



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



2013
Ročník 3, číslo 1
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

asist. prof. Dr. Esma Demirezen

Saglik Bilimleri Fakultesi, Istanbul Universitesi, Istanbul

doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

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

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotníckych vied, Univerzita Palackého v Olomouci

doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

prof. PhDr. Valéria Tóthová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

prof. Tony Warne

School of Nursing & Midwifery, University of Salford

Zodpovední redaktori

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

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

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

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2013

Sadzba, reprodukcia a zalomenie Grafické štúdio Osveta v Martine

OBSAH

EDITORIÁL

Martina Tomagová 4

EMOCIONÁLNA INTELIGENCIA A SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER

Ľubor Pilárik, Zuzana Tobákošová 5

TÍMOVÁ PRÁCA V HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI A SPÔSOB JEJ HODNOTENIA

Dana Dolanová, Katarína Adamicová 11

VYBRANÉ PARAMETRE PRI POSUDZOVANÍ KVALITY ŽIVOTA SENIOROV V DOMÁČEJ A INŠTITUCIONALIZOVANEJ STAROSTLIVOSTI

Lucia Dimunová, Zuzana Dankulincová Veselská, Stanislava Stropkaiová 19

VYUŽÍVÁNÍ HODNOTÍCÍCH A MĚŘÍCÍCH ŠKÁL V OŠETŘOVATELSTVÍ

Magda Taliánová, Martina Jedlinská, Markéta Moravcová 25

VYUŽITIE MERACÍCH ŠKÁL V HODNOTENÍ NEUROLOGICKÉHO STAVU U PACIENTOV S NÁHLU CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

Elena Gurková, Silvia Cibříková, Dagmar Magurová, Andrea Lengyelová 31

ŠPATENKOVÁ, N. – KRÁLOVÁ, J. ZÁKLADNÍ OTÁZKY KOMUNIKACE: KOMUNIKACE (NEJEN) PRO SESTRY – RECENZIA

Juraj Čáp 38

SLAMKOVÁ, A. – POLEDNÍKOVÁ, Ľ. KLINICKÉ A OŠETROVATEĽSKÉ ASPEKTY PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI – RECENZIA

Ivana Bóriková 39

EDITORIÁL

Vážené kolegyně, kolegovia,

v súčasnom období sa oproti minulým rokom ešte intenzívnejšie diskutuje na rôznych úrovniach ošetrovateľskej starostlivosti a odborných fórach o vzdelávaní sestier. Tieto diskusie prebiehajú tak v klinickej praxi, ako aj na akademickej pôde vzdelávacích ustanovizní, v stavovskej organizácii sestier – Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a aj na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky. Sú to opodstatnené diskusie, vyplývajúce z turbulentných celospoločenských zmien, z požiadaviek klinickej praxe, z možností sestier uplatniť sa na trhu práce v krajinách Európskej únie v profesii sestry, z kompetencií sestier vo vzťahu k iným zdravotníckym pracovníkom. Je nespochybniteľné, že vzdelávanie sestier prešlo za posledných 20 rokov radikálnymi zmenami v obsahu, štruktúre, rozsahu v zhode s požiadavkami Európskej únie. Myslím si, že mnohí z nás v tomto období nemali vôbec jasnú predstavu o tom, aké vážne dôsledky prinesú. Medzi najvýznamnejšie zmeny nepochybne patrí transformácia vzdelávania sestier zo stredoškolského na vysokoškolské. Akreditovaný študijný odbor Ošetrovateľstvo sa môže podľa Sústavy študijných odborov vydanéj rozhodnutím MŠ SR č. 2090/2002 študovať na prvom, druhom aj treťom stupni vysokoškolského vzdelávania.

I napriek všetkým zmenám proces jeho formovania nie je ukončený, o čom svedčí dvojkoľajnosť vo vzdelávaní sestier, ktoré prebieha ako vysokoškolské štúdium a zároveň ako vyššie odborné štúdium. Všetci, ktorí sa na tomto procese čo i nepatrnou mierou podieľame, uvedomujeme si zodpovednosť, ktorú máme voči študentom, voči absolventom - sestrám a v neposlednom rade voči všetkým, ktorým je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť. Verím, že súčasné intenzívne diskusie o vzdelávaní sestier budú smerovať ku konštruktívnym záverom, ďalšiemu jeho rozvoju a nie regresu, aby sme dosiahli jeho úroveň porovnateľnú s inými rozvinutými krajinami Európskej únie.

V mene redakčnej rady časopisu Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie si vás dovoľujem upozorniť, že i v tomto čísle predkladáme čitateľom články a recenziu publikácie *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*, ktoré môžu byť užitočné nielen vo výskume, ale hlavne vo výučbe študentov ošetrovateľstva.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave,
Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovateľstva

EMOCIONÁLNA INTELIGENCIA A SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER

Ľubor Pilárik, Zuzana Tobákošová

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

Abstract

PILÁRIK, Ľ. – TOBÁKOŠOVÁ, Z. Emotional intelligence and burn-out syndrome of nurses. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 5-10. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/emocionalna-inteligencia-a-syndrom-vyhorenia-u-sestier>.

Aim: The aim of the research was to verify previous foreign research findings about relationship between emotional intelligence and burn-out syndrome in the sample of Slovak nurses. Concurrently we explore the level of burn-out syndrome prevalence in the sample of Slovak nurses.

Method: Research sample consisted of 62 nurses from *The Department of Trauma Surgery*. Questionnaire method for collecting data was used. *The Maslach Burn-out Inventory* was used as the level of burn-out syndrome measure and *The Schutte Self-report Emotional Intelligence Test* was used as the emotional intelligence measure.

Results: We found negative relationship between the level of emotional intelligence and burn-out syndrome prevalence, and the stronger association of emotional intelligence was found to depersonalisation and personal accomplishment as burn-out syndrome factors. Concurrently we found that one third of nurses were threaded by the burn-out syndrome in our sample.

Conclusion: Research finding emphasize unfavourable burn-out syndrome prevalence situation in nursing profession, and present a possibility of burn-out syndrome prevention by emotional intelligence development.

Keywords: emotional intelligence, burn-out syndrome, nurses

ÚVOD

Problematikou syndrómu vyhorenia sa zaoberajú výskumníci od 80-tych rokov minulého storočia. Prvotné zisťovanie psychologických dôsledkov syndrómu vyhorenia sa posúva do oblastí sledovania vplyvu syndrómu vyhorenia na zdravotný stav a pracovnú výkonnosť, ako i sledovania ekonomických dôsledkov syndrómu vyhorenia.

Povolanie sestry sa spája s množstvom stresorov. V prípade chronického pôsobenia stresorov sa často vyskytuje stav, ktorý získal označenie „syndróm vyhorenia“. Pojem „syndróm vyhorenia“ (*burn-out*) zaviedol Freudenberg (1974, s. 160) a opísal ho ako stav fyzického, mentálneho a emocionálneho vyčerpania, ktorý je častým dôsledkom kombinácie vysokých očakávaní a pretrvávajúceho situačného stresu. Maslachová (2003, s. 2) opisuje vyhorenie ako syndróm emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a zníženého osobného výkonu. Vyskytuje sa najmä v povolaniach, kde sa výkon práce spája s poskytovaním služieb iným ľuďom. Kmet' (2009, s. 74-76) poukazuje na viaceré zdroje syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. Ku kľúčovým stresorom zaraďuje množstvo nadčasov, nízke prežívanie autonómie v pracovnom procese, chýbajúcu sociálnu oporu, ale i konfrontáciu s rozmanitými životnými osudmi a smrťou pacienta, nesúlad medzi očakávaniami a reálnou pracovnou situáciou, telesnú záťaž pri výkone povolania, veľký počet činností, ktoré priamo nesúvisia s výkonom práce sestry, konflikty na pracovisku či starostlivosť o „problematických“ pacientov.

Miera výskytu syndrómu vyhorenia sestier na Slovensku nie je doteraz presne zistená. Čiastkové však štúdie poukazujú na zvýšenú mieru syndrómu vyhorenia u slovenských sestier. Bérešová (2011, s. 27) zistila, že vo vzorke sestier (n = 218) v košickom regióne malo až 49 % z nich syndróm vyhorenia rôznej intenzity, pričom zvýšená úroveň bola zaznamenaná až v 14 % a prítomnosť akútneho stavu v 2 % z celkovej vzorky sestier. Na menšej vzorke sestier (n = 19) zistil Selko (2009, s. 65-66) zvýšenú mieru syndrómu vyhorenia v dimenzii emočného vyčerpania a depersonalizácie. K podobným výsledkom dospeli Ježorská, Kozyková a Chrastina (2012, s. 59) na vzorke českých všeobecných sestier pracujúcich s onkologickými pacientmi (n = 100), kde 25 % sestier bolo ohrozených syndrómom vyhorenia a u 11 % bola prítomnosť syndrómu vyhorenia preukázaná.

Vznik syndrómu vyhorenia nie je náhly proces, ale ide o postupný proces. Leiter a Maslachová (1988, s. 304) predpokladali, že ide o následný (sekvenčný) rozvoj jednotlivých dimenzií syndrómu vyhorenia. V prvom kroku

vzniká z dôvodu náročných požiadaviek prostredia emocionálne vyčerpanie. Následne, s cieľom zvládnuť tieto požiadavky, vzniká odstup od práce a ostatných ľudí ako obranná stratégia, čo sa manifestuje ako depersonalizácia alebo cynizmus. A nakoniec sa znižuje schopnosť jednotlivca efektívne pracovať. V revidovanej verzii modelu syndrómu vyhorenia pôsobí emocionálne vyčerpanie, ako priamy spúšťač depersonalizácie ako i znižovania osobného výkonu (Tanner, 2011, s. 24). Z uvedeného vyplýva, že prítomnosť stresorov je v prvých fázach vzniku syndrómu vyhorenia signalizovaná emóciami, ktoré podľa Damasia (2004, s. 98) vznikajú autonómne a nemusia byť vôbec uvedomované. Emócie sa tak ukazujú byť kľúčovým konštruktom v rámci uvažovania o možnostiach prevencie syndrómu vyhorenia.

Na dôležitosť práce jednotlivca s emóciami poukazujú viaceré teórie emocionálnej inteligencie. Podľa Mayera a Saloveya (1997, s. 10) je emocionálna inteligencia schopnosť vnímať a vyjadrovať emócie, sprístupniť a podnecovať emócie v súlade s myslením, rozumieť emóciám a emocionálnemu poznaniu a regulovať emócie v súlade s tým, aby podporil emocionálny a intelektuálny rast. V rámci teórií emocionálnej inteligencie existujú dva základné prístupy, ktoré sa odlišujú v tom, či sa orientujú na maximálny, alebo typický výkon v rámci emocionálnej inteligencie. Prvý prístup sa zameriava na zvyčajné správanie sa človeka v každodennom živote, kým druhý prístup sa zameriava na to, čo sú jednotlivci schopní dosiahnuť (Bracket, Geher, 2006, s. 46).

Mayer a Salovey (1997, s. 11) predložili revidovaný model emocionálnej inteligencie (ako EI97). Tento model vymedzuje EI ako duševnú schopnosť. Definujú EI ako súbor emocionálnych schopností, ktoré možno rozdeliť do štyroch vetiev:

1. vnímanie, posudzovanie a vyjadrovanie emócií – zahŕňa príjem a rozpoznávanie emočných informácií a obsahuje základné vedomosti vo vzťahu k emóciám. Tieto zložky siahajú od schopnosti identifikovať emócie u seba ku schopnosti rozlišovať medzi emóciami;
2. emočná podpora myslenia – opisuje použitie emócií na lepšie usudzovanie a navrhuje rôzne emocionálne udalosti, ktoré pomáhajú pri spracovaní emócií. Obsahuje také emócie, ktoré smerujú pozornosť k informáciám, ďalej rôzne druhy nálad, ktoré môžu uľahčovať rôzne formy usudzovania;
3. porozumenie emóciám – sa týka kognitívneho spracovania emócií a zahŕňa štyri reprezentatívne schopnosti vrátane abstraktného porozumenia a uvažovania o emóciách. Medzi tieto zložky patrí schopnosť označovať emócie, rozpoznať vzťahy medzi slovami a schopnosť rozpoznávať pravdepodobné prechody medzi emóciami;
4. riadenie emócií u seba a iných – poukazuje na schopnosť zvládať vlastné emócie a emócie iných tak, aby dochádzalo k emočnému a intelektovému zreniu, schopnosť zachovať si otvorenosť voči pocitom, schopnosť zvládať vlastné emócie a emócie iných posilňovaním pozitívnych emócií a zmierňovaním negatívnych (Neubauer, Freudenthaler, 2007, s. 59).

Viaceré zahraničné výskumné štúdie podporujú prepojenie emocionálnej inteligencie a syndrómu vyhorenia. Taylor (2001, s. 78) zistil, že emocionálne inteligentní jednotlivci lepšie zvládajú životné výzvy a pracovný stres, čo vedie k lepšiemu fyzickému a psychickému zdraviu. Negatívny vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a výskytom syndrómu vyhorenia podporujú i viaceré výskumy, ktoré sa zamerali na zdravotnícke profesie. V skupine taiwanských lekárov zistili Weng et al (2011, s. 841), že vysoká emocionálna inteligencia sa spájala s nízkym syndrómom vyhorenia a vyššou pracovnou spokojnosťou. Budnik (2003, s. 181) zistil vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a syndrómom vyhorenia u amerických sestier pracujúcich v štyroch klinických špecializáciách (pediatria, interné, gynekológia a intenzívna starostlivosť). Podobne i Delpasand et al. (2011, s. 82) potvrdili negatívny vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a syndrómom vyhorenia na vzorke iránskych sestier. Jednotlivé výskumy sa však odlišujú vo svojich zisteniach na úrovni jednotlivých dimenzií emocionálnej inteligencie či dimenzií syndrómu vyhorenia, čo je spôsobené nejednotnými meracími nástrojmi na meranie emocionálnej inteligencie.

CIEĽ

Cieľom výskumu bolo overiť predchádzajúce zahraničné výskumné zistenia vzťahu emocionálnej inteligencie k syndrómom vyhorenia a ich jednotlivých dimenzií na vzorke slovenských sestier. Predpokladali, sme že vyššia emocionálna inteligencia sestier bude súvisieť s nižšou mierou syndrómu vyhorenia. Zároveň sme zisťovali mieru výskytu syndrómu vyhorenia na vybranej vzorke sestier.

SÚBOR

K účasti vo výskume bolo oslovených 72 sestier z *Kliniky úrazovej chirurgie Univerzitnej nemocnice L. Pasteura* v Košiciach na základe schválenia realizácie výskumu jej manažmentom. Do výskumu sa dobrovoľne zapojilo 62 sestier (86 %). Priemerný vek sestier bol 36,8 roka (SD = 9,1) a pohyboval sa v rozmedzí od 22–56 rokov (tab. 1). Zber dát prebiehal vo februári 2012. Dáta boli spracovávané a vyhodnocované dôverne.

Tab. 1. Zloženie výskumnej vzorky z hľadiska veku

Vek	Počet	%
Do 30 rokov	16	25,8
30–39 rokov	24	38,7
40–49 rokov	16	25,8
50 a viac	6	9,7

METODIKA

Zber dát bol uskutočnený dotazníkovou metódou. Na zisťovanie úrovne emocionálnej inteligencie sme použili *Schutteho seba-výpovedňový test emocionálnej inteligencie (The Schutte Self-report Emotional Intelligence Test – SSEIT)*, ktorého autormi sú Schutte et al. (1998). Slovenská verzia testu bola uskutočnená v rámci predchádzajúceho výskumu (Pilárik et al., 2010) dvojitém prekladom francúzskej verzie testu do slovenského jazyka, porovnaním verzií, spätným prekladom a následnými úpravami. Test má 33 položiek a zameriava sa na tri dimenzie emocionálnej inteligencie ako črty:

1. rozpoznanie emócií a ich expresia;
2. regulácia emócií a
3. používanie emócií.

Respondenti vyjadrujú mieru svojho súhlasu s jednotlivými položkami na šesťstupňovej škále.

Mieru syndrómu vyhorenia sme zisťovali prostredníctvom *Maslachovej inventára syndrómu vyhorenia (Maslach Burn-Out Inventory – MBI)*. Zameriava sa na tri základné faktory syndrómu vyhorenia:

1. emocionálne vyčerpanie (*emotional exhaustion – EE*) – táto zložka je pokladaná za základnú zložku syndrómu vyhorenia a prejavuje sa stratou chuti k životu, nedostatkom síl k akejkoľvek činnosti a stratou motivácie pre činnosť;
2. depersonalizácia (*depersonalisation – DP*) – tento faktor sa prejavuje stratou úcty k druhým ľuďom ako ľudským bytostiam, ku koncu procesu vyhorenia môžu prejavy správania postihnutých jedincov dôjsť až k úplnej dehumanizácii osôb, s ktorými pracujú a s ktorými potom jedajú ako s neživými vecami;
3. osobný výkon (*personal accomplishment – PA*) – obidva predchádzajúce faktory (emocionálne vyčerpanie aj depersonalizácia) sa následne spájajú a ovplyvňujú výkonnosť pracovníka. Ako posledný faktor sa teda zjavuje znížená efektivita práce.

Celkovo obsahuje MBI 22 otázok, z toho je deväť zameraných na emocionálne vyčerpanie, päť otázok skúma depersonalizáciu a osem hodnotí osobný výkon. Respondenti odpovedajú na otázky na sedembodovej Likertovej škále (nikdy – každý deň), kde označujú frekvenciu svojich pocitov. Jednotlivci, ktorí vykazujú známky syndrómu vyhorenia, sa vyznačujú vysokým skóre vo faktoroch depersonalizácie a emočného vyčerpania a nízkym skóre vo faktore osobnej výkonnosti.

Na štatistickú analýzu získaných dát sme použili program SPSS verzia 13.0. Štatistické testovanie hypotézy sme uskutočnili použitím Pearsonovho koeficientu súčinovej korelácie.

VÝSLEDKY

Získané dáta o miere vyhorenia v sledovanej výskumnej vzorke poukazujú na najvyššiu mieru vyhorenia vo faktore osobného výkonu, kde až 50 % sestier vykazovalo vysoký stupeň vyhorenia. Vo faktoroch emocionálne vyčerpanie a depersonalizácia vykazovala vysoký stupeň vyhorenia približne jedna tretina sestier (tab. 2).

Tab. 2. Výsledky miery vyhorenia v sledovanej výskumnej vzorke

Stupeň vyhorenia	Emocionálne vyčerpanie		Depersonalizácia		Osobný výkon	
	n	%	n	%	n	%
Nízky	25	40,3	26	41,9	6	9,7
Stredný	16	25,8	17	27,4	25	40,3
Vysoký	21	33,9	19	30,6	31	50,0

Overovaním vzťahu medzi emocionálnou inteligenciou a syndrómom vyhorenia sme zistili najsilnejšie prepojenie vo faktore depersonalizácia. Sestry so zvýšenou schopnosťou regulovať svoje emócie a emócie iných vykazovali nižšie skóre vo faktore depersonalizácie. Podobne i rozpoznávanie emócií a ich expresia a používanie emócií negatívne korelovali s faktorom depersonalizácie. Dimenzia rozpoznávanie emócií a ich expresia, ako i dimenzia regulácia emócií u seba a iných pozitívne korelovali s faktorom osobný výkon. Vzťah jednotlivých dimenzií emocionálnej inteligencie k faktoru emocionálne vyčerpanie sa neukázal byť štatisticky významný (tab. 3).

Tab. 3. Vzťah medzi dimenziami emocionálnej inteligencie a faktormi syndrómu vyhorenia

	Emocionálne vyčerpanie	Depersonalizácia	Osobný výkon
Rozpoznávanie emócií a ich expresia	-0,05	-0,026*	0,27*
Regulácia emócií u seba aj iných	-0,12	-0,46***	0,30*
Používanie emócií	-0,17	-0,33**	0,16

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

DISKUSIA

Realizovaný výskum sa zamerl na overenie vzťahu medzi emocionálnou inteligenciou a syndrómom vyhorenia na vzorke slovenských sestier. Zároveň sme uskutočnili čiastkovú sondu do miery výskytu syndrómu vyhorenia na vybranej výskumnej vzorke.

Naše výsledky poukazujú na zvýšenú mieru ohrozenia sestier syndrómom vyhorenia. Približne jedna tretina sestier (33,9 %) prežívala emocionálne vyčerpanie, pre ktoré je charakteristická strata chuti k životu a znížená motivácia k činnosti. Rovnako i približne u jednej tretiny sestier (30,6 %) bola zaznamenaná zvýšená depersonalizácia, ktorá sa prejavuje v oblasti vzťahov s druhými ľuďmi a je charakteristická stratou úcty k druhým ľuďom. Najvyššia miera syndrómu vyhorenia bola zaznamenaná vo faktore osobný výkon, kde až 50 % sestier referovalo o vysokom stupni vyhorenia v danej oblasti. Tieto zistenia korešpondujú s parciálnymi zisteniami o výskyte vyhorenia u sestier z výskumov Bérešovej (2011, s. 27), Selka (2009, s. 65-66) ako i Ježorskej, Kozykovej a Chrastinu (2012, s. 59). Vzhľadom na odlišnosti v metodikách merania syndrómu vyhorenia, ako i nereprezentatívne výskumné vzorky, z doterajších výskumov nie je možné dostatočne presne stanoviť mieru výskytu syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. Na druhej strane parciálne zistenia poukazujú na skutočnosť, že až jedna tretina sestier sa nachádza v pásme ohrozenia syndrómom vyhorenia.

Vychádzajúc z predpokladu, že emocionálna inteligencia môže byť jedným z faktorov, ktorý determinuje vznik syndrómu vyhorenia, sme zistili, že emocionálna inteligencia sestier súvisela s mierou ich vyhorenia. Najsilnejšie prepojenie emocionálnej inteligencie bolo zaznamenané s faktorom depersonalizácie. Sestry, u ktorých sa vyhorenie prejavuje najmä v interpersonálnej oblasti, majú zníženú schopnosť regulácie emócií u seba, ako i u druhých ľudí. Znížená je zároveň aj ich schopnosť rozpoznávať svoje emócie a adekvátne ich vyjadrovať, ako

i používanie emócií na efektívne riadenie medziľudských vzťahov. Uvedené zistenie je v súlade so zisteniami napr. Mayera, Saloveya a Caruso (2004, s. 207), o pozitívnom vzťahu medzi emocionálnou inteligenciou a efektívnym fungovaním ľudí v interpersonálnych vzťahoch. Lopes, Salovey a Straus (2003, s. 652) analýzou 4 500 interakcií medzi ľuďmi zistili, že regulovanie emócií bolo v pozitívnom vzťahu s kvalitou sociálnych interakcií. Významné, i keď slabšie vzťahy, boli zistené medzi osobným výkonom a dvoma dimenziami emocionálnej inteligencie. Sestry s vyššou mierou rozpoznávania emócií ako i regulácie emócií u seba a druhých, mali lepší osobný výkon, ktorý poukazuje na efektivitu práce. V rozpore s našimi predpokladmi bolo zistenie, že žiadna z dimenzií emocionálnej inteligencie nesúvisela s emocionálnym vyčerpaním. K obdobným zisteniam na vzorke sestier dospel i Brand (2007, s. 76) na vzorke zdravotníckych pracovníkov v oblasti psychického zdravia (*mental health professionals*). Na druhej strane výskumy, ktoré realizovali Weng et al (2011, s. 841), Budnik (2003, s. 181), Geng, Li a Zhou (2011, s. 315) zistili negatívnu súvislosť medzi emocionálnou inteligenciou a emocionálnych vyčerpaním v rozličných profesiách. Vzhľadom na nejednoznačné závery doterajšieho výskumu je v tejto oblasti potrebný ďalší výskum, ktorý by overil prepojenie emocionálnej inteligencie a syndrómu vyhorenia na úrovni jednotlivých dimenzií. Doterajšie výskumy mali korelačný dizajn, čo neumožňuje overiť kauzálne prepojenie emocionálnej inteligencie k syndrómu vyhorenia u sestier. Ďalší výskum môže smerovať k experimentálnemu overeniu efektu zvýšenia emocionálnej inteligencie u sestier na ich následné zníženie miery syndrómu vyhorenia.

Poznatky o kauzálnom prepojení emocionálnej inteligencie k syndrómu vyhorenia u sestier by tak vytvorili základ pre inkorporovanie tréningov a kurzov rozvoja emocionálnej inteligencie v rámci vzdelávania v študijnom odbore *Ošetrovateľstvo*, ako i v rámci celoživotného vzdelávania sestier.

ZÁVER

Naše zistenia podporujú závery predchádzajúcich výskumov o skutočnosti, že sestry sú populáciou ohrozenou syndrómom vyhorenia, pričom ďalší výskum by mal priniesť presnejšie odhady jeho výskytu na reprezentatívnej vzorke slovenských sestier. V súlade s našim hlavným cieľom sme zistili negatívny vzťah medzi emocionálnou inteligenciou a syndrómom vyhorenia u sestier. Schopnosť regulácie emócií sa ukázala ako jeden z najdôležitejších faktorov determinujúci výskyt depersonalizácie ako faktora syndrómu vyhorenia. Vzhľadom na to, že prvotné výskumy poukazujú na závažný stav vo výskyte syndrómu vyhorenia u slovenských sestier, je potrebné zaoberať sa prevenciou syndrómu vyhorenia v tejto špecifickej profesii. Model emocionálnej inteligencie ponúka jednu z možností, ktorou je možné rozvíjať a podporovať emocionálne kompetencie sestier s cieľom znížiť negatívny dopad syndrómu vyhorenia na výkonnosť a kvalitu ich práce.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BÉREŠOVÁ, A. 2011. Zátťaž v práci sestier a riziká syndrómu vyhorenia. In *Aspekty práce pomáhajících profesii*. Praha : MANUS, 2011, s. 24-31.
- BRACKET, M.A. – GEHER, G. 2006. Measuring Emotional Intelligence: Paradigmatic Diversity and Common Ground. In GEHER, G. *Measuring Emotional Intelligence: Common Ground and Controversy*. Hauppauge : Nova Science, 2006, pp. 1-17.
- BRAND, T. 2007. *An Exploration of the Relationship Between Burnout, Occupational Stress an Emotional Intelligence in the Nursing Industry: Degree of Masters of Arts (Industrial Psychology)*. Stellenbosch : University of Stellenbosch, 2007. 148 p.
- BUDNIK, M.F. 2003. *Emotional Intelligence and Burnout: Influence on the Intent of Staff Nurses to Leave Nursing: A Dissertation*. Phoenix : University of Phoenix, 2003. 209 p.
- DAMASIO, A.R. 2004. *Hľadání Spinozy: radost, strast a citový mozek*. Praha : Dybbuk, 2004. 352 s.
- DELPASAND, M. et al. 2011. The Relationship Between Emotional Intelligence and Occupational Burnout Among Nurses in Critical Care Units. In *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2011, vol. 4, no. 2, pp. 79-86.
- FREUDENBERGER, H.J. 1974. Staff Burnout. In *Journal of Social Issues*, 1974, vol. 30, no. 1, pp. 159-165.
- GENG, L. – LI, S. – ZHOU, W. 2011. The Relationships Among Emotional Exhaustion, Emotional Intelligence, and Occupational Identity of Social Workers in China. In *Social behavior and personality*, 2011, vol. 39, no. 3, pp. 309-317.
- JEŽORSKÁ, Š. – KOZYKOVÁ, J. – CHRASTINA, J. 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, roč. 2, č. 2, s. 56-62. [cit. 2012-06-20]. Dostupné na internete: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujících-s-onkologicky-nemocnymi>.
- KMEŤ, Ľ. 2009. Možnosti prevencie syndrómu vyhorenia (burnout) v zdravotníckom prostredí. In *Psychológia zdravia*. Bratislava : MAURO Slovakia, 2009, s. 72-79.
- LEITER, M.P. – MASLACH, C. 1988. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. In *Journal of Organizational Behavior*, 1988, vol. 9, no. 4, pp. 297-308.

- LOPES, P.N. – SALOVEY, P. – STRAUS, R. 2003. Emotional Intelligence, Personality, and the Perceived Quality of Social Relationships. In *Personality and Individual Differences*, 2003, vol. 35, no. 3, pp. 641-658.
- MASLACH, C. 2003. *Burnout: The Cost of Caring*. Los Atos : ISHK, 2003. 276 p.
- MAYER, J.S. – SALOVEY, P. – CARUSO, D.R. 2004. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. In *Psychological Inquiry*, 2004, vol. 15, no. 3, pp. 197-215.
- MAYER, J.D. – SALOVEY, P. 1997. What is Emotional Intelligence? In SALOVEY, P. - SLUYTER, D. *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*. New York : Basic Books, 1997, pp. 3-31.
- NEUBAUER, A.C. – FREUDENTHALER, H.H. 2007. Modely emoční inteligence. In SCHULZE, R. – ROBERTS, R.D. *Emoční inteligence*. Praha : Portál, 2007, s. 53-72.
- PILÁRIK, Ľ. et al. 2010. Emočná inteligencia a rozhodovanie zdravotníckych záchranárov a hasičov. In *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2010, s. 59-68.
- SELKO, D. 2009. Syndróm vyhorenia a zdravotné riziko. In *Psychológia zdravia*. Bratislava : MAURO Slovakia, 2009, s. 59-71.
- SCHUTTE, N.S. et al. 1998. Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence. In *Personality and Individual Differences*, 1998, vol. 25, no. 2, pp. 167-177.
- TANNER, S.T. 2011. *Procces of Burnout – Structure, Antecedents, and Consequences*. Tampere : Juvenes Print, 2011. 109 p.
- TAYLOR, G.J. 2001. Low Emotional Intelligence and Mental Illness. In CIARROCHI, J. – FORGAS, J.P. – MAYER, J.D. *Emotional intelligence in everyday life: A scientific enquiry*. Philadelphia, PA : Psychology Press, 2001, p. 67-81.
- WENG, H.CH. et al. 2011. Associations Between Emotional Intelligence and Doctor Burnout, Job Satisfaction and Patient Satisfaction. In *Medical education*, 2011, vol. 45, no. 8, pp. 835-842.

Kontakt

PhDr. Ľubor Pilárik, PhD.

Katedra psychologických vied, FSVaZ UKF

Kraskova 1

949 74 Nitra

Slovenská republika

e-mail: lpilarik@ukf.sk

Prijaté: 20. 11. 2012

Akceptované: 18. 1. 2013

TÍMOVÁ PRÁCA V HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI A SPÔSOB JEJ HODNOTENIA

Dana Dolanová*, **, Katarína Adamicová***

* Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovateľství

** Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

*** Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine a Univerzitná nemocnica Martin, Ústav patologickej anatómie

Abstract

DOLANOVÁ, D. – ADAMICOVÁ, K. Teamwork in hospice care and the way of its evaluation. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp.11-18. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/timova-praca-v-hospicovej-starostlivosti-a-sposob-jej-hodnotenia>.

Objectives: The aim of the theoretical studies was to briefly characterize the team and the teamwork in hospice care, its evaluation and also to present the selected measurement tool useful for the evaluation of the teamwork in hospice care.

Background: The focus of the work was grounded in the validation studies of several authors (Gittel et al. 2000; Hoegl, Gemuenden 2001; Sorra, 2004; Alexander et al. 2005; Wageman et al., 2005; Sexton et al. 2006; Edmondson, 2007; Ryan, Cott, 2008), who dealt with the creation of measurement and evaluation tools for examining the efficiency, functionality and team culture of multidisciplinary teams in health care.

Methods: The teamwork assessment measurement tools in health care published abroad and validated have been analyzed analytically and synthetically. The literary and electronic sources gathered through the research and the reviewed full-text online databases (EBSCO, SCOPUS, Web of Knowledge) formed the basis of the analysis. **Results:** The proposed measurement instrument of the team culture level at multidisciplinary hospice teams is *Dimensions of Teamwork survey – DTEAM* (Ryan, 2008; Ryan, Cott, 2008). DTEAM was created for the purposes of executing the regular team culture surveys as a part of the internal processes of the multidisciplinary teams in health services.

Conclusion: In connection with the increasing demand for all types of teams working in the medical field, it is necessary to expand the knowledge basis for the particular issues of the team functioning in health care and the possibilities of the evaluation of its effectiveness or functionality. For implementing the selected measurement tool into national practice the profound national validation is necessary to be made, the process of which is currently under construction.

Keywords: team, teamwork, measuring teamwork, hospice, hospice care, Dimensions of teamwork survey DTEAM

ÚVOD

Multidisciplinárny tím v hospicovej starostlivosti možno chápať ako skupinu špecializovaných pracovníkov, ktorých činnosť vychádza z holistického vnímania človeka. Jednotliví jeho členovia sa podieľajú na uspokojovaní bio-psycho-sociálnych, kultúrnych a spirituálnych potrieb pacienta/klienta, preto je nutnosť personálne obsadzovať v hospici všetkých členov multidisciplinárneho tímu nepopierateľná a nezastupiteľná. Kvalitne zostavený a efektívne fungujúci multidisciplinárny tím je jedným z dôležitých atribútov kvalitnej starostlivosti a komplexného uspokojovania potrieb pacienta vyžadujúceho hospicovú starostlivosť. Práve z tohto dôvodu bolo cieľom predkladanej teoretickej štúdie charakterizovať tím a tímovú spoluprácu v hospicovej starostlivosti a tiež navrhnúť spôsob hodnotenia tímovej práce v hospici.

METODIKA

Analyticko-syntetickým prístupom boli analyzované rôzne meracie nástroje na hodnotenie funkčnej úrovne tímov a tímovej práce v zdravotníctve. Základ analýzy tvorili literárne (knižné aj elektronické) zdroje, ktoré boli získané pomocou rešerše a recenzovaných fulltextových online databáz (EBSCO, SCOPUS, Web of Knowledge) za pomoci kľúčových slov v slovenskom, českom a anglickom jazyku: tím, tímová práca, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo, hodnotenie tímovej práce, hospic, hospicová starostlivosť; tím, tímová práca, zdravotníctví, ošetrovateľství, hos-

pic, hospicová péče, hodnocení týmové práce; hospice, hospice care, team, teamwork, healthcare, measuring teamwork, teamwork survey a teamwork questionnaire. Za vyhľadávacie obdobie 1980 – 2011 bolo v uvedených databázach vyhladaných viac ako 3000 odkazov. Keďže odkazov bolo príliš mnoho a nie všetky vyhovovali našim kritériám výberu, rozhodli sme sa zúžiť kľúčové slová na: *teamwork*, *measuring teamwork a health care* a vyhľadávacie obdobie od roku 2000 do roku 2011. Následným postupným triedením odkazov za účelom vyradenia tých, ktoré nezodpovedali výskumnému zámeru, sme sa dopracovali k 123 výsledkom (EBSCO – 32, SCOPUS – 23 a Web of Knowledge – 68). Pre potreby predkladanej teoretickej štúdie boli zvolené dve zaraďujúce kritériá – použiteľnosť pre všetkých členov multidisciplinárneho tímu a použiteľnosť pre prostredie lôžkového hospicu. Na základe uvedeného postupu vyhľadávania výsledkov a kritérií výberu sme nakoniec pracovali s 20 plnotextovými publikáciami. Ťažiskom práce sa stali validačné štúdie niekoľkých autorov (napr. Gittel et al. 2000; Hoegl, Gemuenden 2001; Sorra, 2004; Alexander et al. 2005; Wageman et al., 2005; Sexton et al. 2006; Edmondson, 2007; Ryan, Cott, 2008), ktorí sa zaoberali tvorbou meracích a hodnotiacich nástrojov pre skúmanie efektivity, funkčnosti a tímovej kultúry ošetrovateľských a/alebo multidisciplinárnych tímov v zdravotníctve.

VÝSLEDKY

Výsledky získané prostredníctvom vyššie uvedených metód sme rozdelili do troch podkategórií, a to tím v hospicovej starostlivosti, tímová práca v hospicovej starostlivosti a hodnotenie tímovej práce v hospicovej starostlivosti, ktoré sú podrobnejšie rozpracované v ďalšom texte.

Tím v hospicovej starostlivosti

V prosociálne zameraných odboroch, a teda aj v odbore hospicovej starostlivosti, sú tím a tímová spolupráca nevyhnutnosťou. Keďže širokú škálu potrieb pacientov vyžadujúcich hospicovú starostlivosť nie je schopná obsiahnuť jedna osoba, hovoríme o tímoch multidisciplinárnych. Všetci, ktorí tímovú prácu praktizujú, obhajujú jej užitočnosť, pretože existuje mnoho potenciálnych profesionálnych, politických i osobných výhod získaných pri tímovej práci. Vďaka tímovej práci majú klienti zabezpečený prístup k viacerým terapeutom, terapeutickým prístupom, čím môže byť zabezpečená vysoká kvalita služieb a zdravotnej starostlivosti (Twyford, Watson, 2008, s. 17). Odborníci naznačujú, že tvorivé a inovatívne prístupy k spolupráci majú za následok najlepšie využitie existujúceho vybavenia a príležitostí, čím vytvárajú ďalšie nové príležitosti (Hattersley, 1995; West, Slater, 1996; Macadam, Rodgers, 1997).

Skladbou multidisciplinárneho tímu v hospicovej starostlivosti sa v súčasnosti zaoberajú mnohí autori (O organizaci paliativní péče..., 2004; Špinková, Špinková, 2004; Payne, Seymour, Ingleton, 2008; Standardy hospicové paliativní..., 2007; Twyford, Watson, 2008; Marková, 2010). Multidisciplinárny tím môžeme charakterizovať ako skupinu odborníkov, z ktorých každý je špecialistom vo svojom odbore, v ktorom zabezpečuje starostlivosť o pacienta v rámci svojich kompetencií. Ide o odborníkov zastupujúcich odbory, akými sú: medicína, ošetrovateľstvo, fyziatria (fyzioterapia), rehabilitácia, dietológia, psychológia, sociológia, teológia, pedagogika, právo a mnoho iných (Krethová, Pokorná, 2008, s. 18).m Špinková a Špinková (2004, s. 24) považujú za kľúčových členov tímu domácej hospicovej starostlivosti lekára, sestru, sociálneho pracovníka a koordinátora dobrovoľníkov. Podľa edukačných materiálov občianskeho združenia *Cesta domov* (O organizaci paliativní péče..., 2004, s. 14) interdisciplinárnu a multiprofesionálnu činnosť, ktorú paliatívna starostlivosť vyžaduje, zabezpečuje najmä lekár, sestra a ďalší zdravotnícki pracovníci, ktorí majú nevyhnutnú kvalifikáciu pre riešenie fyzických, psychologických a duchovných potrieb pacienta a rodiny. Marková (2010, s. 35) k členom multidisciplinárneho tímu radí lekárov, zdravotné sestry, zdravotníckych asistentov, sociálneho pracovníka, psychológa, fyzioterapeuta, nutričného špecialistu, pastoračného pracovníka a duchovného. Ako uvádza *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče – APHPP* (Standardy hospicové paliativní..., 2007, s. 18), môžu jednotlivé hospicové zariadenia podľa svojich špecifických potrieb využiť aj iné možné pracovné pozície, akými môžu byť ergoterapeut, logopéd, vodič dopravy chorých a podobne. V prípade, že je hospicová starostlivosť poskytovaná v samostatnom špecializovanom zariadení – hospici, musí byť jeho prevádzka zodpovedajúcim spôsobom zaistená podľa platných noriem aj ďalšími profesiami nezdravotníckeho charakteru, ako sú manažérske profesie, ekonomické a technicko-hospodárske profesie, pracovníci stravovacej prevádzky, práčovne, upratovania, údržby a pod. Ďalej Payneová, Seymourová a Ingletonová (2008, s. 13) rozlišujú v hospicovej starostlivosti nasledovné skupiny pracovníkov:

- a. ľudia starajúci sa o pacienta – rodiny, priatelia, susedia;
- b. ošetrovateľská starostlivosť – ošetrovatelia, špecializovaní ošetrovatelia;
- c. lekárska starostlivosť – praktickí lekári, odborníci na paliatívnu medicínu, špecialisti v iných lekárskejších odboroch;

- d. sociálna starostlivosť – sociálni pracovníci;
- e. duchovná starostlivosť – kňazi, pastoračný asistent;
- f. terapeuti – pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, odborníci na rečovú a jazykovú terapiu, arteterapeuti, dramaterapeuti, muzikoterapeuti;
- g. psychologická starostlivosť – poradci, klinickí a zdravotnícki psychológovia, psychoterapeuti, spolupracujúci psychiatri;
- h. špecializovaný personál – odborníci na výživu, dietológovia, farmaceuti;
- i. podporný personál – pomocníci ošetrovateľov, administratívny a domáci personál, ľudia starajúci sa o domácnosť, záhradu, vodiči a iní pracovníci;
- j. dobrovoľníci.

Obsadzovanie všetkých členov multidisciplinárneho tímu v hospicovej starostlivosti je nevyhnutnosťou, pretože každý z nich má pre pacienta a jeho rodinu či príbuzných nezastupiteľnú úlohu a každá z množstva rozmanitých požiadaviek pacienta vyžaduje kompetencie inej profesie.

Požiadavky na pracovný tím špecializovanej paliatívnej starostlivosti úvadajú viacere štúdie a odporúčania (STANDARDY HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ..., 2007, 2007; Špinková, Špinková, 2004; O organizaci paliativní péče..., 2004). Medzi najzdôrazňovanejšie osobnostné predpoklady pre výkon práce v hospicovej paliatívnej starostlivosti patria: vhodná motivácia k práci, profesionálny a zároveň ľudský prístup k pacientom a ich blízkym osobám; schopnosť tímovej spolupráce a vytváranie efektívnych komunikačných štruktúr; schopnosť napomáhať integrácii blízkych osôb pacienta do poskytovanej starostlivosti; schopnosť komunikovať s pacientmi a ich blízkymi (osobné rozhovory, telefonáty, korešpondencia); schopnosť pružne reagovať v nečakaných a krízových situáciách, samostatnosť v rozhodovaní; schopnosť prebrať zodpovednosť a zaoberať sa s ňou v rámci kompetencií; psychická stabilita, praktizovanie duševnej hygieny ako prevencie syndrómu vyhorenia; schopnosť vyrovnávať sa s umieraním, smrťou a zármutkom, schopnosť citlivo sprevádzať pozostalých; schopnosť empatie; tolerancia k vekovým, kultúrnym, náboženským a osobnostným diferenciaciám; aktívna účasť na pravidelných supervíziách, školeniach a vzdelávaní; podiel na spracovaní dokumentácie podľa požiadaviek zákona o ochrane osobných údajov¹; spôsobilosť k výkonu povolania zdravotníckeho pracovníka a iného odborného pracovníka².

Personálne zabezpečenie hospicu by taktiež malo vychádzať z legislatívy danej krajiny. V súčasnosti sú v našich zemepisných podmienkach tieto návrhy obsiahnuté v *Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti v Slovenskej republike a v Štandardoch hospicovej paliatívnej starostlivosti v Českej republike*. Tieto návrhy obsahujú minimálne a optimálne personálne obsadenie hospicu s kapacitou 30 lôžok. (viď tab. 1 a 2)

Tab. 1. Minimálne a optimálne personálne obsadenie hospicu v Slovenskej republike

Personálne zabezpečenie	lekár	sestra	klinický psychológ	špeciálny /liečebný ^{DeMH} pedagóg	zdravotnícky asistent	sociálny pracovník	duchovný	dobrovoľníci
Ambulancia PM	1	1	0	0	0	0	0	0
Mobilný hospic	1(na 25 ^{DoP} a 10 ^{DeP})	3	1	1	0	0	0	0
Hospic/odd. pal. star. (20 lôžok)	3	15	1	1	5	1	PP	PP

(*Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*, 2006) *Pozn.: PM = paliatívna medicína, DoP = dospelý pacient, DeP = detský pacient, DeMH = detský mobilný hospic, pp = podľa potreby, odd. = oddelenie, pal. star. = paliatívna starostlivosť

Tab. 2. Minimálne a optimálne personálne obsadenie hospicu v Českej republike

Odbor	minimálny úväzok	optimálny úväzok
Lekár (index 3)	0,2	0,33
Lekár (index 2)	1,5	1,5
Lekár (index 1)	0	0,5
Lekár ÚPS (index 2/3)	0,12	0,2
Vrchná/staničná sestra (index 9)	2	2
Vrchná/staničná sestra (index 8)	1	1
Sestry (index 8)	8	8
Ošetrovateľky (index 7)	5	15
Diétna sestra	0	0,2
Psychológ	0	0,2
Sociálny pracovník	0	1
Duchovný	0	0,5

(Standardy Hospicové Paliatívni..., 2007)

Tímová práca v hospicovej starostlivosti

V neustále sa meniacej pracovnej kultúre sa pracovníci z mnohých profesií snažia čeliť výzvam tímovej práce a prekonávať ich. Typ tímu, ktorý sa formuje, sa spolieha na to, že bude schopný vnímať potreby a očakávané výsledky klientov. Významnou súčasťou tímovej práce je rastúca potreba profesionálov spoločne pracovať na rôznych úrovniach tímu, a tak podporovať a zvyšovať jeho úspech (Twyford, Watson, 2008, s. 12).

Výstižnú a na zdravotníctvo jednoducho aplikovateľnú definíciu tímovej práce poskytujú Hoegl a Gemuenden (2001, s. 436), ktorí tímovú prácu definujú ako „kvalitu súvisiacu s plnením úloh a sociálnymi interakciami medzi jednotlivými členmi tímu“. Podľa Cohenovej a Baileyovej (1997, s. 241) sú pozoruhodné nasledujúce tri aspekty uvedenej definície:

- tímová práca vyjadruje interakciu medzi jednotlivcami v protiklade s kvalitou ich spoločných aktivít (napr. vhodnosť ich spoločne vytvoreného liečebného plánu),
- tímová práca je výsledkom interakcií súvisiacich s plnením úloh, ako aj sociálnych interakcií a
- špecifikuje, že interakcie sa dejú medzi jednotlivými členmi tímu.

Podľa *The Bristol Royal Infirmary Inquiry* (2001) multiprofesionálna tímová práca vyžaduje multiprofesionálne riadenie a multiprofesionálne vedenie. Tímová práca je kolektívnym úsilím všetkých, ktorí sa starajú o pacienta. Starostlivosť o pacienta nepatrí len jednej profesii, zodpovední sú všetci, ktorí sa o neho starajú. APHPP (*Standardy hospicové paliatívni...*, 2007, s. 16) interdisciplinárnou spolupracou rozumie špecializovanú paliatívnu starostlivosť poskytovanú tímom pracovníkov rôznych profesií a dobrovoľných spolupracovníkov. Cieľom ich práce je napĺňovanie fyzických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb pacientov a ich blízkych osôb. Ryan a Cott (1997, s. 663) rozoznávajú aj tímovú prácu medzi jednotlivými tímami, tzv. intertímovú prácu. Je však dôležité si uvedomiť, že rovnako ako vedenie ľudí k spoločnej práci nemusí nutne vytvoriť efektívny tím, nemusí spájanie tímov viesť k efektívnej intertímovej tímovej práci. Do tímu prináša každý jeho člen celý rad odborných znalostí, skúseností, zručností a osobných vlastností. Existujú kľúčové zručnosti, ktoré určujú, ako sa človek integruje, alebo funguje v rámci tímu. Tieto zručnosti zahŕňajú: osobný záväzok, zrelosť, sebadisciplínu, flexibilitu, ochotu a schopnosť učiť sa, akceptovanie rôznorodosti iných a objektivitu vo vzťahu k druhým ľuďom. Tieto kľúčové zručnosti ovplyvňujú schopnosť človeka pracovať v tíme efektívne a prispievať k jeho úspechu (Twyford, Watson, 2008, s. 13).

Hodnotenie tímovej práce v hospicovej starostlivosti

Hodnotením efektivity práce tímu, tímového výkonu alebo tímovej práce vo všeobecnosti sa vo svojich prácach zaoberali viacerí autori (Gittell et al., 2000; Hoegl and Gemuenden, 2001; Sorra, 2004; Alexander et al., 2005; Wageman et al., 2005; Sexton et al., 2006; Edmondson, 2007). Stručný prehľad nástrojov pre hodnotenie tímovej práce v zdravotníctve pozri v tab. 3.

Tab. 3. Prehľad vybraných meracích nástrojov pre hodnotenie tímovej práce

Škála	Autor	Počet položiek/škála odpovedí	Medzipoložková reliabilita	Vnútrotná konzistencia/reliabilita	Obsahová validita	Diskriminačná validita
Relational coordination (Relačná koordinácia)	Gittell (2002)	28 položiek; 5b Likertova škála	Medziskupinové rozdiely v relačnej koordinácii testované pomocou analýzy rozptylu ANOVA ($p < 0,01$)	Relačná koordinácia, 0,8	Na základe predchádzajúcej validovanej škály (Gittell, 2000)	Neuvádza sa
Gittell (2002) Cross-functional Team processes (Medzifunkčné tímové procesy) Alexander (2005)	Alexander (2005)	Tímová účasť – 7 položiek; Tímové fungovanie – 8 položiek; 7b Likertova škála	Tímová účasť 0,90; Tímové fungovanie 0,88	Tímová účasť 0,90; Tímové fungovanie 0,91	Na základe predchádzajúcej validovanej škály	Analýza hlavných komponentov (PCA) potvrdila dva odlišné faktory uvedené v hypotéze
Team Diagnostic Survey (Prieskum tímovej diagnostiky) Wageman (2005)	Wageman (2005)	Škála kritérií procesu – 9 položiek; Proces tímovej socializácie – 7 položiek; 5b Likertova škála	Škála kritérií procesu 0,40 – 0,49; Proces tímovej socializácie 0,47	Škála kritérií procesu 0,89 – 0,92; Proces tímovej socializácie 0,93	Značne overené prostredníctvom predtestu a revízií.	Porovnanie korelácie vnútroškálových a medziškálových položiek.
Teamwork Quality Survey (Prieskum kvality tímovej práce) Hoegl (2006)	Hoegl (2006)	Škála tímovej práce – 37 položiek; 5b škála	Škála tímovej práce 0,79 – 0,95	Škála tímovej práce 0,72 – 0,97	Literárny prehľad k tvorbe položiek, pilotná štúdia, revízie položiek a štruktúry	Analýza hlavných komponentov (PCA) potvrdila, že položky tímovej práce sa načítali iba do faktoru č. 1, ako bolo uvedené v hypotéze. VarExp: 71,5 %
Safety Attitudes Questionnaire (Dotazník o bezpečnostných prístupoch) Sexton (2006)	Sexton (2006)	Dotazník celkom - 40 položiek; Škála tímovej atmosféry – 6 položiek; 5b Likertova škála	Neuvádza sa	Dotazník celkom, Raykov koeficient 0,90	Literárny prehľad k tvorbe položiek, pilotná štúdia a revízie položiek a štruktúry	Analýza CFA potvrdila hypotetizovanú 6-faktorovú štruktúru, škálu tímovej práce FL: 0,76 – 0,96

*PCA – principal komponent analysis; FL – factor loadings; CFA – confirmatory factor analysis; VarExp . – Variance explained, (podľa Valentine, Nembhard, Edmondson, 2011, s. 12).

Meranie tímovej spolupráce je dôležité tak pre posúdenie tímových zručností jednotlivcov i tímov a pre hodnotenie efektivity intervencií, ako aj pre vzdelávacie programy, navrhovanie nového vybavenia alebo nových procesov tímovej komunikácie (Nemeth, 2008, s. 103) .

Ako vhodný nástroj pre meranie úrovne tímovej kultúry v multidisciplinárnych hospicových tímoch sa javí *Dotazník dimenzií tímovej práce – Dimensions of Teamwork survey – DTEAM* (Ryan, 2008; Ryan, Cott, 2008). DTEAM bol vytvorený za účelom uskutočňovania pravidelných prieskumov tímovej kultúry, ktoré by mali byť súčasťou interných procesov (súčasť tímového informačného systému) multidisciplinárnych tímov v zdravotníctve. Parametre tímovej kultúry DTEAMu sú merané 56 otázkami rozdelenými do siedmich úrovní tímovej kultúry:

- problémy medzi klientmi a interdisciplinárnym tímom (*Customer and inter-team issues*),
- zručnosti a silné stránky tímu (*Team-member strengths and skills*),
- komunikácia a riešenie konfliktov (*Communication and conflict management skills*),
- role a závislosti (*Team roles and interdependence*),
- jasnosť tímových cieľov (*Clarity of team goals*),
- rozhodovanie a vedenie (*Decisions-making and leadership*),
- organizačná podpora (*Organizational support*).

Odpovede na jednotlivé položky využívajú šesťbodovú Likertovu škálu: 1 = silno súhlasím, 2 = stredne súhlasím, 3 = mierne súhlasím, 4 = mierne nesúhlasím, 5 = stredne nesúhlasím, 6 = silno nesúhlasím. Pri vyhodnocovaní sa body podľa priloženého kľúča pridelujú do tabuľky, ktorá zároveň rozčleňuje otázky do siedmich dimenzií. Získané skóre je tak možné hodnotiť celkovo a tiež v každej dimenzii zvlášť. V negatívne formulovaných položkách je potrebné skóre otočiť (položky označené hviezdikou). Po zodpovedaní všetkých otázok je možné dosiahnuť

minimálne 56 a maximálne 336 bodov, pričom platí, že čím vyššie skóre, tým vyššia úroveň tímovej kultúry a naopak. Validita a reliabilita originálnej verzie dotazníka bola overená na základe bežných testovacích postupov v kanadskom Toronte (tab. 4). O validácii nástroja v iných štátoch nemáme informácie.

Tab. 4. Overovanie validity a reliability originálnej verzie DTEAM

Dimenzie tímovej práce	Vnútoraná konzistencia (n= 116)	Medzipoložková Reliabilita (n= 28)	Test/Retest Reliabilita (n= 16)	Konvergentná validita (n= 104)
Problémy medzi klientmi a interdisciplinárnym tímom	0,47	0,58*	0,28	0,46*
Zručnosti a silné stránky tímu	0,81	0,69*	0,93*	0,72*
Role a závislosti	0,77	0,45*	0,96*	0,84*
Komunikácia a riešenie konfliktov	0,77	0,58*	0,96*	0,74*
Jasnosť tímových cieľov	0,81	0,60*	0,95*	0,71*
Rozhodovanie a vedenie	0,69	0,46*	0,96*	0,79*
Organizačná podpora	0,67	0,28	0,97*	0,63*

* = $p < 0,05$ (Ryan, 2008)

Pod pojmom tímová kultúra môžeme chápať celkovú organizačnú kultúru tímu, ktorá je opisovaná ako „výsledok získaný učením a skúsenosťami tímu“ a rozvíja sa tam, kde je „definovateľná skupina s významnou históriou“ (Shein, 1985, s. 7). V rokoch 1980 – 2000 sa organizačná kultúra vyvíjala ako dôležitá premenná vysvetľujúca správanie sa a výkonnosť na pracovisku. Tento pokrok sa však spomalil tým, že medzi vedúcimi teoretikmi a výskumníkmi nedošlo ku konsenzu v rámci takých dôležitých otázok, akými sú návrh definície, metódy merania a úrovne analýzy. Ak by sme opomenuli metodologické nezhody, rozumným konsenzom by mohlo byť, že:

- organizačná kultúra pozostáva zo zdieľania presvedčenia, názorov, predpokladov, vnímania a noriem, ktoré vedú k vzorcom správania,
- táto kultúra vyplýva z interakcie medzi mnohými premennými vrátane cieľa, stratégie, štruktúry, vedenia a ľudských zdrojov a
- kultúra je „sebaposilňovač“.

Ak organizačná kultúra zabezpečuje stabilitu a istotu pre svojich členov, jednotlivci vedia, čo sa očakáva, čo je dôležité a čo treba robiť, potom celkom prirodzene odolávajú akejkoľvek hrozbe narušenia existujúcej kultúry (Gibson, Ivancevich, Donnelly, 1994; Dale et al., 2002, s. 115-116).

ZÁVER

Z predkladanej štúdie vyplýva, že absencia kvalitného multidisciplinárneho tímu a efektívnej tímovej práce v hospicovej starostlivosti je nepredstaviteľná. Tím a tímová práca sú pre všetky typy hospicových zariadení kľúčové. Domnievame sa, že v súvislosti so zvyšujúcimi sa nárokmi na všetky druhy tímov pôsobiacich v oblasti zdravotníctva je žiaduce rozširovať vedomostnú základňu o špecifickej problematike fungovania multidisciplinárneho tímu v hospicovej starostlivosti a o možnostiach hodnotenia jeho efektívnosti či funkčnosti. Lídrom hospicových tímov preto odporúčame, aby sa danej problematike venovali s náležitou dôležitosťou a hodnotenia tímovej práce svojich multidisciplinárnych tímov realizovali pravidelne. V ďalšej etape nášho výskumu sa pripravuje národná validácia vybraného meracieho nástroja DTEAM pre hodnotenie tímovej práce v hospicovej starostlivosti.

¹ V Slovenskej Republike: Zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení zákona č. 602/2003 Z. z., zákona č. 576/2004 Z. z. a zákona č. 90/2005 Z. z. a v Českej republike je to Zákon č. 101/2001 Sb., o ochrane osobných údajov.

² V Slovenskej republike je podľa Zákona č. 578/2004 Z. z. spôsobilý ten, kto je spôsobilý na právne úkony, odborne a zdravotne spôsobilý, bezúhonný a registrovaný. V Českej republike je podľa Zákona č. 96/2004 Sb. spôsobilý ten, kto má odbornú spôsobilosť podľa tohto zákona, je zdravotne spôsobilý a bezúhonný.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ALEXANDER, J.A. et al. 2005. Cross-functional team processes and patient functional improvement In *Health Services Research*, 2005, vol. 40, no. 5, pp. 1335-55.
- COHEN, S.G. – BAILEY, D., E. 1997. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite In *Journal of Management*, 1997, vol. 23, no. 3, pp. 239-290.
- EDMONDSON, A.C. – MCMANUS, S.E. 2007. Methodological fit in management field research In *Academy of Management Review*, 2007, vol. 32, no. 4, pp. 1155-79.
- GIBSON, J.L. – IVANCEVICH, J.M. – DONNELLY, J.H. Jr. 1994. *Organizations: Behavior, structure and proceses*. Burr Ridge (IL) : Irwin, 1994. 659 p.
- GITTELL, J.H. et al. 2000. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay – A nine-hospital study of surgical patients In *Medical Care*, 2000, vol. 38, no. 8, pp. 807-19.
- HATTERSLEY, J. 1995. The Survival of Collaboration and Cooperation In N. Malin (ed.). *Services for People with Learning Disabilities*. London : Routledge, 1995, 312 p.
- HOEGL, M. – GEMUENDEN, H.G. 2001. Teamwork Quality and the Success of Innovative Projects: A Theoretical Concept and Empirical Evidence In *Organization Science*, 2001, vol. 12, no. 4, pp. 435-449.
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*, 2006.
- KRETHOVÁ, D. – POKORNÁ, A. 2008. Všeobecné požiadavky na vzdelávanie sestier ako členov multidisciplinárneho tímu v paliatívnej starostlivosti. In *Sborník: 2. Mezinárodní konference ošetrovateľství Pracovníků vzdělávajících nelékařské zdravotnické povolání*. Brno : NCO NZO, 2008. s. 18-23.
- MACADAM, M. – RODGERS, J. 1997. The Multi-disciplinary and Multi-agency Approach. In J. O'Hara and A. Sperlinger (eds) *Adults with Learning Disabilities: A Practical Approach for Health Professionals*. Somerset : John Wiley and Sons, 1997. 256 p.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívni péči*. Praha : Grada, 2010. 128 s.
- NEMETH, CH. 2008. *Improving Healthcare Team Communication: Building on Lessons from Aviation and Aerospace*. Abingdon : Ashgate, 2008. 280 p.
- O organizaci paliatívni péče – Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. 2004. Praha : Cesta Domů, 2004. 46 s.
- PAYNE, S. – SEYMOUR, J. – INGLETON, Ch. 2008. *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. Maidenhead : Open University Press, 2008. 717 p.
- RYAN, P.D. – COTT, A.CH. 2008. *Team Profile Summary The Acapulco Team Swan Valley Mexico* [on line]. Geriatrics inter-professional interorganizational collaboration, 2008. [cit. 12-04-08]. Dostupné na internete: <http://rgps.on.ca/giic/Giic/pdfs/Team Profile Summary Example.doc>.
- RYAN, P.D. – COTT, C. 1997. Conceptual tools for thinking about interteam work in clinical gerontology In *Educational Gerontology*, 1997, vol. 23, no. 7, pp. 651-667.
- RYAN, P.D. 2008. *Dimensions of teamwork survey* [on line]. Regional Geriatric Program of Toronto, 2008. [cit. 12-04-08]. Dostupné na internete: <http://rgp.toronto.on.ca/PDFfiles/Dteamsurvey.pdf>.
- SEXTON, J.B. et al. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research In *BMC Health Services Research* [online], 2006 vol. 6 : 44. [cit. 12-04-08]. Dostupné na internete: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>.
- SORRA, J. – NIEVA, V. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality [online], September 2004. [cit 12-04-10]. Dostupné na internete: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>.
- Standardy hospicové paliatívni péče*. 2007. Praha : Asociace poskytovatelů hospicové paliatívni péče, 2007. 32 s.
- ŠPINKOVÁ, M. – ŠPINKA, Š. 2004. *Standardy domácí paliatívni péče. Podklady pro práci týmů domácí paliatívni péče*. Praha : Cesta domů, 2004. 35 s.
- The Bristol Royal Infirmary Inquiry. 2001. *A Culture of Teamwork* [online], 2001. [cit. 2012-10-5]. Dostupné na internete: http://www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/report/sec2chap22_10.htm.
- TWYFORD, K. – WATSON, T. 2008. *Integrated Team Working : Music Therapy As Part of Transdisciplinary and Collaborative Approaches*. [place unknown] : Jessica Kingsley Publishers, 2008. 240 p.
- VALENTINE, M.A. – NEMBARD, I.M. – EDMONDSON, A.C. 2011. *Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of survey Instruments* [online]. [cit. 2012-10-5]. Dostupné na internete: http://www.hbs.edu/faculty/Publication Files/11-116_c260e7ac-6975-4f16-8ca2-ae7e39b221ef.pdf.
- WAGEMAN, R. – HACKMAN, J., R. – LEHMAN, E. 2005. Team Diagnostic Survey: Development of an Instrument In *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2005, vol. 41, no. 4, pp. 373-98.
- WEST, M. – SLATER, J. 1996. *Teamworking in Primary Healthcare: A Review of its Effectiveness*. London : Health Education Authority Report, 1996. 48 p.
- Zákon č. 101/2001 Sb., o ochrane osobných údajů.
- Zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení zákona č. 602/2003 Z. z., zákona č. 576/2004 Z. z. a zákona č. 90/2005 Z. z.

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmímkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Kontakt

Mgr. Dana Dolanová

Štefáčkova 1/23

628 00 Brno

Česká republika

e-mail: dolanova@med.muni.cz

Prijaté: 13. 11. 2012

Akceptované: 12. 3. 2013

VYBRANÉ PARAMETRE PRI POSUDZOVANÍ KVALITY ŽIVOTA SENIOROV V DOMÁCEJ A INŠTITUCIONALIZOVANEJ STAROSTLIVOSTI

Lucia Dimunová*, Zuzana Dankulincová Veselská**, Stanislava Stropkaiová***

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

** Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie psychológie zdravia

*** Univerzitná nemocnica L. Pasteura, II. Klinika detí a dorastu

Abstract

DIMUNOVÁ, L. – VESELSKÁ DANKULINCOVÁ, Z. – STROPKAIIOVÁ, S. Selected assessment parameters of seniors quality of life in home and institutionalized care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 19-24. Available on: <http://www.osevrotavelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti>.

Aim: The objective of research was focused on identification of differences in quality of life of seniors living at home and in social institutional care. We examined the differences in quality of life of seniors in view of the age and education.

Methods and Sample: To obtain empirical data we used *Folstein test of cognitive function* (MMSE) and questionnaire WHOQOL-OLD. The research sample consisted of 100 seniors living at home and in social institution for elderly people.

Results: Research finding in our sample suggests that quality of life of seniors living in social institution care is equal or better than the quality of life for seniors living at home. Significant differences were confirmed in subscale of Social involvement and subscale of Attitude to death. Identified difference suggests a slightly different perception the quality of life in these areas. A statistically significant relationship was found between age and subscale of Sensory functioning and subscale of Independence. Education seems to be a factor affecting the quality of life only in subscale of Attitude to death.

Conclusion: Subjective perception the quality of life of seniors is related with a number of factors. The results of our research point out the need of strengthen (developing) of social communication, contacts and relationships.

Keywords: seniors, quality of life, social institutional care, home care

ÚVOD

Starnutie je nezvratný, prirodzený, zákonitý, celoživotný biologický proces. Prebieha individuálne a rozdiely v prežívaní medzi jednotlivými ľuďmi v tomto období života sú výraznejšie ako medzi jednotlivcami v mladších vekových kategóriách. Obdobie starnutia a staroby sa vyznačuje mnohými biologickými, psychickými a sociálnymi zmenami (Sováriová Soósová et al., 2011, s. 240). Jednotlivec prechádza biologickými špecifikami a svojou sociálnou charakteristikou. K biologickým charakteristikám seniora radíme biologický vek, multimorbidita, zmenená symptomatika a priebeh chorôb a špecifické geriatrické syndrómy. Medzi najčastejšie možné sociálne charakteristiky seniorov patria: strata profesijných rolí, strata blízkych priateľov v dôsledku ich úmrtia, nižší ekonomický štandard a zmenený sociálny status. Sociálnymi dôsledkami starnutia sú: izolácia, strata pocitu potrebnosti, nedostatok možností seberealizácie, sociálne dôsledky multimorbidity a blízkosť smrti (Hegyí, Krajčík, 2010, s. 34).

V súčasnosti u seniorov narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia, kvalita života sa dokonca považuje za vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita (Payne, et al. 2005).

Kvalita života seniorov závisí od rôznych faktorov, ako sú napr. fyzické zdravie, miera nezamestnanosti, psychické fungovanie v poznávaní, adaptácii a zvládaní od prevládajúceho emocionálneho prežívania, od prijímanej i poskytovanej psychickej opory, ako aj spirituality (Šímová, 2004, s.128). Starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike je možné členiť na sociálnu a zdravotnú. Ideálne je, ak môže senior zotrvať v svojom prirodzenom prostredí. Ak to však zdravotný alebo sociálny stav nedovoľuje, je možné umiestnenie seniora v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Medzi takéto inštitúcie sa radia: zariadenia pre seniorov, domovy sociálnych služieb, špecializované zariadenia, zariadenia opatrovateľskej služby a rehabilitačné strediská. Starostlivosť o seniorov v inštitucionalizovanom zariadení by mala byť zameraná vo väčšej miere na kvalitu života, ktorú možno dosiahnuť profesionálnym prístupom multidisciplinárneho tímu (Tobišová, Jarošová, 2009, s. 569).

CIEL'

Výskumným zámerom bolo zhodnotenie a porovnanie kvality života u seniorov žijúcich v domácom prostredí a v zariadeniach sociálnej starostlivosti.

SÚBOR

Celkový súbor tvorilo 100 respondentov, z toho 50 seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti a 50 seniorov, ktorí boli klientmi agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti a žili v domácom prostredí. Oslovení respondenti žili v košickom regióne na východnom Slovensku. Výber vzorky respondentov bol zámerný. U seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti sme si stanovili podmienku minimálne jednoročného pobytu. Úroveň kognitívnych funkcií respondentov sme sledovali prostredníctvom *Folsteinovho testu kognitívnych funkcií* – MMSE. Do skúmaného súboru sme zahrnuli seniorov, ktorí získali 24 – 30 bodov. Ako premenné sme si stanovili vek, vzdelanie a miesto pobytu (v domácom prostredí, v zariadeniach sociálnej starostlivosti). Súbor tvorilo 71 žien a 29 mužov vo veku od 51 do 93 rokov. Priemerný vek seniorov bol $76,61 \pm 9,41$. Z celkového počtu respondentov dosiahlo základné vzdelanie 55 %, stredoškolské 38 % a vysokoškolské vzdelanie 7 %.

METODIKA

Zber empirických údajov prebiehal v roku 2011. Účasť respondentov bola dobrovoľná a všetky údaje boli spracované ako dôverné. Na získanie dát sme zvolili dotazníkovú metódu. Použitý dotazník pozostával z dvoch častí. Prvou bola všeobecná časť zisťujúca základné socio-demografické ukazovatele (vek, pohlavie, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie). Druhú časť predstavoval *Dotazník Svetovej zdravotníckej organizácie pre meranie kvality života vo vyššom veku WHOQOL-OLD* (Dragomerická, Prajsová, 2009). Na hodnotenie schopností respondentov odpovedať na otázky v dotazníku sme v úvode použili *Folsteinov test kognitívnych funkcií* – MMSE (podľa Staňková, 2001). Následne sme dali dotazník vyplňať seniorom, ktorí dosiahli vo *Folsteinovom teste kognitívnych funkcií* 24 – 30 bodov, čo sa považuje za normu. Dotazník WHOQOL-OLD pozostával z 24 vyjadrení s možnosťou označenie súhlasu či nesúhlasu na 5-bodovej Likertovskej škále od 1 (vôbec nie) po 5 (maximálne). Jednotlivé položky dotazníka WHOQOL-OLD je možné rozdeliť do nasledovných subškál, pre ktoré bolo vypočítané sumárne skóre a Cronbachov α koeficient vnútornej konzistencie:

1. Fungovanie zmyslov (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,80),
2. Nezávislosť (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,77),
3. Naplnenie (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,67),
4. Sociálne zapojenie (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,79),
5. Postoj k smrti (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,89) a
6. Blízke vzťahy (4 položky, Cronbachov koeficient α 0,82).

Návratnosť dotazníkov bola 100 %. Údaje výskumu boli spracovávané v štatistickom programe SPSS verzia 18.0. Použili sme metódy deskriptívnej štatistiky Spearmanov korelačný koeficient a Mann-Whitneyho U test.

VÝSLEDKY

V rámci demografických údajov sme zistili, že priemerný vek respondentov bol $76,61 \pm 9,41$. Súbor tvorilo 71 % žien a 29 % mužov. Z celkového počtu respondentov dosiahlo základné vzdelanie 55 %, stredoškolské vzdelanie 38 % a vysokoškolské vzdelanie 7 %.

V úvode uvádzame deskriptívny popis jednotlivých subškál zameraných na kvalitu života (tab.1).

Tab. 1. Deskriptívny popis subškál dotazníka WHOQOL-OLD

Subškála	N	Min	Max	Priemer	ŠO
Fungovanie zmyslov	100	4	20	12,49	3,92
Nezávislosť	100	4	20	13,61	4,32
Naplnenie	100	5	20	12,57	4,00
Sociálne zapojenie	100	4	20	11,79	4,60
Postoj k smrti	100	5	20	15,34	4,29
Blízke vzťahy	100	4	20	14,90	4,29

ŠO – štandardná odchýlka

Tesnosť vzťahu medzi jednotlivými subškálami dotazníka WHOQOL-OLD sme overovali prostredníctvom korelačnej analýzy Spearmanovým korelačným koeficientom (tab. 2). Korelačný koeficient bol stredne silný až silný medzi všetkými subškálami dotazníka WHOQOL-OLD s výnimkou dvojice Smrť a umieranie a Sociálne zapojenie, kde bol len veľmi slabý vzťah bez štatistickej významnosti. Veľmi silný vzťah (korelačný koeficient vyšší ako 0,45) bol zistený medzi subškálami Fungovanie zmyslov a Nezávislosť. Tento vzťah potvrdzuje, že čím je lepšie zachovaná funkcia zmyslových funkcií, tým je vyššia nezávislosť seniora. Subškála Nezávislosť bola úzko spojená so subškálami Naplnenie, Sociálne zapojenie a Blízke vzťahy, zatiaľ čo subškála Naplnenie mala silný vzťah k subškálam Sociálne zapojenie a Blízke vzťahy.

Tab. 2. Korelácie subškál dotazníka WHOQOL-OLD

Subškála	1	2	3	4	5	6
Fungovanie zmyslov	1					
Nezávislosť	0,48***	1				
Naplnenie	0,39***	0,55***	1			
Sociálne zapojenie	0,36***	0,47***	0,54***	1		
Postoj k smrti	0,26**	0,20*	0,36***	0,17	1	
Blízke vzťahy	0,24*	0,51***	0,55***	0,40***	0,25*	1

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Vzájomný vzťah medzi jednotlivými subškálami dotazníka WHOQOL-OLD a vekom respondentov bol overený prostredníctvom Spearmanovým korelačným koeficientom. Signifikantný vzťah bol zistený medzi vekom a subškálami Fungovanie zmyslov ($r = -0,25$, $p < 0,01$) a Nezávislosť ($r = -0,20$, $p < 0,05$), čo potvrdzuje, že so stúpajúcim vekom je tendencia hodnotiť fungovanie jednotlivých zmyslov horšie. Rovnako je tendencia so stúpajúcim vekom hodnotiť svoju nezávislosť ako horšiu. Vzťah medzi vekom a ostatnými subškálami dotazníka nebol štatisticky významný.

Predpokladali sme, že na vnímanie kvality života má významný vplyv výška dosiahnutého vzdelania. Sledovaný súbor sme rozdelili na seniorov s dosiahnutím základným vzdelaním a do spoločnej skupiny sme zlúčili respondentov so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním, využili sme Mann-Whitneyho U test. Štatisticky významný rozdiel sme stanovili len v subškále Postoj k smrti v prospech seniorov so základným vzdelaním (tab. 3).

Tab. 3. Porovnanie priemerného skóre v subškálach dotazníka WHOQOL-OLD podľa vzdelania

Subškála	ZŠ (N = 55)		SŠ a VŠ (N = 45)		p
	Priemer	ŠO	Priemer	ŠO	
Fungovanie zmyslov	12,22	4,14	12,82	3,64	0,49
Nezávislosť	13,15	4,44	14,18	4,16	0,30
Naplnenie	12,53	4,19	12,62	3,80	0,92
Sociálne zapojenie	11,76	4,59	11,82	4,67	0,84
Postoj k smrti	14,62	4,42	16,22	3,98	0,05
Blízke vzťahy	14,91	4,37	14,89	4,24	0,94

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ŠO – štandardná odchýlka

Zaujímalo nás, či existuje štatisticky významný rozdiel v prežívaní kvality života u seniorov žijúcich v domácom prostredí a v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Podľa miesta pobytu sme zistili v subškálach dotazníka WHO-QOL-OLD približne rovnaké priemerné skóre. Rozdiely medzi skupinami boli testované prostredníctvom neparametrického Mann-Whitneyho U testu, ktorý potvrdil signifikantný vzťah medzi seniormi žijúcimi v domácom prostredí a v zariadeniach sociálnych služieb v subškálach Sociálne zapojenie a Postoj k smrti. Zistený rozdiel naznačuje mierne rozdielne vnímanie kvality života v uvedených oblastiach u seniorov žijúcich v domácom prostredí a v zariadeniach sociálnej starostlivosti. V rámci subškály Sociálneho zapojenia seniori žijúci v zariadeniach sociálnej starostlivosti vyjadrujú väčšiu spokojnosť s dostatkom činností a s voľnočasovými aktivitami ako seniori žijúci v domácom prostredí. V subškále Postoj k smrti taktiež vyšší počet respondentov žijúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti uvádza, že nemajú strach z umierania a bolesti. Na základe tohto zistenia môžeme vysloviť názor, že v nami sledovanom súbore je kvalita života seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti rovnaká alebo aj lepšia ako kvalita života u seniorov v domácom prostredí (tab. 4).

Tab. 4. Porovnanie priemerného skóre v subškálach dotazníka WHOQOL-OLD podľa miesta pobytu

Subškála	DP (N = 50)		ZSS (N = 50)		p
	Priemer	ŠO	Priemer	ŠO	
Fungovanie zmyslov	12,50	3,63	12,48	4,21	0,95
Nezávislosť	14,00	4,27	13,22	4,39	0,34
Naplnenie	12,24	3,96	12,90	4,06	0,41
Sociálne zapojenie	10,62	4,44	12,96	4,51	0,01
Postoj k smrti	14,12	3,95	16,56	4,30	0,001
Blízke vzťahy	15,68	3,50	14,12	4,87	0,15

DP – domáce prostredie; ZSS – zariadenia sociálnej starostlivosti

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; ŠO – štandardná odchýlka

DISKUSIA

V našom výskume sme sa zamerali na zhodnotenie kvality života seniorov premietnutej v subškálach dotazníka WHOQOL-OLD, ktoré zaznamenávajú jednotlivé oblasti života. Zaujímavé zistenia sme zaznamenali v súvislosti s premennými vzdelanie a miesto pobytu.

Štatistická významnosť sa preukázala vo vzťahu medzi vzdelaním a subškálou Postoj k smrti ($p < 0,05$). Ukázalo sa, že seniori so základným vzdelaním majú menšie obavy z umierania a smrti. Myslíme si, že toto zistenie môže plynúť so skutočnosťou, že seniori s vyšším vzdelaním počas svojho života analyzovali a viac sa venovali problematike súvisiacej s postojmi a názormi na smrť. Na základe rôznorodých informácií môžu byť pre nich oblasť zomierania a smrti zaťažujúca, a tým nepriamo pôsobiť na vnímanie kvality ich života.

Vo všeobecnosti sa prezentuje názor, že najlepšie pre seniora je, aby zostal čo najdlhšie v domácom prostredí (ak to dovoľuje jeho zdravotný a sociálny status). V štúdiách (Oswald et al., 2007; Halvorsrud et al., 2012) bolo preukázané, že seniori žijúci v domácom prostredí (ak sú sebestační) majú menej príznakov depresívneho syndrómu a udávajú celkovo lepší wellbeing. V nami sledovanom súbore sa však ukázalo, že u seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti je vyššia spokojnosť v subškále Sociálneho zapojenia ($p < 0,01$) ako u seniorov žijúcich v domácom prostredí. Táto skutočnosť môže súvisieť aj so subškálou Postoj k smrti ($p < 0,001$). Seniori, ktorí žijú v zariadeniach sociálnej starostlivosti, sa častejšie stretávajú, využívajú voľnočasové aktivity, organizujú sa pre nich besedy na rôzne témy a práve to môže ovplyvňovať ich pozitívnejší postoj k otázkam smrti, ako to preukazujú aj výsledky nášho výskumu. Tieto zistenia podporuje aj myšlienka autorov Farský, Solárová (2010, s. 38), že pri zvyšovaní kvality života seniorov v sociálnej oblasti je potrebná pomoc a podpora najmä pri vytváraní nových plnohodnotných vzťahov, prostredia pre kreativitu a zmysluplné aktivity a zapájanie seniorov do širšieho spoločenského života. Bužgová (2008, s. 263) v kontexte zlepšovania kvality poskytovanej starostlivosti upozorňuje na nutnosť orientovať pozornosť predovšetkým na závislých a izolovaných občanov v zariadeniach, a to predovšetkým v oblasti aktívneho trávenia voľného času a budovania individuálnych vzťahov založených na dôvere.

Na zhodnotenie celkovej kvality života seniorov sme využili intervaly populačných noriem WHOQOL-OLD stanovené reprezentatívnym súborom pražskej populácie 60+ (Dragomerická, Prajsová, 2009, s. 17; s. 42), ktoré naznačujú, že kvalita života seniorov v nami sledovanom súbore sa v priemerných hodnotách pohybuje na dolnej

hranici smerom k priemeru. Hodnoty v subškále fungovanie zmyslov v nami sledovanom súbore predstavujú priemer 12,49, čo je v intervale normy v súbore pražskej populácie 60+ udávané na spodnej hranici. Podobné zistenia uvádzame aj v subškálach nezávislosť (priemer v nami sledovanom súbore je 13,61, čo je v intervale normy v súbore pražskej populácie 60+ na spodnej hranici), a subškále naplnenie (priemer v našom súbore je 12,57). V oblasti sociálneho zapojenia sa priemerné hodnoty (11,79) nášho súboru približujú k hodnotám, ktoré sú v súbore pražskej populácie 60+ označované ako mierne znížená kvalita (11,0). Subškála blízkych vzťahov je v oboch súboroch zhodná a predstavuje priemerné hodnoty. Najvýraznejšie výsledky sú v subškále postoj k smrti, kde hodnoty v nami sledovanom súbore predstavujú priemer 15,34, čo je v intervale normy v súbore pražskej populácie 60+ udávané na hornej hranici. Z tohto dôvodu sa zhodujeme so závermi, ktoré uvádzajú autori (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2005 s. 235), že kvalita života seniorov žijúcich v komunitných zariadeniach nie je optimálna, vyžaduje ďalšie skúmanie a snahu o poskytovanie starostlivosti, ktorá prinesie očakávané skvalitnenie života.

Za limitácie v realizovanom výskume možno považovať aktuálny zdravotný stav, ktorý mohol priamo ovplyvniť odpovede seniorov. Za významný faktor, ktorý je taktiež potrebné zohľadniť pri hodnotení kvality života seniorov, považujeme aj aktuálne rodinné a spoločenské zázemie seniorov.

ZÁVER

Demografický vývoj na Slovensku je zhodný s trendmi krajín Európskej únie a poukazuje na starnutie populácie. V súvislosti s dĺžkou života sa stále viac hovorí o jeho kvalite. Výsledky nášho výskumu poukazujú na potrebu zvýšenia celkovej kvality života seniorov. Je potrebné myslieť na skutočnosť, že seniori žijúci v domácom prostredí majú benefit, avšak ich kvalita života môže byť významne ovplyvnená nedostatkom sociálneho kontaktu.

Hodnotenie kvality života sa pre nás stáva výsledkom záujmu o poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti (Raková, 2010, s. 300) a zároveň prináša poznatky pre rozvoj v oblasti sociálnej starostlivosti. Cieľom starostlivosti o seniorov je vytváranie podmienok na komplexnú a multidisciplinárnu starostlivosť s prihliadnutím na prostredie, v ktorom sa senior nachádza, a umožniť jednotlivcom zdravo starnúť, viesť aktívny a zmysluplný život aj v období staroby (Zamboriová, Simočková, Potočková, 2007, s. 676). Nezastupiteľnou úlohou ošetrovateľstva je rozvoj dlhodobej starostlivosti o seniora v domácom prostredí či v komunite so zreteľom na zachovanie jeho rodinných väzieb. Starnutie predstavuje pre ľudstvo nový fenomén, ktorý je spojený so zdravotnými, sociálnymi a ekonomickými zmenami, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života jednotlivcov a následne celej spoločnosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BUŽGOVÁ, R. 2008. Spokojenosť senioru s inštitucionálnou péčou v Moravskoslezskom kraji. In *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 257-269.
- DRAGOMERICKÁ, E. – PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL-OLD. Príručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha : Psychiatrické centrum, 2009. 72 s.
- FARSKÝ, I. – ŽIAKOVÁ, K. – ONDREJKA, I. 2005. Inštitucionálna starostlivosť a kvalita života seniorov. In *Kontakt*, 2005, roč. 7, č. 3-4, s. 232-238.
- FARSKÝ, I. – SOLÁROVÁ, M. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. In *PROFESE ON-LINE* [online], 2010, roč. 3, č.1, s. 30-41. [cit. 2013-01-20]. Dostupné na internete: http://www.pouzp.cz/data/File/Casopis-online-pdf/cislo1-10/farsky_tisk.pdf.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. Bratislava : HERBA, 2010. 601 s.
- HALVORSRUD, L. et al. 2012. Quality of life in older Norwegian adults living at home: a cross-sectional survey. In *Journal of Research in Nursing*, 2012, vol. 17, no. 1, pp. 12-29.
- OSWALD, F. et al. 2007. Relationship between housing and healthy aging in very old age. In *The Gerontologist*, 2007, vol. 47, no. 1, pp. 96-107.
- PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 629 s.
- RAKOVÁ, J. 2010. Kvalita života pacienta vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti podľa ošetrovateľského konceptuálneho modelu. In *Globalizácia a kvalita života a zdravie*. Košice : EQUILIBRIA, 2010, s. 300-305.
- SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, M. – SUCHANOVÁ, R. – TIRPÁKOVÁ, L. 2011. Bolest', funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritídou. In *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online], 2011, roč. 2, č.3, s. 239-247. [cit. 2013-01-20]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/2_sovariova_soosova_suchanova_tirpakova.pdf.
- STANKOVÁ, M. 2001. Folsteinov test kognitívnych funkcií – MMSE. In *České ošetrovateľství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľské praxi* [online], 2001. [cit. 2011-07-12]. Dostupné na internete: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_katedry/svk/dokument_1016_222.doc.

- ŠÍMOVÁ, E. 2004. Kvalita života seniorov. In DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2004, s. 128-137.
- TOBIŠOVÁ, L. – JAROŠOVÁ, D. 2009. Hodnocení kvality života seniorů v domově-penzioně pro důchodce. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2009, s. 564-570.
- ZAMBORIOVÁ, M. – SIMOČKOVÁ, V. – POTOČEKOVÁ, D. 2007. Komplexné hodnotenie kvality seniorov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s hľadiska funkčného stavu. In *Teória, výskum a vzdelávanie a v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2007, s. 676-692.

Kontakt

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, FL UPJŠ

Tr. SNP č.1

040 11 Košice

Slovenská republika

e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Prijaté: 23. 1. 2013

Akceptované: 20. 3. 2013

VYUŽÍVÁNÍ HODNOTÍCÍCH A MĚŘÍCÍCH ŠKÁL V OŠETŘOVATELSTVÍ

Magda Taliánová*, Martina Jedlinská**, Markéta Moravcová*

* Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

** Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství

Abstract

TALIÁNOVÁ, M. – JEDLINSKÁ, M. – MORAVCOVÁ, M. The using evaluation and measuring scales in nursing. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 25-30. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovateľstvi>.

Introduction: This paper describes the use of evaluation and measuring scales in the performance of nursing practice in two healthcare facilities northeast region.

Aim: In our research we have identified three goals. The first objective of the research was to determine the percentage of generally nurses/midwives/pediatric nurses using evaluation and measuring scales in clinical practice non-accredited medical facilities. The second objective was to determine whether there is a statistical significance between the number of used and evaluation of the scale and type of education and length of nursing practice. The last objective was to find out where and through what methods respondents were familiar with evaluating and measuring scales (EMS).

Methods: Data were collected from the 11-item questionnaire assessed their own work and Chi square test of independence (χ^2) at a significance level of $\alpha = 0,05$ and relative frequency.

Results: The results show that the evaluation and measurement scales used by 114 (58,47 %) respondents. We demonstrated a statistically significant relationship between the type of education and the use of evaluation and measurement scales.

Conclusion: It's essential that nurses/midwives were systematically prepared to work with the most frequently used evaluation and measuring instruments during their studies through effective teaching methods.

Keywords: generally nurse; midwife; pediatric nurse; scale; nursing; clinical practise

ÚVOD

V současné době nabývá na důležitosti posouzení stavu klienta všeobecnými sestrami/porodními asistentkami/dětskými sestrami, které vychází z jejich kompetencí definovaných ve *Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb.* Nezbytnými pomůckami pro toto posouzení jsou mimo jiné i hodnotící škály stavu klienta v dané konkrétní oblasti.

Hodnotící a měřící škály (HMŠ) by měly být nedílnou součástí ošetrovateľské dokumentace. Jejich úkolem je přesně definovat předmět pozorování a způsob hodnocení tj. skórování vybraných projevů. Na základě získaných informací je možné identifikovat, objektivizovat a dokumentovat problémy související s ošetrovateľskou péčí, jejichž adekvátní řešení se projeví zkvalitněním individualizované ošetrovateľské péče (Bóriková, Fúrová, 2003, s. 11-13).

Mezi výhody používání hodnotících nástrojů patří pořízení formálního záznamu, získání velkého množství konzistentních dat s možností komparace a používání standardizované terminologie (Tomagová, 2009, s. 66). Možná úskalí aplikace hodnotících škál v ošetrovateľství lze spatřovat v problematickém překladu nově používaných škál z originálu, absence procesu několikastupňového překladu a národní validace nástrojů nebo použití různých modifikovaných verzí nástrojů (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13-17).

V dnešní době mají všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry k dispozici celou řadu hodnotících škál a měřících technik zaměřených např. na oblast výživy, sebekpěče, vědomí, vnímání, bolesti, mobility, kognitivních funkcí, kožní integrity, polykání, dýchání atd. Zkušenosti z praxe naznačují, že míra osvojení si základních vědomostí a dovedností souvisejících s využitím hodnotících škál v praxi je u zdravotnických pracovníků různá. Jednoznačně záleží na způsobu edukace, užití metodě i procesu upevnění si získaných znalostí a dovedností, kterými se konkrétní pracovník s danou hodnotící škálou seznámí. V neposlední řadě hraje i roli praktické užití dané metody v běžné denní praxi zdravotnických pracovníků. Domníváme se, že bezchybné a především jednotné užívání těchto nástrojů je bezpodmínečně nutné pro dosažení požadované kvality získávaných informací o stavu klienta.

V rámci vzdelávacieho procesu by mali byť študenti nelékařských zdravotníckych odborů vybaveni základnými dovednosťami, jak s těmito škálami pracovat. Z našich zkušeností a dostupné literatury vyplývá, že k nejčastěji užívaným edukačním metodám, pomocí kterých jsou študenti s problematikou HMŠ seznamováni, patří přednášky, instruktáž na pacientovi, videoukázka či samostudium.

CÍL

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit procentuální zastoupení všeobecných sester/porodních asistentek/dětských sester využívajících HMŠ v klinické praxi neakreditovaných zdravotnických zařízení.

Druhým cílem bylo zjistit, zda existuje statistická významnost mezi počtem využívaných HMŠ a typem vzdělání či délkou ošetrovatelské praxe.

Posledním cílem bylo zjistit, kde a prostřednictvím jakých metod byly respondentky seznámeny s HMŠ.

Výzkumné šetření neporovnávalo a nehodnotilo shodnost využití konkrétních HMŠ na jednotlivých odděleních, ale obecně využití HMŠ v práci respondentek. Tyto informace slouží jako podklad pro přípravu efektivního souboru edukačních a evaluačních metod využitelných pro výuku HMŠ u všeobecných sester/porodních asistentek/dětských sester.

METODIKA

Průzkumné šetření bylo provedeno anonymně prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 11 položek. 4 položky v dotazníku měly identifikační charakter a zjišťovaly typ oddělení, nejvyšší dosažené vzdělání v oboru, délku ošetrovatelské praxe a event. dosaženou specializaci ve zdravotnictví. Další 4 otázky mapovaly frekvenci využití HMŠ a poslední 3 otázky sledovaly edukační metody, pomocí kterých byly respondentky s HMŠ seznamovány. Jednalo se o otázky otevřené, dichotomické a škálové.

Průzkum probíhal od srpna do září 2011 ve dvou zdravotnických zařízeních, která v době průzkumu nebyla akreditována. Volba tohoto kritéria souvisí se sledováním připravenosti všeobecných sester/porodních asistentek/dětských sester i samotných zařízení na proces akreditace, kdy i rutinní užití HMŠ v ošetrovatelské praxi přispívá ke zvýšení kvality poskytované péče. Užívání HMŠ bylo zjišťováno v časovém horizontu jednoho roku tedy od srpna 2010 do září 2011. Velikost těchto zdravotnických zařízení je možné charakterizovat počtem lůžek, který byl v době šetření 381 do 939 a jedná se o zdravotnické zařízení okresního a krajského typu. Výsledná data byla vyhodnocována relativní četností, testem nezávislosti χ^2 při hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

SOUBOR

Výzkumného šetření se zúčastnilo 195 respondentek (148 všeobecných sester, 28 porodních asistentek, 19 dětských sester) ze 17 typů ošetrovacích jednotek dvou zdravotnických zařízení na území východočeského regionu. Zastoupeno bylo 111 respondentek (56,92 %) z oddělení chirurgického typu a 84 respondentek (43,08 %) z oddělení interního typu. Mezi oddělení chirurgického typu byla zařazena ortopedie, otorinolaryngologie, anesteziologicko-resuscitační oddělení, chirurgie, oční, porodní sál a pooperační gynekologie a mezi interní obory jsme zařadily dětské, novorozenecké, neurologické, kožní, interní, rehabilitační, geriatrické a onkologické ošetrovací jednotky. Průměrná délka ošetrovatelské praxe u všech dotazovaných respondentek činila 11 let a 3 měsíce (medián 8), přičemž maximální délka praxe byla 40 let a minimální délka praxe 6 měsíců.

Rozdáno bylo celkem 250 dotazníků, návratnost byla 80 %, přičemž 5 bylo pro neúplnost vyřazeno. Celkem tedy bylo zpracováno 195 dotazníků.

VÝSLEDKY

V prvním cíli nás zajímalo kolik respondentek v daném období HMŠ využívalo. Z výsledků plyne, že tyto škály využívá 114 (58,47 %) respondentek.

Průměrný počet používaných škál je 1,5 (medián 2) tedy 1 – 2 škály, maximální počet byl 5 škál, minimální počet 0, viz podrobněji znázorněno tab. 1. Mezi čtyři nejčastěji užívané škály patřily Hodnocení rizika vzniku deku-bitů dle Nortonové – 53 respondentek (46,49 %), Glasgow coma scale (GCS) – 51 respondentek (44,73 %), Apgar skóre (APG) – 25 respondentek (21,92 %), Vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti (VAS) – 24 respondentek (21,05 %).

Tab. 1. Počet hodnotících a měřících škál využívaných respondentkami

Počet HMS	n_i	f_i (%)
Škály nevyužívám	81	41,53
Využívám jednu škálu	45	23,10
Využívám dvě škály	34	17,43
Využívám tři škály	20	10,25
Využívám čtyři škály	6	3,07
Využívám pět škál	9	4,62
Σ	195	100

Legenda: n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost, Σ – suma

Z tab. 1 je patrné, že z celkového počtu respondentek 81 (41,53 %) nepoužívá žádnou HMS, 45 (23,10 %) jich používá jednu škálu, 34 (17,43 %) dvě škály, 20 (10,25 %) tři škály, 6 (3,07 %) čtyři škály a 9 (4,62 %) pět škál.

Druhým cílem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi typem vzdělání respondentek a využíváním hodnotících a měřících škál. Výsledkem analýzy ve specializované aplikaci STATISTICA.cz je p-hodnota 0,03526, kontingenční koeficient 0,179. Při porovnání p-hodnoty s hladinou významnosti konstatujeme, že se podařilo prokázat statisticky významný vztah mezi vzděláním respondentek a používáním *hodnotících a měřících škál* (tab. 2). Respondentky s vysokoškolským vzděláním používají více hodnotících a měřících škál než respondentky se středoškolským vzděláním.

Tab. 2. Vliv vzdělání na využívání hodnotících a měřících škál

Nejvyšší dosažené vzdělání	Používá		Nepoužívá		Celkem	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Středoškolské	67	54,47	56	45,53	123	100
Vyšší odborné	18	54,54	15	45,46	33	100
Vysokoškolské (Bc., Mgr.)	29	74,35	10	25,65	39	100
Σ	114	58,47	81	41,53	195	100

Legenda: n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost, Σ – suma

Součástí druhého cíle bylo také zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi délkou ošetrovatelské praxe a využíváním hodnotících a měřících škál. Vzhledem k tomu, že výsledná p-hodnota je 0,441, při hladině významnosti $\alpha = 0,05$, nelze potvrdit statistický významný rozdíl mezi délkou ošetrovatelské praxe a používáním hodnotících a měřících škál viz tab. 3.

Tab. 3. Vliv délky ošetrovatelské praxe na využívání hodnotících a měřících škál

Délka ošetrovatelské praxe	Používá		Nepoužívá		Celkem	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
0 – 5 let	48	64,00	27	36,00	75	100
6 – 20 let	30	53,57	26	46,43	56	100
21 let a více	36	56,25	28	43,75	64	100
Σ	114	58,47	81	41,53	195	100

Legenda: n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost, Σ – suma

Tretím cieľom bolo zistiť, kde a prostredníctvom jakých metód by respondentky seznámeny s HMŠ. Z prúzkumu také vyplynulo, že 93 (81,57 %) respondentiek využívajúcich HMŠ se s nimi poprvé seznámilo již při studiu na škole a 21 (18,42 %) až v průběhu zaměstnání. Respondentky odpovídaly, že nejčastěji používanou edukační metódou byla v 81 (71,00 %) případech přednáška, ve 47 (41,22 %) případech instruktáž na pacientovi, ve 42 (36,84 %) případech popis, ve 21 případech (18,42 %) samostudium a shodně ve 4 případech byla uvedena instruktáž na modelu, videoukázka či odpověď jiné.

DISKUSE

Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství všeobecnou sestrou/ porodní asistentkou/dětskou sestrou je významné z hlediska zajištění kvality ošetrovatelské péče i kvality života samotných klientů. Význam využití hodnotících a měřících škál v ošetrovatelské praxi podporuje i *Royal College of Nursing* ve svém doporučení *Nursing assessment and older people*. Z výsledků je patrné, že v našem sledovaném souboru pracuje s hodnotícími a měřícími škálami pouze 58,47 % respondentek, což je poměrně nízké číslo, neboť práce s těmito škálami je většinou poměrně jednoduchá, časově nenáročná a poskytuje nezbytné informace pro provádění adekvátní ošetrovatelské péče. Samozřejmě vzhledem k odborné specializaci jednotlivých oddělení je jasné, že ne každá škála má pro dané oddělení význam, nicméně se domníváme, že by všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry měly pracovat průměrně se 2 – 3 škálami, které jsou standardizované a tím poskytují adekvátní a porovnatelné informace o zdravotním stavu klientů (*Nursing assessment and...*, 2004).

Podíváme-li se na výsledky, tak vidíme, že mezi čtyři nejčastěji užívané HMŠ patří škála hodnocení vědomí prostřednictvím *Glasgow coma scale*. Tento nástroj hodnotí schopnost otevření očí, slovní a motorickou odpověď pacienta. Maximální počet bodů je 15, minimální 3. Při výsledné hodnotě 12 bodů a méně je nutná lékařská intervence vycházející ze stavu nemocného. Detekci změněné úrovně vědomí může signalizovat nástup intrakraniální hypertenze (Mandysová et al., 2008). Lékařské intervence mají šanci na úspěch, pokud jsou tyto změny v úrovni vědomí odhaleny co nejdříve. Všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry jsou zdravotnickými pracovníky, kteří jsou přítomni u lůžka pacienta 24 hodin denně. Proto je důležité znát přesný postup při stanovování skóre GCS. Avšak odborná literatura se opakovaně zmiňuje o tom, že všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry mají stále problémy s adekvátním stanovováním určitých položek GCS (Iankova, 2006; Baker, 2008). Proto je třeba zajistit kvalitní edukaci a následnou evaluaci v této oblasti.

Druhou nejčastěji používanou HMŠ je hodnocení rizika vzniku dekubitů dle *Nortonové*. Jedná se o devítipoložkový nástroj identifikující schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinenci a aktivitu. Míra rizika se hodnotí u každé položky v rozmezí 1 – 4 bodů, přičemž zvýšené nebezpečí nastane při poklesu celkového skóre pod 25 bodů. Tento nástroj může být využíván na poměrně širokém spektru klientů v rámci individualizované ošetrovatelské péče, a to především v rámci komplexního přístupu k prevenci vzniku dekubitů. Význam této problematiky je patrný i z přístupu *Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR)*, které vydalo ve *Věstníku MZ ČR č. 6/2009 Metodiku prevalencečního sledování dekubitů na národní úrovni*, jehož hlavní součástí je právě zmiňovaná škála.

Třetím nejčastěji užívaným hodnotícím nástrojem respondentkami bylo stanovení *Apgar skóre* sloužícího k posouzení zdravotního stavu novorozence 1, 5 a 10 min po porodu, kdy je hodnocena srdeční frekvence, dechová aktivita, svalový tonus, barva kůže a reakce na podráždění (reflexy) 0 – 2 body (Muntau, 2009, s. 5). Celkové skóre získáme součtem jednotlivých položek, přičemž maximum je 10 bodů, minimum 0. Při hodnotách 7 a méně je nutná zvýšená observace novorozence včetně případných lékařských či ošetrovatelských intervencí vyplývajících ze stavu novorozence dítěte. *Apgar skóre* je využíváno zejména na porodních sálech či novorozeneckých odděleních.

Na čtvrtém místě byla uvedena *Vizuální analogová škála pro bolest*. Její využití opět prolíná všemi lékařskými obory a v praxi se můžeme setkat s jejími různými modifikacemi. Tato škála má opět velmi úzký vztah ke kvalitě poskytované péče či života. Zhodnocení subjektivního vnímání bolesti bezesporu přispívá i ke zvýšení compliance klientů. Problematiku využití sofistikovaných hodnotících škál bolesti v ošetrovatelské praxi zjišťovala např. Birešová, přičemž z výsledků jejího výzkumu vyplynulo, že sestry sice využívají měřící techniky, znají více druhů škál a dotazníků, ale nevyužívají je v dostatečné míře (Birešová, 2011). I přesto, že většina hodnotících a měřících škál má jednoduchou metodiku a jsou časově nenáročná, je nutné, aby tyto škály byly v rámci ošetrovatelské diagnostiky využívány častěji a pravidelně se zřetelem na daný typ pacientů na jednotlivých odděleních. Škály přispívají k objektivizaci výskytu ošetrovatelských problémů, včetně hodnocení účinnosti zvolených intervencí. Jak vyplynulo z našeho šetření, existuje vztah mezi vzděláním a používáním hodnotících a měřících škál. Z tohoto

důvodu by měly instituce zaměřené na vzdělávání zdravotnických pracovníků vést studující k tomu, aby se naučili se škálami precizně pracovat a také je využívat při vykonávání své budoucí profese. Důležitá je tedy jak úroveň vzdělávání, tak i zvolené metody výuky.

Z výsledků je patrné, že většina respondentek se se škálou sice poprvé seznámila již při studiu, nicméně hlavní vzdělávací metodou byla přednáška, instruktáž na modelu eventuálně pacientovi či samostudium. Tyto metody nezvyšují motivaci k využití škál a respondenty si pak nejsou jisté využitím svých znalostí a dovedností v praxi. Objevit se mohou pochybnosti, zda dovedou s těmito nástroji správně pracovat, aniž by poškodily pacienta. Pro zefektivnění nácviku práce s hodnotícími a měřícími škálami a tím i zvýšení četnosti jejich využití v praxi by mohla přispět inovace v metodách jejich výuky, a to jak v pregraduálním typu vzdělání, tak i ve vzdělávání celoživotním. Zefektivnění výuky v oblasti měřících technik do výuky prostřednictvím nových výukových metod ve výuce ošetrovatelství popisuje i Birešová (2011).

Inovace by mohla spočívat v zavedení např. edukační metody tzv. standardizovaného pacienta. Tato metoda spočívá v simulacích situací vyskytujících se v klinické praxi, které pomohou edukantům rozvíjet, zdokonalit a aplikovat znalosti a dovednosti prostřednictvím interaktivní výuky, a to v rozsahu odpovídajícím jejich vzdělávacím potřebám. Studenti se účastní simulovaných scénářů péče o pacienta v konkrétním klinickém prostředí, aniž by měli strach z poškození pacienta (Durham, Alden, 2008, s. 222-223). Po úspěšném zvládnutí práce s HMŠ v simulovaném prostředí je možné, aby student zúročil svoje znalosti a dovednosti již při poskytování adekvátní péči skutečnému pacientovi.

ZÁVĚR

Nutnost používání HMŠ je uvedena v úvodní části, kde je zmiňován přínos pro ošetrovatelskou praxi. Z výsledků jasně plyne, že je důležité, aby všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry byly systematicky a efektivně připravovány na práci s nejčastěji používanými hodnotícími a měřícími škálami již během studia a to prostřednictvím efektivních výukových metod jakými je např. metoda simulovaného pacienta, která připraví studující tak, aby byli schopni zareagovat na různé typy problematických situací, se kterými se mohou při používání hodnotících a měřících škál v praxi setkat. Důležité však je, aby management jednotlivých oddělení kontroloval, zde všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry s těmito nástroji pracují a jestli je skutečně umí správně používat. Stále se bohužel v klinické praxi setkáváme s tím, že některé všeobecné sestry/porodní asistentky/dětské sestry tyto nástroje nevyužívají, či s nimi neumí pracovat. Tuto skutečnost naznačilo i naše šetření.

Domníváme se, že pozitivně se může v této situaci projevit i akreditace zdravotnických zařízení, která vyžaduje v rámci zvýšení kvality poskytované péče tyto hodnotící a měřící škály používat.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BIREŠOVÁ, E. 2011. Implementace sofistikovaných hodnotících škál bolesti do ošetrovatelské péče. In *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 7-8, s. 38-40.
- BAKER, M. 2008. Reviewing the application of the Glasgow Coma Scale: does it have interrater reliability? In *Br. J. Neurosci. Nurs.*, 2008, vol. 4, no. 7, pp. 342-347.
- BORIKOVÁ, I. – FÚROVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meriace škály v ošetrovateľskej praxi. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútorném lekárstve*. Martin : JLF UK, 2003, s. 11-13.
- BORIKOVÁ, I. – ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007, s. 13-17.
- DURHAM, C.F. – ALDEN, K.R. 2008. Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation. In Hughes R.G. (ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008, pp. 221-260.
- IANKOVA, A. 2006. The Glasgow coma scale: Clinical application in emergency departments. In *Emergency nurse*, 2006, vol. 14, no. 8, pp. 30-35.
- MANDYSOVÁ, P. – HLAVÁČKOVÁ, E. – EHLER, E. 2008. Fyzikální vyšetření pro sestry: Glasgow coma scale. In *Profese*. 2008, roč. 3, č. 2, s. 4-5.
- MUNTAU, A.C. 2009. *Pediatric*. Praha : Grada, 2009. 581 s.
- Nursing assessment and older people* [online]. 2004. London : Royal College of Nursing, 2004, pp. 2-8. [cit. 2013-04-12]. Dostupné na internete: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78616/002310.pdf.

TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *Profese on-line* [online], 2009, roč. 2, č. 2, s. 65-77. [cit. 2013-04-12]. Dostupné na internete:
<http://www.pouzp.cz/text/cs/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov.aspx>.
Věstník ze dne 12. srpna 2009. Metodiku prevalečního sledování dekubitů na národní úrovni. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009, částka 6.
Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb.

Kontakt

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, FZS UPa
Průmyslová 395
530 03 Pardubice
Česká republika
e-mail: magda.talianova@upce.cz

Prijaté: 29. 10. 2012

Akceptované: 19. 2. 2013

VYUŽITIE MERACÍCH ŠKÁL V HODNOTENÍ NEUROLOGICKÉHO STAVU U PACIENTOV S NÁHLU CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

Elena Gurková, Silvia Cibíriková, Dagmar Magurová, Andrea Lengyelová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

GURKOVÁ, E. – CIBÍRIKOVÁ, S. – MAGUROVÁ, D. – LENGYELOVÁ, A. Implementation of measuring scales in neurological assessment of patients with acute stroke. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 1, pp. 31-37. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzitie-meracich-skal-v-hodnoteni-neurologickeho-stavu-u-pacientov-s-nahlou-cievnou-mozgovou-prihodou>.

Aim: There are several valid and reliable measurements tools available for assessment different areas of stroke care. There is a less attention in Slovak literature focused on nursing neurological assessment in the acute phase of stroke. The aim of this paper was to identify scales or measurements that are involved in clinical nursing guidelines related to neurological assessment in the acute phase of stroke management.

Methods: Content analysis of nursing clinical guidelines focused on prevention, diagnosis and management of acute stroke and its complications. *Evidence-Based Medicine Reviews* (OVID SP) a *EBSCO databases* from 2003 to 2013 were searched for this study. The titles and content of 440 citations were reviewed to identified those related to nursing care. According to inclusion and exclusion criteria we selected for content analysis 9 clinical guidelines.

Sample: Nine clinical nursing guidelines involved into analysis according to inclusion criteria.

Results: The overview of nine valid and reliable, sensitive and specific scales used by nurses in the initial management of acute stroke.

Conclusions: Selected 9 scales can improve initial diagnostic accuracy of acute stroke, therapeutic effectiveness (thrombolysis) and neurological assessment during stroke management.

Keywords: acute stroke, measurements, assessment, acute phase

ÚVOD

V jednotlivých fázach starostlivosti o pacienta s náhlou cievnou mozgovou príhodou (ďalej NCMP) sa využíva široké spektrum meracích nástrojov za účelom zberu a objektivizácie dát pri diagnostike NCMP, stanovovaní postupu liečby, resp. hodnotení jej klinickej efektívnosti. Jednotlivé nástroje sa vzťahujú k hodnoteniu významných oblastí dopadu NCMP, napríklad hodnotenie neurologického deficitu, funkčného stavu, kognitívnych a motorických funkcií, denných a inštrumentálnych denných aktivít, rovnováhy, symbolických funkcií a podobne (Stroke Assessment Scales Overview, 2013). Uvedené oblasti predstavujú integrálnu súčasť diagnostiky rôznych zdravotníckych pracovníkov (zdravotníckych záchranárov, neurológov, sestier, fyzioterapeutov, logopédov) participujúcich na interdisciplinárnej starostlivosti o pacientov s NCMP.

V domácej odbornej ošetrovateľskej literatúre (napr. Slezáková, 2006) sa stretávame v súvislosti s problematikou NCMP s dominanciou všeobecne známych škál na posúdenie vedomia (napr. *Glasgowská stupnica hĺbky vedomia*) a kognitívneho deficitu (testy psychických funkcií), resp. škál využiteľných v chronickej fáze liečby a rehabilitácie (napr. na posúdenie funkčného stavu, miery sebestačnosti, predikcie vývoja dekubitov, bolesti a pod.). V menšej miere sú spracované nástroje posúdenia neurologického deficitu v hyperakútnej a akútnej fáze ochorenia. Tieto škály sú spracované predovšetkým v medicínskej odbornej literatúre (napr. Brozman, 2008). Otázne taktiež zostáva, ktoré zo škál špecificky zameraných na hodnotenie neurologického stavu pacienta môžu v klinickej praxi využívať sestry.

Jedným z relevantných zdrojov efektívnej implementácie meracích nástrojov v klinickej praxi predstavujú klinicky odporúčané postupy (*clinical guidelines*, ďalej KOP). KOP ako jeden z prostriedkov uplatňovania ošetrovateľstva založeného na dôkazoch v praxi predstavujú systematicky vytvárané stanoviská – konsenzus, vypracovaný skupinou odborníkov pre uľahčenie rozhodovania zdravotníckych pracovníkov v klinickej praxi. Sú založené na najlepších dostupných vedeckých dôkazoch, a tým zabezpečujú vysoký stupeň klinickej istoty (konkretizovaný kvalitou dôkazov jednotlivých usmernení v KOP). Na základe definícií KOP sumarizujú Ličeník (2009, s. 22); Bóriková (2013, s. 1) ich nasledujúce charakteristiky – systematický vývoj a tvorba, primeranosť zdravotnej starostlivosti a vedeckosť; pravidelná revízia a aktualizácia. V súčasnosti je dostupné množstvo KOP týkajúcich

sa starostlivosti o pacientov s NCMP. Napríklad len na stránkach *Americkej kardiologickej spoločnosti* je dostupných viac ako 60 KOP týkajúcich sa problematiky NCMP (Stroke Statements & Guidelines, 2013) publikovaných od roku 1994. V našom príspevku sme sa zamerali len na špecifické ošetrovateľské KOP. Zisťovali sme, ktoré meracie nástroje sú zakomponované v zahraničných ošetrovateľských KOP v akútnej starostlivosti pri zhodnotení neurologického stavu pacientov s NCMP.

CIEĽ

Cieľom príspevku je vytvoriť na základe obsahovej analýzy KOP prehľad validných, reliabilných, citlivých a špecifických meracích nástrojov, ktoré môže využiť sestra v akútnej fáze starostlivosti o pacienta s NCMP. Formulovali sme základnú klinickú otázku (*background question*): Ktoré meracie nástroje sú súčasťou KOP týkajúcich sa posúdenia neurologického stavu pacientov s NCMP v akútnej fáze ochorenia? V rámci jednotlivých nástrojov sme sa zamerali na ich psychometrické vlastnosti¹, ako aj úroveň dôkazu daných odporúčaní, v rámci ktorých bol nástroj uvedený.

METODIKA

V iniciálnej fáze výskumu sme vykonali obsahovú analýzu KOP, ktoré sa týkali prevencie, diagnostiky, liečby NCMP a komplikácií ochorenia. Základný súbor tvorili všetky KOP týkajúce sa NCMP. KOP, ktoré sme podrobili analýze, boli identifikované kombinovaným vyhľadávaním dvojkombinácií a viacnásobných kombinácií kľúčových slov: *stroke, acute stroke, acute stroke assessment, guidelines, clinical guidelines, evidence based guidelines, guide, nursing, nursing guidelines*.

Vyhľadávanie v dostupných databázach – *Evidence-Based Medicine Reviews* (OVID SP) a databáza EBSCO bolo zamerané na KOP v anglickom jazyku publikované počas predchádzajúcich 10 rokov, teda od roku 2003. Základný súbor tvorili všetky KOP, ktoré boli publikované v rámci problematiky NCMP. Na základe rešerše v uvedenej databáze sme identifikovali 440 publikácií, ktoré tvorili základný súbor štúdie. Ďalší spôsob vyhľadávania zúžil tento súbor len na KOP týkajúce sa ošetrovateľskej starostlivosti. Zaraďovacie kritéria pre zaradenie KOP do prehľadu sme stanovili nasledovne:

- KOP predstavovali špecifické ošetrovateľské alebo interdisciplinárne odporúčania;
- KOP boli založené na dôkazoch, resp. išlo o expertné a konsenzuálne KOP;
- na tvorbe KOP participovali profesijné sesterské organizácie.

Z uvedeného súboru 440 publikácií boli vylúčené KOP, ktoré:

- boli zamerané len na medicínsku diagnostiku a liečbu, resp. jej časti;
- na tvorbe KOP neparticipovali profesijné sesterské organizácie;
- boli koncipované ako primárne štúdie a syntézy (systematické prehľady a metaanalýzy).
- neboli dostupné vo forme *full textu*.

Z celého súboru sa k vyššie uvedeným kritériám vzťahovalo len 9 publikácií. Tieto KOP boli následne analyzované. Obsahovou analýzou sa sledovali nasledujúce premenné: názov KOP; organizácia, ktorou bol vydaný; rok vydania; meracie nástroje, ktoré obsahoval; psychometrické vlastnosti; úroveň dôkazu pri danom nástroji.

Zoznam KOP zaradených do obsahovej analýzy

1. Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Guidelines for the Primary Prevention of Stroke : A Guideline for Healthcare (Goldstein et al., 2011)
2. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning (Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning, 2010) Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack, 2008)
3. Clinical Guidelines for Stroke Management (Clinical Guidelines for Stroke Management, 2010)

4. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient : A Scientific Statement From the American Heart Association (Summers et al. 2009)
5. Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention, 2008)
6. Stroke Assessment Across the Continuum of Care (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005)
7. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors : An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on and Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council (Gordon et al., 2004)
8. Guide to the Care of the Patient with Ischemic Stroke (Guide to the Care of the Patient with Ischemic Stroke, 2004)
9. National clinical guidelines for stroke (Intercollegiate Stroke Working Party; 2012)

VÝSLEDKY

Hodnotenie stavu pacienta s NCMP z hľadiska priebehu a kontinuity starostlivosti možno rozdeliť do troch oblastí. V prednemocničnej starostlivosti sú predmetom posúdenia kvantitatívne a kvalitatívne poruchy vedomia, ako aj rozpoznanie výskytu a času vzniku príznakov NCMP.

V akútnej nemocničnej starostlivosti je v popredí (okrem vyššie uvedených oblastí) posúdenie neurologického stavu. V ďalšej fáze starostlivosti (chronická fáza) sa zameriavame na hodnotenie funkčného stavu (denné a inštrumentálne denné aktivity); riziká vzniku komplikácií (riziko vzniku dekubitov, riziko pádu, tromboembolické komplikácie, spastickosti a vznik kontraktúr); stavu výživy, bolesti, poruchy prehltania, psychických funkcií (kognitívny deficit, úzkostné poruchy, depresívne poruchy).

V našej práci sme sa z hľadiska komplexnosti a rozsahu problematiky zamerali len na hodnotenie neurologického stavu pacienta v prednemocničnej a akútnej nemocničnej starostlivosti. Uvedená oblasť je v domácej ošetrovateľskej literatúre spracovaná v menšom rozsahu. V jednotlivých KOP sme sa zamerali na jednotlivé nástroje, ktoré sa využívajú v iničálnom zhodnotení stavu pacienta s NCMP. Zatriedili sme ich podľa oblastí, na ktoré sa zameriavajú, a taktiež podľa fáz liečby NCMP.

Rozpoznanie príznakov NCMP, zhodnotenie pacienta s podozrením na NCMP – hyperakútne štádium (in-hospital assessment; pre-hospital assessment)

Rozpoznanie výskytu (charakteru a času vzniku) nových symptómov NCMP je jednou zo základných úloh participácie sestier v prednemocničnom zhodnotení stavu pacienta. Na základe cieľovej anamnézy a orientačného fyzikálneho vyšetrenia by mala sestra pomáhať stanoviť kvalifikované podozrenie na NCMP a zrealizovať definované opatrenia potrebné pre zabezpečenie časovo obmedzených terapeutických možností (*time is brain*). V súvislosti s výskytom symptómov je dôležité zaznamenať čas, kedy sa pacient naposledy cítil dobre, alebo bol v poriadku (*last known well time*)². Uvedený čas je základným determinantom pre výber terapeutických možností (konkrétne trombolytickej liečby) počas hyperakútnej fázy. V SR uvedenú fázu liečby podrobne spracúva Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre starostlivosť o pacientov s náhlou cievnu mozgovou príhodou v hyperakútnom štádiu z roku 2008 (Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre starostlivosť o pacientov s náhlou cievnu mozgovou príhodou v hyperakútnom štádiu, 2008). V uvedenom usmernení sú spomenuté intervencie v kompetencii lekára. Ošetrovateľské KOP však špecificky vymedzujú aj úlohu sestry v zhodnotení stavu pacienta v urgentnej starostlivosti. Nástroje, ktoré sú uvedené v KOP v tejto fáze starostlivosti, sumarizujú tab. 1. a tab. 2. Uvedené nástroje sú odporúčané predovšetkým pre urgentnú zdravotnú starostlivosť (zdravotníckych záchranárov a lekárov RZP) vrátane vymedzenia roly sestier v interdisciplinárnom tíme. Napríklad v KOP *Americkej kardiologickej spoločnosti* (Summer et al., 2009, s. 2914) pre ošetrovateľskú a interdisciplinárnu starostlivosť o pacientov s NCMP je odporúčanie použiť niektorú z vyššie uvedených škál v tejto fáze starostlivosti v triede I (odporúčanie pre realizáciu, benefity sú vyššie ako riziko), úroveň B (dôkazy sú získané z metaanalýz a randomizovaných klinických štúdií). V KOP vypracovaných *Sesterskou profesijnou organizáciou v Ontáriu* (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005, s. 28) je využitie škál sestrou v tejto fáze starostlivosti na úrovni kvality dôkazov IV (tzn. na úrovni názoru expertov). Uvedené rozdiely v kvalite dôkazov vo vyššie uvedených dvoch KOP spočívajú v cieľovej skupine. Odporúčania v KOP *Americkej kardiologickej spoločnosti* (Summer et al., 2009, s. 2914) sa týkajú všeobecne zdravotníckych pracovníkov v urgentnej starostlivosti. Taktiež senzitivita, špecifita a prediktívne hodnoty uvedených nástrojov boli sle-

dované na cieľovej skupine lekárov a zdravotníckych záchranárov (Management of patients with stroke or TIA, 2008, s. 7; Summer et al., 2009, s. 2914). KOP vypracované Sesterskou profesijnou organizáciou v Ontáriu (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005, s. 34) vychádzali len z názoru expertov odvodených z uvedených štúdií. Uvedené nástroje totiž neboli testované na špecifickej skupine sestier, preto ich efektívnosť použitia sestrami sa dá predpokladať z výsledkov štúdií, v ktorých sa testovala implementácia v urgentnej zdravotnej starostlivosti. Najčastejšie využívanými škálami sú podľa Summers et al. (2009, s. 2914) *Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale* (CPASS) a *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS). V súčasnosti sa dostáva v urgentnej starostlivosti viac do popredia (Summers et al., 2009, s. 2914; Scottish Intercollegiate Guidelines Network..., 2008, s. 7) *Face-Arm-Speech Test* (ďalej FAST) a *Melbourne Acute Stroke Scale* (ďalej MASS) práve pre lepšie psychometrické vlastnosti pri ich použití zdravotníckymi záchranármi. Použitie MASS a FAST sa spájalo so vzostupom diagnostickej presnosti, rýchlejšou aktiváciou cieľového zdravotníckeho zariadenia, skrátením času od príchodu pacienta k vyšetreniu lekárom (*door to doctor time*) a zobrazovacími vyšetrovacími metódami (Management of patients with stroke or TIA, 2008, s. 7). V prednemocničnej fáze starostlivosti je dôležitá taktiež edukácia verejnosti, príbuzných o dôležitosti rýchleho rozpoznania príznakov NCMP. FAST a CPASS predstavujú škály, ktoré môže sestra využiť ako metodický nástroj v ich edukácii.

Tab. 1. Nástroje posúdenia NCMP v prednemocničnej fáze

Nástroj	Oblasti posúdenia	Psychometria	Zdrojový KOP
Face Arm Speech-Test (FAST)	Faciálna paréza, pohyb rúk, porucha reči	Pozitívna prediktívna hodnota (PPV): 78%	Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008) Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009)
Melbourne Acute Stroke Scale (MASS)	Fyzikálne vyšetrenie (pokles tváre, pohyb rúk, stisk rúk, poruchy reči) Skriningové anamnestické položky (vek, anamnéza výskytu kŕčov a epilepsie, pripútanie na lôžko/invalidný vozík, hodnota glykémie).	Senzitivita: 82% Špecificita: 85% PPV: 64% Negatívna prediktívna hodnota (NPV): 94%	Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008) Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009)
Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPASS)	Tvár, pohyb rúk, reč	Senzitivita: 82% Špecificita: 79% PPV: 57% NPV: 95%	Management of patients with stroke or TIA: assessment and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008) Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009)
Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS)	Skriningové anamnestické kritériá (vek, anamnéza výskytu kŕčov a epilepsie, nové neurologické symptómy/24 h, mobilita pred nástupom problémov, hodnota glykémie) Fyzikálne vyšetrenie (pokles tváre, pohyb rúk, stisk rúk)	Senzitivita: 91% Špecificita: 97% PPV: 86% NPV: 97%	Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009)
Recognition of stroke in the emergency room (ROSIER)	Čas nástupu symptómov, vedomie, asymetria tváre, pokles horných a dolných končatín, porucha reči, zrakové pole	Senzitivita: 92% Špecificita: 86% PPV: 64% NPV: 88% PPV: 90%	Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008)

Použitie vyššie uvedených škál sa vo všeobecnosti spája s vyššou presnosťou a rýchlosťou diagnostiky NCMP, rozhodovaním o výbere terapie a realizovaním následných liečebných a diagnostických výkonov vrátane intravenózne trombolytickej liečby (Summer et al., 2009, s. 2914; Management of patients with stroke or TIA, 2008, s. 6-7). Z uvedeného dôvodu sú v KOP zakomponované odporúčania pre používanie vyššie uvedených škál v ošetrovateľskej starostlivosti. Odporúčania pre ich použitie sestrami sú na úrovni kvality dôkazov IV (tzn. na úrovni názoru expertov).

Zhodnotenie neurologického deficitu v nemocničnej starostlivosti v hyperakútnej a akútnej fáze

Najčastejšie využívaným nástrojom na zhodnotenie neurologického deficitu predstavuje *NIH Stroke Scale* (NIHSS). Ide o štandardizované neurologické vyšetrenie slúžiace pre popis deficitu u pacientov s NCMP, ktoré podľa KOP môže vykonávať zaškolená sestra. Cieľom použitia tejto škály je, aby rôzni vyšetrujúci hodnotili pacientov podobne a výsledky tak boli porovnateľné. NIHSS bola zakomponovaná vo všetkých KOP, ktoré sme do analýzy zaradili. Jej využitie je nielen v iníciaľnom posúdení neurologického deficitu, ale predstavuje štandardizovanú metódu detekcie neurologických zmien v kontinuu komplexnej starostlivosti (zhodnotenie neurologického deficitu pred začiatkom liečby a kvantifikovanie zlepšenia neurologického stavu v jej priebehu). V súčasnosti je dostupná preložená česká verzia NIHSS s priloženým originálnym manuálom v anglickom jazyku (National institute of health stroke scale, 2013). Odporúčania pre jej použitie sestrami sú na úrovni kvality dôkazov IV (tzn. na úrovni názoru expertov (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005, s. 34).

Tab. 2. Nástroje hodnotenia neurologického deficitu, dysfágie

Nástroj	Oblasti posúdenia	Psychometria	Zdrojový KOP
Canadian Neurological Scale (CNS)	Vedomie, orientácia, reč a motorika tváre, horných a dolných končatín	Potvrdená dobrá validita, reliabilita a inter-rater reliabilita – zhoda medzi nezávislými pozorovateľmi	Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008) Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009) Continuum of Care (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005)
National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)	Hodnotenie 15 položiek, ktoré môžu byť hodnotené sestrou Obsahuje nasledujúce oblasti – úroveň vedomia, pokyny k úrovni vedomia, horizontálny pohyb očí, zrakové pole, faciálna obrna, motorika horných a dolných končatín, končatinová ataxia, citlivosť, afázia, dysartria, neglect (zanedbávanie jednej strany tela)	Potvrdená dobrá validita, reliabilita a inter-rater reliabilita – zhoda medzi nezávislými pozorovateľmi. Senzitivita: 72% Špecificita: 89%	Stroke Assessment Across the Continuum of Care (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005) Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention (Management of patients with stroke or TIA, 2008) Statement from the American Heart Association (Summer et al., 2009)
Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST)	Krátky skriningový test na identifikáciu dysfágie určený vyškoleným zdravotníckym pracovníkom. Obsahuje 5 klinických položiek, test s 50 ml vody, porucha faryngeálnej citlivosti, pohybu jazyka, dysfónia a svalová slabosť	Senzitivita: 91,3% NPV: 93,3%	Stroke Assessment Across the Continuum of Care (Stroke Assessment Across the Continuum of Care, 2005)

ZÁVER

Na základe analýzy ošetrovateľských KOP v starostlivosti o pacientov s NCMP sme identifikovali 7 meracích skríningových nástrojov využiteľných pri zhodnotení stavu pacienta v prednemocničnej starostlivosti a urgentnom príjme. Na zhodnotenie neurologického deficitu je najčastejšie odporúčaná NIHSS. Uvedené škály pomáhajú zvyšovať presnosť a rýchlosť v iniciálnej diagnostike NCMP, ako aj zvažovanie terapeutického postupu (predovšetkým možnosti trombolytickej liečby) a monitoringu neurologického stavu pacienta v priebehu liečby.

¹ Diagnostické testy sú spravidla hodnotené z hľadiska senzitivity (pravdepodobnosť pozitívneho testu u „chorých“ – vyjadruje % pacientov, u ktorých bola predikovaná NCMP a aj potvrdená); špecificity (pravdepodobnosť negatívneho testu u „zdravých“ ľudí,) negatívnej prediktívnej hodnoty (pravdepodobnosti, že človek je „zdravý“ pri negatívnom teste) a pozitívnej prediktívnej hodnoty (pravdepodobnosti, že človek je „chorý“ pri pozitívnom teste (Dušek et al., 2011, s. 99; Mandysová et al., 2012, s. 46).

² Ak sa pacient s príznakmi zobudil, sestra zisťuje kedy, išiel spať, resp. či nešiel v priebehu noci na WC a pod.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BÓRIKOVÁ, I. 2013. Klinický odporúčaný postup. In *Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského* [online]. 2013. [cit. 2013-03-19]. Dostupné na internete: <http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=112>.
- BROZMAN, M. 2008. Liečba NCMP v akútnom štádiu – odborné usmernenie. In *Via practica*, 2008, roč. 5, supplement 4, s. 12-16.
- Clinical Guidelines for Stroke Management. 2010. In *Clinical Guidelines for Stroke Prevention and Management* [online]. NSF, 2010. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp126>.
- DUŠEK, L. et al. 2011. Hodnocení diagnostických testů – senzitivita a specificita. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2011, roč. 74/107, č. 1, s. 97-103.
- GOLDSTEIN, L.B. – BUSHNELL, CH.D. – ADAMS, R.J. – APPEL, L.J. – BRAUN, L.T. – CHATUVERDI, S. – CREAGER, M.A. – CULEBRAS, A. – ECKEL, R.H. – HART, R.G. – HINCHEY, J.A. – OWARD, V.J. – JAUCH, E.C. – LEVINE, S.R. – ESCHIA, J.F. – MOORE, W.S. – NIXON, J.V. – PEARSON, T.A. 2011. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke*, 2011, vol. 42, no. 2, pp. 517-584.
- GORDON, N.F. – GULANICK, M. – COSTA, F. – FLETCHER, G. – FRANKLIN, B.A. – ROTH, E.J. – SHEPHARD, T. 2004. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors : An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on and Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. In *Circulation*, 2004, vol. 109, no. 16, pp. 2031-2041.
- Guide to the Care of the Patient with Ischemic Stroke*. 2004. Glenview : The American Association of Neuroscience Nurses, 2004. 32 p.
- INTERCOLLEGIATE STROKE WORKING PARTY. 2012. *National clinical guideline for stroke*. London : Royal College of Physicians, 2012. 209 p.
- LÍČENÍK, R. 2009. *Klinické doporučené postupy – obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. Olomouc : LF UP, 2009. 117 s.
- Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. 2010. In *Guidelines* [online]. SIGN, 2010. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>.
- Management of Patients with Stroke or TIA: Assessment, Investigation, Immediate Management and Secondary Prevention. 2008. In *Guidelines* [online]. SIGN, 2008. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign108.pdf>.
- MANDYSOVÁ, P. – EHLE, E. – ŠKVRŇÁKOVÁ, J. – ČERNÝ, M. – KOTULEK, M. 2012. Tvorba osmipoložkového testu pro screening poruch polykání sestrou. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 45-50. Dostupné na internete: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou>.
- National Institute of Health Stroke Scale*. 2013. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete: <http://http://cmp-manual.wbs.cz/921-NIHSS.html>.
- Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre starostlivosť o pacientov s náhlou cievnou mozgovou príhodou v hyperakútnom štádiu. *Vestník MZ SR 2008; čiastka 20–22: 151–159*.
- SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovateľstvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2006, s. 25-35.
- Stroke Assessment Across the Continuum of Care. 2005. In *Guidelines* [online]. National Guideline Clearinghouse, 2005 [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete: http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Stroke_Assessment_Across_the_Continuum_of_Care.pdf.

Stroke Assessment Scales Overview. In *Stroke diagnosis* [online]. The Internet Stroke Center, 2013. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete:

<http://www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales-overview/>.

Stroke: Diagnosis and Initial Management of Acute Stroke and Transient Ischaemic Attack. 2008. In *NICE Clinical Guideline 68* [online]. NICE, 2008. [cit. 2013-02-18]. Dostupné na internete:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12018/41331/41331.pdf>.

Stroke Statements & Guidelines. In *My.American.Heart* [online]. American Heart Association, 2013. [cit. 2013-03-18]. Dostupné na internete:

http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByTopic/TopicsQ-Z/Stroke-Statements-Guidelines_UCM_320600_Article.jsp

SUMMERS, D. – LEONARD, A. – WENTWORTH, D. – SAVER, J.L. – SIMPSON, J. – SPILKER, J.A. – HOCK, N. – MILLER, E. – MITCHELL, P.H. 2009. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient : A Scientific Statement From the American Heart Association. In *Stroke*, 2009, vol. 40, no. 8, pp. 2911-2944.

Kontakt

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FZO PU

Partizánska 1

080 01 Prešov

Slovenská republika

e-mail: elena.gurkova@unipo.sk

Prijaté: 3. 4. 2013

Akceptované: 26. 4. 2013

ŠPATENKOVÁ, N. – KRÁLOVÁ, J. ZÁKLADNÍ OTÁZKY KOMUNIKACE: KOMUNIKACE (NEJEN) PRO SESTRY – RECENZIA

Juraj Čáp

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

ŠPATENKOVÁ, N. – KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Publikácia *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry* od autoriek Naděždy Špatenkovej a Jaroslavy Královej je jednou z mála, ktorá sa pokúša modernou a motivujúcou formou podať základné pravidlá efektívnej komunikácie v kontexte poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Štruktúra publikácie je vytvorená ako praktický manuál, ktorý na 135 stranách sprevádza čitateľa od vysvetlenia toho, čo komunikácia znamená, kto komunikuje, kedy, kde a ako komunikovať, až po praktické aspekty komunikácie s kolegami, rodinou pacienta a hlavne so samotným pacientom. Komunikácii s pacientom je venovaná najrozsiahlejšia časť textu. Čitateľ v nej nájde informácie a postupy ako komunikovať so špecifickými skupinami pacientov v rôznom veku a s rôznymi „typmi“ pacientov, ako sú napríklad „náročný“ pacient, agresívny pacient, pacient s úzkosťou, s bolesťou, s hendikepom, alebo s cudzincom. Kapitoly a podkapitoly okrem vysvetlenia danej problematiky obsahujú aj množstvo praktických cvičení. Text je doplnený kresbami (autor Jiří Šobr), často v podobe komixových obrázkov, ktoré vhodným spôsobom ilustrujú komunikačné situácie. Celkovo je text dobre čitateľný a na záver každej kapitoly je uvedené krátke a výstižné zhrnutie obsahu v najdôležitejších bodoch. Oceňujem, že publikácia smeruje k jadru problému, a za ten považujem sebazoznanie v komunikačnom kontexte. Práve preto je táto publikácia možnosťou pre každého (nielen sestry), kto chce dôkladnejšie spoznať sám seba, a tým zlepšiť svoje komunikačné zručnosti.

Publikácia má značnú didaktickú hodnotu. Je využiteľná hlavne v bakalárskom študijnom programe pri výučbe sestier a aj v rámci výučby na stredných školách (napríklad pri príprave zdravotníckych asistentov). Publikácia však môže byť aj dobrým základom pre komunikačný výcvik sestier z praxe. Takéto výcviky pre sestry na Slovensku citeľne absentujú.

Hodnotu publikácie podčiarkuje erudícia oboch autoriek. Za jednotlivými aplikačne zameranými kapitolami je možné identifikovať využitie modernej teórie komunikácie, ako aj ich rozsiahle skúsenosti v danej oblasti.

Kontakt

Mgr. Juraj Čáp, PhD.
Ústav ošetrovateľstva JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: cap@jfm.uniba.sk

Prijaté: 9. 4. 2013

Akceptované: 3. 5. 2013

SLAMKOVÁ, A. – POLEDNÍKOVÁ, Ľ. KLINICKÉ A OŠETROVATEĽSKÉ ASPEKTY PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI – RECENZIA

Ivana Bóriková

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

SLAMKOVÁ, A. – POLEDNÍKOVÁ, Ľ. 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. 1. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2013. 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.

Problematika paliatívnej starostlivosti o pacienta sa pri súčasnom stave poznatkov a možnostiach terapie stáva čoraz viac aktuálnejšou a publikácia autoriek Slamková – Poledníková je jedna z prvých, ktorá sumarizuje terminologické a obsahové aspekty paliatívnej starostlivosti pre potreby multidisciplinárneho tímu. Väčšina literárnych dokumentov k problematike paliatívnej starostlivosti v slovenskom, resp. v českom jazyku je písaná z pohľadu medicíny, preto sme vydanie tejto publikácie prijali s očakávaním.

Publikácia má štandardnú štruktúru. Text je spolu s literatúrou a prílohami na 146 stranách. Rozdelený je na tri základné kapitoly – Paliatívne ošetrovateľstvo, Vybrané aspekty paliatívnej starostlivosti a Interaktívne procesy v paliatívnej starostlivosti. Text má vecne správny obsahový náboj a logickú nadväznosť, písaný je odborným štýlom.

Prvá kapitola Paliatívne ošetrovateľstvo analyzuje základnú terminológiu k problematike, poukazuje na východiská paliatívnej starostlivosti so zameraním na historický pohľad ošetrovania v tejto oblasti. Ďalej opisuje formy a modely poskytovania paliatívnej starostlivosti, prípravu sestry na výkon povolania v tejto oblasti, fázy zomierania a úlohy sestry v starostlivosti o príbuzných. Druhá kapitola Vybrané aspekty paliatívnej starostlivosti spracováva manažment potrieb a symptómov cez fázy ošetrovateľského procesu v kontexte holistického prístupu. Tretia kapitola Interaktívne procesy v paliatívnej starostlivosti sa zameriava na problematiku komunikácie s pacientom a rodinou a význam dobrovoľníctva v multidisciplinárnom tíme.

Poznajúc publikačné aktivity a erudíciu autoriek však musíme konštatovať, že text prináša čitateľom poznatky, ktoré už boli publikované. Citované literárne dokumenty sú odbornej verejnosti známe a dostupné. Očakávali sme dynamickejšie a do väčšej hĺbky spracované jednotlivé problémy. Pravdepodobne aj príliš veľa tém na malom priestore redukovalo tvorivý a viac aplikačný prístup autoriek. Publikácia určená sestram a iným odborníkom multidisciplinárneho tímu tak pôsobí ako prehľadová príručka, čo je podľa nášho názoru na škodu veci, najmä v čase zdôrazňovania praxe založenej na dôkazoch a dostupnosti množstva zahraničných literárnych prameňov z oblasti riešenej problematiky.

Kontakt

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: borikova@jfmed.uniba.sk

Prijaté: 2. 5. 2013

Akceptované: 10. 5. 2013