

Nedostatok sestier je dlhodobo diskutovaným globálnym problémom. Jeho zintenzívnenie v súčasnom období u nás je len prirodzenou konzekvenciou chronického odkladania jeho riešenia. V roku 2006 predstavila *Medzinárodná organizácia sestier* návrh súborných opatrení týkajúcich sa možných riešení globálneho nedostatku sestier. Ako prioritné boli vymedzené nasledujúce oblasti – makroekonomika a politika financovania zdravotníckeho sektoru; politika zamestnanosti a jeho plánovanie, vrátane regulácie; pozitívne pracovné prostredie a výkonnosť organizácie; retencia, získavanie nových sestier, riešenie migrácie a zlej distribúcie v krajine a v neposlednom rade stratégie na úrovni vedúcich pracovníkov. Až o 12 rokov neskôr *Ministerstvo zdravotníctva SR* prvýkrát predstavilo komplexnejšie návrhy riešenia nedostatku sestier (zvýšenie záujmu študentov o štúdiá v zdravotníckych odboroch, stabilizácie zdravotníckych pracovníkov v systéme zdravotnej starostlivosti, navýšenie miezd nelekárskemu personálu, novelizácia zákona týkajúca sa praktických sestier a pod.). Uvedené opatrenia majú hlavne charakter finančných riešení, avšak fluktuácia a odchod sestier má častokrát “nefinančné” dôvody – pracovné podmienky a interpersonálne vzťahy na pracoviskách, nadmerná záťaž. Napríklad v našom výskume v roku 2013 (Gurková et al., 2013) sme zistili, že spokojnosť sestier s ich zodpovednosťou, kompetenciami, ako aj s ich harmonogramom práce a vzťahmi na pracovisku, boli významnými prediktormi uvažovania sestier o odchode z pracoviska. Platové hodnotenie sa ako významný faktor nepotvrdilo.

S prehľbujúcim sa problémom nedostatku zdravotníckych pracovníkov je dôležitá otázka jeho dopadu na kvalitu starostlivosti a bezpečnosť pacienta. V rámci výskumu nachádzame naozaj rozsiahle množstvo dôkazov o vzťahu medzi počtom, zložením zdravotníckeho personálu (tzv. *skill mix*) a jeho dopadom na pacienta. V súvislosti s hľadaním objektívnych indikátorov, ktoré by priamo reflektovali tento vzťah, je vo výskumných štúdiách sledovaný, u nás relatívny nový pojem – nedokončená (alebo aj implicitne pridelovaná, chýbajúca starostlivosť). V terminológii bezpečnosti pacienta je tento koncept spájaný s pojmami ako chyby z opomenutia (*errors of omission*), resp. reprezentuje jednu z foriem nedostatočného “užívania” starostlivosti (*underuse*), ktorá je podľa odborníkov častejšia ako chybné užívanie starostlivosti (*misuse*), kde zaraďujeme napríklad medikačné pochybenia.

Najvplyvnejšou v tejto oblasti je medzinárodná štúdia *RN4CAST*, ktorá prebiehala v 12 európskych krajinách a následne bola replikovaná v ďalších európskych krajinách. Zameriavala sa na sledovanie vplyvu organizačných charakteristík nemocníc na získavanie, retenciu sestier a starostlivosť o pacienta (Aiken et al., 2014, 2017). Spomeniem tie najviac citované a najvýznamnejšie zistenia štúdie. Zvýšenie pracovnej záťaže sestier o 1 pacienta zvýšilo pravdepodobnosť úmrtia pacientov v období 30 dní od prijímu o 7%. Každé 10% zvýšenie počtu personálu o 1 sestru s bakalárskym vzdelaním znížilo pravdepodobnosť úmrtia pacienta o 7%. Kvalifikovanejší ošetrovateľský personál (pomer zloženia sestry vs. praktické sestry, zdravotnícki asistenti) je spojený s nižšou pravdepodobnosťou mortality pacientov, ale aj nižšou pravdepodobnosťou horšieho hodnotenia nemocnice zo strany pacientov, hodnotenia bezpečnosti a iných výsledkov. Ďalšie výskumy bližšie vysvetľovali nedokončenú starostlivosť ako kľúčový faktor vzniku nežiadúcich udalostí a presvedčivý indikátor kvality starostlivosti v nemocniciach. V rámci európskeho výskumu sú z môjho pohľadu v súčasnosti významné dva projekty – *MISSCARE STUDY GROUP* a *RANCARE*.

Aktuálne publikované výsledky *MISSCARE STUDY GROUP* vo Veľkej Británii rozširujú výsledky *RN4CAST* o ďalšie významné zistenia, týkajúce sa počtu a zloženia personálu (Griffiths et al., 2018). Za každý deň, kedy bol počet sestier na pracovisku pod priemerom, sa riziko úmrtia pacientov zvýšilo o 3%. Výsledky boli veľmi odlišné pri zdravotníckych asistentoch, čo podľa autorov potvrdzuje, že zdravotnícki asistenti, resp. praktické sestry nedokážu vyrovnáť nedostatky v bezpečnosti pacientov vyplývajúce z nedostatku sestier. Rovnako potvrdzujú, že nedokončená starostlivosť je sľubným indikátorom kvality starostlivosti a adekvátnosti personálu.

Projekt *RANCARE*, do ktorého je zapojená aj Slovenská republika, sa prostredníctvom medzinárodného porovnávajúceho prístupu zameriava na analýzu konceptuálnych, organizačných, metodologických a etických aspektov uvedeného fenoménu, vymedzenie intervencií jeho ovplyvnenia a rozvoj vzdelávacích programov v danej oblasti. V priebehu dvoch rokov sme v rámci projektu organizovali interdisciplinárne panely a workshopy venované konsenzu v preklade a vymedzení slovenských ekvivalentov pre označenie pojmov *missed implicit rationing/ unfinished nursing care*, porovnanie konceptuálnych definícií a rámcov. V spolupráci so zahraničnými univerzitami sa aktuálne venujeme testovaniu nástrojov na jeho hodnotenie. Verím, že v nasledujúcom období budeme mať výsledky, na základe ktorých budeme môcť nielen hodnotiť *status quo* na Slovensku, ale aj analyzovať možnosti ako ho ovplyvniť. Aj keď samotný pojem môže mať negatívne konotácie (napríklad obviňovanie sestier z nevykonanej starostlivosti), výskum v tejto oblasti zdôrazňuje systémové riešenia a kladie dôraz na zvyšovanie kapacít pre starostlivosť (napríklad vo forme zlepšovania tímovej spolupráce, vedenia). Pri nedostatku personálu musia sestry rozhodovať o prerozdelení – alokácii času, ktorý majú k dispozícii na pacientov. Ich proces rozhodovania (ako a komu sa prioritne venovať) však (ako zase potvrdzuje výskum) je intuitívny, bez použitia explicitného rámca, resp. súboru zásad o dohodnutých prioritách postupu, ktoré sú základom rozhodovacieho procesu. Verím, že výskum v tejto oblasti pomôže bližšie porozumieť príčinám a dôsledkom daného fenoménu aj na Slovensku, ale predovšetkým aspoň uvedenú problematiku dostať viac do povedomia nielen u samotných sestier, ale u tých, ktorí sa podieľajú na tvorbe zdravotnej politiky. Z dôvodu jej negatívneho vplyvu nielen na pacienta, ale aj samotné sestry, v konečnom dôsledku môže viesť až k ich odchodu z pracoviska, resp. profesie.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckych vied, Ústav ošetrovateľstvá

Zoznam bibliografických odkazov

AIKEN, L. H. – SLOANE, D. M. – BRUYNEEL, L. – VAN DEN HEEDE, K. – GRIFFITHS, P. – BUSSE, R. – DIOMIDOUS, M. – KINNUNEN, J. – KÓZKA, M., LESAFFRE, E. – MCHUGH, M. D. – MORENO-CASBAS, M. T. – RAFFERTY, A. M. – SCHWENDIMANN, R. – SCOTT, P. A. – TISHELMAN, C. – VAN ACHTERBERG, T. – SERMEUS, W. – RN4CAST CONSORTIUM. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In *The Lancet* [online], vol. 383, no. 9931, p. 1824-1830. [cit. 2019-03-21]. Available on: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613626318>.

AIKEN, L. H. – SLOANE, D. – GRIFFITHS, P. – RAFFERTY, A. M. – BRUYNEEL, L., MCHUGH, M. – ... & RN4CAST CONSORTIUM. 2017. Nursing skill mix in european hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In *BMJ Quality & Safety* [online], vol. 26, no. 7, p. 559-568. [cit. 2019-03-21]. Available on: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2016-005567>.

GRIFFITHS, P. – MARUOTTI, A. – RECIO SAUCEDO, A. et al. 2018. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. In *BMJ Quality & Safety* [online]. [cit. 2019-03-21]. ISSN 2044-5415. Dostupné na internete: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2018-008043>.

GURKOVÁ, E. – SOÓSOVÁ, M.S. – HAROKOVÁ, S. – ŽIAKOVÁ K. – ŠERFELOVÁ R. – ZAMBORIOVÁ. M. 2013. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. In *International Nursing Review* [online], 2013, vol. 60, no. 1, p. 112-121 [cit. 2019-03-21]. Available on: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-7657.2012.01030.x>.

Editorial: Missed - unfinished and rationing nursing care – a key indicator of patient's safety

Lack of nurses has been a discussed global issue for a long time. Its increase in current period in our conditions is just a consequence of chronic postponing its solution. In 2006 *International Council of Nurses* presented a proposal of complete measures related to possible solutions of a global lack of nurses. The following areas were defined as a priority – macroeconomics and policy of financing health care sector; policy of employment and its planning including regulation; positive working environment and productivity of the organisation; tension, getting new nurses, migration solving and bad distribution in the country; and last but not least the strategies at the stage of leaders. Only 12 years later, *Ministry of health in Slovakia* presented more complex proposal of solutions for lack of nurses (increase of interest of students to study in medical-oriented fields, stabilisation of health care professionals in the health care system, increase of salaries for non-medical personnel, law amendment related to practice nurses etc.). Precautions mentioned above are of nature of financial solutions, however, fluctuation and departure of nurses often has “non-financial” reasons – working conditions and interpersonal relationships at working place, overloading. For example, in our research in 2013 (Gurková et al, 2013), we found out that satisfaction of nurses with their duties, competencies as well as working schedule and relationship at working place was a significant predictor of considering to quit a job. Their salary did not confirm to be a significant factor.

As the issue of the lack of health care professionals intensifies, the issue of its impact on quality of patient's care and safety becomes more significant. In the research, we can find wide scale of evidence of relationship between a number, composition of health care personnel (so called *skill mix*) and its impact on the patient. Regarding searching for objective indicators, which would directly reflect this relationship, a new term “unfinished” (or implicitly rationing missed care) is being occurred in research studies in Slovakia.

In terminology related to patient's safety, this concept is linked to the term such as errors of omission representing one of the forms of underuse of care, which is believed by professionals to be more commonly employed than misuse including, for example, medication errors.

The international study *RN4CAST*, which initially took place in 12 European countries and consequently, it was replicated in other European countries. It was aimed to observation of the impact of organizational features of hospitals on recruitment, retention of nurses, and patient's care (Aiken et al., 2014, 2017).

I will mention the most cited and significant findings from the study. Increase of workload of nurses by one patient raised the potential risk of patients' mortality within 30 days from their admission by 7%. Each increase of 10% of a number of personnel by one nurse with a Bachelor's degree would decrease the potential of patient mortality by 7%. More qualified personnel (the ratio of nurse versus “practice nurse”, healthcare assistants) is related with lower probability of patients' mortality as well as worse assessment of a hospital by patients, assessment of safety and other results. Other research studies describe in more details misscare as a key factor of development of adverse events and convincing indicator of quality of hospital care. In my opinion, recently, two significant projects have been done in the European research – *MISSCARE STUDY GROUP* and *RANCARE*.

Recent published results of *MISSCARE STUDY GROUP* in the United Kingdom are the results of *RN4CAST* completed with other significant findings about a number and structure of staff (Griffiths et al., 2018). Every day when a number of nurses at the ward was below the average, the risk of patient mortality increased by 3%. The results differed widely for healthcare assistants. According to the authors, it confirms that the healthcare assistants and practice nurses cannot manage shortcomings in patient safety resulting from shortage of nurses. They also confirm that incomplete care is bright indicator of quality of care and appropriateness of the staff.

The Slovak republic takes part in *RANCARE* project as well. By means of international of comparison, it is oriented towards analysis of conceptual, organizational, methodological, and ethical aspects of this phenomenon, defining the interventions of its impact and development of educational programmes in this field. During two years, we have organized interdisciplinary panels and workshops dedicated to consensus in translating and defining of Slovak equivalents for terms *missed*, *implicit rationing*, *unfinished nursing care* as well as making comparisons of conceptual definitions and frameworks. In cooperation with universities abroad, we currently deal with testing the tools and their evaluation. We believe that in the near future we will have the results which could serve as a basis for not only the assessment of *status quo* in Slovakia, but also for analysis of possibilities how to influence it. Despite the fact that this term may bear negative connotations, for example blaming the nurses from missed care. The research in this field highlights system solutions and emphasizes increasing the capacities for care, for example improving teamwork and management. When there is lack of staff, the nurses have to decide about time management which they have for patients. As the research shows, their decision making on who is the priority and how to care about them is intuitive, without any explicit framework or set of rule on defined priority processes which create the base of decision making. We believe that research in this field will deepen understanding to the causes and consequences of this phenomenon in Slovakia. Moreover, it will raise awareness not only among nurses, but also among the stakeholders who determine health policy. Due to its negative impact both on the patients and nurses, it can finally lead to their leave from work, and profession as such.

assoc. prof. Elena Gurková, MN, PhD.
Palacký University Olomouc, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

Literature

AIKEN, L. H. – SLOANE, D. M. – BRUYNEEL, L. – VAN DEN HEEDE, K. – GRIFFITHS, P. – BUSSE, R. – DIOMIDOUS, M. – KINNUNEN, J. – KÓZKA, M., LESAFFRE, E. – MCHUGH, M. D. – MORENO-CASBAS, M. T. – RAFFERTY, A. M. – SCHWENDIMANN, R. – SCOTT, P. A. – TISHELMAN, C. – VAN ACHTERBERG, T. – SERMEUS, W. – RN4CAST CONSORTIUM. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In *The Lancet* [online], vol. 383, no. 9931, p. 1824-1830. [cit. 2019-03-21]. Available on: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613626318>.

AIKEN, L. H. – SLOANE, D. – GRIFFITHS, P. – RAFFERTY, A. M. – BRUYNEEL, L., MCHUGH, M. – ... & RN4CAST CONSORTIUM. 2017. Nursing skill mix in european hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In *BMJ Quality & Safety* [online], vol. 26, no. 7, p. 559-568. [cit. 2019-03-21]. Available on: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2016-005567>.

GRIFFITHS, P. – MARUOTTI, A. – RECIO SAUCEDO, A. et al. 2018. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. In *BMJ Quality & Safety* [online]. [cit. 2019-03-21]. ISSN 2044-5415. Dostupné na internete: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2018-008043>.

GURKOVÁ, E. – SOÓSOVÁ, M.S. – HAROKOVÁ, S. – ŽIAKOVÁ K. – ŠERFELOVÁ R. – ZAMBORIOVÁ. M. 2013. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. In *International Nursing Review* [online], 2013, vol. 60, no. 1, p. 112-121 [cit. 2019-03-21]. Available on: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-7657.2012.01030.x>.

Prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní infarktu myokardu

Andrea Solgajová, Dana Zrubcová, Gabriela Vörösová

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

Abstract

SOLGAJOVÁ, A. – ZRUBCOVÁ, D. – VÖRÖSOVÁ, G. Predictors of coping behaviour in patients after myocardial infarction. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 1, pp. 8-14. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2018-rocnik-9/cislo-1/prediktory-zvladania-zataze-u-pacientov-po-prekonani-infarktu-myokardu>.

Introduction: Coping strategies are connected to better health outcomes in patients after myocardial infarction.

Aim: The study objective was to find out preferred coping strategies in patients after myocardial infarction, and evaluate gender, age and personality characteristics as possible predictors of coping behaviour in patients after myocardial infarction.

Methods: The sample consisted of 50 hospitalised patients after myocardial infarction, with the average age of 63.4 years (SD = 10.44). The self-assessment questionnaires Brief Cope and International Personality Item Pool (Mini IPIP), and the scale NOC Acceptance: Health Status were used for data collection. The ethical approval for the study was obtained. A correlational descriptive study design was used. For statistical data analysis, we used the Student's t-test and the Pearson correlation coefficient, the IBM Statistics 21.

Results: The most preferred coping strategies in the patients after myocardial infarction included Planning, Acceptance, Self-distraction and Positive reframing. The patients often did activities to reconcile with major changes in the health area. A statistically significant difference was found between men and women in the strategy Religion; it was more preferred by the women. The strategies Denial and Substance use were statistically related to age; they were preferred by the younger patients. There were other statistically significant relationships between coping strategies and acceptance of the health status, and personality characteristics.

Conclusion: The findings significantly contribute to enhancement of knowledge of the issue of coping in patients in clinical practice, and are important for a nursing diagnosis process.

Key words: myocardial infarction, coping, strategies, nursing, personality

Úvod

Vzhľadom na častý výskyt srdcovocievnych ochorení odborníci odporúčajú skúmať aj vplyv modifikovateľných psychologických faktorov pri vzniku, liečbe a v prevencii srdcovocievnych ochorení. Stratégie zvládania záťaže môžu byť vnímané ako modifikovateľné psychologické charakteristiky, ako tzv. stabilizačné faktory, ktoré môžu jednotlivcom napomáhať upevniť si psychosociálnu adaptáciu počas stresujúceho obdobia. Infarkt myokardu (ďalej IM) sa v kategorizácii náročných životných situácií klasifikuje ako situácia spojená s ohrozením zdravia (nemoc/choroba, zranenie, smrť) (Výrost et al., 1995, s. 95). Zvládanie zahŕňa kognitívne a behaviorálne úsilie na zníženie alebo odstránenie stresujúcich podmienok a asociatívnej emocionálnej úzkosti, ktorá býva u pacientov po prekonaní IM prítomná viac ako u polovice hospitalizovaných pacientov (Frasure-Smith, 1991, s. 123; van Melle, et al., 2006, s. 2213). Kognitívne modely v zvládaní ochorenia pacientom kladú dôraz na myšlienkovú kognitívitu, môže ísť napríklad o model sebaovládania alebo sebariadenia, tzn. ide o zvládanie ochorenia ako riešenie daného problému, kedy pacient vníma svoje príznaky ochorenia, ale vytvára si svoje vlastné predstavy o ochorení. Riešenie problému znamená dosiahnutie normálneho zdravotného stavu. Zdravotný stav je chápaný ako norma a akékoľvek odchýlky sú chápané ako problémy, ktoré treba akútne riešiť. Motiváciou pre pacienta sú práve tieto odchýlky od normy (Křivohlavý, 2002, s. 148).

V klinickej praxi je nevyhnutnou požiadavkou posudzovať proces zvládania akéhokoľvek ochorenia, a podporiť proces zvládania voľbou adaptívnych stratégií. Ak pacient bojuje so svojim ochorením, nevie ho adaptívne zvládnuť, môže to viesť ešte k zhoršeniu jeho zdravia, nie pozitívnym zmenám celkového zdravotného stavu. Dochádza nielen k biologickým zmenám, rovnako ako aj k zmene sociálnej role, čo nie je pre neho priaznivé (Zacharová a kol., 2007, s. 143).

Variabilita vnímania stresovej situácie a voľba stratégií zvládania záťaže u pacientov so srdcovocievny ochorením môže byť ovplyvnená napríklad pohlavím (Bogg, Thornton, Bundred, 2000, s. 165), typom osobnosti (Chalfont, Bennett, 1999, s. 112; Crawshaw et al., 2016, s. 15), vekom (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 117).

Vo všeobecnosti sa uvádza, že stratégie zvládania záťaže sú spojené s dosiahnutými zdravotnými výsledkami u pacientov (Svensson et al., 2016, s. 895) a preto je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 122).

Cieľ

Cieľom bolo zistiť preferované stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a zhodnotiť pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky ako prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM.

Súbor

Výberový súbor tvorilo $N = 50$ (100 %) pacientov s lekárskou diagnózou IM, z toho 32 mužov (64 %). Pacienti boli dotazovaní počas hospitalizácie, 72 hodín po IM. K zaradujúcim kritériám patrili: stav po prekonaní IM, lucidné vedomie, schopnosť komunikácie, schopnosť spolupráce a vyjadrenie informovaného súhlasu s výskumom. Vek respondentov sa pohyboval od 29 do 85 rokov ($M_{\text{vek}} = 63,43$; $SD_{\text{vek}} = 10,44$).

Metodika

Pre zber dát boli použité sebaopisovacie dotazníky Brief Cope a Mini IPIP (*International Personality Item Pool*) a škála NOC Akceptácia – zdravotný stav.

Dotazník *Brief Cope* (Carver, 1997) bol použitý pre hodnotenie preferovaných stratégií zvládania záťaže. Ide o skrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém patrí – aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálna opora, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie, akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na únik predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, odangažované správanie sa, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavuje stratégiu adaptívnu a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu (Carver, 1997). Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály *Brief Cope* so súhlasom autora adaptovanej škály v našich podmienkach (Baumgartner, 2001). Položky boli hodnotené na štvorbodovej škále: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov (Baumgartner, 2001, s. 198).

Na meranie päťfaktorovej štruktúry osobnosti bol použitý dotazník Mini-IPIP (*Mini-International Personality Item Pool*), ktorý vychádza z modelu *Big Five – Teória veľkej päťky* (Ruisel, Halama, 2007) a je odvodený z pôvodného IPIP dotazníka, ktorého autorom je Goldberg (1999). Mini-IPIP je 20-položková škála, kde každá z piatich dimenzií osobnosti (otvorenosť, extravézia, prívetivosť, svedomitosť, neurotizmus) je meraná štyrmi položkami. Každá položka predstavuje výrok popisujúci správanie a respondent vyjadruje na 5-bodovej škále, nakoľko ho výrok vystihuje, pričom 1 znamená vôbec nevystihuje a 5 znamená úplne vystihuje (Hullová, Ďuriš, 2017).

Škála Akceptácia: zdravotný stav 1300 je hodnotiaci škála z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (*Nursing Outcomes Classification*), pre určenie zhodnotenia osobných aktivít jednotlivca pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnej oblasti. Škála pozostáva z 15 ukazovateľov – osobných aktivít pacienta v procese zvládania, ktoré hodnotí sestra na škále od 1 po 5, kde 1 je nikdy nepreukazované a 5 neustále preukazované (Moorhead et al., 2018, s.434).

Zber dát prebiehal v časovom období september 2017 – február 2018. Výskum bol schválený etickou komisiou FN v Nitre, kde výskum prebiehal. Išlo o dizajn korelačného deskriptívneho výskumu. Pre štatistické spracovanie dát bol použitý Studentov t-test pre dva nezávislé výbery a Pearsonova korelácia (r), prostredníctvom štatistického programu IBM SPSS Statistics 21. Výsledky boli testované na hladine významnosti ($\alpha = 0,05$).

Výsledky

Celkovo zhodnotené stratégie zvládania záťaže popisuje tabuľka 1. Medzi najviac preferované stratégie zvládania záťaže patria Plánovanie ($M = 6,0$; $SD = 1,57$), Akceptácia ($M = 5,84$; $SD = 1,36$), Sebarozptýlenie ($M = 5,66$; $SD = 1,56$) a Pozitívne preformátovanie ($M = 5,64$; $SD = 1,59$). Medzi najmenej preferované stratégie zvládania uviedli respondenti Užívanie návykových látok ($M = 2,56$; $SD = 1,51$) a Humor ($M = 3,08$; $SD = 1,38$) (tab. 1).

Celkovo podľa škály Akceptácia: zdravotný stav bolo zistené, že osobné aktivity pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave boli často preukazované aktivity ($M = 3,73$; $SD = 0,65$).

Tab. 1. Stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM

Stratégia zvládania záťaže	N	M	SD
Sebarozptýlenie	50	5,66	1,56
Aktívny coping	50	5,32	1,30
Popieranie	50	4,16	1,79
Užívanie návykových látok	50	2,56	1,51
Emocionálna opora	50	5,44	1,39
Inštrumentálna opora	50	4,98	1,44
Odangažované správanie	50	4,18	1,22
Ventilovanie	50	4,44	1,22
Pozitívne preformulovanie	50	5,64	1,59
Plánovanie	50	6	1,57
Humor	50	3,08	1,38
Akceptácia	50	5,84	1,36
Viera	50	4,42	1,73
Sebaobviňovanie	50	4,1	1,09

Legenda: N – absolútna početnosť; M – aritmetický priemer; SD – smerodajná odchýlka

Ďalej boli skúmané rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM medzi mužmi a ženami. Bol zistený štatisticky významný rozdiel v stratégii Viera ($p = 0,004$), viac preferovanej u žien ($M = 5,33$; $SD = 1,85$). U mužov bola najviac zastúpená stratégia Plánovanie ($M = 6,13$; $SD = 1,60$) a najmenej zastúpená stratégia Užívanie návykových látok ($M = 2,59$; $SD = 1,52$). U žien bola najviac zastúpená stratégia Akceptácia ($M = 5,83$; $SD = 1,30$) a najmenej zastúpená bola stratégia Užívanie návykových látok ($M = 2,5$; $SD = 1,54$) (tab. 2.).

Celkovo podľa škály Akceptácia: zdravotný stav neboli zistené štatisticky významné rozdiely v osobných aktivitách pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave medzi mužmi ($M = 3,80$; $SD = 0,63$) a ženami ($M = 3,61$; $SD = 0,69$). U mužov a žien išlo o často preukazované aktivity pre zmierenie sa so závažnými zmenami v zdravotnej oblasti.

Tab. 2. Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM podľa pohlavia

Stratégia zvládania záťaže	Muži			Ženy			t	p
	N	M	SD	N	M	SD		
Sebarozptýlenie	32	5,88	1,43	18	5,28	1,74	1,309	0,197
Aktívny coping	32	5,44	1,37	18	5,11	1,18	0,849	0,403
Popieranie	32	4,28	2,02	18	3,94	1,31	0,635	0,528
Užívanie návykových látok	32	2,59	1,52	18	2,5	1,54	0,208	0,836
Emocionálna opora	32	5,63	1,58	18	5,11	0,90	1,265	0,212
Inštrumentálna opora	32	5	1,59	18	4,94	1,16	0,13	0,897
Odangažované správanie	32	4,22	1,31	18	4,11	1,08	0,296	0,769
Ventilovanie	32	4,59	1,13	18	4,17	1,34	1,198	0,237
Pozitívne preformulovanie	32	5,78	1,58	18	5,39	1,61	0,836	0,407
Plánovanie	32	6,13	1,60	18	5,78	1,52	0,75	0,457
Humor	32	3,03	1,45	18	3,17	1,30	-0,329	0,743
Akceptácia	32	5,84	1,42	18	5,83	1,30	0,026	0,98
Viera	32	3,91	1,45	18	5,33	1,85	-3,029	0,004
Sebaobviňovanie	32	4,22	1,13	18	3,89	1,02	1,025	0,313

Legenda: M – aritmetický priemer; SD – smerodajná odchýlka; t – Studentov t-test; p – hodnota štatistickej významnosti ($\alpha = 0,05$)

Ďalej bol skúmaný vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže a vekom pacientov po prekonaní IM. Stredne silný vzťah bol zistený medzi stratégiami Popieranie ($r = -0,333$; $p = 0,019$) a Užívanie návykových látok ($r = -0,348$; $p = 0,014$) s vekom. V oboch prípadoch išlo o negatívny vzťah, čo znamená vyššiu preferenciu týchto stratégií u mladších pacientov po prekonaní IM (tab. 3.).

Osobné aktivity pre zmiernenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave hodnotené škálou Akceptácia: zdravotný stav nevykazovali s vekom štatisticky významný vzťah ($r = -0,092$; $p = 0,533$).

Tab. 3. Vzťah stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a veku

Stratégia zvládania záťaže	r	p
Sebarozptýlenie	0,01	0,946
Aktívny coping	-0,017	0,911
Popieranie	-0,333*	0,019
Užívanie návykových látok	-0,348*	0,014
Emocionálna opora	0,252	0,082
Inštrumentálna opora	0,047	0,749
Odangažované správanie	-0,179	0,218
Ventilovanie	0,131	0,369
Pozitívne preformulovanie	0,177	0,224
Plánovanie	0,244	0,091
Humor	-0,245	0,093
Akceptácia	-0,016	0,911
Viera	0,18	0,216
Sebaobviňovanie	-0,18	0,345

Legenda: r – Pearsonov korelačný koeficient; p – hodnota štatistickej významnosti (* – $p < 0,05$)

Poslednou oblasťou skúmania bolo zistiť vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže a osobnostnými charakteristikami pacientov po prekonaní IM. Bolo zistené, že maladaptívna stratégia zvládania záťaže Sebarozptýlenie vykazovala stredne silný vzťah so svedomitosťou ($r = 0,389$; $p = 0,006$); ďalšia maladaptívna stratégia Odangažované správanie vykazovala stredne silný negatívny vzťah s otvorenosťou ($r = -0,308$; $p = 0,031$) a prívetivosťou ($r = -0,297$; $p = 0,038$) a maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok vykazovala stredne silný negatívny vzťah s otvorenosťou ($r = -0,391$; $p = 0,005$) a svedomitosťou ($r = -0,375$; $p = 0,008$) (tab. 4).

Osobné aktivity pre zmiernenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave hodnotené škálou Akceptácia: zdravotný stav vykazovali štatisticky významný vzťah s osobnostnou charakteristikou prívetivosť ($r = 0,323$; $p = 0,025$).

Tab. 4. Vzťah stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a osobnostných charakteristík

Stratégia zvládania záťaže		N	E	O	P	S
Sebarozptýlenie	r	-0,144	0,139	0,28	0,262	0,389**
	p	0,323	0,339	0,051	0,069	0,006
Aktívne zvládanie	r	-0,203	0,264	0,125	,297*	0,430**
	p	0,163	0,066	0,393	0,038	0,002
Popretie	r	0,474**	-0,327*	-0,285*	-0,349*	-0,185
	p	0,001	0,022	0,047	0,014	0,204
Užívanie návykových látok	r	0,087	0,229	-0,391**	-0,074	-0,375**
	p	0,553	0,114	0,005	0,613	0,008
Využívanie emočnej podpory	r	-0,273	0,269	0,212	0,360*	0,23
	p	0,057	0,062	0,144	0,011	0,111
Použitie inštrumentálnej podpory	r	-0,179	0,155	0,16	0,288*	0,24
	p	0,218	0,288	0,273	0,045	0,097

Tab. 4. – pokračovanie

Odangažované správanie	r	0,191	-0,07	-0,308*	-0,297*	0,005
	p	0,188	0,635	0,031	0,038	0,975
Ventilovanie	r	0,04	-0,047	-0,057	0,06	-0,032
	p	0,784	0,748	0,695	0,681	0,828
Pozitívne preformulovanie	r	-0,488**	0,429**	0,300*	0,369**	0,304*
	p	0,000	0,002	0,036	0,009	0,034
Plánovanie	r	-0,542**	0,331*	0,391**	0,512**	0,466**
	p	0,000	0,02	0,005	0,000	0,001
Humor	r	0,231	0,134	-,459**	-0,112	-,357*
	p	0,11	0,36	0,001	0,443	0,012
Akceptácia	r	-0,562**	0,402**	0,341*	0,481**	0,315*
	p	0,000	0,004	0,016	0,000	0,027
Viera	r	-0,182	0,123	0,437**	0,284*	0,315*
	p	0,21	0,401	0,002	0,048	0,027
Sebaobviňovanie	r	0,088	0,104	0,06	0,029	0,241
	p	0,546	0,475	0,682	0,845	0,095

Legenda: r – Pearsonov korelačný koeficient; p – hodnota štatistickej významnosti (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$); N – neurotizmus; E – extravertizácia; O – otvorenosť; P – prívetivosť; S – svedomitosť

Diskusia

Vo výskume boli skúmané preferované stratégie zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM a pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky boli hodnotené ako prediktory zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM.

Jedným z faktorov, ktoré pomáhajú zvládnuť už vzniknuté srdcovocievne ochorenie je používanie efektívnych (adaptívnych) stratégií zvládania záťaže (Nôtová, 2007, s. 489). Lazarus a Folkman (1984, s. 141) definujú zvládanie ako „neustále meniaci sa kognitívna a behaviorálna snaha riadiť špecifické vonkajšie a/alebo vnútorné požiadavky, ktoré sú považované za namáhavé, alebo presahujúce prostriedky danej osoby“. Táto definícia naznačuje, že zvládanie môže pozostávať z niekoľkých prispôbení, ktoré prebiehajú simultánne alebo sekvenčne.

Naše zistenia sú pozitívne vzhľadom k tomu, že k preferovaným stratégiám zvládania záťaže patrili najmä stratégie zvládania zamerané na emócie – Akceptácia a Pozitívne preformulovanie, ktoré predstavujú adaptívne formy zvládania.

Uvádza sa, že v počiatočnej fáze zdravotnej krízy môžu byť prítomné stratégie vyhýbanie alebo odmietanie, a môžu byť niekedy výhodou; ak sú však dlhodobejšie, sú vo všeobecnosti nepriaznivé (Lazarus a Folkman, 1984, s. 141). Aj v našom výskume bolo zistené, že u pacientov po prekonaní IM v počiatočnej fáze ochorenia (72 hodín po IM) bola medzi najviac preferovanými stratégiami zastúpená aj maladaptívna stratégia Sebarozptýlenie, ktorá predstavuje únik od riešenia problému.

Sarason et al. (1990, s. 349) uvádzajú, že medzi pacientmi, ktorí sa zotavujú po prekonaní srdcových ochorení sa stratégie zvládania zamerané na riešenie problému pozitívne spájajú s kvalitou života a stratégie vyhýbania sa v neskoršom období negatívne spájajú s kvalitou života.

Preto je nevyhnutnou potrebou včasná diagnostika maladaptívnych stratégií sestrou a intervenovanie pri ošetrovateľskej diagnóze Neefektívne zvládanie záťaže (00069) (Herdman, Kamitsuru, 2018), v našich podmienkach pri sesterskej diagnóze Narušená adaptácia jednotlivca (A 100) (Vyhláška MZ SR 306/2005 Z.z.) pre elimináciu vzniknutého problému. Aj podľa uvedenia autorov Buetow, Goodyear-Smith, Coster (2001, s. 122) je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie a pre zlepšenie komunikácie s pacientom.

U pacientov po prekonaní IM boli našimi zisteniami vyhodnotené osobné aktivity pre zmierenie sa so zmenami v zdravotnom stave ako často preukazované. Domnievame sa, že sestra podporou týchto aktivít pre zvládanie záťažovej situácie môže dosiahnuť ešte výraznejšie zlepšenie zvládania a pozitívnu zmenu u pacienta.

Okrem včasnej diagnostiky maladaptívnych stratégií v starostlivosti o pacienta po prekonaní IM je potrebné aj posúdiť vplyv možných faktorov, ktoré predpovedajú voľbu maladaptívnych stratégií zvládania záťaže a tým aj riziko vzniku Neefektívneho zvládania záťaže ako ošetrovateľskej diagnózy. Podľa Herdman a Kamitsuru (2018, s. 343) sú pri ošetrovateľskej diagnóze Neefektívne zvládanie popisované tieto súvisiace faktory: rozdiely v pohlaví, vysoký stupeň ohrozenia, neschopnosť uchovať adaptívnu energiu, nepresné vyhodnotenie hrozby, nedostatočná sebadôvera pri riešení situácie, nedostatoč-

ná príležitosť pripraviť sa na stresory, nedostatočné zdroje, neefektívne stratégie uvoľňovania napätia, nedostatočný zmysel pre kontrolu, nedostatočná sociálna podpora, kríza v dospievaní, situačná kríza, neistota.

Z popisovaných súvisiacich faktorov sa pohlavné rozdiely preukázali našimi zisteniami ako prediktor adaptívnej stratégie Viera, ktorú viac preferovali ženy. Ide o stratégiu zvládania zameranú na emócie. Celkovo ale muži a ženy v rovnakej miere preukazovali aktivity pre zmierenie sa so závažnými zmenami v zdravotnej oblasti.

Našimi zisteniami nepodporujeme v celej miere tvrdenia autorov Bogg, Thornton, Bundred (2000), ktorí uvádzajú, že emocionálna odpoveď na stresovú situáciu po IM a zvládanie záťaže sú rozdielne medzi mužmi a ženami.

Z ďalších skúmaných prediktorov zvládania záťaže boli skúmané vek a osobnostné charakteristiky. Viacerí autori popisujú, že voľba stratégií zvládania záťaže môže súvisieť okrem pohlavia (Bogg, Thornton, Bundred, 2000, s. 165) aj s vekom (Buetow, Goodyear-Smith, Coster, 2001, s. 117) a typom osobnosti (Chalfont, Bennett, 1999, s. 112; Crawshaw et al., 2016, s. 15).

Adaptívna stratégia zvládania záťaže Popieranie ako stratégia zameraná na emócie vykazovala vzťah s nižším vekom u pacientov po prekonaní IM, rovnako ako maladaptívna stratégia Užívanie návykových látok, ktorá je zameraná na únik. V ostatných stratégiách zvládanie záťaže neboli zistené štatisticky významné vzťahy s vekom pacientov po IM. Naše zistenia sú podobné ako zistenia autorov Buetow, Goodyear-Smith, Coster (2001, s. 117), podľa ktorých v skupine pacientov so zlyhávaním srdca boli rovnako zastúpené stratégie zvládania záťaže bez ohľadu na vek.

Chalfont, Bennett (1999, s. 115) uvádzajú, že osobnostné charakteristiky sú dôležité faktory ovplyvňujúce zvládanie záťaže u pacientov po IM pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v liečbe. Celkovo bolo zisteniami potvrdené, že akceptácia zdravotného stavu, resp. preukazované osobné aktivity pre zmierenie sa so významnými zmenami v zdravotnom stave bola vo vzťahu s osobnostnou charakteristikou vysoká prívetivosť. Naopak nízka otvorenosť a nízka svedomitosť súvisela s maladaptívnu stratégiou Užívanie návykových látok. Týmto potvrdzujeme uvedenia Ruisela (2008, s. 234), že osobnostná vlastnosť prívetivosť bude úzko súvisieť s efektívnym zvládaním záťaže, nakoľko ľudia aktívne vyhľadávajú oporu u iných ľudí, čo znamená, že aktívne budú pristupovať k riešeniu problému. Rovnako aj u ľudí s osobnostnou vlastnosťou svedomitosť, pri ktorej Ruisel (2008, s. 235) uvádza, že svedomití ľudia sú cieľavedomí a spoľahliví, so silnou vôľou, predpokladáme vzťah so zvládaním záťaže.

Tieto tvrdenia Ruisela (2008, s. 234-235) nekorešponujú s ďalšími zisteniami, nakoľko pri skúmaní vzťahu zvládania záťaže a osobnosťou bolo zistené, že osobnostná charakteristika svedomitosť súvisela s aj maladaptívnu stratégiou Sebarozptýlenie; extravertizácia a prívetivosť súvisela s maladaptívnu stratégiou Odangažované správanie. Domnievame sa, že tieto zistenia môžu súvisieť s voľbou preferovaných stratégií zvládania záťaže v počiatočnej fáze zdravotnej krízy (ochorenia), nakoľko išlo o dotazovanie pacientov 72 hodín po IM. V tejto fáze môže byť typické, že sú prítomné stratégie vyhýbanie alebo odmietanie, ktoré môžu byť v tejto fáze výhodou.

Záver

Jedným z faktorov, ktoré pomáhajú zvládnuť už vzniknuté srdcovocievne ochorenie je používanie adaptívnych stratégií zvládania záťaže. V procese starostlivosti je nevyhnutnou požiadavkou včasná a správna diagnostika maladaptívnych stratégií a intervenovanie v podpore efektívneho zvládania ochorenia. Ide o dôležitú rolu sestry, v ktorej je potrebné vnímať nielen vplyv situácie (samotného ochorenia) ako dôležitého faktora ovplyvňujúceho voľbu stratégií zvládania záťaže, ale aj vplyv dispozičných faktorov, ktoré vysvetľujú významnú časť variability zvládania záťaže. Pohlavie, vek a osobnostné charakteristiky patria medzi prediktory stratégií zvládania záťaže u pacientov po prekonaní IM, a je potrebné na ne v procese diagnostiky prihliadať.

Príspevok bol podporený projektom VEGA číslo 1/0438/16 „Osobnostné a situačné prediktory zvládania záťaže u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením.“

Zoznam bibliografických odkazov

BAUMGARTNER, F. 2001. Zvládanie stresu – coping. In VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociálna psychológia II*. Praha: Grada, 2001, s. 191-208.

BOGG, J. – THORNTON, E. – BUNDRED, P. 2000. Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. In *Coronary Health Care*, 2000, vol. 4, no. 4, pp.163-168.

BUETOW, S. – GOODYEAR-SMITH, F. – COSTER, G. 2001. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. In *Family Practice*, 2001, vol. 18, no. 2, pp. 117-122.

CRAWSHAW, J. – AUYEUNG, V. – NORTON, S. – WEINMAN, J. 2016. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Psychosomatic Research*, 2016, vol. 90, no. 11, pp. 10-32.

FRASURE-SMITH, N. 1991. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. In *American Journal of Cardiology*, 1991, vol. 67, no. 2, pp. 121-127.

- GOLDBERG, L. R. 1999. A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several Five-Factor models. In MERVIELDE, I. et al. *Personality psychology in Europe*. Tilburg: Tilburg University Press, 1999, pp. 7-28.
- HERDMAN, T. H. – KAMITSURU, S. 2018. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. 11th ed. Canada: Inc., 2018. 471 p.
- HULLOVÁ, D. – DURÍŠ, R. 2017. Slovenská verzia dotazníku Mini IPIP. [online] [cit. 2017-01-12]. Dostupné na internete: <http://ipip.ori.org/newItemTranslations.htm>.
- CHALFONT, L. – BENNETT, P. 1999. Personality and coping: their influence on affect and behaviour following myocardial infarction. In *Coronary Health Care*, 1999, vol. 3, no. 3, pp. 110-116.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s.
- LAZARUS, R. S. – FOLKMAN, S. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 445 p.
- MOORHEAD, S. – SWANSON, E. – JOHNSON, M. – MAAS, M. L. 2018. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 6th ed. Missouri, USA: Elsevier Mosby, 2018. 696 p.
- NÔTOVÁ, P. 2007. Kardiovaskulárne choroby. In HERETIK, A. – HERETIK, jr. A. a kol. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007, s. 489-512.
- RUISEL, I. 2008. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: Ikar, 2008. 256 s.
- RUISEL, I. – HALAMA, P. 2007. *NEO päťfaktorový osobnostný inventár*. Praha: Testcentrum Hogrefe, 2007. 45 s.
- SARASON, B. R. – SARASON, I. G. – PIERCE, G. R. 1990. *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley&Sons, 1990. 528 p.
- SVENSSON, T. – INOUE, M. – SAWADA, N. – CHARVAT, H. – IWASAKI, M. – SASAZUKI, S. – SHIMAZU, T. – YAMAJI, T. – KAWAMURA, N. – SHIBUYA, K. – MIMURA, M. – TSUGANE, S. 2016. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. In *European Heart Journal*, 2016, vol. 37, no. 2, pp. 890-899.
- VAN MELLE J. P. – VERBEEK D. E. P. – VAN DEN BERG M. P. – ORMEL, J. – VAN DER LINDE M. R. – DE JONGE P. 2006. Beta-blockers and depression after myocardial infarction: a multicenter prospective study. In *Journal of the American College Cardiology*, 2006, vol. 48, no. 2, pp. 2209-2214.
- VÝROST, J. – LOVAŠ, L. – BAUMGARTNER, F. – BOLFÍKOVÁ, E. – FRANKOVSKÝ, M. – HADUŠOVSKÁ, S. 1995. Possibilities of empirical classifications of demanding life situations. In *Studia psychologica*, 1995, vol. 37, no. 3, pp. 93-106.
- Vyhláška MZ SR č.306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterných diagnóz.*
- ZACHAROVÁ, E. a kol. 2007. *Zdravotnícká psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s.

Kontakt

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ UKF v Nitre
Kráskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: asolgajova@ukf.sk

Prijaté: 22. 3. 2019

Akceptované: 8. 4. 2019

Využití škály PWAT při posuzování fotodokumentace nehojících se ran u seniorů v domácí zdravotní péči a hodnocení shody mezi hodnotiteli

*Dana Vyhliďalová, **Renáta Zeleníková, ***Andrea Pokorná

* Charita Šternberk, Charita Česká republika

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

*** Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovateľství

Abstract

VYHLÍDALOVÁ, D. – ZELENÍKOVÁ, R. – POKORNÁ, A. Using the PWAT scale in assessment of non-healing wounds from wound photography in elderly in home health care and evaluating the agreement between raters. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 1, pp. 15-22. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2018-roc-nik-9/cislo-1/vyuziti-skaly-pwat-pri-posuzovani-fotodokumentace-nehojicich-se-ran-u-senioru-v-domaci-zdravotni-peci-a-hodnoceni-shody-mezi-hodnotiteli>.

Aim: The aim of study was to verify the Czech version of Photographic Wound Assessment Tool (PWAT) scale in the Czech context during wound assessment from wound photography and to determine inter-rater reliability of the scale.

Methods: The research is a part of a prospective intervention study conducted in elderly in home care agencies from January 2017 till February 2018. The sample consisted of 40 elderly with non-healing wound of different etiology. Assessment of wound healing based on wound photography was done with the use of Czech version of PWAT scale. In order to determine the inter-rater reliability, 20 randomly selected pictures of wound were assessed by two independent raters.

Results: Agreement between the first and the second rater has been found in 70% of pictures. Based on Kappa coefficient = 0.6765 it can be observed that there is substantial agreement between both raters.

Conclusion: The Czech version of PWAT scale proved good inter-rater reliability and can be used for objective wound assessment of wound photography.

Key words: Photographic Wound Assessment Tool, photography, non-healing wound, inter-rater reliability.

Úvod

Posouzení nehojící se rány je klíčovou intervencí sester při zajištění monitoringu efektivity procesu hojení. Posouzení rány slouží dvěma účelům: 1. k určení stupně závažnosti rány za účelem vytvoření komplexního plánu péče o ránu, 2. spolehlivý nástroj měření výsledků, které lze použít k posouzení účinnosti daného léčebného procesu hojení rány (Houghton et al., 2000, s. 20). V prostředí českého zdravotnického systému existuje vysoká heterogenita jak ve využívání hodnotících škál, tak dokumentování rány jako takové (Pokorná, Leaper, 2015, s. 225). Používání unifikovaného postupu hodnocení rány je jediný způsob, který zaručí správné zhodnocení výsledků hojení. Neoddělitelnou složkou sledování rány je používání fotodokumentace. Digitální fotografie je důležitou součástí efektivního managementu rány. Slouží jako objektivní vizuální potvrzení písemného záznamu o ráně (NHS, 2017). O tom, že fotografie při hodnocení rány nabývá na významu a je jí věnována stále větší pozornost i v mezinárodních odborných společnostech, svědčí i vytvoření doporučeného postupu pro fotodokumentaci rány (*Guidelines for wound photography*) vydaného v roce 2017 (NHS, 2017).

Pravidelná fotodokumentace rány poskytuje užitečný vizuální záznam (Haynes, Callagha, 2015, s. 11). *Guideline Worcestershire Health and Care NHS Trust* doporučuje pořádat fotodokumentaci rány na začátku procesu péče a při primárním posouzení a opakovat každé čtyři týdny, případně i dříve, pokud dojde k rychlejší změně v hojení rány (Haynes, Callagha, 2015). Zopakování fotodokumentace rány NHS (2017) doporučuje ve třech případech: při každé významné změně rány; při potřebě prezentování rány pacientovi, aby se zlepšila compliance s léčbou; jako důkaz při řešení případných sporů.

Podle současných doporučených postupů a konsenzu expertů (RNAO, 2016, s. 130) mezi nejběžněji používanými, validními a reliabilními nástroji pro posouzení ran u dospělých pacientů patří: *the Pressure Ulcers Scale for Healing* – PUSH (Thomas et al., 1997), *the Photographic Wound Assessment Tool* – PWAT (Houghton et al., 2000) a *the Bates-Jensen Wound Assessment Tool* – BWAT (Bates-Jensen, Vredevoe, Brecht, 1992). Z uvedených nástrojů lze pro objektivní zhodnocení rány z fotografického záznamu použít pouze škálu *Photographic Wound Assessment Tool* (PWAT). V PWAT je posuzováno šest domén (okraje rány, typ nekrotické tkáně, množství nekrotické tkáně, barva kůže v okolí rány, granulační tkáň, epitelizující tkáň), které mohou být samostatně identifikovány z fotografie a dle autorů nevyžadují posouzení přímo u lůžka, ale umožní posouzení s časovým odstupem (Houghton et al., 2000, s. 22; Pokorná, 2015, s. 8). Spolehlivost této metody byla zkoumána v zahraničních studiích (Houghton et al., 2000; Thompson et al., 2013). Česká verze nástroje, která byla využita v prezentované studii, obsahovala 6 domén původního nástroje (viz metodika). V roce 2013 byla původní škála rozšířena o další 2 položky a publikována jako revidovaná škála, která obsahuje 8 položek (Thompson et al., 2013).

Cíl

Cílem práce bylo ověřit českou verzi škály PWAT – *Nástroj pro hodnocení rány z fotodokumentace* v českém kontextu při hodnocení rány z fotografického záznamu a určit shodu mezi hodnotiteli (inter-rater reliabilitu) PWAT škály.

Metodika

Práce byla součástí prospektivní intervenční studie realizované u seniorů v domácí zdravotní péči, která byla zaměřena na srovnání účinku krytí obsahujícího med a jiných materiálů (povidone jodu, nanokrystalického stříbra a hydrogelů) v léčbě nehojících se ran. K ošetření ran v intervenčním souboru bylo použito krytí s obsahem medu (krytí Actilite, obsahující 99 % Manuka medu a 1 % Manuka oleje). Rány v souboru kontrol byly ošetřovány konvenčním krytím (přípravky na bázi jodu, materiály s obsahem nanokrystalického stříbra a hydrogely).

Nástroj

Hodnocení procesu hojení rány na základě fotodokumentace probíhalo s využitím české verze škály PWAT – *Nástroje pro hodnocení rány z fotodokumentace*. Posuzováno bylo šest domén (okraje rány, typ nekrotické tkáně, množství nekrotické tkáně, barva kůže v okolí rány, granulační tkáň, epitelizující tkáň). Každá doména je hodnocena body od 0 do 4, přičemž nižší bodová hodnota znamená lepší stav rány (Pokorná 2015; Houghton et al., 2000). Rozsah možného celkového PWAT skóre je od 0 do 24 bodů. Celkové nulové skóre přitom představuje kompletně zhojenou ránu (Houghton et al., 2000, s. 22).

Překlad škály PWAT do českého jazyka

Nejdříve byl získán souhlas autorky (Dr. Pamela Elizabeth Houghton) původní škály s překladem do českého jazyka a použitím ve výzkumu hojení ran. Překlad nástroje PWAT z anglického jazyka do českého jazyka probíhal následujícím způsobem:

- *forward translation*: překlad škály dvěma nezávislými překladateli, kteří přeložili škálu z anglického do českého jazyka;
- vytvoření spojené verze (*reconciled version*);
- *backward translation*: spojená verze škály přeložena z českého jazyka zpět do anglického jazyka;
- srovnání anglického překladu škály s originální verzí a vytvoření finální verze;
- posouzení české verze českými renomovanými odborníky na hojení ran (všeobecná sestra, lékař).

Výsledkem je česká verze PWAT – *Nástroj pro hodnocení rány z fotodokumentace* (tab. 1.).

Tab. 1. Nástroj pro hodnocení rány z fotodokumentace PWAT – česká verze

Doména	Posouzení	Datum Skóre
Okraje rány	0 = nezřetelné, difúzní, nejasně viditelné 1 = zřetelné, obrys jasně viditelný, přiléhající na spodinu rány 2 = dobře viditelné, nepřiléhající k spodině rány 3 = dobře definované, nepřiléhající k spodině, poddolané, navalitě 4 = dobře definované, fibrotické, jizva, hyperkeratóza	
Typ nekrotické tkáně	0 = není viditelná 1 = bílá/šedá neživá tkáň a/nebo neadherující žlutý povlak 2 = volně adherující žlutý povlak 3 = adherující, měkká, černá krusta 4 = pevně ulpívající/adherentní, tvrdá, černá krusta	
Množství nekrotické tkáně	0 = není viditelná 1 = pokryto < 25 % spodiny rány 2 = pokryto 25 až 50 % rány 3 = pokryto > 50 % a < 75 % rány 4 = pokryto 75 % až 100 % rány	
Barva kůže v okolí rány	0 = růžová nebo typická pro etnickou skupinu 1 = jasně červená 2 = bílá nebo světle šedá nebo hypopigmentovaná 3 = tmavě červená až purpurová 4 = černá nebo hyperpigmentovaná	
Granulační tkáň	0 = neporušená kůže, nebo částečně ztlustělá tkáň rány 1 = jasná, sytě červená; pokryto 75 % až 100 % rány a/nebo tkáň hypergranulující 2 = jasná, sytě červená; pokryto < 75 % a > 25 % rány 3 = růžová, a/nebo matná, tmavá červená a/nebo vyplněno ≤ 25 % rány 4 = nepřítomná žádná granulační tkáň	
Epitelizace	0 = 100 % překrytí rány, povrch neporušený/intaktní 1 = pokryto 75 % až < 100 % rány a/nebo epitelizující pokrývá > 0,5 cm spodiny rány 2 = pokryto 50 % až < 75 % rány a/nebo epitelizující tkáň pokrývá > 0,5 cm spodiny rány 3 = pokryto 25 % až < 50 % rány 4 = pokryto < 25 % rány	
Celkové skóre		

Hodnotitelé

Za účelem určení shody mezi hodnotiteli (inter-rater reliability) bylo dvěma nezávislými hodnotiteli posuzováno 20 počítačem náhodně vybraných snímků: 9 snímků z intervenční skupiny a 11 snímků z kontrolní skupiny. Hodnotitelé provedli hodnocení nezávisle na sobě a navzájem nevěděli, jaké skóre bylo uděleno druhým hodnotitelem. Oba hodnotitelé splňovali kritérium více než dvacetileté praxe všeobecné sestry, absolvování certifikovaného kurzu zaměřeného na fázové hojení ran a zkušenosti s péčí o rány včetně jejich hodnocení.

Soubor

Soubor tvořilo 40 seniorů s nehojící se ránou různé etiologie v domácí zdravotní péči, rozdělených do 2 skupin – intervenční a kontrolní. U pacientů se vyskytovalo několik typů nehojících se ran (dekubity, bércové vředy, syndrom diabetické nohy) – podrobněji dále.

Sběr dat

Sběr dat probíhal od ledna 2017 do února 2018. Sledování ran probíhalo tři měsíce, v případě zhojení bylo ukončeno dříve. Při prvním ošetření byla zaznamenána anamnéza pacienta, podrobný popis rány, způsob ošetření a byla pořízena fotodokumentace. Veškerou fotodokumentaci pořizovala sestra agentury domácí zdravotní péče. Při každém dalším ošetření

byl zaznamenan stav rány. Fotodokumentace byla pořizována jednou za 10 dní, v případě výrazné změny procesu hojení rány i dříve. Od pacientů byl vyžádán písemný souhlas s pořizováním fotodokumentace.

Analýza dat

Pro statistické vyhodnocení byl použit Mann-Whitney test, párový neparametrický Wilcoxonův test a Spearmanův korelační koeficient (r_s). Shoda hodnotitelů byla vyhodnocena pomocí koeficientu kappa (k). Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Pro zpracování dat byl použit statistický program Stata v. 13.

Etické aspekty studie a konflikt zájmu

Výzkum probíhal s písemným souhlasem vedení Charity Šternberk a ošetřujících lékařů. Výzkum byl schválen *Etickou komisí Fakultní nemocnice Olomouc a Etickou komisí Lékařské fakulty Ostravské univerzity*. Od pacientů účastnících se výzkumu byl získán písemný informovaný souhlas. Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmu.

Výsledky

Ve sledovaném souboru bylo 18 mužů (45%) a 22 žen (55%). V souboru bylo u pacientů několik typů ran: *ulcus cruris* u 22 pacientů (46%), dekubitus u 9 pacientů (23%) a syndrom diabetické nohy rovněž u 9 pacientů (23%).

Tab. 2. Věk seniorů (roky)

Soubor	Počet	Medián	Průměr	SD	Min	Max	P-hod.*
Intervenční	20	86	83,3	9,07	67	94	0,0263
Kontrolní	20	72	76,3	8,22	67	92	

Legenda: * – Mann-Whitney test; SD – směrodatná odchylka

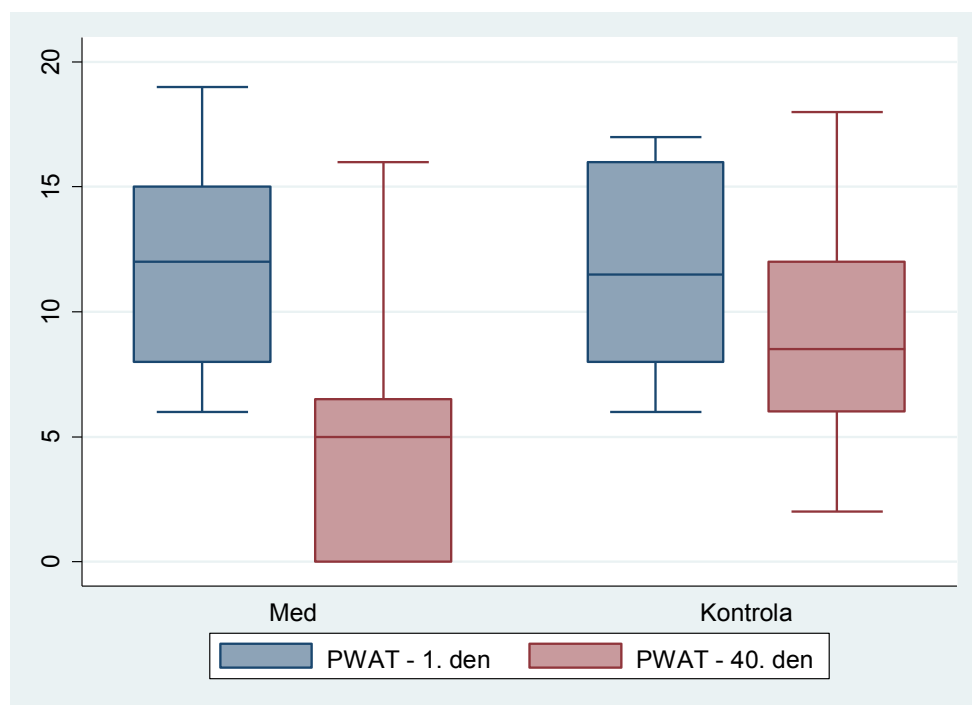
Průměrný věk seniorů v intervenčním souboru byl 83,3 let, v kontrolním souboru 76,3 let (tab. 2.). Dle věku se soubory statisticky významně lišily ($p = 0,0263$).

Tab. 3. PWAT celkové skóre v intervenční a kontrolní skupině

Čas	Soubor	Počet	Medián	Průměr	SD	Min	Max	P-hod.*
1. den	Intervenční	20	12,0	11,6	4,15	6	19	0,8918
	Kontrolní	20	11,5	11,7	4,17	6	17	
40. den	Intervenční	20	5,0	5,0	5,10	0**	16	0,0054
	Kontrolní	20	8,5	9,1	4,50	2	18	

Legenda: * – Mann-Whitney test; ** – uzdraveným pacientům byla přiřazena hodnota 0

První den nebyl mezi soubory v hodnotách PWAT zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,8918$). Po 40 dnech léčby byl zjištěn v hodnotách PWAT statisticky významný rozdíl ($p = 0,0054$). V souboru kontrol byly zjištěny vyšší bodové hodnoty, než u souboru intervenčního (tab. 3., obr. 1.), což dokládá také počet úspěšně zhojených ran.



Legenda: Med = intervenční skupina; Kontrola = kontrolní skupina

Obr. 1. Nástroj pro hodnocení rány z fotodokumentace - PWAT celkové skóre: rozdíly v hodnocení mezi intervenční a kontrolní skupinou

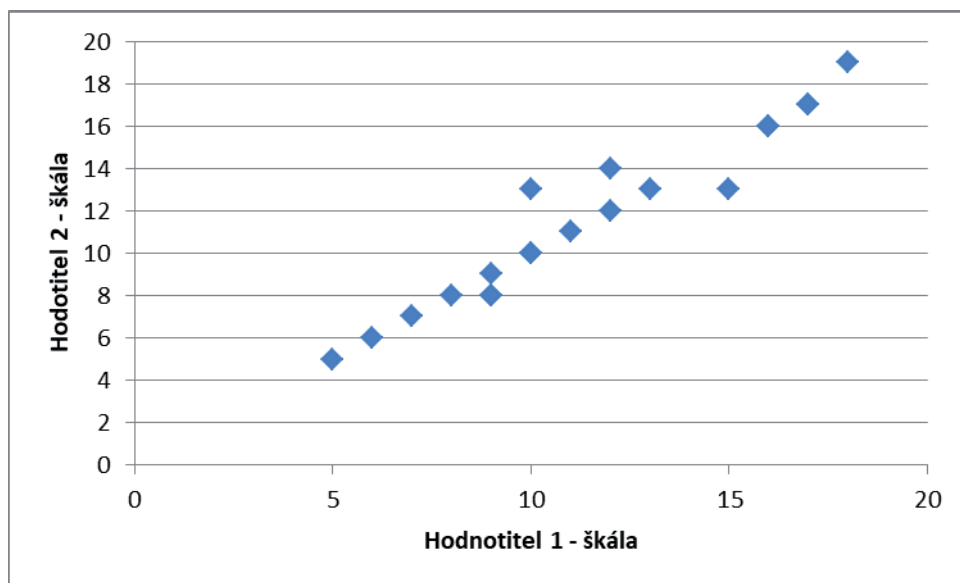
Hodnoty PWAT u prvního hodnotitele (H1) se pohybovaly od 5 do 18 bodů, druhý hodnotitel (H2) hodnotil na škále PWAT od 5 do 19 bodů. Rozdíly v hodnocení se pohybovaly od 0 do 3 bodů (obr. 2.).

Tab. 4. Shoda mezi hodnotiteli v hodnocení snímků ran

Shoda H1 a H2	Počet	%
Shoda 100 %	14	70
Pozitivní (H1 > H2)	3	15
Negativní (H1 < H2)	3	15
Celkem	20	100

Wilcoxonův párový test, $p = 0,926$
Spearmanův korelační koeficient, $r_s = 0,9735$ ($p < 0,001$)
Koeficient kappa, $k = 0,6765$ ($p < 0,001$)

U 70 % snímků byla zjištěna shoda v hodnocení prvního (H1) a druhého hodnotitele (H2). Na základě výsledku Wilcoxonova párového testu můžeme konstatovat, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výsledcích ($p = 0,926$). Podobný výsledek byl zjištěn i pomocí Spearmanova korelačního koeficientu ($r_s = 0,9735$). Mezi výsledky byla zjištěna významná závislost (tab. 4.). Na základě koeficientu kappa ($k = 0,6765$) můžeme konstatovat, že byla zjištěna značná shoda (*substantial*) mezi výsledky hodnotitelů H1 a H2 (rozmezí 0,61-0,80: dle autorů Landis, Koch, 1977).



Obr. 2. Rozdíly v bodovom hodnotení PWAT medzi hodnotiteli H1 a H2

Diskuse

Hlavním cílem studie bylo ověření české verze škály PWAT – *Nástroje pro hodnocení rány z fotodokumentace* při hodnocení rány z fotografického záznamu a určení inter-rater reliability škály. Nejdříve byla škála přeložena z anglického originálu do českého jazyka a následně ověřena v praxi domácí zdravotní péče. PWAT škála byla využita při objektivním posouzení rány na základě fotodokumentace. Celkové skóre škály je rovněž ukazatelem stavu rány a umožňuje posouzení procesu hojení. Pomocí škály bylo možné zjistit zlepšení stavu rány po ošetřování krytím s obsahem medu v intervenční skupině. Nižší bodové hodnoty v celkovém skóre PWAT znamenají zlepšení stavu rány. Po čtyřiceti dnech léčby byl v hodnotách PWAT zjištěn statisticky významný rozdíl mezi oběma sledovanými skupinami pacientů, přičemž vyšší bodové hodnoty, které svědčí pro horší stav rány, byly sledovány u kontrolního souboru. Celkový počet úplně zhojených ran byl vyšší v intervenčním souboru. PWAT škála potvrdila stejný výsledek.

V klinické praxi je hodnocení ran často závislé na hodnocení více různých hodnotitelů, proto je spolehlivý nástroj zárukou stability hodnocení. Nové nástroje, které jsou implementovány do klinické praxe a budou opakovaně používané u stejných nebo různých subjektů a budou je využívat různí hodnotitelé, potřebují ukazatel, který prokáže jejich spolehlivost, konzistenci, tj. zda jsou výstupy testu stabilní za různých podmínek (Dušek et al., 2011, s. 594-595).

Hodnocením inter-rater reliability se zabývali také autoři Mandysová, Ehler, Trejbalová (2012, s. 138) u české verze škály Bradenové. Shoda mezi posuzovateli byla v jejich studii vyjádřena pomocí koeficientu kappa (k).

Hodnocení inter-rater reliability v naší práci bylo provedeno pomocí koeficientu kappa, který patří mezi nejčastěji používaný způsob hodnocení inter-rater reliability. Jedná se o měření rozsahu, v jakém hodnotitelé přisoudí stejné skóre dané proměnné. Koeficient kappa říká, jaký podíl z maximálně možné shody byl dosažen nad rámec shody zcela náhodné. Kappa > 0 ukazuje na větší podíl shody než při shodě zcela náhodné, Kappa = 1 potom znamená absolutní shodu v odpovědích. Koeficient kappa ovšem může být i 0 (zcela náhodná shoda) anebo menší než 0, pak jde o míru shody nižší než náhodnou (Dušek, Pavlík, Koptíková, 2007, s. 720).

Čím větší je shoda mezi hodnotiteli, tím větší je i spolehlivost daného nástroje (Dušek et al., 2011, s. 596). Pro hodnocení shody mezi hodnotiteli (inter-rater reliability) lze použít také procentuální shodu nebo korelaci (McHugh, 2012, s. 277). I tyto způsoby potvrdily dobrou inter-rater reliability škály PWAT v našem souboru. Posuzování ran bylo prováděno dvěma na sobě nezávislými hodnotiteli a na základě statistického zpracování byla zjištěna 100% shoda mezi těmito posuzovateli u 70 % snímků dokumentujících ránu.

Autoři Houghton et al. (2000, s. 26) ve své studii došli k závěru, že spolehlivost PWAT je vyšší u zdravotníků, kteří mají minimálně pětileté zkušenosti s nehojícími se ranami a velmi dobře ji lze použít k hodnocení dekubitů a vředů na dolních končetinách, neboť citlivě detekuje změny v průběhu léčby ran (Houghton et al., 2000, s. 26). Autoři Mutluoglu et al. (2016, s. 133-134) rovněž zdůrazňují, že škálu PWAT je možné využít v případech, v nichž není možné posouzení rány u lůžka. Ačkoli, hloubku rány, velikost kruhových ran, podminování a zápach z rány na základě fotografie nelze posoudit (Mutluoglu et al., 2016, s. 133-134).

Přestože nástroj PWAT je užitečným pomocníkem hodnocení stavu rány z fotografického záznamu, je důležité zdůraznit, že hodnocení rány z fotografie nemůže být nahrazeno klinickým hodnocením rány u lůžka pacienta. Stejně významná je

jednotná metodika pořizování fotografických záznamů ran a jejich vhodné ukládání (Pokorná, Leaper, 2015). V budoucnu by bylo vhodné zhodnotit, zda by škála PWAT mohla být využita také při využívání fotogrammetrických software.

Limitace

Limitací výzkumu je malý soubor a rány různé etiologie. Další studie by bylo vhodné provést na větším souboru, případně u ran stejné etiologie.

Závěr

Realizovaná studie potvrdila dobrou inter-rater reliabilitu české verze PWAT škály – *Nástroje pro hodnocení rány z fotodokumentace*. Českou verzi PWAT škály lze využít pro objektivní zhodnocení rány z fotografického záznamu. Nástroj je vhodný jak pro klinické, tak vědecké pracovníky, kteří pečují o pacienty s ránou pro objektivizující a unifikované hodnocení.

Výzkum byl podpořen projektem SGS08/LF/2017–2018 Účinnost materiálů obsahujících med v léčbě nehojících se ran.

Seznam bibliografických odkazů

- BATES-JENSEN, B. M. – VREDEVOE, D. L. – BRECHT, M. L. 1992. Validity and reliability of the pressure sore status tool. In *Decubitus*, 1992, vol. 5, no. 6, pp. 20-28.
- DUŠEK, L. – PAVLÍK, T. – KOPTÍKOVÁ, J. 2007. Analýza dat v neurologii VI. Přesnost, spolehlivost a reprodukovatelnost měření u diskretních dat. In *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2007, roč. 70/103, č. 6, s. 719-721.
- DUŠEK, L. et al. 2011. Analýza dat v neurologii XXIX. Spolehlivost (reliabilita) klinických testů. In *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2011, roč. 74/107, č. 5, s. 594-599.
- HAYNES, J. S. – CALLAGHA, R. 2015. *Wound Assessment and Management Guideline CL-078*. Worcestershire Health and Care NHS Trust, 2015. 35 p.
- HOUGHTON, P. E. et al. 2000. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. In *OWM*, 2000, vol. 46, no. 4, pp. 20-30.
- LANDIS, J. R. – KOCH, G. G. 1977. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. In *Biometrics*, 1977, vol. 33, no. 2, pp. 363-374.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLER, E. – TREJBALOVÁ, L. 2012. Česká verze škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 4, pp. 137-142. [cit. 2018-11-15]. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/ceska-verze-skaly-bradenove-metodika-prekladu-a-shodamezi-posuzovateli>.
- McHUGH, M. L. 2012. Interrater reliability: the kappa statistic. In *Biochemia Medica* (Zagreb), 2012, vol. 22, no. 3, pp. 276-282.
- MUTLUOGLU, M. et al. 2016. Poorly designed research does not help clarify the role of hyperbaric oxygen in the treatment of chronic diabetic foot ulcers. In *Diving and Hyperbaric Medicine*, 2016, vol. 46, no. 3, pp. 133-134.
- National Health Services (NHS). 2017. *Northamptonshire Healthcare: Guidelines for wound photography*. [online] 2017 [cit. 2018-10-27]. Dostupné na internete: <https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n1875.pdf&ver=17569>.
- POKORNÁ, A. 2015. Posouzení efektu terapie a hojení dekubitů. In *Léčba ran*, 2015, roč. 2, č. 1, s. 6-9.
- POKORNÁ, A. – LEAPER, D. 2015. Assessment and documentation of non-healing, chronic wounds in inpatient health care facilities in the Czech Republic: an evaluation study. In *International Wound Journal*, 2015, vol. 12, no. 2, pp. 224-231.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). 2016. *Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team: Clinical Best Practice Guidelines*. [online] 3rd ed. Registered Nurses' Association of Ontario: Toronto, 2016. 160 s. ISBN 978-1-926944-65-4. [cit. 2018-11-12]. Dostupné na internete: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/PI_BPG_FINAL_WEB_June_10_2016.pdf.
- THOMAS, D. R. et al. 1997. Pressure ulcers scale for healing: Derivation and validation of the PUSH tool. In *Advances in Wound Care*, 1997, vol. 10, no. 5, pp. 96-101.
- THOMPSON, N. et al. 2013. Reliability and validity of the revised photographic wound assessment tool on digital images taken of various types of chronic wounds. In *Advances in Skin and Wound Care*, 2013, vol. 26, no. 8, pp. 360-373.

Kontakt

Mgr. Dana Vyhliďalová

Charita Šternberk, Charita Česká republika

Opavská 1385/13

785 01 Šternberk

Česká republika

E-mail: dana.vyhliďalova@sternberk.charita.cz

Prijaté: 23. 11. 2018

Akceptované: 19. 2. 2019

Posouzení rizika vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči

*Markéta Biskupová, **Lenka Šáteková, ***Renáta Zeleníková

* Městská nemocnice v Odrách

** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovateľství

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

Abstract

BISKUPOVÁ, M. – ŠÁTEKOVÁ, L. – ZELENÍKOVÁ, R. Assessment of risk of pressure ulcers in elderly in long-term care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 1, pp. 23-30. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2018-rocnik-9/cislo-1/posouzeni-rizika-vzniku-dekubitu-u-senioru-v-dlouhodobpe-cci>.

Aim: The main aim of the research study was to evaluate the correlations between selected tools (Braden scale, Norton scale) evaluating the risk of pressure ulcers in seniors in long-term care and selected variables (self-care, nutritional status) and compare predictive validity of these scales.

Methods: The research sample consisted of 104 seniors hospitalized in long-term care facility. Braden scale and Norton scale were used to assess the risk of pressure ulcers. The scales ADL – Activity Daily Living and IADL – Instrumental Activity Daily Living were used to assess the self-care ability. MNA – Mini Nutritional Assessment was used to assess the nutritional status. Data were collected from April to November 2014.

Results: The strongest positive correlation (0.9531) was found between Braden scale and ADL. The Braden scale demonstrated 100% sensitivity and 40.9% specificity. The Norton scale demonstrated 100% sensitivity but lower values of 20.5% specificity.

Conclusion: Statistically significant dependence between the risk of pressure ulcers and self-care as well as between the risk of pressure ulcers and nutritional status was found. Sensitivity of both scales was high.

Key words: risk of pressure ulcers, senior, assessment tools, nutrition, predictive validity

Úvod

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2014, s. 12) definují dekubitus jako: „...lokalizované poškození kůže a/nebo podkožního tkáně, obvykle nad kostním výčnělkem, které vzniká v důsledku tlaku nebo tlaku v kombinaci se střížným efektem“. Dekubitus představuje pro ošetrovateľskou péči závažný problém, a to jak pro samotného nemocného, tak i pro ošetrovateľský personál. Prevence dekubitů tak oprávněně patří mezi hlavní priority kvalitní péče o pacienta. Prvním krokem v prevenci vzniku dekubitů je dle klinického doporučeného postupu posouzení rizika vzniku dekubitů pomocí škály (EPUAP, NPUAP, 2014, s. 14). Pro toto posouzení se používají nejrůznější hodnotící škály. V klinické praxi se používá mnoho odlišných škál a není jasné, která z nich je nejlepší (Moore, Patton, 2019). Celosvětově existuje přibližně 40 škál na posouzení rizika vzniku dekubitů (Thompson, 2005, s. 455). V České republice se objevily až koncem 80 let. Nejčastěji používanou škálou v klinickém prostředí je modifikovaná škála Nortonové (Mikula, Müllerová, 2008, s. 18). V posledních letech se ve výzkumných studiích objevují i další škály, jako např. škála Bradenové (Mandysová et al., 2012) nebo škála Waterlowové (Šáteková, Žiaková, Zeleníková, 2017). Z dalších jsou především v zahraničí používány tyto škály: škála Bradenové, škála Waterlowové, škála Shannonové, škála Knollové a škála Cubbin-Jackson (Šáteková, Žiaková, Zeleníková, 2014, s. 85). Hodnotící škály umožňují zahájit včasná preventivní opatření a věnovat pozornost ošetrovateľské péči. Každé posouzení rizika vzniku dekubitů se provádí při příjmu seniora. Opakované posouzení se provádí při jakékoli změně a dle standardů zdravotnických zařízení.

V současnosti se diskutuje o efektivnosti používání škál k posouzení rizika vzniku dekubitů v predikci vzniku dekubitů. García-Fernández et al. (2014, s. 24) publikoval systematický přehled s meta-analýzou na určení efektivnosti škál pro posouzení rizika vzniku dekubitů. Nejvíce rozšířená je škála Bradenové hodnocena ve 33 studiích. Vykazuje nejvyšší schopnost hodnotit riziko vzniku dekubitů. Škála Nortonové byla testována v 16 studiích. Škála Waterlowové byla testována ve 14 studiích a škála Cubbin - Jackson byla testována ve 3 studiích. Souhrnná analýza ukázala, že tyto škály dosáhly největší schopnost predikce rizika vzniku dekubitů ve srovnání s klinickým úsudkem sester.

V zahraničí bylo publikováno velké množství výzkumných studií věnujících se zjišťování predikční validity škál k posouzení rizika vzniku dekubitů (Hyun et al., 2013, s. 151; Liu et al., 2013, s. 148). V českém klinickém prostředí byla doposud validizovaná pouze škála Bradenové, Nortonové a Waterlowové (Šáteková, Žiaková, Zeleníková, 2017, s. 1). Nejvyšší hodnoty predikční validity dosáhla škála Nortonové. Autorky výzkumné studie si tento fakt vysvětlují podobností a lepší znalostí této škály vzhledem k tomu, že v praxi používají škálu modifikované Nortonové. Druhé nejlepší hodnoty predikční validity s malými rozdíly dosáhla škála Bradenové. Nejhorší hodnoty predikční validity dosáhla škála Waterlowové. Autorky Šáteková a Žiaková (2016, s. 10) zkoumaly také inter-rater reliabilitu tří výše zmíněných škál k posouzení rizika vzniku dekubitů. Nejvyšší shodu mezi posuzovateli dosáhli položky škály Nortonové, následují položky škály Bradenové. Nejnižší shodu mezi posuzovateli dosáhly položky škály Waterlowové.

Vzhľadom k uvedeným zisteniam vzniká v českém klinickém prostředí potřeba dalšího testování škál k posouzení rizika vzniku dekubitů.

Cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit korelace mezi vybranými škálami (škála Bradenové, škála Nortonové) k posouzení rizika vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči a vybranými parametry (soběstačnost, stav výživy) a porovnat predikční validitu vybraných škál. Dalším cílem bylo srovnat výsledky testování pomocí vybraných škál u skupiny seniorů s dekubitem a skupiny seniorů bez dekubitu.

Soubor

Byl použit záměrný výběr respondentů. Výzkumný soubor tvořilo 104 seniorů hospitalizovaných na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných vybrané okresní nemocnice. Výzkumného šetření se zúčastnili seniori ze dvou oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Pro zařazení seniorů do souboru byly určeny následující zařazující kritéria: věk 65 let a výše, informovaný souhlas, pobyt v zařízení v období od dubna do listopadu 2014.

Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 104 pacientů hospitalizovaných v LDN. Dekubit se vyvinul u 16 pacientů (15 %). Soubor byl tvořen převážně ženami (n = 66; 63 %). Více jak polovina respondentů byly vdovy/vdovci (n = 57; 55 %). Hospitalizace seniorů v LDN byla převážně opakovaná (n = 87; 84 %). Více jak polovina respondentů bydlela v domácnosti s dalším rodinným příslušníkem (n = 64; 61 %). Nejčastějšími základními diagnózami v souboru sledovaných seniorů byly „jiný typ demence“ (n = 83; 80 %) a „hypertenze“ (n = 68; 65 %) (Tab. 1.).

Tab. 1. Charakteristika souboru (n = 104)

Charakteristiky		n	%
Výskyt dekubitů během hospitalizace	Ne	88	85
	Ano	16	15
Pohlaví	Žena	66	63
	Muž	38	37
Rodinný stav	Vdovec/va	57	55
	Ženatý/vdaná	25	24
	Rozvedený/á	11	11
	Svobodný/á	6	6
Hospitalizace v LDN	Druh/družka	5	4
	Opakovaná hospitalizace	87	84
	První hospitalizace	17	16
Rodinná situace	V domácnosti s rodinným příslušníkem	64	61
	Ve vlastní domácnosti sám	28	27
	V jiném sociálním zařízení	12	12
Základní diagnózy	Jiný typ demence	83	80
	Hypertenze	68	65
	Kardiální selhání	65	63
	Diabetes mellitus	53	51
	Infekce urogenitální, respirační	37	37
	Onkologické onemocnění	24	23
	CMP	20	19
	Fraktury	19	18

Tab. 1. – pokračovanie

	ICHDK	14	13
Základní diagnózy	Parkinsonova choroba	6	6
	Alzheimerova choroba	5	5

Legenda: LDN – léčebna dlouhodobě nemocných; CMP – cévní mozková příhoda; ICHDKK – ischemická choroba dolních končetin

Metodika

Byla zvolena metodika prospektivní studie. Pro účely tohoto výzkumu byl vytvořen záznamový formulář, který obsahoval demografické údaje, jako je pohlaví, rodinný stav, hospitalizace v LDN, sociální situace a základní diagnózy. Dále byl použit soubor škál k posouzení rizika vzniku dekubitů (škála Bradenové, škála Nortonové) a škály k posouzení soběstačnosti (*Základní aktivity denního života: Activities of Daily Living – ADL, Instrumentální aktivity denního života: Instrumental Activities of Daily Living – IADL*) a výživy (*Škála pro hodnocení stavu výživy: Mini Nutritional Assessment – MNA*).

Škála Nortonové

Škála Nortonové byla sestavena Doreem Nortonovou v roce 1962 (Norton, McLaren, Exton-Smith, 1962). Riziko vzniku dekubitů hodnotí dle pěti základních činností: fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Maximální bodové hodnocení je 20 a minimální je 5 bodů. V roce 1987 Christel Bienstein rozšířila tuto stupnici na maximální počet 25 bodů. Hodnotí se zde schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, každé další onemocnění, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence a aktivita (Sussman et al., 2007, s. 345). Právě tato modifikovaná škála Nortonové je nejčastěji používanou škálou v českém klinickém prostředí. Každá položka je hodnocena body jedna až čtyři, přičemž zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů.

Škála Bradenové

Hodnotící škála vnikla v roce 1987 za spolupráce Barbary Braden a Nancy Bergstrom (Bergstrom et al., 1986). Obsahuje šest položek: smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, mobilitu, výživu, tření a stříh. Jednotlivé položky se hodnotí počtem bodů 1–4, pouze položka tření a stříh obsahuje 1–3 body. Dle hodnocení této škály je možné dosáhnout maximální počet 23 bodů. Čím nižší je počet bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Dosáhne-li se počtu bodů 19 a více, je riziko vzniku dekubitů malé, při počtu bodů <18 je riziko vzniku dekubitů vysoké. Oproti škále Nortonové, škála obsahuje položky tření a stříh a výživa. Neobsahuje položky věk a přidružené onemocnění. Škála Bradenové se využívá v nemocnicích, ale i dalších zařízeních, kde se zaměřují na práci s tělesně postiženými. Je nápomocná v provádění preventivní péče (Mikula, Müllerová 2008, s. 71).

ADL, IADL

Pro posouzení soběstačnosti byly použity standardizované testy všedních činností dle Barthelové. Jedná se o test základních všedních činností ADL – *Activities of Daily Living* (Mahoney, Barthel, 1965) a test instrumentálních všedních činností IADL – *Instrumental Activities of Daily Living* (Lawton, Brody, 1969). Tyto dva testy jsou nejpoužívanějšími nástroji pro měření stavu soběstačnosti v základních a instrumentálních denních činnostech. Jsou základem pro individuální plán léčby. Vypovídají o stupni soběstačnosti seniora a o kvantitativní a kvalitativní potřebě ošetrovatelské péče. Lze je použít pouze pro pracoviště s převažující ošetrovatelskou péčí. V obou testech se hodnotí samostatnost provedení jednotlivých činností a jejich celkové skóre pak slouží k posouzení závažnosti postižení a potřeby péče a pomoci. Nejvyšší celkové skóre u testu ADL dosahuje maximálně 100 bodů a je rozděleno do čtyř kategorií dle získaných bodů. U testu IADL je nejvyšší skóre maximálně 80 bodů a je rozděleno do třech kategorií dle dosažených bodů. Test ADL a test IADL patří mezi validní a standardizované nástroje používané v Evropě a USA (Topinková, 2005, s. 213).

MNA

Stav výživy byl hodnocen pomocí standardizovaného dotazníku MNA (*Mini Nutritional Assessment*). Tento mezinárodní dotazník zjišťuje stav výživy a možné riziko podvýživy. Škála obsahuje celkem 18 položek a je členěna do čtyř oddílů, které identifikují nemocné s rizikem vzniku nebo s přítomností malnutrice (Guigoz, Vellas, Garry, 1996; Kalvach et al., 2004, s. 304).

Sběr dat

Výzkum byl realizován ve vybrané okresní nemocnici na ošetrovacích jednotkách léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Sběr dat probíhal od dubna do listopadu 2014 u všech seniorů hospitalizovaných na dvou stanicích LDN. Sběr dat byl realizován první autorkou. Zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace a hospitalizovaný senior. Získaná data byla zaznamenána do předem připravených záznamových formulářů. Vyplnění jednoho záznamu trvalo přibližně 25 minut.

Analýza dat

Pro popis dat byla použita popisná statistika (průměr, medián, směrodatná odchylka, absolutní a relativní počty). Predikční validita škál pro posouzení rizika vzniku dekubitů byla provedena výpočtem senzitivity a specificity s 95% intervalem spolehlivosti.

Srovnání sledovaných parametrů (věk, ADL, IADL, MNA, škála Bradenové a Nortonové) mezi seniory s dekubity a bez dekubitů bylo provedeno pomocí Wilcoxonova neparametrického testu. Korelace mezi věkem a jednotlivými škálami byla hodnocena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu (r_s). Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5% ($p = 0,05$). Zpracování dat bylo provedeno statistickým programem Stata v. 13.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Práce vznikla v rámci diplomové práce na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Seniori byli předem informováni o účelu výzkumu, diskrétnosti informací a podepsali informovaný souhlas. Před zahájením výzkumného šetření byl vyžádán písemný souhlas autorů českých verzí jednotlivých škál a výzkum byl schválen vedením ve vybraném zařízení. Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmu.

Výsledky

Predikční validita škály Bradenové a škály Nortonové

Tabulka 2 popisuje hodnoty predikční validity škály Bradenové a škály Nortonové. Škála Bradenové dosáhla následující hodnoty: senzitivita 100 % a specifická 40,9 %. Škála Nortonové dosáhla hodnoty senzitivity 100 % a specifická 20,5 %.

Tab. 2. Predikční validita škály Bradenové a škály Nortonové

Škála	Senzitivita	Specifická
Škála Bradenové	100 % (95% IS 79,4 – 100%)	40,9 % (95% IS 30,5 – 51,9%)
Škála Nortonové	100 % (95% IS 79,4 – 100%)	20,5 % (95% IS 12,6 – 30,4%)

Legenda: IS – interval spolehlivosti

Srovnání sledovaných parametrů mezi seniory s dekubity a bez dekubitů

V tabulce 3 jsou uvedeny výsledky srovnání sledovaných parametrů (věk, posouzení soběstačnosti dle škál ADL, IADL, posouzení stavu výživy dle škály MNA, posouzení rizika vzniku dekubitů dle škály Bradenové a škály Nortonové) mezi skupinou seniorů s dekubity a bez dekubitů. Ve všech sledovaných parametrech byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinou seniorů s dekubitem a bez dekubitů. Seniori s dekubitem měli vyšší průměrný věk a ve všech výsledcích testování dle vybraných škál měli nižší skóre (medián i průměrné skóre).

Tab. 3. Srovnání sledovaných parametrů mezi seniory s dekubity a bez dekubitů

Položky	Dekubity – Ano (n = 16)			Dekubity – Ne (n = 88)			p
	medián	ar. průměr (SD)	min – max	medián	ar. průměr (SD)	min – max	
Věk	85,5	84,9 (5,78)	72 – 95	81	79,4 (8,85)	65 – 100	0,0227
ADL	0	5,6 (11,95)	0 – 40	55	54,5 (31,41)	0 – 100	< 0,001
IADL	0	2,5 (5,77)	0 – 20	42,5	40,7 (24,85)	0 – 80	< 0,001
MNA	11	10,0 (3,19)	3 – 15	20	19,1 (5,49)	3,5 – 29	< 0,001
Braden	9	9,4 (2,28)	7 – 15	17	17,0 (3,96)	8 – 23	< 0,001
Norton	13	13,4 (2,50)	10 – 18	21	20,9 (4,44)	11 – 31	< 0,001

Legenda: n – počet; SD – směrodatná odchylka; min – minimální hodnota; max – maximální hodnota

Korelace mezi vybranými parametry

Tabulka 4 popisuje korelace (r_s) mezi vybranými parametry. Z výsledků vyplývá, že všechny uvedené posuzovací škály mezi sebou pozitivně korelují mimo věk. Největší pozitivní závislost (0,9531) byla zjištěna mezi škálou Bradenové a testem ADL. Dle výsledků korelací lze konstatovat, že existuje statisticky významná závislost mezi rizikem vzniku dekubitů a soběstačností seniorů a také mezi rizikem vzniku dekubitů a stavem výživy.

Tab. 4. Korelace mezi vybranými parametry

	Věk	ADL	IADL	MNA	Braden	Norton
Věk	1,0000					
ADL	-0,0909	1,0000				
IADL	-0,1093	0,9462*	1,0000			
MNA	-0,0494	0,8386*	0,8454*	1,0000		
Braden	-0,0779	0,9531*	0,9336*	0,8569*	1,0000	
Norton	-0,1614	0,9319*	0,9184*	0,8215*	0,9403*	1,0000

Legenda: * – p = 0,05

Diskuse

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit korelace mezi vybranými škálami k posouzení rizika vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči a vybranými parametry a porovnat predikční validitu vybraných škál.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že existuje závislost mezi škálami ADL, IADL, MNA, škálou Bradenové a škálou Nortonové v závislosti na výskytu dekubitů. Seniori s dekubitem měli vyšší průměrný věk a ve všech posuzovaných oblastech dle vybraných škál měli nižší skóre. To naznačuje, že vybrané škály jednotlivě za sebou reagovali na výskyt vznikajícího dekubitu sníženým počtem bodů, co potvrzuje schopnost vybraných škál reagovat na změněný stav seniora. Na základě výsledků vybraných škál mohou všeobecné sestry implementovat jednotlivé intervence již dříve díky nižšímu počtu bodů v jejich hodnocení.

V našem výzkumu byly rovněž zjištěny korelace mezi jednotlivými vybranými škálami (ADL, IADL, MNA, škála Bradenové, škála Nortonové). Existuje statisticky významná závislost mezi rizikem vzniku dekubitů a soběstačností seniorů a také mezi rizikem vzniku dekubitů a stavem výživy. Nejsilnější korelace však byla nalezena mezi škálou Bradenové a testem ADL. To jen potvrzuje stav, že senior s vysokým rizikem vzniku dekubitů má taktéž vysoké omezení v aktivitách denního života. Podobné výsledky prokázala studie autorů Klich-Raczka et al. (2006), kteří ve své studii u hospitalizovaných seniorů starších 80 let v zařízení dlouhodobé péče zjistili, že riziko vzniku dekubitů souvisí se soběstačností seniora (hodnocenou dle testu Bartelové). Výsledky poukazují na potřebu komplexního geriatrického hodnocení u všech hospitalizovaných seniorů.

Vztahem malnutrice a rizikem vzniku dekubitů se zabývalo několik zahraničních autorů, např. Roberts et al. (2014, s. 841-846) v australské studii, Brito, Correia, Vasconcelos Generoso (2013, s. 646-649) v brazilské multicentrické studii nebo Verbrugge et al. (2013, s. 438-443) v belgické multicentrické studii. Autoři Brito, Correia, Vasconcelos Generoso (2013) ve své brazilské studii uvádějí, že podvýživa je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů spojených s rozvojem a závažností rizika vzniku dekubitů u hospitalizovaných seniorů. Studie Hengstermann et al. (2007) srovnávala různé nástroje na hodnocení stavu výživy a ověřovala jejich použití v klinické praxi. Kromě jiných škál byly shodně s naší studii použité škály Nor-

tonové, MNA a ADL. Výsledky poukázaly na vliv věku, ADL a MNA na riziko vzniku dekubitů hodnoceným škálou Nortonové (Hengstermann et al., 2007).

Při srovnání výsledků predikční validity škál Bradenové a Nortonové v našem výzkumu lze vidět, že lepších výsledků dosáhla škála Bradenové. Škála Bradenové dosáhla senzitivitu 100 % a specifickosti 40,9 %. Škála Nortonové dosáhla hodnot senzitivity také 100 %, ale nižší hodnoty specifickosti 20,5 %. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že senzitivita obou škál je vysoká. Škály mají v tomto klinickém prostředí vynikající schopnost dosáhnout pozitivní výsledek, pokud riziko skutečně existuje. Na druhé straně obě škály dosáhly nižší hodnoty specifickosti. Obě škály tedy v tomto klinickém prostředí nemají dobrou schopnost dosáhnout negativní výsledek, pokud riziko vzniku dekubitů neexistuje. Škála Nortonové dosáhla horší hodnoty specifickosti ve srovnání se škálou Bradenové. To znamená, že škála Nortonové bude mít ve větší míře tendenci určovat každého pacienta jako rizikového a bude „přehlížet“ ty, kteří toto riziko nemají. To povede ke zvýšeným nákladům v oblasti prevence vzniku dekubitů a zvýšené časové náročnosti všeobecné sestry. Podstatně lepší výsledky predikční validity škály Bradenové a škály Nortonové byly doloženy ve dvou výzkumných studiích, které také probíhaly v LDN. Autor Defloor, Grypdonck (2005, s. 377) uvádějí následující hodnoty predikční validity pro škálu Bradenové: senzitivita 79,8 % a specifickost 64,6 % a pro škálu Nortonové: senzitivita 62,3 % a specifickost 71,8 %. Mezi těmito hodnotami je menší rozdíl. Na základě těchto výsledků budou mít škály lepší schopnost rozlišit pacienty s rizikem a bez rizika vzniku dekubitů. Autoři druhé výzkumné studie De Souza et al. (2010, s. 99) se věnovaly pouze predikční validitě škály Bradenové s následujícími výsledky: senzitivita 75,9 % a specifickost 70,3 %. Výsledky shodně jako v předchozí výzkumné studii dokazují, že škála Bradenové má dobrou schopnost rozlišit pacienty s a bez rizika vzniku dekubitů. Podobně výsledky nedávné metaanalýzy prokázaly největší senzitivitu u modifikované škály Bradenové (Park, Lee, 2016).

Na základě výsledků našeho výzkumu doporučujeme další testování škál Bradenové a Nortonové v českém klinickém prostředí, především testování modifikované škály Nortonové, nakolik se v české klinické praxi používá, ale doposud nebyla pro naše klinické prostředí validizovaná. Je potřebné další testování škál Bradenové a Nortonové, a to v jiných klinických prostředích, např. oddělení akutní péče, domácí péče. Rovněž by bylo přínosné testování dalších škál na posouzení rizika vzniku dekubitu v našem klinickém prostředí. S ohledem na prezentované výsledky doporučujeme další testování závislosti mezi vybranými škálami k posouzení rizika vzniku dekubitů a škálami pro hodnocení soběstačnosti a stavu výživy, např. škála ADL, IADL, MNA.

Limity výzkumu

Hlavním limitem výzkumu je malý soubor tvořený pacienty z jednoho zařízení a jeho záměrný výběr. Další studie by proto měly být provedeny na větším souboru. Hodnoty predikční validity mohlo ovlivnit několik faktorů: subjektivita posuzovatele, jeho lepší znalost vybraných škál, ale také organizace práce na LDN včetně zavedených preventivních opatření.

Závěr

Výsledky našeho šetření potvrzují, že riziko vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči souvisí se stavem výživy seniorů a jejich soběstačností. V našem výzkumu došlo ke zhodnocení korelací mezi vybranými škálami a vybranými parametry u seniorů v dlouhodobé péči a srovnání predikční validity vybraných škál k posouzení rizika vzniku dekubitů. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že existuje statisticky významná závislost mezi rizikem vzniku dekubitů a soběstačností seniorů a také mezi rizikem vzniku dekubitů a stavem výživy. Lepší hodnoty predikční validity dosáhla škála Bradenové. Naše výsledky však nemohou být generalizovány na celé české klinické prostředí. Z tohoto důvodu doporučujeme v pokračování testování těchto škál v českém klinickém prostředí.

Seznam bibliografických odkazů

BERGSTROM, N. – BRADEN, B. J. – LAGUZZA, A. – HOLMAN, V. 1987. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. In *Nursing Research*, 1987, vol. 36, no. 4, pp. 205-210.

BRITO, P. A. – CORREIA, M. I. – VASCONCELOS, G. S. 2013. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status—a multicenter, cross-sectional study. In *Nutrition*, 2013, vol. 29, no. 4, pp. 646-649.

DEFLOOR, T. – GRYPDONCK, M. F. 2005. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. In *Journal of Clinical Nursing*, 2005, vol. 14, no. 3, pp. 373-382.

DE SOUZA, D. M. et al. 2010. Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in elderly residents of long-term care facilities. In *Geriatric Nursing*, 2010, vol. 31, no. 2, pp. 95-104.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P. – PANCORBO-HIDALGO, P. L. – SOLDEVILLA AGREDA, J. J. 2014. Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers, a meta-analysis. In *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 2014, vol. 41, no. 1, pp. 24-34.

- GUIGOZ, Y. – HELLAS, B. – GARRY, P. J. 1996. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. In *Nutrition Reviews*, 1996, vol. 54, no. 1-2, pp. 59-65.
- HENGSTERMANN, S. et al. 2007. Nutrition status and pressure ulcer: what we need for nutrition screening. In *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2007, vol. 31, no. 4, pp. 288–294.
- HYUN, S. et al. 2013. Predictive validity of the Braden scale for patients in intensive care units. In *American Journal of Critical Care*, 2013, vol. 22, no. 6, pp. 514-520.
- KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s.
- KLICH-RACZKA, A. et al. 2006. Comprehensive geriatric assessment in hospitalized patients aged 80 years and more. In *Przeгляд Lekarski*, 2006, vol. 63, no. 3, pp. 109-112.
- LIU, M. et al. 2013. Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients. In *Revista De Enfermagem Referencia*, 2013, vol. 3, no. 9, pp. 145-159.
- LAWTON, M. P. – BRODY, E. M. 1969. Assessment of older people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. In *Gerontologist*, 1969, vol. 9, no. 3, pp. 179-186.
- MAHONEY, F. I. – BARTHEL, D. W. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. In *Maryland State Medical Journal*, 1965, vol. 14, no. 2, pp. 61-65.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLER, E. – TREJABLOVÁ, L. 2012. Česká verze Škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, roč. 2, č. 4, s. 137-142. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: http://www.oseetrovateľstvo.eu/_files/2012/04/137-ceska-verze-skaly-bradenove-metodika-prekladu-a-shoda-mezi-posuzovateli.pdf.
- MIKULA, J. – MÜLLEROVÁ, N. 2008. *Prevenca dekubitů*. Praha: Grada, 2008. 104 s.
- MOORE, Z. E. H. – PATTON, D. 2019. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, vol. 1, no. CD006471.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, & PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. 2014. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide* [online]. Washington DC: Cambridge Media on behalf of National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014. Available on: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>.
- NORTON, D. – McLAREN, R. – EXTON-SMITH, A. N. 1962. *An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital*. London: National Corporation for the Care of Old People, 1962.
- PARK, S. H. – LEE, H. S. 2016. Assessing Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Scales- A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Iranian Journal of Public Health*, 2016, vol. 45, no. 2, pp. 122-133.
- ROBERTS, S. et al. 2014. Nutritional intakes of patients at risk of pressure ulcers in the clinical setting. In *Nutrition*, 2014, vol. 30, no. 7-8, pp. 841-846.
- SUSSMAN, C. – BATES-JENSEN, B. 2007. *Wound Care: A Collaborative practice manual*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. s. 723.
- ŠÁTEKOVÁ, L. – ŽIAKOVÁ, K. 2014. Validity Of Pressure Ulcer Risk Assessment Scales: Review. In *Central European Journal of Nursing And Midwifery* [online], 2014, vol. 5, no. 2, pp. 85-92. [cit. 2018-03-07]. Available on: http://periodicals.osu.edu/cejnm/5_35_validity-of-pressure-ulcer-risk-assesment-scales-review.html.
- ŠÁTEKOVÁ, L. – ŽIAKOVÁ, K. 2016. Inter-rater reliability položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. In *PROFESE ON-LINE* [online], 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15 [cit. 2018-03-12]. Dostupné na internete: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201602-0002_Inter_rater_reliabilita_poloziek_Bradenovej_skaly_Nortonovej_skaly_Waterlowej_skaly.php.
- ŠÁTEKOVÁ, L. – ŽIAKOVÁ, K. – ZELENÍKOVÁ, R. 2016. Predictive validity of the Braden Scale, Norton Scale, and Waterlow Scale in the Czech Republic. In *International Journal of Nursing Practice*, 2016, vol. 23, no. 1, pp. 1-10.
- THOMPSON, D. 2005. An evaluation of the Waterlow pressure ulcer risk-assessment tool. In *British Journal of Nursing*, 2005, vol. 14, no. 8, pp. 455-459.
- VERBRUGGHE, M. et al. 2013. Malnutrition and associated factors in nursing home residents: a cross-sectional, multi-centre study. In *Clinical Nutrition*, 2013, vol. 32, no. 3, pp. 438-443.
- TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 270.

Kontakt

Mgr. Markéta Biskupová

Městská nemocnice v Odrách

Nadační 1

742 35 Odry

Česká republika

E-mail: Marketa.Biskupova@seznam.cz

Prijaté: 18. 12. 2018

Akceptované: 19. 2. 2019

Agresia pacientov voči sestram na psychiatrických pracoviskách

*Lucia Dimunová, **Alžbeta Žemličková

* Univerzita Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

** Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci

Abstract

DIMUNOVÁ, L. – ŽEMLIČKOVÁ, A. Patients aggression towards nurses on psychiatric wards. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 1, pp. 31-35. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-9/cislo-1/agresia-pacientov-voci-sestram-na-psychiatrickych-pracoviskach>.

Aim: To determine the incidence rate of forms of inpatient aggression towards nurses.

Methodology and sample: Data collection was implemented by means of the self-assessment scale: Violence and Aggression of Patients Scale (VAPS). The sample comprised 219 nurses, who working on psychiatric wards in Slovakia.

Results: Of the total sample, 97.2 % of nurses had personal experience of various forms of aggression over the past year of their profession. Most often, nurses reported the frequency of verbal attacks by patients (96.8%). 83.1 % of nurses reported physical aggression without the use of assault weapons. 22.8 % of nurses declared aggression with the use of assault weapons and contact forms of sexual aggression. The relationship between experience of patient aggression and level of education was not proved to be significant.

Conclusion: The incidence of patient aggression towards nurses is a significant risk factor for nurses' working environments, which should continue to be addressed.

Keywords: patient aggression, forms of aggression, nurses, psychiatric workplaces

Úvod

Na zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti je potrebné zaistiť bezpečné pracovné prostredie a ochranu zdravia zdravotníckeho personálu pri práci. *Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci* (EÚ-OSHA) poukazuje na skutočnosť, že výskyt násillia, agresie zo strany pacientov je reálny, a je potrebná jeho identifikácia, monitorovanie a realizácia preventívnych opatrení na všetkých úrovniach riadenia (Riziká týkajúce sa bezpečnosti ..., 2013). Agresiu definuje *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2015) ako rozsah správania alebo akcií, ktoré môžu poškodiť, ublížiť alebo zranit' inú osobu, či už fyzicky alebo verbálne, bez ohľadu na to, či je poškodenie skutočne trvalejšie alebo či je zámer úmyselný.

Výskyt agresie pacientov voči sestram pracujúcim na psychiatrických pracoviskách potvrdzujú viaceré domáce (Čerňanová, 2010; Bédiová a Sunegová, 2011; Zrubcová, 2011; Kačmárová et al., 2014; Tomagová, et al., 2016) i zahraničné štúdie (Zeng et al., 2013; Farrell et al., 2014; Spector et al., 2014; Pekurinen et al., 2017). Agresívne správanie psychiatrických pacientov je zvyčajne útočné správanie so zámerným alebo nezámerným cieľom ublížiť, je atakom voči pôsobiacemu podnetu alebo sebe. Jeho zdrojom môže byť strach, úzkosť, bolesť, nespokojnosť, beznádej, bezmocnosť, pocit krivdy, nespravodlivosti a sklamanie (Höschl et al., 2002). Agresia pacientov sa prejavuje v rôznych formách napr. v podobe slovnej agresie alebo fyzických útokov. Je potrebné myslieť aj na skutočnosť, že výskyt agresie u pacientov v psychiatrickom prostredí je o to vyšší, že agresia ako taká je aj symptómom týchto ochorení, čo sestru vystavuje ešte vyššiemu riziku. Autori Pai, Lee (2011) poukázali na zaujímavú skutočnosť, že vyšší stupeň vzdelania môže byť protektívnym faktor v prevencii a manažmente agresie pacientov. Dopady agresie negatívne vplyvajú na psychickú a fyzickú pohodu sestier, ich motiváciu, pracovnú spokojnosť a následne aj na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. (Gurková et al., 2015; Stevenson et al., 2015; Lepiešová, Nemčeková, 2013).

Cieľ

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť výskyt agresie a identifikovať formy agresie zo strany hospitalizovaných pacientov, s ktorými majú sestry pracujúce na psychiatrických pracoviskách najčastejšie skúsenosti za obdobie posledného roka v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň bolo cieľom zistiť, či existuje súvislosť medzi stupňom dosiahnutého vzdelania sestier a výskytom jednotlivých foriem agresie hospitalizovaných pacientov voči nim.

Súbor

Výber respondentov bol zámerný, súbor tvorilo 219 sestier. Výber bol realizovaný na základe zaraďujúcich kritérií: sestry pracujúce minimálne jeden rok na psychiatrických pracoviskách v Slovenskej republike, pracovali s hospitalizovanými, dospelými pacientmi. Celkovo sa do výskumu zapojilo jedenásť psychiatrických pracovísk. Súbor tvorilo n = 200 žien a n = 19 mužov. Priemerný vek celého súboru bol 44,03 SD ± 9,70 rokov a priemerná dĺžka klinickej praxe 15,58 SD ± 11,12 rokov.

V rámci vzdelania súbor tvorilo $n = 152$ sestier so stredoškolským odborným vzdelaním a $n=67$ respondentov s vysokoškolským vzdelaním. Viac ako polovica sestier $n=134$ si doplnilo štúdium špecializačnou skúškou.

Metodika

Práca má charakter kvantitatívnej prierezovej štúdie. Zber dát bol realizovaný pomocou sebaopisovacej škály VAPS – *Výskyt Agresie Pacientov voči Sestrám* od autoriek Lepiešovej a Nemčekovej (2009), ktorý pozostáva z 11 položiek opisujúcich rôzne formy agresie zo strany pacientov. Sestry posudzujú ako často sa stali objektom uvedených prejavov agresie v období posledného roka výkonu ich praxe. Ich odpovede sú hodnotené na základe 6-bodovej frekvenčnej škály od 1 (nikdy) po 6 (vždy). Čím vyššie bolo skóre VAPS, tým častejší bol sestrami deklarovaný výskyt incidentov agresie zo strany pacientov voči ich osobe. Faktorovou analýzou boli extrahované 3 faktory (subškály) korešpondujúce s týmito formami agresie: a) slovná agresia (VS) - ohováranie, neoprávnené obviňovanie, urážky, nadávky, zastrašovanie, vyhrážky, slovné poznámky sexuálneho charakteru; b) telesná agresia bez použitia útočnej zbrane (VT1) - oplútie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie, strkanie, hodenie predmetov, facka, úder pästou, kopnutie; c) telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie (VT2) - škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, telesný kontakt so sexuálnym zámerom, sexuálne napadnutie. Využitie sebaopisovacej škály VAPS bolo realizované so súhlasom autorky. Cronbach alpha VAPS v nami sledovanom súbore mala hodnotu 0,83.

Rozdaných bolo celkovo 225 dotazníkov, ich návratnosť bola 97%, t. j. 219 dotazníkov. Distribúovanie a zber dotazníkov prebiehalo prostredníctvom poštových služieb. Zber empirických údajov prebiehal od augusta do novembra 2016.

Na štatistickú analýzu dát bol použitý štatistický program Statistica 8.0. Analýzu dát sme realizovali prostredníctvom deskriptívnej a induktívnej štatistiky. V rámci jednotlivých položiek škály VAPS sme zisťovali priemerné skóre (M) a smerodajnú odchýlku (SD). Na zisťovanie rozdielov medzi vybranými skupinami sestier sme použili parametrický F- test, ANOVU na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

Etické aspekty výskumu a konflikt záujmov

Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov.

Výsledky

Z celkového súboru sestier pracujúcich na psychiatrických pracoviskách bolo v období posledného roka výkonu ich povolania konfrontovaných s výskytom agresie 97,2 %. Osobnú skúsenosť so slovnou agresiou (subškála VS) uviedlo 96,8 % sestier. Neprijemnú skúsenosť s telesnou agresiou bez použitia útočnej zbrane (subškála VT1) označilo 83,1 % sestier. Ďalšou formou bola skúsenosť s telesnou agresiou s použitím útočnej zbrane a kontaktnými formami sexuálnej agresie (subškála VT2), čo udalo 22,8 % sestier (Tab.1.).

Tab. 1. Frekvencia a formy výskytu agresie pacientov voči sestram

Položky VAPS škály	M ± SD
Subškála VS – slovná agresia	2,66 ± 1,07
Ohováranie	2,55 ± 1,34
Neoprávnené obviňovanie	3,01 ± 1,16
Urážky, nadávky	3,26 ± 1,21
Zastrašovanie, vyhrážky	2,50 ± 0,86
Slovné poznámky sexuálneho charakteru	2,00 ± 0,78
Subškála VT1 - telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	2,20 ± 0,65
Oplútie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie	2,50 ± 0,67
Strkanie, hodenie predmetov	2,24 ± 0,68
Facka, úder pästou, kopnutie	1,85 ± 0,59
Subškála VT2 - telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	1,30 ± 0,49
Škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie	1,40 ± 0,49
Telesný kontakt so sexuálnym zámerom	1,36 ± 0,62
Sexuálne napadnutie	1,16 ± 0,36

Legenda: M – priemer; SD – smerodajná odchýlka

V rámci štatistickej analýzy sme zisťovali, či frekvencia výskytu jednotlivých foriem agresie hospitalizovaných pacientov voči sestram pracujúcich v psychiatrických zariadeniach súvisí s dosiahnutým vzdelaním. Predpokladali sme, že rôzne stupne dosiahnutého vzdelania môžu mať vplyv na vnímanie, prežívanie a reakcie sestier voči agresívnemu správaniu pacientov. Prostredníctvom jednofaktorovej analýzy rozptylu ANOVA (na úrovni $\alpha = 0,05$) sme nezaznamenali štatisticky významný vzťah medzi stupňom dosiahnutého vzdelania sestier a výskytom agresie hospitalizovaných pacientov voči nim (Tab. 2.).

Tab. 2. Vzťah medzi vzdelaním sestier a výskytom agresie pacientov voči sestram

Položky VAPS škály	Stredoškolské odborné vzdelanie	Vysokoškolské vzdelanie	F ANOVA (Sheffe)	p
	M ± SD	M ± SD		
Subškála VS – slovná agresia	2,65 ± 1,14	2,69 ± 0,51	0,452	0,45
Subškála VT1 - telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	1,29 ± 0,09	1,30 ± 0,11	0,965	0,97
Subškála VT2 - telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	2,20 ± 0,86	2,22 ± 0,98	0,635	0,64
Celkové hodnotenie VASP	2,11 ± 0,20	2,15 ± 0,34	0,351	0,84

Legenda: M – priemer; SD – smerodajná odchýlka

Diskusia

V rámci výkonu svojej profesie sa sestry stretávajú s rôznymi rizikovými faktormi. Jedným z nich je aj možná agresia zo strany pacienta. Výsledky prezentovaného výskumu potvrdzujú, že v nami sledovanom súbore ($n = 219$) sestier pracujúcich v psychiatrických zariadeniach malo 97,2 % osobnú skúsenosť z rôznymi formami agresie pacientov voči nim. Podobné zistenie uvádzajú Tomagová et al. (2016), kedy malo 98,6 % sestier skúsenosť s agresiou pacientov za posledný rok výkonu ich praxe.

Vo viacerých štúdiách (Schablon et al., 2018; Pekurinen et al., 2017; Lepiešová et al., 2015; Gurková et al., 2015) je slovná agresivita pacientov voči sestram uvádzaná ako najčastejšia forma agresivity. Túto skutočnosť potvrdili aj výsledky našej štúdie, kde boli sestry najčastejšie konfrontované so slovnou agresiou pacientov vo forme neoprávneného obviňovania, urážok a nadávok. Čerňanová (2010) vo svojej štúdiu uvádza, že najčastejšou formou agresie zo strany psychiatrických pacientov, s ktorou sa sestra stretáva, je pasívna agresia a nepriama fyzická agresia. Z prejavov pasívnej agresie pacientov sa najviac vyskytuje neuposlušnosť napriek opakovaným výzvam, nereagovanie na žiadosť a odmietnutie užiť liek. Z prejavov verbálnej agresie za najčastejšie sestry považujú kričanie, nadávanie a vyhrážanie.

Forma fyzickej agresie bola identifikovaná sestrami pracujúcimi na psychiatrických pracoviskách hneď na druhom mieste (Zrubcová, 2011; Bodnárová, Hrindová, 2010; Franz et al, 2010). V našom súbore prevládala telesná agresia bez použitia útočnej zbrane najmä v podobe opľúťia, uhryznutia, poškriabania, štipania. Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie boli identifikované u 22,8% sestier, čo považujeme za vysoké percento. Autori Spector et al. (2014) v súhrne, ktorý zahŕňal údaje od 151 347 sestier z rôznych oddelení zmapovali najvyšší výskyt fyzickej agresie voči sestram na oddeleniach pohotovostného príjmu, geriatrických a psychiatrických oddeleniach.

Predpokladali sme, že dosiahnutá výška vzdelania sestier by mohla mať vplyv na výskyt agresie zo strany pacienta. V nami sledovanom súbore sa tento vzťah štatisticky nepotvrdil. Podobné zistenia uvádzajú Lepiešová et al. (2015).

Sestra sa môže stretnúť so všetkými vyššie uvedenými formami agresie a musí s nimi počítať. Je pre ňu veľmi dôležité vedieť, kedy agresívne správanie hrozí, u ktorých pacientov a pri akých situáciách. Jej hlavnou úlohou je potenciálne riziko agresívneho správania rozpoznať, vhodným prístupom predchádzať jeho rozvoju a zaisťiť bezpečnosť pre pacienta a jeho okolie (Petr, Marková, 2014).

Limitácie výskumu

Prezentované údaje o výskyte agresie pacientov voči sestram predstavujú subjektívne hodnotenie sestier interpretované prostredníctvom škály VAPS, nie sú podložené hláseniami incidentov agresie zo strany pacientov v dotknutých zdravotníckych zariadeniach.

Záver

Výsledky nášho výskumu poukazujú na skutočnosť, že agresia pacientov voči sestram je reálne prítomná v ošetrovateľskej praxi. V nami sledovanom súbore sa potvrdil výskyt agresie hospitalizovaných pacientov na psychiatrických pracoviskách vo forme slovnej agresie, fyzickej agresie bez použitia útočnej zbrane, fyzickej agresie s použitím útočnej zbrane a kontaktnými formami sexuálnej agresie. Na základe získaných výsledkov je potrebné sestry v nami sledovanom súbore oboznámiť s výsledkami výskumu a upriamiť ich pozornosť na sledovanú problematiku výskytu agresie pacientov voči nim. Podporovať ich v hlásení agresívnych incidentov ako mimoriadnych udalostí, ktoré poskytujú validné informácie o skutočnom stave výskytu agresívnych incidentov na pracoviskách. Cieľom zdravotnej politiky štátu je poskytovanie kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Stav zdravia obyvateľov poukazuje na výsledok úrovne zdravotnej starostlivosti a aktivít zameraných na jeho ochranu, podporu a rozvoj (Raková, 2013) nevynímajúc zdravie tých, ktorí sa o chorých starajú. K efektívnejšiemu riešeniu prípadov násilia na pracovisku je potrebné spoločnosť informovať o jeho výskyte, formách a priebehu. Jedným z riešení je implementácia preventívnych opatrení priamo v zdravotníckych zariadeniach. Na základe našich zistení môžeme navrhnúť realizáciu hlbšej a dôkladnejšej analýzy prediktorov vzniku agresie pacientov hospitalizovaných na psychiatrických pracoviskách voči sestram.

Zoznam bibliografických odkazov

- BÉDIOVÁ, S. – SUNEGOVÁ, R. 2011. Faktory determinujúce starostlivosť o agresívneho pacienta. In *Zborník z XIII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii s medzinárodnou účasťou*. [CD-ROM]. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2011, s. 92-101.
- BODNÁROVÁ, M. – HRINDOVÁ, T. 2010. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s agresívnymi prejavmi. In *Zborník z XII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii: Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii* [CD-ROM]. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2010, s. 62-71.
- ČERŇANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient z aspektu psychiatrického ošetrovateľstva. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psycho somatika*, 2010, roč. 17, č. 2, s. 107-111.
- FARRELL, G. A. – SHAFIEI, T. – CHAN, S. P. 2014. Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors In *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014, vol. 23, no. 1, pp. 88-96.
- FRANZ, S. et al. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – A cross sectional retrospective survey In *BMC Health Service Research*, 2010, vol. 10, no. 51, pp. 1-8.
- GURKOVÁ, E. et al. 2015. Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 6-12. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/agresia-pacientov-a-pracovna-spokojnost-sestier-vo-vybranom-zdravotnickom-zariadeni-v-rakusku>.
- HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, spol. s r.o., 2002. 895 s.
- KAČMÁROVÁ, M. et al. 2014. Predictors of attitudes of nurses towards patient aggression. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 16-23. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/prediktory-postojov-sestier-k-agresii-pacientov>.
- LEPIEŠOVÁ, M. et al. 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2015, vol. 6, no. 3, pp. 306-312.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresivita voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*, 2013, roč. 45, č. 2, s. 172-194.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2009. Metodologické problémy výskumu násilia voči sestram. In J. Čáp – K. Žiaková (Eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2009, s. 175-185.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. [online], 2015, NICE Guideline, NG10. [cit. 2019-03-03]. Available on: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- PAI, H. C. – LEE, S. 2011. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. In *Journal of clinical nursing*, 2011, vol. 20, no. 9-10, pp. 1405-1412.
- PEKURINEN, V. et al. 2017. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric setting In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017, vol. 14, no. 10, pp. 1245-1259.

PETR, T. – MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetrovateľstvá v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s.

RAKOVÁ, J. 2013. Výchova k zdraviu ako významná súčasť kooperácie v pomáhajúcich profesiách. In M. Kilíková – P. Laca (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo I.* Příbram: Ústav sv. J. Nepomuka Neumanna, 2013. s. 149-166.

Riziká týkajúce sa bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v sektore zdravotníctva. 2013. In *Príručka prevencie a správnej praxe* [online]. Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2013, s. 275. [citované 2018-11-21]. Dostupná na internete: <http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7167&langId=sk>.

SCHABLON, A. et al. 2018. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany – A Survey In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, vol. 15, no. 6, pii: E1274.

SPECTOR, P. E. – ZHOU, Z. E. – CHE, X. X. 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review In *International Journal of Nursing Studies*, 2014, vol. 51, no. 1, pp. 72–84.

STEVENSON, K. N. et al. 2015. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study In *BMC Nursing*, 2015, vol. 14, no. 35, pp. 1-13.

TOMAGOVÁ, M. et al. 2016. Nurses' experience and attitudes towards inpatient aggression on psychiatric wards. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2016, vol. 7, no. 3, pp. 462-469.

ZENG, J. Y. et al. 2013. Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China In *Psychiatry Research*, 2013, vol. 210, no. 2, pp. 510-514.

ZRUBCOVÁ, D. 2011. Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach. In *Sborník z mezinárodní konference. Jihlavské zdravotnícké dny*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011, s. 728-732.

Kontakt

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

UPJŠ V Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP č. 1

040 11 Košice

Slovenská republika

E-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Prijaté: 28. 3. 2019

Akceptované: 16. 5. 2019