



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



2015  
Ročník 5, 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.**

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

**doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.**

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

**prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.**

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

**doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.**

Fakulta zdravotníckých věd, 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.**

**doc. 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](mailto: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](mailto:farkas@vydosveta.sk)

[www.vydosveta.sk](http://www.vydosveta.sk)

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2015

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

e-mail: [sokolr@tvorivec.sk](mailto:sokolr@tvorivec.sk)

## OBSAH

### EDITORIÁL

Dušan Meško .....	4
-------------------	---

### EDITORIAL

Dušan Meško .....	5
-------------------	---

### AGRESIA PACIENTOV A PRACOVNÁ SPOKOJNOSŤ SESTIER VO VYBRANOM ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ V RAKÚSKU

Elena Gurková, Denisa Gálliková, Katarína Žiaková, Teresa Grzywna .....	6
---	---

### KVALITA ŽIVOTA SESTER PRACUJÍCÍCH V NEMOCNICI

Zuzana Burešová, Darja Jarošová .....	13
---------------------------------------	----

### VEDOMOSTI SESTIER O PROBLEMATIKE BOLESTI U SENIOROV

Lenka Maniaková, Renáta Zeleníková .....	18
--	----

### ROZHODOVÁNÍ A ROZHODOVACÍ PROCESY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Andrea Scholzová Festová, Sylva Bártlová .....	25
--	----

### METÓDY HODNOTENIA ŠTUDENTOV V KLINICKÝCH PODMIENKACH

Elena Gurková, Silvia Cibíriková, Katarína Žiaková .....	31
--	----

## Editoriál

### Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch

Žijeme digitálnu realitu. Laická verejnosť sa v otázkach zdravia čoraz viac obracia na doktora Google. A v mnohých prípadoch mu dôveruje viac, ako odborníkom, či autoritám. Odborné vzdelanie, skúsenosti, vedomosti, profesionálna prax zdravotníkov sú atakované záplavou dostupných informácií (často krát mylných, nevedeckých), ktoré majú k dispozícii teoreticky všetci ľudia 24 hodín denne. Na scéne sú sebadiagnostika či sebaliečiace postupy. A realita je tiež, že aj niektorí zdravotníci prezentujú informácie, či realizujú postupy, ktoré nie sú založené na vedeckých základoch. Na protipóle je ošetrovateľstvo založené na dôkazoch.

Teoreticky, zdravotná starostlivosť, založená na dôkazoch, je vcelku stará. Dnešná každodenná ošetrovateľská klinická starostlivosť o pacienta založená na dôkazoch je nová paradigma, ktorá postupne nahrádza tradičnú ošetrovateľskú paradigmu, ktorá bola založená na autorite. Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch (*Evidence Based Nursing*, EBN) závisí ideálne najmä na štúdiu a používaní mnohých publikovaných kontrolovaných štúdií, systematických prehľadoch a meta-analýz, hoci nie je obmedzená len na ne. EBN v praxi by mala predstavovať integráciu individuálnej ošetrovateľskej klinickej skúsenosti a najlepšieho dostupného externého dôkazu tak, aby ošetrovateľská starostlivosť bola účinná, bezpečná a presná. EBN vždy začína a končí pri pacientovi.

EBN je podľa definície Scotta (*Journal of Clinical Nursing*, 2009): „Trvalý proces, pri ktorom vedecké dôkazy, ošetrovateľská teória a klinická expertnosť sestier sú kriticky vyhodnotené a zvažované, aby v spolupráci s pacientom zabezpečovali poskytovanie optimálnej ošetrovateľskej starostlivosti pre jednotlivca.“

EBN je jeden z prístupov, ktorý umožňuje sestram manažovať explóziu informácií v oblasti novej literatúry a nových technológií. Toto manažovanie napokon vedie k zlepšeniu výsledkov diagnostiky a liečby pacienta.

Študenti ošetrovateľstva strávia veľa času v predklinickej časti štúdia tvorbou ošetrovateľských plánov, štúdiom patologickej fyziológie a memorovaním farmakologických interakcií a podobne. Hoci sú tieto aktivity dôležité, nemôžu byť jedinými metódami prípravy študentov pre ošetrovateľskú prax.

Výhradné spoliehanie sa na učebnice a expertné vedomosti učiteľov nepodporujú vytvorenie zručností kritického myslenia, ktoré by mali sestry ovládať, aby prežili súčasné rýchle tímové klinické prostredie. Študenti sa musia naučiť a rozvíjať nezávislé, na dôkazoch založené metódy klinického rozhodovania. Lekárski aj ošetrovateľskí odborníci preskúmali zmeny vo vývoji a rozvoji praxe, výskumu a poznania zdravotnej starostlivosti a zmenu paradigmy pomenovali praxou založenou na dôkazoch (*Evidence Based Practice*).

Je na všetkých profesionáloch v zdravotníctve, aby sa príslušne a trvale vzdelávali v uvedených oblastiach medicíny a ošetrovateľstva založenej na dôkazoch a vytvorili tak účinnú komunikačnú platformu voči laickému zneužívaniu záplavy nevedeckých informácií v oblasti starostlivosti o pacienta.

**prof. MUDr. Dušan Meško, PhD.**  
Univerzita Komenského v Bratislave,  
Jesseniova lekárska fakulta v Martine

## Editorial

---

### Evidence Based Nursing

We live in a digital reality. General public is increasingly turning to Dr. Google in matters of health. And in many cases general public trusts Dr. Google more than to the experts or authorities. Vocational education, experience, knowledge, professional nursing practice are attacked with flood of information (often false, unscientific) which are available potentially to all people 24 hours a day. On stage there are self-diagnosis or self-treatment procedures. And the reality is that also some health professionals present information, or procedures that are not based on scientific principles. On the counterparts is evidence-based nursing (EBN).

In the theory, health care based upon evidence, is quite old, but it is a new paradigm in today daily clinical nursing. It replaces traditional nursing paradigm based upon authority. Evidence based nursing (EBM) depends ideally on study and use of many evidence based published resources like the controlled trials, systematic surveys and reviews and meta-analyses amongst others. EBN practice should represent the integration of individual nursing clinical experience and the best available external evidence, so nursing care should be effective, safe and accurate. EBN always starts and ends with the patient.

EBN definition by Scott (*Journal of Clinical Nursing*, 2009) is: "An ongoing process by which evidence, nursing theory and the practitioners' clinical expertise are critically evaluated and considered, in conjunction with patient involvement, to provide delivery of optimum nursing care for the individual."

Evidence-based nursing is today crucial approach that may empower nurses to manage the explosion of new literature and technology and ultimately may result in improved diagnostics and treatment outcomes of patient.

Nursing students spend a great deal of preclinical study time with designing care plans, reviewing pathophysiology, and memorizing pharmacologic interactions, etc. Although these activities are useful, they cannot be the only methods of preparing students for nursing practice.

Single reliance on textbooks and expert faculty knowledge does not promote the critical thinking skills that nurses must have to survive in the current fast paced team clinical settings. Students must learn to develop independent, evidence-based methods of clinical decision making. Both medical and nursing professionals have investigated this change in healthcare practice, research and knowledge development, a paradigm shift called „evidence based practice“.

It is all health care professionals responsibility to educate themselves appropriately and continually in these fields of medicine and nursing based on evidence in order to create a more effective communication platform to laymen misuse of flood of unscientific information in the field of patient healthcare.

**prof. MUDr. Dušan Meško, PhD.**  
Comenius University in Bratislava,  
Jessenius Medical Faculty in Martin

## Agresia pacientov a pracovná spokojnosť sestier vo vybranom zdravotníckom zariadení v Rakúsku

Elena Gurková\*, Denisa Gálliková\*\*, Katarína Žiaková\*\*\*, Teresa Grzywna\*\*\*\*

\* Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

\*\* Landeskrankenhaus in Salzburg

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

\*\*\*\* Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

### Abstract

GURKOVÁ, E. – GÁLLIKOVÁ, D. – ŽIAKOVÁ, K. – GRZYWNA, T. Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 6-12. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/agresia-pacientov-a-pracovna-spokojnost-sestier-vo-vybranom-zdravotnickom-zariadeni-v-rakusku>.

**Aim:** The aim of this study was to determine the relationship between the incidence of patient's aggression against nurses, job satisfaction and intention of nurses to leave the actual workplace and nursing profession.

**Methods:** A survey was undertaken among 62 nurses from internal and surgical wards of public hospital in Salzburg. Nurses were recruited between February and March 2014. In this survey, three questionnaires were used to measure experience in the prevalence of aggression (V scale), job satisfaction (the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale) and nurses leaving intentions. For determining the associations between variables, the multiple regression analyses were used.

**Results:** The significant negative relationship ( $r = -0,306$ ;  $p = 0,016$ ) was confirmed between overall job satisfaction of nurses and physical aggression with no use of offensive weapon. Physical aggression with no use of offensive weapon explained low percentage of the variance (8%) in job satisfaction. Significant correlations were not noted between the incidence of patients' aggression against nurses and intention of nurses to leave the actual workplace and nursing profession.

**Conclusion:** Perceptions of frequency of patient aggression were not confirmed as the significant predictors of nurses' job satisfaction and intentions to leave the actual workplace and nursing profession.

**Keywords:** job satisfaction, patient aggression, nursing

### Úvod

Násilie na pracovisku pri výkone povolania je definované ako situácia, pri ktorej dochádza k ohrozeniu bezpečnosti zamestnanca s dopadom na jeho telesný a psychický stav, resp. majetok danej organizácie (Minor, 1994. s. 3). Lepiešová, Nemčeková (2013, s. 176) na základe analýzy definícií násillia a agresie<sup>[1]</sup> v zdravotníckych zariadeniach vymedzujú nasledujúce spoločné znaky definícií násillia – úmysel ublížiť zo strany agresora, telesné alebo psychické poškodenie následkom incidentov násillia.

V posledných dekádach zaznamenávame v celosvetovom meradle nárast štúdií zameraných na identifikáciu incidentov rôznych foriem násillia voči sestram (Menckel, Viitasara 2002; May, Grubbs 2002; Winstanley, Whittington, 2002; 2004; Zampieron et al., 2010). Epidemiológia násillia a agresie v zdravotníckych zariadeniach je rozdielna v rámci jednotlivých krajín ako aj klinických pracovísk (Zampieron et al., 2010; Spector et al., 2014). Súhrnný prehľad o prevalencii násillia voči sestram spracovali Spector et al. (2014). V kvantitatívnom prehľade 136 článkov zahrňujúcich údaje od 151 347 sestier zo 160 výskumných súborov zmapovali výskyt rôznych foriem násillia voči sestram v jednotlivých regiónoch a klinických pracoviskách. Jednotlivé formy agresie kategorizovali na základe prejavov násillia do piatich kategórií – fyzické, nefyzické (verbálne), sexuálne obťažovanie, zastrasovanie a kombinované formy násillia. Autori zistili, že približne tretina sestier na celom svete je vystavovaná fyzickému násilliu zo strany pacientov, jedna štvrtina sexuálnemu obťažovaniu a dve tretiny sestier boli vystavené rôznym formám nefyzického násillia. Ako krajiny s najvyšším výskytom fyzického násillia a sexuálneho obťažovania boli identifikované anglo-americké krajiny (Spector et al. 2014, s. 79). Najvyšší výskyt nefyzického násillia voči sestram bol zistený v krajinách Stredného východu. Jednotlivé regióny sa líšili aj v zdroji, aktérovi násillia, pričom pacienti boli najčastejšími aktérmi násillia v anglo-amerických a európskych krajinách a rodinní príslušníci v oblasti Stredného východu. Z hľadiska foriem násillia bol najvyšší výskyt telesnej agresie voči sestram zaznamenaný na oddeleniach pohotovostného príjmu, psychiatrických a geriatrických oddeleniach (Spector et al. 2014, s. 72).

Na Slovensku sa výskumu agresie pacientov voči sestram venuje autorka Lepiešová (Lepiešová 2011; Lepiešová, Nemčeková, 2013). Vo svojej práci (Lepiešová et al., 2012) kategorizuje jednotlivé formy násillia na základe jeho prejavov na slovné, verbálne, fyzickú agresiu bez použitia útočnej zbrane, fyzickú agresiu s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie. Vychádzali sme z uvedenej kategorizácie foriem násillia.

V našich podmienkach sa práce týkajúce sa agresie pacientov voči sestram koncentrujú v prevažnej miere na výskyt rôznych foriem agresie (Lepiešová 2011; Lepiešová, Nemčeková, 2013), na postoje sestier voči agresii (Lepiešová 2011; Kačmárová et al., 2014), resp. faktory, ktoré tieto postoje môžu ovplyvniť (Lepiešová 2011). V menšej miere je pozornosť venovaná dopadu incidentov násilia v zdravotníckych zariadeniach na fyzický a psychický stav sestier (Rippon, 2000). Rippon et al. (2000, s. 452) v tejto súvislosti poukazujú na zvyšujúci sa počet sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, u ktorých dochádza následkom incidentov násilia na pracovisku k rozvoju posttraumatického stresového syndrómu, úzkosti a narušenej pracovnej schopnosti. Uvedený problém sa zintenzívňuje v súvislosti so všeobecne deklarovaným globálnym nedostatkom sestier, ich predčasným odchodom z profesie, resp. ich fluktuáciou.

## Cieľ

Cieľom prezentovaného výskumu bolo zistiť aký je vzťah medzi výskytom jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram, pracovnou spokojnosťou sestier a frekvenciou úvah o odchode z pracoviska a profesie sestry. Zisťovali sme, akou mierou sa podieľajú jednotlivé formy agresie na celkovej pracovnej spokojnosti sestier.

## Súbor

Zber údajov sa uskutočnil v Štátnej nemocnici v Salzburgu. Základný výskumný súbor tvorilo 179 sestier pracujúcich v Bloku A uvedenej nemocnice, do ktorého patria chirurgické, ortopedické oddelenia a jednotky intenzívnej starostlivosti. Výberový výskumný súbor tvorilo 90 sestier pracujúcich v klinickej ošetrovateľskej praxi. Súhlas s realizáciou výskumného projektu sme získali od riaditeľky úseku pre ošetrovateľstvo. Pre zabezpečenie čo najväčšej homogenity vzorky sme zvolili metódu zámerného výberu, sestry boli do súboru zaradené na základ vopred stanovitých kritérií. Výhodiskom pri výbere vzorky boli sestry aktívne pracujúce pri lôžku pacienta s minimálnym vzdelaním potrebným na výkon povolania so zaručením anonymity. Pri výbere vzorky do nášho výskumu sme vopred vylúčili sestry pracujúce na psychiatrických oddeleniach z dôvodu uvádzaného častejšieho výskytu agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania v porovnaní s inými oddeleniami. Zber dát bol realizovaný v mesiacoch február – marec 2014. Spolu bolo sestram distribuovaných 90 dotazníkových setov. Návratnosť dotazníkov bola 66,6%, 12 dotazníkových setov bolo vylúčených z výskumu z dôvodu neúplnosti vyplnenia výskumných údajov. Konečný výskumný súbor tvorilo 62 sestier. Priemerný vek sestier v našej vzorke bol 35,53 (SD ±11,81) rokov. Priemerná dĺžka ich celkovej praxe bola 9,57 (SD ±9,54) rokov. Ďalšie demografické charakteristiky súboru uvádzame v tabuľke 1.

**Tab. 1. Demografické charakteristiky respondentov**

Charakteristika	n	%
<b>Pohlavie</b>		
Muži	4	6,4
Ženy	58	93,6
<b>Rodinný stav</b>		
Slobodný/-á	40	64,4
Vydatá/ Ženatý	14	26,2
Rozvedený/-á	1	1,6
Žijúci oddelene	2	3,2
Vdovec/-a	3	4,8
Iné	2	3,2
<b>Vzdelanie</b>		
Zdravotnícke vzdelanie (diplomovaná sestra)	53	85,5
Bakalár/ošetrovateľstvo	5	8,1
Iné	4	6,4
<b>Pracovisko</b>		
Lôžkové oddelenie	51	82,3
Jednotka intenzívnej starostlivosti	11	17,7
Ambulancia	-	-
Iné	-	-
<b>Pracovný úväzok</b>		
Plný úväzok	48	77,4
Čiastočný úväzok	12	19,4
Iné	2	3,2
<b>Špecializácia</b>		
Bez špecializácie v odbore	58	93,6
So špecializáciou	4	6,4

## Metodika

Zber údajov bol realizovaný pomocou troch dotazníkových metód.

Výskyt agresie pacientov voči sestram bol sledovaný prostredníctvom dotazníka (V škála) autoriek Lepiešová et al. (2012). Pozostáva z 11 položiek opisujúcich rôzne formy agresie zo strany pacientov a úlohou sestier je posúdiť, ako často sa stali objektom uvedených prejavov agresie v období posledného roku výkonu ich praxe. Ich odpovede sú hodnotené na základe 6-bodovej frekvenčnej škály od 1 (nikdy) po 6 (vždy). Faktorovou analýzou boli extrahované 3 faktory (subškály) korešpondujúce s týmito formami agresie: a) telesná agresia bez použitia útočnej zbrane (VT1), b) telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie (VT2), c) slovná agresia (VS). Vnútna konzistencia subškál overovaná pomocou Cronbachovej alfy dosiahla v našom súbore hodnoty od 0,433 pre VT2 po 0,902 pre VT1. Cronbachova alfa subškály VS dosiahla hodnotu 0,803. Do analýzy sme zahrnuli všetky subškály i napriek nízkym hodnotám Cronbachovej alfy pre VT2. Nedostatočná vnútorná konzistencia tejto subškály predstavuje jednu z metodologických limitácií v našej práci, ktorá mohla ovplyvniť validitu zistení.

Pracovná spokojnosť sestier – pracovnú spokojnosť sestier sme merali prostredníctvom McCloskeyovej a Muellerovej škály pracovnej spokojnosti sestier (*McCloskey/Mueller Satisfaction Scale*, ďalej MMSS). Aktuálna verzia MMSS vychádza z práce Muellera a McCloskeyovej z roku 1990 (Mueller, McCloskey, 1990). Nástroj obsahuje 31 položiek, hodnotených na päťstupňovej Likertovej škále, zoskupených do ôsmich subškál – spokojnosť s vonkajšími odmenami; plánovanie a harmonogram práce; rovnováha medzi prácou a rodinou; vzťahy so spolupracovníkmi; interakcie na pracovisku; možnosti profesionálneho rastu; pochvala a uznanie; kontrola a zodpovednosť. Každá položka v MMSS je hodnotená na stupnici od 1 (úplná nespokojnosť) po 5 (úplná spokojnosť). Vypočítava sa skóre jednotlivých subškál a celkové skóre. Vnútna konzistencia nástroja (Cronbachov koeficient alfa) je pre každú z ôsmich subškál v rozsahu od 0,52 do 0,84; pre celkové skóre 0,89 (Mueller, McCloskey, 1990). V preloženej nemeckej verzii MMSS sa pohybovala v rozmedzí od 0,56 do 0,83 pre jednotlivé subškály; pre celkové skóre jej hodnota bola 0,93, to znamená, že nemecká verzia nástroja má dobrú vnútornú konzistenciu.

Frekvenciu úvah o odchode zo súčasného pracoviska, z profesie sestry sme zisťovali na päťstupňovej škále od 0 (nikdy) do 4 (veľmi často).

## Štatistická analýza

Na štatistickú analýzu získaných dát sme použili program SPSS verzia 16.0. Štatistické testovanie sme uskutočnili použitím deskriptívnej štatistiky, na zistenie vzťahov medzi premennými sme použili Pearsonov korelačný koeficient a viacnásobnú hierarchickú lineárnu regresiu pomocou stepwise metódy. Štatistické metódy boli vyhodnocované na hladine významnosti 0,05.

## Etické aspekty štúdie a konflikt záujmov

Na realizáciu výskumu bol získaný súhlas riaditeľstva Štátnej nemocnice v Salzburgu.

## Výsledky

### Výskyt agresie pacientov voči sestram

V tejto časti výskumu nás zaujímalo, s ktorými formami agresie pacientov voči sestram majú sestry najčastejšie skúsenosti za obdobie posledného roka ošetrovateľskej praxe. Zistili sme, že najčastejšie sa vyskytujúcim prejavom agresie zo strany pacientov boli verbálne útoky (urážky a nadávky) zo strany pacienta. Ďalšie prejavy usporiadané podľa priemernej častosti výskytu udávame v tabuľke 2. Výsledky potvrdzujú, že sestry z rôznych typov oddelení sú konfrontované so širokou škálou foriem agresie zo strany pacientov.

**Tab. 2. Frekvencia výskytu jednotlivých foriem agresie voči sestram**

Položky a subškály V škály	Priemer	SD
Ohováranie	1,90	0,88
Verbálny útok (zastrašovanie, vyhrážky)	2,62	0,94
Verbálny útok (urážky, nadávky)	2,93	1,02
Neoprávnené obviňovanie	2,37	1,14
Slovné poznámky sexuálneho charakteru	1,88	0,90
<b>Subškála slovná agresia (celkovo)</b>	<b>2,34</b>	<b>0,73</b>
Opľutie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie	2,37	1,28
Hodenie predmetov	1,98	1,15
Strkanie	1,62	0,89



**Tab. 2. – pokračovanie**

Položky a subškály V škály	Priemer	SD
Kopnutie	1,77	0,96
Facka, úder päšťou	1,77	1,03
<b>Subškála telesná agresia bez použitia útočnej zbrane (celkovo)</b>	<b>1,90</b>	<b>0,91</b>
Škrtenie	1,11	0,31
Napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie	1,04	0,28
Sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia)	1,00	0,00
<b>Subškála telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie (celkovo)</b>	<b>1,04</b>	<b>0,12</b>

## Pracovná spokojnosť sestier

Stredný bod Likertovej škály (3,00–3,49) reprezentuje vyváženú spokojnosť, výsledky našej štúdie potvrdzujú, že sestry vo vybranom zariadení boli v práci viac spokojné ako nespokojné. Medzi subškály s najnižším priemerom (s najvyššou mierou nespokojnosti) môžeme zaradiť: možnosti profesionálneho rastu; interakcie na pracovisku (tab. 3). Subškály s vyššou mierou dosiahnutého priemeru opisujú spokojnosť sestier na hranici strednej spokojnosti. V našom výskume sestry vyjadrili strednú mieru spokojnosti s nasledovnými pracovnými oblasťami: pochvala a uznanie, rovnováha medzi prácou a rodinou; plánovanie a harmonogram práce a spokojnosť s vonkajšími odmenami (tab. 3). Medzi subškály s najvyšším priemerom a z toho vyplývajúcou najvyššou mierou spokojnosti sestier sme na základe vyhodnotení výsledkov zaradili nasledovné oblasti: vzťahy so spolupracovníkmi a spokojnosť so zodpovednosťou na pracovisku (tab. 3). S týmito dvomi oblasťami pracovného života boli sestry najviac spokojné. Celková pracovná spokojnosť sestier sa pohybovala na hranici strednej spokojnosti (tab. 3).

**Tab. 3. Priemerné skóre subškál v dotazníku pracovnej spokojnosti MMSS**

Názov	n	Priemer	±SD	Cronbachov koeficient alpha
Spokojnosť s vonkajšími odmenami	62	3,57	0,72	0,73
Plánovanie a harmonogram práce	62	3,71	0,73	0,83
Rovnováha medzi prácou a rodinou	62	3,81	0,63	0,56
Vzťahy so spolupracovníkmi	62	4,05	0,66	0,81
Interakcie na pracovisku	62	3,26	0,66	0,65
Možnosť profesionálneho rastu	62	3,26	0,66	0,82
Pochvala a uznanie	62	3,97	0,70	0,79
Kontrola a zodpovednosť	62	4,52	0,78	0,80
Celková spokojnosť	62	3,72	0,50	0,93

## Výskyt agresie a pracovná spokojnosť sestier

V rámci korelačnej analýzy sme zistili významné negatívne korelácie len medzi skúsenosťami sestier s telesnou agresiou pacientov bez použitia útočnej zbrane a celkovou pracovnou spokojnosťou sestier, ( $r = -0,306$ ;  $p = 0,016$ ). Signifikantné korelácie medzi frekvenciou výskytu jednotlivých foriem agresie a frekvenciou úvah o odchode z pracoviska a profesie sestry neboli potvrdené (tab. 4). Na zistenie toho, akou mierou sa podieľajú jednotlivé formy agresie na pracovnej spokojnosti sestier sme použili viacnásobnú hierarchickú lineárnu regresiu (metóda stepwise). Ako kontrolné premenné do analýzy vstupovali aj demografické údaje, a to vek a celková dĺžka praxe sestier v rokoch. Do regresnej analýzy premenné vstupovali v blokoch: 1. blok predstavovali demografické údaje, 2. blok zahŕňal formy agresie. Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane vysvetľovala len 8 % variácie pracovnej spokojnosti, to znamená, že nie je jej významným prediktorom (tab. 5).

**Tab. 4. Výsledky korelačnej analýzy medzi formami násillia, pracovnou spokojnosťou a úvahami o odchode**

	Pracovná spokojnosť (priemerné skóre MMSS)	Úvahy o odchode z profesie sestry	Úvahy sestier odísť z pracoviska
Úvahy sestier odísť z pracoviska	-0,129	0,029	
Vek	-0,128	-0,310	0,181
Roky praxe	-0,075	-0,112	0,096
Subškála slovná agresia	-0,128	0,062	0,225
Subškála telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	-0,306*	0,189	0,189
Subškála telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie	-0,170	0,084	0,031

Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; T1: telesná agresia bez použitia útočnej zbrane; T2: telesná agresia s použitím útočnej

zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie

**Tab. 5. Regresné modely pre vek, dĺžku praxe, jednotlivé formy agresie, ako prediktory a pracovná spokojnosť ako kritérium (akceptované modely;  $p < 0,05$ )**

Prediktory	R	R <sup>2</sup> -change	b	T	p
Pracovná spokojnosť		(Ftotal (12, 46) = 6,19; $p < 0,05$ )			
Telesná agresia bez použitia útočnej zbrane	0,306	0,079*	-0,306	-2,49	0,016
Constant			4,01		

Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## Diskusia

Skúsenosť s agresívnym správaním ako deštruktívnym a v prevažnej miere ofenzívnym správaním pacienta, môže mať negatívny dlhodobý dopad na pracovný život sestier. Hnev, úpadok morálneho ctenia (Uzun, 2003), strata sebadôvery, vyhorenie, práceneschopnosť, zmena pracovnej pozície, boli identifikované ako dôsledky incidentov násilia na pracovisku (Fernandes et al. 1999). Sestry, ktoré boli obeťami incidentov násilia zo strany pacientov, uvádzali narušenú pracovnú výkonnosť, strach a vyhýbanie sa pacientov a zhoršenie spokojnosti v práci (Fernandes et al. 1999). O'Connell et al. (2000) v tejto súvislosti zistili, že sestry po skúsenosti s verbálnou alebo fyzickou agresiou zo strany pacientov sa častejšie cítili nahnevané alebo emocionálne zranené. Podľa McKenna et al. (2003a) agresívne správanie zo strany pacientov bolo zdrojom mierneho až závažného distresu u 55% napadnutých sestier. McKenna et al. (2003b) taktiež zistili nárast absencie u sestier, ktoré prišli do kontaktu s agresiou po prvýkrát, zároveň daná negatívna skúsenosť sestier viedla k ich častejšiemu uvažovaniu o odchode z profesie. Atawneh et al. (2003) vo svojej štúdií potvrdili, že sestry po incidentoch násilia sú ohrozené posttraumatickým stresovým syndrómom, nespavosťou, opakovaným znovu prežívaním udalostí vo forme predstáv, myšlienok, depresiou a úzkosťou. Uvedené faktory tak môžu významne ovplyvniť postoj sestier k práci, teda ich celkovú pracovnú spokojnosť.

V našej práci sme zistili signifikantný negatívny vzťah medzi fyzickou agresiou bez použitia útočnej zbrane a úrovňou celkovej pracovnej spokojnosti sestier. Výsledky ukázali, že čím častejšie boli sestry v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov konfrontované s prejavmi fyzickej agresie bez použitia útočnej zbrane, tým uvádzali nižšiu mieru ich celkovej pracovnej spokojnosti. Fyzická agresia bez útočnej zbrane však vysvetľovala len nízke percento variácie pracovnej spokojnosti (8%) a preto nepredstavuje signifikantný prediktor ich celkovej pracovnej spokojnosti. Vzťah medzi prejavmi verbálnej agresie pacientov a pracovnou spokojnosťou sestier sa nepotvrdil ako štatisticky významný. Formy verbálnej agresie pacientov voči sestram sa vo väčšine výskumov uvádzajú ako integrálny komponent klinickej ošetrovateľskej praxe sestier všetkých ošetrovateľských disciplín. Zistenia nášho výskumu mohli byť ovplyvnené aj zvýšenou mierou tolerancie verbálnej agresie zo strany pacientov sestrami. Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie boli v predchádzajúcom výskume (Kačmárová et al. 2014) potvrdená ako signifikantný prediktor negatívnych postojov (deštruktívny, ofenzívny a intruzívny postoj) sestier ku agresii pacientov. V našej práci sme nepotvrdili jej vzťah ku celkovej pracovnej spokojnosti sestier. Uvedené zistenie môže súvisieť s nízkym počtom sestier v našej vzorke, ktoré sa s danou formou agresie stretli. Validitu zistení mohla ovplyvniť aj nedostatočná vnútorná konzistencia tejto subškály.

Výskyt agresie pacientov je multifaktoriálne podmienený fenomén (Duxbury, Whittington, 2005). Na jeho vzniku sa podieľajú viaceré faktory zo strany pacientov, prostredia a sestier. Interakcia medzi sestrou a pacientom patrí medzi významný faktor ovplyvňujúci prevenciu a manažment agresívneho správania pacienta zo strany sestry. V našej predchádzajúcej práci (Kačmárová et al. 2014) sme potvrdili, že u sestier dominuje negatívny postoj (ofenzívny a deštruktívny postoj) ku agresii pacientov, čo sa môže premietnuť napríklad pri častosti implementácie obmedzujúcich prostriedkov (Jansen et al., 2005), úrovni terapeutického vzťahu a pod. Viaceré štúdie (Kačmárová et al., 2014; Lepiešová, 2011; Duxbury, Whittington, 2005) poukazujú na skutočnosť, že sestry za dominantné faktory vzniku agresie považujú faktory zo strany pacienta (duševné ochorenie pacienta) a v menšej miere vnímajú vplyv ich vlastnej interakcie s pacientmi na vznik agresie. V tejto súvislosti Lepiešová, Nemčeková (2013) zdôrazňujú požiadavku skúmať agresiu pacientov v našom sociálno-kultúrnom kontexte, so zameraním na skutočný výskyt incidentov, podmieňujúce a súvisiace faktory, formy, závažnosť následkov, postoje zainteresovaných či efektivitu administratívnych a technických opatrení používaných s cieľom redukcie výskytu incidentov.

## Metodologické obmedzenia

Nepotvrdenie niektorých vzťahov týkajúcich sa foriem agresívneho správania pacientov a pracovnej spokojnosti sestier môže súvisieť s istými nedostatkami a obmedzeniami. Predovšetkým sme si vedomí toho, že výsledky nášho výskumu nemôžeme zovšeobecniť z dôvodu veľkosti vzorky a jej reprezentatívnosti. Zistenia mohli ovplyvniť aj spôsob výberu vzorky do výskumu (zámerný). Do výskumu boli zapojené iba sestry z jednej nemocnice. Významným metodologickým obmedzením, ktoré mohlo mať dopad na validitu zistení, bola aj nízka vnútorná konzistencia subškály Telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie.

## Záver

Skúsenosť s agresívnym správaním ako deštruktívnym a v prevažnej miere ofenzívnym správaním pacienta, môže mať negatívny dlhodobý dopad na pracovnú spokojnosť sestier. Medzi fyzickou agresiou bez použitia útočnej zbrane a úrovňou celkovej pracovnej spokojnosti sestier bol potvrdený signifikantný negatívny vzťah. Čím častejšie boli sestry v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov konfrontované s prejavmi fyzickej agresie bez použitia útočnej zbrane, tým uvádzali nižšiu mieru ich celkovej pracovnej spokojnosti. Medzi prejavmi agresie pacientov a frekvenciou úvah sestier o odchode z pracoviska a profesie sestry nebol potvrdený vzájomný vzťah.

Štúdiá vznikla ako súčasť projektu VEGA 1/0217/13.

## Zoznam bibliografických odkazov

ATAWNEH, F. A. – ZAHID, M. A. – AL-S AHLAWI, K. S. – SHAHID, A. A. – AL-FARRAH, M. H. 2003. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. In *British Journal of Nursing*, 2003, vol. 12, no. 2, pp. 102-107.

DUXBURY, J. – WHITTINGTON, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. In *Journal of Advanced Nursing*, 2005, vol. 50, no. 5, pp. 469-478.

FERNANDES, C. M. – BOUTHILLETTE, F. – RABOUD, J. M. – BULLOCK, L. – MOORE, C. F. – CHRISTENSON, J. M. – GRAFSTEIN, E. – RAE, S. – OUELLET, L. – GILLRIE, C. – WAY, M. 1999. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. In *Canadian Medical Association Journal*, 1999, vol. 161, no. 10, pp. 1245-1248.

KAČMÁROVÁ, M. – GURKOVÁ, E. – ČELOVSKÁ, L. – RENDEKOVÁ, A. 2014. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2014, roč. 4, č. 1., s. 16 – 23. [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internete: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/prediktory-postojov-sestier-k-agresii-pacientov>.

LEPIEŠOVÁ, M. 2011. *Násilie voči sestram pri výkone povolania* [Doktorandská dizertačná práca]. Martin: JLF UK, 2011, 198 s.

LEPIEŠOVÁ, M. – ČÁP, J. – ŽIAKOVÁ, K. – NEMČEKOVÁ, M. Výskyt agresie pacientov voči sestram – psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2012, roč. 2, č. 1, s. 26-32. [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internete: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/vyskyt-agresie-pacientov-voci-sestram-psychometricke-vlastnosti-meracieho-nastroja>.

LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*, 2013, roč. 45, č. 2, s. 172-194.

MAY, D. D. – GRUBBS, L. M. 2002. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. In *Journal of Emergency Nursing*, 2002, vol. 28, no. 1, pp. 11-17.

McKENNA, B. G. – POOLE, S. J. – SMITH, N. A. – COVERDALE, J. H. – GALE, C. K. 2003. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. In *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003, vol. 12, no. 1, pp. 56-63.

MENCKEL, E. – VIITASARA, E. 2002. Threats and violence in Swedish care and welfare – magnitude of the problem and impact on municipal personnel. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, vol. 16, no. 4, pp. 376-385.

MINOR, M. – HENRY, C. 1994. *Preventing Workplace Violence: Positive Management Strategies*. Menlo Park: Course Technology Crisp, 1994, 102 p.

MUELLER, C. W. – McCLOSKEY, J. C. 1990. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. In *Nursing Research*, 1990, vol. 39, no. 2, pp. 113-117.

O'CONNELL, B. – YOUNG, J. – BROOKS, J. – HUTCHINGS, J. – LOFTHOUSE, J. 2000. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. In *Journal of Clinical Nursing*, 2000, vol. 9, no. 4, pp. 602-610.

UZUN, O. 2003. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2003, vol. 35, no. 1, pp. 81-85.

RIPPON, T. J. 2000. Aggression and violence in health care professions. In *Journal of Advanced Nursing*, 2000, vol. 31, no. 2, pp. 452-460.

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

WINSTANLEY, S. – WHITTINGTON, R. 2002. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. In *Work and Stress*, 2002, vol. 16, no. 4, p. 302-315.

WINSTANLEY, S. – WHITTINGTON, R. 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. In *Journal of Clinical Nursing*, 2004, vol. 13, no. 1, pp. 3-10.

ZAMPIERON, A. – GALEAZZO, M. – TURRA, S. – BUJA, A. 2010. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. In *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol.19, no. 15-16, pp. 2329-2341.

---

## Kontakt

**doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.**

Katedra ošetrovateľstva, FZO PU

Partizánska 1

08001 Prešov

Slovensko

E-mail: [elena.gurkova@unipo.sk](mailto:elena.gurkova@unipo.sk)

**Prijaté:** 15. 7. 2014

**Akceptované:** 30. 9. 2014

---

[1] Pojmy agresia a násilie používame v našej práci paralelne ako synonymá.

## Kvalita života sester pracujúcich v nemocnici

Zuzana Burešová, Darja Jarošová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

### Abstract

BUREŠOVÁ, Z. – JAROŠOVÁ, D. Quality of life among hospital nurses. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 13-17. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/kvalita-zivota-sester-pracujucich-v-nemocnici>.

**Aim:** The aim of descriptive cross-sectional study was to determine the quality of life and quality of work life among hospital nurses, and to investigate the factors which have an impact on their quality of life.

**Methods:** The sample consisted of 188 nurses working in regional hospital Moravian-Silesian Region with a minimum one year of nursing practice. Data were collected in June-July 2013 with using two instruments: Personal Well-being Index-Adult and Professional Quality of Life Scale.

**Results:** Nurses in the outpatient wards were more satisfied than nurses in the inpatient wards. Most nurses are moderately satisfied with their work. The quality of working life doesn't change depending on where the nurse works. It was also found that 65 % of nurses are at moderate risk of risk of secondary traumatic stress. It was confirmed that sociodemographic factors (age, education, specialization, marital status, employment, the length of nursing practice and practice at the current workplace) affect the quality of life and the quality of working life.

**Conclusion:** The majority of nurses were slightly above average level of quality of working life, moderate risk of secondary traumatic stress and burnout. These findings should motivate hospital management to improve the working conditions of nurses who work significantly affect the overall quality of life of nurses.

**Keywords:** nurses, hospital, quality of life, quality of working life

### Úvod

Koncept kvality pracovného života je složitý, je spojován s charakteristikami pracovného prostredia, osobnostní charakteristikou pracovníka a zahrnuje také vlivy z prostředí klientů. Působení těchto faktorů může být pozitivní, u pracovníka se pak projevuje potěšením a pocití spokojenosti ze své profese (*compassion satisfaction*), které mu umožňují vykonávat práci dobře (Stamm, 2010). V opačném případě mohou mít vlivy pracovného prostredia (např. kumulativní stres, nedostatek odpočinku, samotná péče o klienta) negativní charakter a projevují se jako pocití únavy z práce (*compassion fatigue*) (Mason et al., 2014). Vyšší pocití spokojenosti v profesi je u sester spojován s menším rizikem vzniku únavy z práce, zejména pak s nižším rizikem vzniku syndromu vyhoření (Elkonin, Vyver, 2011; Hegney et al., 2013). Kvalita pracovného života představuje důležitou součást teoretických modelů kvality života (Hnilica, 2005, s. 395) a vlivy pracovného prostredia sester se odrážejí v jejich celkové spokojenosti se životem (Cimete et al., 2003; Drozdová, Kebza, 2011). V posledních dvaceti letech narůstá počet studií zkoumajících kvalitu pracovného života sester (Davis, Thorburn, 1999; Moradi et al., 2014) i obecnou kvalitu života sester (Cimete et al., 2003; You et al., 2008). V České republice jsou však studie zabývající se kvalitou života sester spíše sporadické (Gurková et al., 2012; Gurková et al., 2013).

### Cíl

Cílem deskriptivní průřezové studie bylo zjistit kvalitu života a kvalitu pracovného života sester pracujúcich v regionální nemocnici Moravskoslezského kraje. Dále zjistit, zda demografické faktory sester ovlivňují kvalitu jejich života a zda existují rozdíly v kvalitě života sester podle jejich pracoviště.

### Soubor

Základní soubor byl sestaven ze všech sester (n = 304) vybrané regionální nemocnice Moravskoslezského kraje s minimálně roční ošetrovateľskou praxí, kterým byly distribuovány dotazníky (návratnost 63 %). Výsledný soubor pak čítal 188 sester o průměrném věku 40 let. Průměrná délka celkové ošetrovateľské praxe sester činila 19 let, praxe na současném pracovišti 10 let. Vzdelání většiny sester (81 %) bylo středoškolské, téměř polovina z nich (44 %) získala specializovanou způsobilost ve svých oborech. Největší skupinou byly sestry pracujúcich na standardních lůžkových odděleních (47 %).



## Metodika

Pro sběr dat byly použity dva standardizované dotazníky.

*Personal Well-being Index – Adult (PWI-A)* byl použit v české verzi (Jarošová, 2013) pro hodnocení kvality života sester. Nástroj zahrnuje sedm základních položek vyjadřující oblasti kvality života (životní úroveň, osobní zdraví, dosažené cíle v životě, osobní vztahy, pocit bezpečí, život ve svém společenství, jistota do budoucnosti). Položky jsou hodnoceny na jedenáctibodové Likertově škále (0 – absolutní nespokojenost; 10 – absolutní spokojenost). Součástí dotazníku je nezávislá položka (spokojenost se svým životem celkově) a volitelná osmá položka (spokojenost v oblasti spirituality a náboženství). Pro každou doménu bylo počítáno průměrné skóre transformováno na relativní hodnoty (např. skóre 8 = 80 %).

*Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* hodnotí kvalitu profesního života sester (Stamm, 2009). Dotazník obsahuje 30 položek zahrnutých do tří domén (pocit spokojenosti, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres), které zjišťují vliv pracovních aspektů na kvalitu pracovního života. Položky jsou hodnoceny na pětibodové Likertově škále (1 – nikdy; 5 – velmi často). U všech tří domén je vyhodnocována úroveň kvality pracovního života podle dosaženého skóre: vysoká (42 a výše), střední (23 – 41), nízká (22 a méně).

Dotazníky byly distribuovány v červnu a červenci 2013 na všechny oddělení nemocnice. Pro statistické analýzy byl soubor sester rozdělen do čtyř skupin podle typu pracoviště: ambulance, lůžková oddělení, intenzivní péče, ostatní oddělení (např. příjmové oddělení).

Data byla zpracována deskriptivní statistikou (absolutní a relativní četnost, průměr, směrodatná odchylka). Pearsonův korelační koeficient byl použit pro porovnávání vybraných proměnných (demografické faktory, domény obecné a pracovní kvality života). Průměrná skóre mezi jednotlivými skupinami byla porovnávána dvouvýběrovým t-testem. Jednovýběrový z-test byl použit pro zjištění, zda střední hodnoty výběru jsou vyšší než pozorovaná průměrná hodnota souboru. Rozdíly mezi skupinami byly analyzovány ANOVA testem. Všechny statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Výzkum byl realizován v souladu s etickými normami. Respondenti vyplňovali dotazníky dobrovolně. Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmů.

## Výsledky

### Kvalita života sester

Podle průměrných hodnot v jednotlivých oblastech kvality života byly sestry nejspokojenější s osobními vztahy (75,11  $\pm$  23,18 %), nejméně spokojené pak s jistotou do budoucnosti (55,37  $\pm$  26,66 %). Nejvyšší celkové kvality života dosáhly sestry pracující v ambulancích (72,63  $\pm$  16,00 %), nejhůře pak hodnotily kvalitu svého života sestry pracující na lůžkových odděleních (64,68  $\pm$  18,00 %). Podle pracovišť vykazovaly vyšší spokojenost ve všech oblastech kvality života ambulantní sestry oproti sestrám pracujícím na standardních lůžkových odděleních ( $p = 0,0485$ ). Úroveň obecné kvality života sester z ostatních oddělení se statisticky nelišila (tab. 1).

Tab. 1. Kvalita života sester (PWI-A) podle pracoviště (z-test)

	Ambulance Průměr (SD)	Lůžková oddělení Průměr (SD)	Intenzivní péče Průměr (SD)	Ostatní oddělení Průměr (SD)	Soubor Průměr (SD)
0. Život celkově	75,48 (22,63)	70,11 (23,12)	70,00 (23,65)	74,74 (16,11)	71,44 (22,53)
1. Životní úroveň	68,71 (23,20)	64,43 (24,91)	64,80 (24,35)	72,11 (17,18)	66,01 (23,78)
2. Osobní zdraví	72,26 (23,34)	66,70 (26,81)	71,40 (23,47)	70,53 (22,48)	69,26 (24,92)
3. Dosažení cílů v životě	75,48 (16,09)	70,00 (22,13)	68,20 (19,35)	72,63 (19,96)	70,69 (20,29)
4. Osobní vztahy	81,94 (18,69)	74,32 (22,32)	72,60 (27,17)	74,21 (21,94)	75,11 (23,18)
5. Pocit bezpečí	78,71 (19,62)	66,36 (24,83)	74,20 (18,75)	69,47 (20,41)	70,80 (22,44)
6. Život ve svém společenství	66,77 (25,74)	59,89 (23,51)	71,60 (20,54)	65,26 (27,56)	64,68 (23,91)
7. Jistota do budoucnosti	64,52 (25,14)	51,02 (26,57)	55,00 (26,75)	61,58 (26,30)	55,37 (26,66)
8. Náboženství - spiritualita	70,97 (25,87)	69,89 (22,67)	75,20 (20,02)	73,16 (23,11)	71,81 (22,54)
Celkové skóre	72,63 (16,00)	64,68 (18,00)	68,26 (17,23)	69,40 (16,87)	67,42 (17,48)
p	<b>0,0485</b>	0,9294	0,3669	0,3106	-

Legenda: SD – směrodatná odchylka; p – hodnota statistické významnosti ( $\alpha = 0,05$ )

## Kvalita pracovného života sester

Většina sester (75 %) uváděla střední úroveň *pocitu spokojenosti* s pracovním životem. Vysoká úroveň pocitu spokojenosti byla zjištěna u 24 % sester z celé nemocnice, nejvíce pak u sester pracujících na ambulancích (29 %). Průměrné hodnoty v doméně pocitu spokojenosti ( $36,71 \pm 5,35$ ) u sester signalizovaly střední úroveň spokojenosti (tab. 2). Vyšší skóre v doméně *sekundárního traumatického stresu* vyjadruje, že práce člověka ovlivňuje natolik, že nedokáže na práci přestat myslet a může mít potíže se spánkem (Stamm, 2010, s. 17). Průměrné skóre naměřených hodnot ( $23,79 \pm 4,79$ ) ukazuje na střední riziko sekundárního traumatického stresu sester v rámci celé nemocnice (celkem 75 % sester). Nízké riziko sekundárního traumatického stresu ( $21,55 \pm 4,48$ ) bylo zjištěno pouze u sester pracujících na ambulancích. Střední riziko *syndromu vyhoření* bylo zjištěno u 65 % sester (66 % sester z lůžkových oddělení, 60 % sester z oddělení intenzivní péče, 68 % sester z ostatních oddělení, 48 % sester z ambulancí). Vysoké riziko syndromu vyhoření nebylo naměřeno vůbec. Signifikantní rozdíly v doméně syndromu vyhoření ( $p = 0,0457$ ), byly potvrzeny pouze u sester pracujících na ostatních oddělení nemocnice ( $26,61 \pm 3,99$ ). Vzájemným porovnáváním průměrných hodnot *domén kvality pracovního života* sester nebyly zjištěny rozdíly podle oddělení, kde sestry pracovaly.

Tab. 2. Kvalita pracovního života sester podle pracoviště (z-test)

	Pocit spokojenosti			Sekundární traumatický stres			Syndrom vyhoření		
	Průměr (SD)	Úroveň	p	Průměr (SD)	Úroveň	p	Průměr (SD)	Úroveň	p
Ambulance	36,34 (5,63)	střední	0,6431	21,55 (4,48)	nízká	0,9940	23,14 (4,27)	střední	0,9633
Lůžková oddělení	36,91 (5,41)	střední	0,3266	24,55 (5,01)	střední	0,2187	25,34 (5,03)	střední	0,1099
Intenzivní péče	36,75 (5,29)	střední	0,5679	23,44 (4,47)	střední	0,7311	23,86 (4,45)	střední	0,8993
Ostatní oddělení	36,24 (5,15)	střední	0,9547	24,67 (4,12)	střední	0,1630	26,61 (3,99)	střední	0,0457
Soubor	36,71 (5,35)	střední	-	23,79 (4,79)	střední	-	24,72 (4,75)	střední	-

Legenda: SD – směrodatná odchylka, p – hodnota statistické významnosti ( $\alpha = 0,05$ )

## Demografické faktory, kvalita života a kvalita pracovního života sester

Všechny sledované demografické faktory signifikantně ovlivňovaly kvalitu života i kvalitu pracovního života sester ( $p < 0,000$ ). Nejvyšší kvalita života a vysoký pocit spokojenosti ( $42,80 \pm 3,11$ ) byly naměřeny u sester s nejvyšším vzděláním ( $p = 0,0053$ ). Tyto sestry také vykazovaly nízkou úroveň sekundárního traumatického stresu ( $21,60 \pm 4,83$ ) a nízkou úroveň syndromu vyhoření ( $19,80 \pm 3,56$ ). Vyšší průměrné hodnoty kvality života (přes 72 %) byly zjištěny u sester pracujících na částečný úvazek. Sestry s nejdelší ošetrovatelskou praxí na současném pracovišti (31 a více let) hodnotily kvalitu života nejhůře ( $62,29 \% \pm 23,29$ ), současně u nich bylo naměřeno nejvyšší skóre ( $26,44 \pm 4,93$ ) v doméně sekundárního traumatického stresu. S vyšším vzděláním sester stoupala jejich subjektivně vnímaná kvalita života ( $r = 0,14$ ) a s vyšším pracovním úvazkem klesala úroveň subjektivně vyjádřené kvality života sester ( $r = -0,14$ ). S vyšším pracovním úvazkem se zvyšovalo riziko vzniku syndromu vyhoření ( $r = 0,22$ ). Nižší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu ( $r = -0,17$ ) a riziko vzniku syndromu vyhoření ( $r = -0,16$ ) bylo zjištěno u sester specialistek.

## Diskuse

V deskriptivní průřezové studii byla zjišťována kvalita života sester pracujících v regionální nemocnici Moravskoslezského kraje. Výsledky našeho šetření potvrdily mírně nadprůměrnou úroveň kvality pracovního života i obecné kvality života sester. Index osobní pohody (PWI) hodnotící subjektivně vnímanou kvalitu života dosahoval téměř 68 % ze 100 %. To svědčí o nepatrně vyšší úrovni spokojenosti v oblastech života, než byla prezentována v rámci mezinárodní studie Gurkové et al. (2012), která hodnotila kvalitu života u souboru 499 českých sester (65 %) a u 544 slovenských sester (64 %). Nižší kvalitu pracovního života sester prezentují v posledních letech zejména studie některých asijských zemí (Ramesh et al., 2014; Moradi et al., 2014), což však může být způsobeno kulturními odlišnostmi a také ekonomickou úrovní společnosti.

V naší studii se potvrdil rozdíl v kvalitě života sester mezi sestrami v ambulancích a na lůžkových odděleních. Nepotvrdila se však statisticky významná odlišnost v kvalitě pracovního života sester podle nemocničních pracovišť. K jinému závěru došli Haroková a Gurková (2012), kdy zjistily vyšší pracovní spokojenost ve všech oblastech u slovenských sester na lůžkových odděleních v porovnání se sestrami z oddělení intenzivní péče. Podle oblastí kvality života byly sestry v našem šetření nejspokojenější v oblasti osobních vztahů. Ke stejným výsledkům došli i jiní výzkumníci (např. Gurková et al., 2012). V jiné slovenské studii byly sestry nejvíce spokojené v oblasti náboženství a spirituality (Gurková, Macejková, 2012). S touto oblastí byly nejvíce spokojené také naše sestry, které pracovaly na odděleních intenzivní péče. Důvodem může být péče o kriticky nemocné a časté setkávání se s úmrtím pacientů, kdy právě víra může pomoci lépe se vyrovnávat s těmito skutečnostmi. Naše zjištění podporují také výsledky výzkumu u šedesáti sester intenzivní péče ze dvou středně velkých nemocnic (USA), kdy víra umožňovala sestram se lépe vyrovnávat s náročností profese a pozitivně ovlivňovala jejich emocionální vyčerpání (Meltzer, Huckabay, 2004). V našem šetření byly sestry nejméně spokojené s jistotou do budoucnosti (55,37 %), což je v souladu s výzkumem Gurkové et al. (2012).

Na rozdiel od štúdie Boonrod (2009) realizovanej u 131 sestier vybranej thajskej nemocnice, všetky sledované demografické faktory našich sestier (věk, vzdelávanie, odbornosť, rodinný stav, pracovný pomer, dĺžka ošetrovateľskej praxe a praxe na súčasnom pracovisku) ovplyvňovali ich obecnú i pracovnú kvalitu života. Najlepšie pritom hodnotili svoju kvalitu života najmladšie sestry. Stejná zistenia prezentovali tiež autori iránskej deskriptívnej štúdie (Cimete et al., 2003). Výrazne vyššiu kvalitu života mali sestry pracujúce na čiastočný pracovný úväzok, oproti sestram pracujúcim v plnom úväzku. Dôvodom môže byť rutina a vyčerpanie sestier pri plnom úväzku a náročnejší skloubení práce a povinností v rodine. Najvyššiu životnú spokojnosť prejavujú zpravidla osoby, ktorých zamestnanie je autonómne a nerutinné (Hnilica, 2005, s. 401). Sestry pracujúce v zníženom úväzku vyjadrovali najvyššiu pracovnú spokojnosť, a naopak nízke riziko syndromu vyhošenia a sekundárneho traumatického stresu. Stejný záver je prezentovaný v štúdiu realizovanej u 630 kanadských sestier pracujúcich v paliatívnej péči (Slocum-Gori et al., 2011).

Najvyššiu úroveň subjektívne vnímanej kvality života mala v našom šetrení zistená u sestier s najvyšším (vysokoškolským) vzdelávaním. Vplyvom vzdelávania na spokojnosť s kvalitou života obyvateľ 35 zemí sveta sa zaoberala tiež štúdia autorov Cheung a Chan (2009), kedy s léty strávenými vzdelávaním sa zvyšovala úroveň spokojnosti s životom. Také z výsledkov nášho výskumu je zrejmé, že s vyšším vzdelávaním sestier sa zvyšovala subjektívne vnímaná kvalita života a súčasne sa znižovalo riziko vzniku traumatického stresu a syndromu vyhošenia.

---

## Záver

Úroveň obcej kvality života sestier pracujúcich v nemocnici bola odlišná podľa oddelenia, kde sestry pracovali. Kvalita pracovného života sestier sa podľa pracoviska nemocnice významne nelíšila. Všetchny sledované demografické faktory sestier ovplyvňovali ich kvalitu života. Štúdia dokázala u väčšiny sestier z regionálnych nemocníc (okrem ambulantných pracovísk) stredné riziko sekundárneho traumatického stresu a syndromu vyhošenia. Toto zistenie by malo motivovať management nemocnice ke zlepšovaniu pracovných podmienok sestier, ktoré významne ovplyvňujú pracovnú i celkovú kvalitu života sestier.

---

## Seznam bibliografických odkazů

- BOONROD W. 2009. Quality of working life: perceptions of professional nurses at Phramongkutkiao Hospital. In *J Med Assoc Thai*, 2009, vol. 92, Suppl. 1: S7-15.
- CIMETE, G. – GENCALP, N. S. – KESKIN, G. 2003. Quality of life and job satisfaction of nurses. In *Journal of Quality of Nursing Care*, 2003, vol. 18, no. 2, pp. 151-158.
- DAVIS, B. – THORBURN, B. 1999. Quality of nurses' work life: strategies for enhancement. In *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1999, vol. 12, no. 4, pp. 11-15.
- DROZDOVÁ, R. – KEBZA, V. 2011. Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. In *Československá psychologie*, 2011, roč. 55, č. 4, s. 289-305.
- ELKONIN, D. – VYVER, L. V. D. 2011. Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. In *Health SA Gesondheid*. 2011, vol. 16, no. 1, pp. 1-8.
- GURKOVÁ, E. – DŽUKA, J. – SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. – ŽIAKOVÁ, K. – HAROKOVÁ, S. – ŠERFELOVÁ, R. 2012. Measuring subjective quality of life in Czech and Slovak nurses: validity of the Czech and Slovak versions of Personal wellbeing index. In *Journal of Social Research & Policy*, 2012, vol. 3, no. 2, pp. 1-16.
- GURKOVÁ, E. – MACEJKOVÁ, S. 2012. Psychická záťaž a depresívna symptomatológia u sestier. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*, 2012, roč. 3, č. 1, s. 326-334.
- GURKOVÁ, E. – SOÓSOVÁ, M. – HAROKOVÁ, S. – ŽIAKOVÁ, K. – ŠERFELOVÁ, R. – ZAMBORIOVÁ, M. 2013. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. In *International Nursing Review*, 2013, vol. 60, no. 1, pp. 112-121.
- HAROKOVÁ, S. – GURKOVÁ, E. 2012. Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. In *Kontakt*, 2012, roč. 14, č. 4, s. 401-409.
- HEGNEY, D. G. – CRAIGIE, M. – HEMSWORTH, D. – OSSEIRAN MOISSON, R. – AOUN, S. – FRANCIS, K. – DRURY, V. 2013. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. In *Journal of Nursing Management*, 2013, vol. 22, no. 4, pp. 506-518.
- HNILICA, K. 2005. Povolání a kvalita života. In: PAYNE J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 395-414.
- CHEUNG, H. Y. – CHAN, A. W. H. 2009. The Effect of Education on Life Satisfaction Across Countries. In *The Alberta Journal of Educational Research*, 2009, vol. 55, no. 1, pp. 124-136.
- JAROŠOVÁ, D. 2013. *Index osobní pohody (PWI-A)* [online]. 2013. [cit. 2013-10-03]. Dostupné z internetu: <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/auwbi/index-translations/pwi-a-czech.pdf>.



- MASON, V. M. – LESLIE, G. – CLARK, K. – LYONS, P. – WALKE, E. – BUTLER, C. – GRIFFIN, M. 2014. Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses A Pilot Study. In *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2014, vol. 33, no. 4, pp. 215-225.
- MELTZER, L. S. – HUCKABAY, L. M. 2004. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. In *American Journal of critical care*, 2004, vol. 13, no. 3, pp. 202-208.
- MORADI, T. – MAGHAMINEJAD, F. – AZIZI-FINI, I. 2014. Quality of Working Life of Nurses and its Related Factors. In *Nursing Midwifery Studies*, 2014, vol. 3, no. 2: e19450. Epub 2014 Jun 15.
- RAMESH, N. – NISHA, C. – JOSEPHINE, A. M. – THOMAS, S. – JOSEPH, B. 2013. A study on quality of work life among nurses in a medical college hospital in Bangalore. In *National Journal of Community Medicine*, 2013, vol. 4, no. 3, pp. 471-474.
- SLOCUM-GORI, S. – HEMSWORTH, D. – CHAN, W. W. – CARSON, A. – KAZANJIAN, A. 2011. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. In *Palliative Medicine*, 2011, vol. 27, no. 2, pp. 172-178.
- STAMM, B. H. 2009. *Professional Quality of Life Scale (ProQOL): Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue (ProQOL) Version 5 (2009)* [online]. 2013. [cit. 2013-10-03]. Dostupné z internetu: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf).
- STAMM, B. H. 2010. *The Concise ProQOL Manual 2010* [online]. 2014. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z internetu: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf).
- YOU, Y. J. – HUNG, S. W. – WU, Y. K. – TSA, L. C. – WANG, H.M. – LIN, C.J. 2008. Job satisfaction and quality of life among hospital nurses in the Yunlin-Chiayi area. In *The Journal of Nursing*, 2008, vol. 55, no. 2, pp. 29–38.

---

## Kontakt

**Bc. Zuzana Burešová**

Sosnová 386

739 61 Třinec

Česká republika

E-mail: [jezowiczovaz@seznam.cz](mailto:jezowiczovaz@seznam.cz)

**Prijaté:** 11. 8. 2014

**Akceptované:** 9. 12. 2014

## Vedomosti sestier o problematike bolesti u seniorov

Lenka Maniaková, Renáta Zeleníková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

### Abstract

MANIAKOVÁ, L. – ZELENÍKOVÁ, R. Nurses' knowledge of pain in elderly. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 18-24. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/vedomos-ti-sestier-o-problematike-bolesti-u-seniorov>.

**Aim:** The aim of the study was to determine nurses' knowledge of pain in the elderly at selected wards in the Slovakia and Czech Republic.

**Methods:** The cross-sectional study to determine nurses' knowledge of pain in elderly was used. The Pain in the Elderly Questionnaire for data collection was used. The research group consisted of 160 nurses, 94 nurses from Slovakia and 66 nurses from the Czech Republic.

**Results:** The research study showed differences between nurses' knowledge of pain in the elderly in Slovakia and the Czech Republic. The average percentage of correct answers in the Pain in the Elderly Questionnaire was 44.95% in the Slovak sample, 48.05% in Czech nurses sample. Statistically significant differences were found in rating of four items when comparing the evaluation of items rated by Slovak and Czech nurses with non-university education. Statistically significant differences were found in rating of three items when comparing the evaluation items for university education. Another statistically significant differences were found when comparing rating of items by Slovak and Czech nurses with 10 years of clinical experience for 2 items for length of service of over 10 years with 4 items.

**Conclusions:** Study results indicate that nurses lacked knowledge on pain in elderly. The level of knowledge differs depending on education and clinical experiences.

**Keywords:** chronic pain, elderly, nurses' knowledge

### Úvod

Boleť je u starších ľudí často nezistená, podceňovaná a nesprávne či nedostatočne liečená. Chronickou bolesťou pri tom trpí 40 – 60 % seniorov (Rokyta et al., 2012, s. 35). Včasné rozpoznanie bolesti a jej správne zhodnotenie je základom vhodnej a dostatočnej liečby. Prevalencia bolesti u hospitalizovaných seniorov je podľa niektorých štúdií až 82,9 %, pričom u polovice sledovaných pacientov bolesť dlhodobo pretrváva a výrazne ovplyvňuje kvalitu ich života (Zanocchi et al., 2008).

Na manažment bolesti seniorov majú významný vplyv aj predsudky alebo mýty o bolesti seniorov. Správna liečba bolesti môže byť nastavená iba vtedy, ak sa zbavíme predsudkov o bolesti seniorov a prekonáme vytvorené bariéry (Kľevetová, 2009, s. 49). Sú známe obavy seniorov zo vzniku závislosti na silných liekoch, ktorá by viedla k strate ich doterajšej autonómie. Významné percento seniorov tak bolesť „tajne“ lieči voľne dostupnými analgetikami, ktorých nadmerné užívanie však môže uškodiť oveľa viac (Munden, 2006, s. 278; Crome, 2007, s. 12). Pri podávaní opioidov je obava zo vzniku závislosti, ale opakovane bola preukázaná nižšia tendencia seniorov k jej vzniku než u mladších (Kalvach et al., 2004). Opioidy patria medzi najbezpečnejšie analgetiká. Môžu síce spôsobiť veľa nežiaducich účinkov, ale väčšina z nich (zápcha, nauzea, zvracanie, svrbenie) nepredstavuje závažné ohrozenie zdravia. Opioidné analgetiká spolu s paracetamolom sú považované za vhodnejšie a bezpečnejšie analgetiká u seniorov než nesteroidné analgetiká (Kršiak, 2012, s. 80). Medzi ďalšie mýty o bolesti seniorov patrí aj tento: Najvhodnejšie je vyháňať sa podávaniu silných opiátov z dôvodu bolesti telesne slabším starším pacientom, pretože môžu spôsobiť respiračné problémy. Podľa českých autorov Vrba a Kozák (2012, s. 58) opioidy tlmia hĺbku a frekvenciu dýchania tlmením citlivosti respiračného centra na CO<sub>2</sub>. Je to veľmi obávaný nežiaduci účinok, avšak pri dodržovaní terapeutických dávok opioidov a dobrom manažmente chronickej liečby prakticky nikdy nevzniká (Vrba, Kozák, 2012, s. 58).

Ďalším mýtom je, že starší pacienti majú nižšiu pooperačnú bolesť než mladší. Tento mýtus bol vyvrátený v štúdiu Ishiyama et al. (2007), ktorá bola realizovaná u seniorov v pooperačnom období. Výsledky výskumu ukázali, že seniori po operácii dobre spolupracovali a ich stav vrátane hodnotenia bolesti a spotreby liečiv sa nelíšil od skupiny mladších pacientov. Pri akútnej pooperačnej bolesti majú seniori zvýšený prah bolesti, ale na druhej strane majú nižšiu toleranciu bolesti, predovšetkým silnej bolesti (Vrba, Kozák, 2012, s. 61). Je preto nevyhnutná príprava seniorov na hodnotenie bolesti v pooperačnom období, ich dostatočná edukácia a overenie porozumenia (Vrba, Kozák, 2012, s. 62).

Ďalšie mýty o bolesti seniorov sa týkajú tvrdenia, že bolesť je prirodzený sprievodný jav procesu starnutia. Seniori majú väčšie riziko vzniku bolesti spojenej s úrazom a polymorbiditou, ale v žiadnom prípade bolesť nie je nevyhnutnou súčasťou starnutia (Kolektiv autorů, 2006, s. 276).

Tieto a mnohé ďalšie mýty, názory a postoje sa potom prejavujú sťažou aplikáciou liečby, a aj tým, že senior o svojej

bolesti zdravotníka aktívne vôbec neinformuje, prípadne sa o nej zmieni len okrajovo alebo ju bagatelizuje (Munden, 2006, s. 278; Crome, 2007, s. 12).

Je nespochybniteľné, že základom pre úspešné zvládnutie manažmentu bolesti a osobitne jej hodnotenia sú vedomosti a zručnosti sestry. Ku kvalitnému zhodnoteniu bolesti seniora sú potrebné komplexné vedomosti nielen o bolesti samotnej, ale aj o faktoroch s ňou spojených. Iba na vedomosti sa však spoliehať nemožno, pretože zhodnotenie bolesti vyžaduje od sestry tiež zodpovednosť, aktívny prístup na báze dôvery, schopnosť empatie, spolupráce a v neposlednom rade tiež komunikačné zručnosti, ktoré uľahčia spoluprácu s pacientom (Kašpárková, Fessl, 2006, s. 163; Sofaer, 1997, s. 65). Podľa Sloman et al. (2001, s. 318) je viac výskumov zameraných na postoj sestier k bolesti ako na vedomosti sestier o bolesti. Výskumných štúdií zameraných na vedomosti sestier o bolesti seniorov a zručností zvládania bolesti je nedostatok.

## Ciele

Cieľom práce bolo zistiť vedomosti sestier o problematike bolesti u seniorov na vybraných pracoviskách v Slovenskej a Českej republike. Ďalšími cieľmi bolo zistiť rozdiely vo vedomostiach sestier o problematike bolesti seniorov podľa ich vzdelania a dĺžky klinickej odbornej praxe.

## Súbor

Výskumný súbor tvorilo 160 sestier (94 sestier zo Slovenskej republiky a 66 sestier z Českej republiky) pracujúcich v 6 vybraných zariadeniach v Slovenskej republike a v 4 zariadeniach v Českej republike. Sestry boli do výskumného súboru vybrané na základe vopred stanovených kritérií. Do súboru boli zaradené sestry, ktoré splnili nasledujúce zaraďujúce kritéria: súhlas sestier s účasťou vo výskume; ochota spolupracovať; práca s geriatrickými pacientmi; súčasná pracovná pozícia sestier na niektorom z nasledujúcich pracovísk: chirurgické oddelenie, geriatrické oddelenie, interné oddelenie, hospic, domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov, liečebňa dlhodobo chorých, ambulancia pre liečbu a štúdium bolesti. Základné charakteristiky súboru sú uvedené v tabuľke 1.

**Tab. 1. Charakteristika súboru**

Charakteristika	SR (n = 94) n (%)	ČR (n = 66) n (%)
Vek – priemer (SD, min, max)	41,5 (SD±11,5; min 22; max 62)	38,5 (SD±9,9; min 21; max 59)
Klinická prax – priemer (SD, min, max)	18,4 (SD±12,1; min 1; max 43)	16,6 (SD±10,8; min 1; max 39)
<b>Oddelenie</b>		
Domov sociálnych služieb pre seniorov	59 (63%)	-
Interné oddelenie	12 (13%)	20 (30%)
Chirurgické oddelenie	23 (24%)	-
Geriatrické oddelenie	-	11 (17%)
Liečebňa dlhodobo chorých	-	15 (23%)
Hospic sv. Lukáša	-	14 (21%)
Ambulancia pre liečbu a štúdium bolesti	-	6 (9%)
Vzdelávacie semináre	44 (47%)	37 (56%)
Skúsenosť s manažmentom bolesti	57 (61%)	36 (55%)
Špecializácia – ošetrovateľská starostlivosť v gerontológii	19 (20%)	12 (18%)
<b>Vzdelanie</b>		
SZŠ	38 (40%)	38 (38%)
VOŠ	19 (20%)	9 (14%)
Bakalárske	23 (25%)	11 (17%)
Magisterské	13 (14%)	8 (12%)
Doktorandské (PhD.)	1 (1%)	-
<b>Špecializácia v odbore</b>		
Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie	7 (8%)	-
Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva	6 (6%)	1 (2%)
Špecializovaná urgentná starostlivosť	5 (5%)	1 (2%)
Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrii	1 (1%)	3 (5%)
Ošetrovateľská starostlivosť v komunite	3 (3%)	-
Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii	3 (3%)	-

Legenda: n – absolútna početnosť; % - relatívna početnosť; SR – Slovenská republika; ČR – Česká republika; SD – smerodajná odchýlka; min – minimálna hodnota; max – maximálna hodnota

## Metodika

Výskum má charakter prierezovej štúdie. Pre potreby zberu empirických dát bol použitý dotazník *Pain in the elderly Questionnaire* (Sloman et al., 2001, s. 322). Prvá časť dotazníka obsahovala demografické položky (vek, pohlavie, vzdelanie, oddelenie, dĺžka praxe) a otvorenú otázku s akým typom bolesti sa sestry v praxi u seniorov najčastejšie stretávajú. Druhá časť dotazníka obsahovala 20 uzavretých polytomických položiek – tvrdení (práv a mýtov) o bolesti seniorov, kde si sestry mohli zvoliť odpoveď pravda, klamstvo alebo neviem. Prvých 14 položiek bolo prevzatých zo zahraničného dotazníka *Pain in the elderly Questionnaire* (Sloman et al., 2001, s. 322) a ďalších 6 položiek bolo doplnených na základe štúdia literatúry. Po získaní povolenia na preklad a použitie dotazníka *Pain in the elderly Questionnaire* bol dotazník preložený lingvistom do slovenského a českého jazyka. Finálna verzia dotazníka bola odbornou posúdená – lekárom z ambulancie pre liečbu a štúdium bolesti a schválená k použitiu.

Zber empirických údajov prebiehal od augusta 2012 do januára 2013. Účast' sestier bola dobrovoľná a všetky údaje boli spracovávané ako dôverné. Do zdravotníckych zariadení bolo distribuovaných 216 dotazníkov, pričom návratnosť bola 165 dotazníkov. Z toho päť dotazníkov bolo vyradených pre neúplnosť údajov (nevyplnené odpovede u viac ako 5 % otázok). Do finálneho spracovania bolo zaradených 160 dotazníkov. Získané údaje boli spracované v programe Microsoft Excel 2007. Na popis demografických údajov bola použitá základná popisná štatistika (frekvenčné tabuľky, absolútna a relatívna početnosť). Na hodnotenie rozdielov medzi vedomosťami sestier podľa ich vzdelania a dĺžky klinickej odbornej praxe bol použitý  $\chi^2$  test. Štatistické testy boli hodnotené na hladine významnosti 5 %.

## Etické aspekty štúdie a konflikt záujmov

Povolenie preložiť a použiť dotazník *Pain in the elderly Questionnaire* bolo získané od korešpondenčnej autorky štúdie Sloman et al., 2001, v ktorej bol dotazník publikovaný, od Maureen Ahern z Ústavu ošetrovateľstva v Sydney. Písomný súhlas s realizáciou výskumu bol získaný od všetkých zariadení, kde výskum prebiehal. Oslovené sestry sa mohli rozhodnúť, či sa do výskumu zapoja. Odovzdanie vyplneného dotazníka bolo považované za súhlas so zapojením do výskumu.

Príspevok vznikol ako súčasť diplomovej práce na Ústave ošetrovateľství a porodní asistencie LF OU v Ostrave. Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov.

## Výsledky

### Typy bolesti u seniorov

Tab. 2. Typy bolesti u seniorov – porovnanie výsledkov sestier zo SR a ČR

Typy bolesti u seniorov	SR (n = 94) n (%)	ČR (n = 66) n (%)	chi <sup>2</sup> test	p
Akútna bolesť	59 (63%)	36 (55%)	1,086	0,297
Chronická bolesť	91 (97%)	64 (97%)	0,003	0,954
Fantómová bolesť	14 (15%)	1 (2%)	8,169	0,004
Malígna bolesť	8 (9%)	12 (18%)	3,316	0,069
Neurogénna bolesť	5 (5%)	-	3,624	0,057
Bolesť hlavy	5 (5%)	-	3,624	0,057
Bolesť kĺbov	4 (4%)	-	2,881	0,090

Legenda: n – absolútna početnosť; % - relatívna početnosť;  $\chi^2$  test – chi kvadrát test; p – hodnota hladiny významnosti; SR – Slovenská republika; ČR – Česká republika

Sestry zo Slovenskej republiky uvádzali, že sa u seniorov najčastejšie stretávajú s týmito typmi bolesti: chronická bolesť – 91 (97 %), akútna bolesť – 59 (63 %), fantómová bolesť – 14 (15 %), malígna bolesť – 8 (9 %), neurogénna bolesť a bolesť hlavy – 5 (5 %) a bolesť kĺbov – 4 (4 %).

Sestry z Českej republiky uvádzali najčastejšie tieto typy bolesti u seniorov: chronická bolesť – 64 (97 %), akútna bolesť – 36 (55 %), malígna bolesť – 12 (18 %), fantómová bolesť – 1 (2 %). Bolesť neurogénnu, bolesť hlavy a bolesť kĺbov neuviedla ani jedna sestra z Českej republiky. Štatisticky významný rozdiel medzi súbormi bol zistený pri hodnotení položky fantómová bolesť ( $p = 0,004$ ), a to v prospech sestier zo Slovenskej republiky, čo môže súvisieť s tým, že v súbore slovenských sestier boli aj sestry z chirurgických pracovísk.

### Vedomosti sestier o bolesti seniorov

Výsledky správnych odpovedí sestier o bolesti seniorov sú uvedené v tabuľke 3. Okrem výsledkov českého a slovenského súboru sú pre účely komparácie uvedené aj výsledky austrálskej štúdie Sloman et al. (2001). Takmer u všetkých odpovedí

je percento správnych odpovedí v súbore austrálskych sestier vyššie.

Priemerné percento správnych odpovedí bolo v slovenskom súbore 44,95 %, v českom súbore 48,05 % a v zahraničnej štúdií Sloman et al. (2001) 71,14 %.

**Tab. 3. Porovnanie výsledkov správnych odpovedí v slovenskom, českom a zahraničnom súbore**

Položky	SR % správnych odpovedí	ČR % správnych odpovedí	Sloman et al., 2001 % správnych odpovedí
Bolesť je prirodzený sprievodný jav procesu starnutia	49%	71%	70%
Starší ľudia prežívajú bolesť menej intenzívne ako mladí dospelí	62%	51%	93%
Starší ľudia zaznamenávajú bolesť častejšie ako mladí dospelí	18%	21%	63%
Výskumná literatúra poukazuje na to, že bolesť v staršom veku je obvykle nedostatočne ošetrovaná*	51%	79%	70%
Kultúrne faktory ovplyvňujú vyjadrenie symptómov bolesti*	66%	71%	90%
Starší pacient s duševnou poruchou zažíva viac bolesti ako psychicky zdravý starší pacient	33%	39%	70%
Zhodnotenie a diagnostika bolesti v staršom veku je primárne úlohou lekára	43%	18%	89%
Cieľom manažmentu bolesti v staršom veku je udržať pacienta v stave bez bolesti*	80%	89%	86%
Silné opiáty používané na regulovanie bolesti napr. morfium môžu u starších pacientov spôsobiť závislosť, ak sú podávané vo veľkých dávkach	5%	8%	66%
Najvhodnejšie je vyhýbať sa podávaniu silných opiátov z dôvodu bolesti telesne slabším starším pacientom, pretože môžu spôsobiť respiračné problémy	10%	27%	41%
Je vhodnejšie podávať opiátové analgetiká na základe potreby ako podľa fixného rozvrhu	30%	23%	61%
Liečba analgetikami ako regulácia bolesti je efektívnejšia u mladých dospelých ako u starších pacientov	26%	35%	71%
Dĺžka trvania danej analgetickej liečby je väčšia u staršieho pacienta ako u mladého dospelého	26%	30%	53%
Sila účinku prostriedkov na úľavu od bolesti vybraných pre pacienta by mala byť založená na zdroji bolesti, nie na pacientovej správe ohľadom intenzity bolesti	40%	35%	73%
Citlivosť k bolesti a jej vnímanie sa s vekom znižuje*	30%	41%	-
Zdravotníci majú sklon bolesť pacienta bagatelizovať*	40%	36%	-
Meranie bolesti je rovnako dôležité, ako meranie iných vitálnych funkcií*	98%	97%	-
Povinnosť sestry je edukovať pacienta o možnostiach sledovania a liečby bolesti*	97%	88%	-
Seniori viac využívajú voľno predajné lieky na liečbu bolesti*	47%	55%	-
Starší pacienti majú nižšiu pooperačnú bolesť než mladší	48%	47%	-

Legenda: % – relatívna početnosť; \* pravdivé tvrdenie

Výrazný rozdiel vo vedomostiach o problematike bolesti u seniorov sme zaznamenali v týchto položkách: *Starší ľudia zaznamenávajú bolesť častejšie ako mladí dospelí*, kde len 18 % slovenských sestier odpovedalo správne, u českých to bolo 21 % a v austrálskej štúdií odpovedalo správne 63 % sestier. V položke *Starší pacient s duševnou poruchou prežíva viac bolesti ako psychicky zdravý starší pacient*, 33 % slovenských sestier odpovedalo správne, 39 % českých sestier a v zahraničnej štúdií to bolo 70 %. Tvrdenie *Zhodnotenie a diagnostika bolesti v staršom veku je primárne úlohou lekára* – zhodnotilo správne 43 % slovenských sestier, 18 % českých sestier a 89 % sestier zo zahraničnej štúdie. Pri položke *Silné opiáty používané na regulovanie bolesti napr. morfium môžu u starších pacientov spôsobiť závislosť, ak sú podávané vo veľkých dávkach* odpovedalo správne 5 % slovenských sestier, 8 % českých sestier a 66 % sestier v štúdií Sloman et al. (2001). Pri položke *Je vhodnejšie podávať opiátové analgetiká na základe potreby ako podľa fixného rozvrhu* správne odpovedalo 30 % slovenských sestier, 23 % českých sestier a 61 % austrálskych sestier. Položku *Liečba analgetikami ako regulácia bolesti je efektívnejšia u mladých dospelých ako u starších pacientov* správne posúdilo 26 % slovenských sestier, 35 % českých a 71 % austrálskych. Posledná položka, v ktorej tiež môžeme vidieť výrazný rozdiel je *Dĺžka trvania danej analgetickej liečby je väčšia u staršieho pacienta ako u mladého dospelého*. Túto položku zhodnotilo správne 40 % slovenských sestier, 35 % českých sestier a 73 % sestier v zahraničnej štúdií.



## Rozdiely vo vedomostiach o bolesti seniorov u sestier podľa vzdelania

Porovnaním výsledkov správnych odpovedí slovenských a českých sestier podľa vzdelania sme zistili štatisticky významný rozdiel v 6 položkách dotazníka (tab. 4). Prevaha správnych odpovedí bola u sestier s univerzitným vzdelaním.

**Tab. 4. Porovnanie výsledkov správnych odpovedí slovenských a českých sestier podľa vzdelania**

Položky	Vzdelanie	SR % správnych odpovedí	ČR % správnych odpovedí	chi <sup>2</sup> test	p
Boleť je prirodzený sprievodný jav procesu starnutia	NV	35%	66%	9,823	0,002
	UV	70%	84%	1,301	0,254
Starší ľudia zaznamenávajú bolesť častejšie ako mladí dospelí	NV	18%	21%	0,231	0,631
	UV	19%	53%	6,749	0,009
Výskumná literatúra poukazuje na to, že bolesť v staršom veku je obvykle nedostatočne ošetrovaná	NV	51%	79%	8,614	0,003
	UV	51%	79%	4,008	0,045
Zhodnotenie a diagnostika bolesti v staršom veku je primárne úlohou lekára	NV	30%	17%	2,313	0,128
	UV	62%	21%	8,497	0,004
Najvhodnejšie je vyhýbať sa podávaniu silných opiátov z dôvodu bolesti telesne slabším starším pacientom, pretože môžu spôsobiť respiračné problémy	NV	7%	26%	6,783	0,009
	UV	14%	32%	2,596	0,107
Povinnosť sestry je edukovať pacienta o možnostiach sledovania a liečby bolesti	NV	98%	87%	4,975	0,026
	UV	95%	90%	0,496	0,481

Legenda: NV – neuniverzitné vzdelanie; UV – univerzitné vzdelanie; % - relatívna početnosť; chi<sup>2</sup> test – chi kvadrát test; p – hladina významnosti 0,05

## Rozdiely vo vedomostiach o bolesti seniorov u sestier podľa dĺžky praxe

Pri porovnaní výsledkov správnych odpovedí slovenských a českých sestier podľa dĺžky klinickej praxe (do 10 rokov a nad 10 rokov) sme zistili štatisticky významný rozdiel v 5 položkách (tab. 5). Prevaha správnych odpovedí bola u sestier s dĺžkou praxe do 10 rokov.

**Tab. 5. Porovnanie výsledkov správnych odpovedí slovenských a českých sestier podľa dĺžky praxe**

Položky	Prax	SR % správnych odpovedí	ČR % správnych odpovedí	chi <sup>2</sup> test	p
Boleť je prirodzený sprievodný jav procesu starnutia	do 10 rokov	60%	69%	0,517	0,472
	nad 10 rokov	44%	73%	8,214	0,004
Starší ľudia zaznamenávajú bolesť častejšie ako mladí dospelí	do 10 rokov	23%	27%	0,096	0,757
	nad 10 rokov	16%	33%	4,070	0,044
Výskumná literatúra poukazuje na to, že bolesť v staršom veku je obvykle nedostatočne ošetrovaná	do 10 rokov	47%	81%	6,911	0,009
	nad 10 rokov	53%	78%	6,240	0,012
Zhodnotenie a diagnostika bolesti v staršom veku je primárne úlohou lekára	do 10 rokov	53%	23%	5,346	0,021
	nad 10 rokov	38%	15%	6,071	0,014
Najvhodnejšie je vyhýbať sa podávaniu silných opiátov z dôvodu bolesti telesne slabším starším pacientom, pretože môžu spôsobiť respiračné problémy	do 10 rokov	10%	19%	0,969	0,325
	nad 10 rokov	9%	33%	8,816	0,003

Legenda: % – relatívna početnosť; chi<sup>2</sup> test – chi kvadrát test; p – hodnota hladiny významnosti

## Diskusia

Hodnotenie bolesti patrí medzi kľúčové schopnosti sestier v ktoromkoľvek klinickom odbore. Správne vykonané hodnotenie vedie k výberu správnych intervencií, tým aj k úľave od bolesti, čo v neposlednom rade ovplyvňuje kvalitu života seniora (Briggs, 2010, s. 36).

Cieľom výskumu bolo zistiť vedomosti sestier o problematike bolesti u seniorov na vybraných pracoviskách v SR a ČR. Porovnaním výsledkov slovenských a českých sestier so zahraničnou štúdiou Sloman et al. 2001, ktorá bola realizovaná v austrálskom Sydney, sme zistili veľké rozdiely vo vedomostiach o problematike bolesti u seniorov. V austrálskej štúdií Sloman et al. 2001 bolo do výskumu zapojených 174 sestier, v SR to bolo 94 a v ČR 66 sestier. Priemerné percento správ-

nych odpovedí v slovenskom a českom súbore bolo približne rovnaké, pričom v oboch súboroch bolo menej ako 50 % správnych odpovedí. V austrálskom súbore bolo percento správnych odpovedí nad 70 %.

Nedostatok vedomostí o bolesti je jedna z hlavných prekážok efektívneho manažmentu bolesti. Deficit vedomostí sestier o problematike bolesti potvrdzujú štúdie už z 90-tych rokov (Closs, 1996; Hamilton, Edgar, 1992), avšak rovnaké výsledky prinášajú aj novšie štúdie (Bernardi et al., 2007; Lui et al., 2008; Yildirim et al., 2008; Zwakhalen et al., 2007). Štúdia realizovaná v Holandsku v súbore 123 sestier odhalila nedostatok vedomostí o bolesti seniorov s demenciou (Zwakhalen et al., 2007). Taktiež talianska štúdia (Bernardi et al., 2007) realizovaná v súbore 287 sestier potvrdila významný deficit vo vedomostiach sestier o onkologickej bolesti. Podobné výsledky prezentuje turecká štúdia (Yildirim et al., 2008) v súbore 68 onkologických sestier. Multicentrická štúdia u 149 kórejských lekárov a 284 sestier (Jho, 2014) viedla k zisteniu, že lekári mali lepšie vedomosti o manažmente onkologickej bolesti než sestry. U oboch skupín bol zistený nedostatok vo vedomostiach o vedľajších účinkoch opioidov. Autori Chow a Chan (2015) sa zase vo svojom literárnom prehľade venovali vedomostiam o bolesti u študentov ošetrovateľstva. Výsledky uvedeného prehľadu, do ktorého bolo zahrnutých 11 štúdií, konzistentne poukázali na nedostatok vedomostí o problematike bolesti.

Ďalším cieľom našej štúdie bolo zistiť, či vedomosti sestier o problematike bolesti ovplyvňuje ich vzdelanie a klinická odborná prax. V zahraničných štúdiách (Lui et al., 2008; Sloman et al., 2001; Yildirim et al., 2008) sa potvrdzuje, že lepšie vedomosti majú sestry s dlhšou klinickou praxou. V štúdií Sloman et al. (2001, s. 321) bolo zistené, že počet rokov klinickej praxe bol prediktorom vedomostí sestier o bolesti seniorov. Skúsenejšie sestry mali vyššie skóre správnych odpovedí, ako sestry s nižším počtom rokov klinickej praxe. Taktiež autori Lui et al. (2008) zistili, že lepšie vedomosti mali sestry s dlhšou praxou. Vo výskume tureckých autorov (Yildirim et al., 2008) bola zistená pozitívna korelácia medzi vedomosťami sestier o bolesti a dĺžkou praxe na onkologickom oddelení. V našom výskume bolo zistené, že vyššie skóre správnych odpovedí bolo zaznamenané u sestier, ktorých klinická odborná prax bola do 10 rokov a u sestier s univerzitným vzdelaním. Dá sa predpokladať, že sestry s nižším počtom rokov praxe sú zároveň sestry s univerzitným vzdelaním, kde sa v priebehu vysokoškolského štúdia problematike bolesti viacej venovali. Aj keď sestry s univerzitným vzdelaním mali lepšie vedomosti, celkovo je možné konštatovať, že existuje deficit vo vedomostiach sestier o bolesti seniorov. Základné poznatky nadobudnuté vzdelaním sú nedostačujúce a výsledky tohto výskumu podporujú potrebu ďalšieho vzdelávania sestier v problematike bolesti seniorov.

## Limitácie štúdie

Medzi hlavné limitácie štúdie patrí veľkosť súboru, ktorá neumožňuje generalizovať výsledky na celú populáciu sestier v jednotlivých krajinách.

## Záver

Výsledky výskumu ukazujú na nedostatočné vedomosti sestier v problematike bolesti seniorov. Úroveň vedomostí sa líši v závislosti na dosiahnutom vzdelaní a klinických skúsenostiach. Výsledky môžu prispieť k identifikácii oblastí s nedostatočnými vedomosťami a zameraniu vzdelávacích seminárov týkajúcich sa bolesti a liečby bolesti u seniorov týmto smerom. Ďalšie štúdie by mali byť zamerané na skúmanie obsahu vzdelávania so zameraním na manažment bolesti, ako sestry hodnotia bolesť a ktoré nástroje využívajú pri posudzovaní bolesti.

## Podakovanie

Autorky ďakujú všetkým sestrám, ktoré sa zúčastnili výskumu za spoluprácu. Podakovanie patrí aj PhDr. Márii Škereňovej za pomoc pri štatistickom spracovaní výsledkov práce.

## Zoznam bibliografických odkazov

- BERNARDI, M. et al. 2007. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. In *European Journal of Oncology Nursing*, 2007, vol. 11, no. 3, pp. 272-279.
- BRIGGS, E. 2010. Assessment and expression of pain: Pain Series. In *Nursing Standard*, 2010, vol. 25, no. 2, pp. 35-39.
- CHOW, K. M. – CHAN, J. C. 2015. Pain knowledge and attitudes of nursing students: A literature review. In *Nurse Education Today*, 2015, vol. 35, no. 2, pp. 366-372.
- CLOSS, S.J. 1996. Pain and elderly patients: a survey of nurses' knowledge and experiences. In *Journal of advanced nursing*, 1996, vol. 23, no. 2, pp. 237-242.
- CROME, P. – MAIN, C. – LALLY, F. 2007. *Pain in older people*. Oxford : Oxford University Press, 2007. 200 s.
- HAMILTON, J. – EDGAR, L. 1992. A survey examining nurses' knowledge of pain control. In *Journal of pain and symptom management*, 1992, vol. 7, no. 1, pp. 18-26.

IASP. Faces Pain Scale – Revised [online]. 2012, [cit. 2012-01-1]. Dostupné z: <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm>.

ISHIYAMA et al. 2007. The use of patient-controlled epidural fentanyl in elderly patients. In *Anaesthesia*, 2007, vol. 62, no. 12, pp. 1246-50.

JHO, H. J. et al. 2014. Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: a nationwide multicenter survey. In *PLoS One*, 2014, vol. 21, no. 9, p. 8.

KAŠPÁRKOVÁ, J. – FESSL, V. 2006. Chováme sa k nemocným s bolesťou správne, aneb léčíme správne bolest? In *Bolest*, 2006, roč. 9, č. 3, s. 159-164.

KLEVETOVÁ, D. 2009. Zájem a osobní vztah je jedním z neúčinnějších léků při léčbě chronické bolesti ve stáří. In *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 48-50.

KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Praha : Grada, 2006. 356 s.

KRŠIAK, M. 2012. Farmakoterapie bolesti ve stáří. In ROKYTA, R. et al. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha : Mladá fronta, 2012, s.71-84.

LUI, L. Y. – SO, W. K. – FONG, D. Y. 2008. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. In *Journal of Clinical Nursing*, 2008, vol. 17, no. 15, pp. 2014-2021.

McCARBERG, B. – STANOS, S. 2008. Key Patient Assessment Tools and Treatment

Strategies for Pain Management. In *Pain Practice: The Official Journal Of World Institute Of Pain*, 2008, vol. 8, no. 6, pp. 423-432.

MUNDEN, J. 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha : Grada, 2006. 355 s.

POWELL, A. R. et al. Chapter 10 Pain History and Pain Assessment. In *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* [online]. 2010. [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12173>.

PRCHALOVÁ, E. 2008. Sledování a hodnocení bolesti na lůžkové a ambulantní části plicní kliniky. In *Diagnóza v ošetrovateľství*, 2008, roč. 4, č. 6, s. 11-12.

ROKYTA, R. et al. 2012. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha : Mladá fronta, 2012. 103 s.

SLOMAN, R. et al. 2001. Nurses' knowledge of pain in the elderly. In *Journal of Pain and Symptom Management*, 2001, vol. 21, no. 4, pp. 317-322.

SOFAER, B. 1997. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 1997. 104 s.

ŠEVČÍK, P. et al. 1994. *Bolest a možnost její kontroly*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1994. 236 s.

VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada, 2006. 328 s.

VRBA, I. – KOZÁK, J. 2012. Specifika a komplikace léčby bolesti ve stáří. In ROKYTA, R. et al. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha : Mladá fronta, 2012, s.34-68.

YILDIRIM, Y. K. – CICEK, F. – UYAR, M. 2008. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. In *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, no. 1, pp. 17-25.

ZANOCCHI, M. et al. 2008. Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). In *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2008, vol. 47, no. 1, pp. 121-128.

ZWAKHALEN, S. M. G. et al. 2007. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. In *Pain Research & Management*. 2007, vol. 12, no. 3, pp. 177-184.

---

## Kontakt

**Mgr. Lenka Maniaková**

Konská 162

013 13 Rajecké Teplice

Slovenská republika

E-mail: [maniakova.l@gmail.com](mailto:maniakova.l@gmail.com)

**Prijaté:** 15. 9. 2014

**Akceptované:** 9. 3. 2015



## Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetrovatelství

Andrea Scholzová Festová, Sylva Bártlová

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

### Abstract

SCHOLZOVÁ FESTOVÁ, A. – BÁRTLOVÁ, S. Decision and decision making processes in nursing. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 25-30. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/rozhodovani-a-rozhodovaci-procesy-v-osetrovatelstvi>.

**Background:** Review article points out the importance of nurses in the decision-making process, which is an important part of the cognitive activities of a nurse and is one of the main skills of characterizing the professional nursing. The Declaration of the conference in Vienna in 1988 states that the role of the nurse is that it has to act as a partner in decision-making and planning (WHO, 1997).

**Objective:** The main aim is to define the decision-making process and decision-making in nursing. On these bases, describe the factors influencing decision-making in nursing, barriers to decision-making for nurses and also the importance of participatory decision-making.

**Methods:** The contained theoretical bases are the result of the analysis of monographs, periodicals and legislative documents. Via the special keywords have been searching monographic resources and articles in scientific databases and then these articles were then subjected to content analysis.

**Results:** The decision and decision-making process in nursing were defined. The factors influencing decision-making process in nursing and also the barriers in nursing decision-making process have been described. Due to the nature of nurse's work the importance of participatory decision-making process have been also described.

**Conclusion:** In the context of the provided care, nurse has to make numbers of decisions. The decision-making processes in nursing are influenced by many factors. But ultimately, they always affect patients care.

**Keywords:** decision, process, nurse, role, profession, autonomy

### Úvod

Předkládaný přehledový článek se zabývá rozhodováním a rozhodovacím procesem v ošetrovatelství. Rozhodování v ošetrovatelství probíhá ve spojitosti s každou rolí, kterou sestry zaujímají v rámci své profese. Zároveň přejímají odpovědnost za tato rozhodnutí (Dowding, 2009). Rozhodování je procesem volby alespoň mezi dvěma rozhodovacími variantami. Spoluzodpovědnost v rozhodování posiluje profesní autonomii. Courtney a McCutcheon (2010) uvádí, že autonomní rozhodování má vliv na pracovní spokojenost, produktivitu činností v organizacích. Se vzrůstající autonomií se sestry - poskytovatelky péče dostávají do výkonných pozic v oblasti poskytování zdravotní péče. Tak mají možnost ovlivňovat strategická rozhodnutí týkající se předpisů, legislativy, podpory zaměstnanců a rozpočtu. I Roussel a Roussel (2011) uvádí, že zapojení sester do strategických rozhodování má za následek jejich vyšší pracovní spokojenost, lepší morálku, nižší fluktuaci, zlepšení komunikace, zlepšení vzájemné interakce s kolegy ze svého i spolupracujícího oboru, vyšší produktivitu.

### Metodika

Na základě předem stanovených klíčových pojmů: rozhodovací proces, rozhodování, ošetrovatelství, determinanty rozhodování, bariéry rozhodování, participativní rozhodování, byly vyhledány odborné články ve vědeckých databázích Medline, Scopus, EBSCO, Willey interscience a dále v online časopisech *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Clinical Nursing* a *Contemporary Nurse*, čímž byla stanovena minimální kritéria kvality vyhledávaného zdroje a to zařazení do vědecké databáze. Při vyhledávání byly použity následující limity: chronologická data od roku 1980 do roku 2014 bez geografického omezení. Jazykové omezení bylo použito pouze pro jazyk český, anglický a slovenský.

Z výběrového souboru 37 „jedinečných“ zdrojů byl sestaven výzkumný vzorek zahrnující 22 zdrojů. Vyřazené zdroje nespĺnily výše určené limity. Kódovací (záznamovou) jednotkou naší studie je „článek“ v periodiku či monografii. V rámci šetření tedy byly analyzovány obsahy jednotlivých článků. Zdroje z výzkumného vzorku jsou řádně citovány níže v seznamu použitých zdrojů. Ve výsledcích jsou definovány pojmy: rozhodovací proces a rozhodování v ošetrovatelství. Dále jsou popsány faktory ovlivňující rozhodování v ošetrovatelství, bariéry rozhodování u sester a vzhledem k charakteru sesterské práce také význam participativního rozhodování.

## Interpretace výsledků – definování pojmů

### Rozhodování

DeLaune a Ladner (2011) definují rozhodování jako výběr intervence z repertoáru činností, které umožní dosažení požadovaného cíle. S ohledem na neustálý rozvoj oblasti poskytování zdravotní péče narůstá význam sester jako tvůrců rozhodnutí. Je na ně vyvíjen silnější tlak na rychlá a efektivní rozhodnutí (Kelly, 2012). Význam rozhodování se projevuje především v tom, že ovlivňují zásadním způsobem efektivnost fungování zdravotnictví a budoucí prosperitu. Nekvalitní rozhodování může být a často také bývá, jednou z významných příčin neúspěchu zdravotnických procesů (Veber, 2012). Sestry provádí každý den množství rozhodnutí. Jsou ovlivněny organizačními, profesionálními a regulačními rámci, dle kterých musí pracovat (Peate, 2006). Nejčastěji jsou zmiňovaná klinická rozhodování, etická rozhodování, rozhodování manažerská. Ta, ve svém důsledku vždy ovlivňují péči o pacienty.

Klinické rozhodování je komplexní proces zahrnující pozorování, získávání informací, kritické myšlení, hodnocení důkazů, aplikaci znalostí, schopností pro řešení problémů, reflexe a klinický úsudek k výběru nejlepšího směru aktivit. Ten optimalizuje pacientovo zdraví a minimalizuje potenciální nebezpečí (Standing, 2007). V oblasti klinické praxe je nutné si uvědomit, že rozhodnutí jsou založená na kvalitních důkazech. Ty vycházejí z výsledků výzkumů, uváděných v odborných expertizách, zvyšují kvalitu péče a života pacientů. Významným nástrojem rozhodování jsou rozhodovací stromy, ty zahrnují klinické algoritmy a *Clinical Pathways* (jedná se o standardizované plány péče uložené v časových rámcích) (Standing, 2007).

V rámci poskytování ošetrovatelské péče řeší sestra každodenně rozličná etická dilemata, přičemž se do popředí dostává mravnost rozhodování. Etická rozhodování sestry se opírají o dva typy teoretických východisek. Deontologická teorie podporuje konání dobra a eliminuje zlo, např. lhaní je špatné a nemorální, a to bez ohledu na důsledky pro pacienta. Tento systém je také nazýván formalistický a vychází z něho profesní etika, tj. etické kodexy. Druhým směrem je teorie racionalismu, který zvažuje v procesu rozhodování dobro a zlo s ohledem na jejich možné důsledky (Husted, 2007; Catalano, 2011).

Rozhodování sestry manažerky (*nurse manager, head nurse*) souvisí s její odpovědností v oblasti vedení a řízení ošetrovatelského personálu ve všech směnech a všech ošetrovacích jednotkách (Cooke, Philpin, 2008; Marková, 2013). Tyto sestry pracují obvykle na třech manažerských úrovních: *top management* (vrcholový – hlavní sestry/ náměstkyně pro ošetrovatelskou péči), *middle management* (střední/ vrchní sestry) a *lower management* (první linie, staniční sestry). Na všech úrovních řízení ošetrovatelské péče sehrávají sestry důležitou roli ve strategickém plánování, organizování, realizaci a zvyšování kvality ošetrovatelské péče. (Cooke, Philpin 2008; Marková 2013).

### Rozhodovací proces v ošetrovatelství a jeho kroky

Sestry potřebují porozumět rozhodovacímu procesu tak, aby mohly dělat adekvátní rozhodnutí v rámci zdravotní péče (Peate, 2006). Konceptní modely využívané v ošetrovatelství poskytují základ komplexního rozhodování, které je zásadní pro rozvoj ošetrovatelské péče. Definice dle Vebera (2012) uvádí, že rozhodovací procesy lze chápat jako procesy řešení rozhodovacích problémů, tj. problémů s více (tj. alespoň dvěma) variantami řešení. Sestry tento rozhodovací proces využívají v rozhodování, která vycházejí z jejich rolí a pracovních pozic (Peate, 2006).

Oremová (1995) uvádí, že je to aktivita k dosažení předpokládaného výsledku, kterému předchází reflexe a rozvaha k odhadnutí situace. Následně je provedena volba, co by mělo být provedeno. Ellis a Hartley (2008) rozhodovací proces definují jako systematický kognitivní proces, ve kterém jsou identifikovány a vyhodnoceny alternativy. Dochází k výběru možnosti. Tyto procesy produkují výsledky. Podněcují aktivitu tj. něco dělat (nebo nedělat). Je třeba diferencovat algoritmus rozhodovacího procesu s kroky procesu ošetrovatelského a procesu řešení problémů. Ošetrovatelský proces je využíván v situacích pacientů a jejich problémů. Rozhodovací proces a proces řešení problémů je možno využít ve velkém množství situací v různých disciplínách (Kelly, 2012). Pojem procesu řešení problémů je nutné odlišit od rozhodovacího procesu. Jsou často považovány za synonymum. Konceptuálně se však liší. Proces řešení problému obsahuje zhodnocení a analýzu problému. Rozhodovací model pracuje s výběrem vhodných variant. Ne všechny rozhodovací procesy řeší problémy. Někdy se jedná pouze o volbu varianty. Rozhodování je však důležitým krokem v řešení problémů, nejedná se však o stejný model (Lipe, Beasley, 2004).

Rozhodovací problémy bychom mohli obecně vymezit existencí difference (odchyly) mezi žádoucím stavem, tj. tím, co má být, a skutečným stavem, tj. tím, co reálně je.

Na základě rozhodovacích modelů Swansburg a Swansburg (2002) identifikovali sedm kroků rozhodovacího procesu. Prvním krokem je vymezení cílů a očekávaných výsledků. Cíle a očekávané výsledky je nutné znát před počátkem tohoto procesu.

Druhým krokem je identifikace problému. Předpokladem úspěšného řešení rozhodovacích problémů je jejich identifikace a stanovení priorit řešení. Naplnění této etapy je především získávání, analýza a vyhodnocování informací různého charakteru. Doporučuje se, aby sestry tyto problémové situace dále rozčlenily do dílčích problémů. Významné problémy se značnými negativními důsledky by měly být sestrami řešeny přednostně. Častým nedostatkem této etapy bývá jistá necitlivost vůči vznikajícím problémům, kterou lze shrnout do často používané věty „však ono to nějak dopadne“. S tím pak souvisí i pozdní identifikace problémů v okamžiku výrazného prohloubení jejich negativních dopadů (Swansburg, Swansburg, 2002; Veber, 2012).

Tretím krokom je sestava a analýza informáci súvisiacich s riešením. Získávanie informáci by malo zahŕňať znalosť dokumentu organizácie. Sestry sa pripravujú identifikovať alternatívy. Posudzujú potenciálne riešenia s vytýčenými cieľmi (Swansburg, Swansburg, 2002).

Čtvrtý krok je tvorba a hodnotenie variant. Jedná sa o etapu kladúcu vysoké nároky na tvůrčie schopnosti sester. Jejich snahou by preto malo byť spracovanie čo najširšieho souboru koncepčne odlišných variant. Predpokladom hodnotenia a voľby varianty určenej k realizácii je vytvorenie souboru kritérií hodnotenia. Navrhnutý soubor kritérií odráža stanovené ciele riešenia problému. U potenciálnych alternatív je treba zohľadniť čas, cenu a schopnosti, kto bude rozhodnutie implementovať (Veber, 2012).

Pátý krok je voľba jednej z variant. U každej sú zisťované pozitívne a negatívne dopady. Je ustanovená pravdepodobnosť voľby. Bežne sa stanovuje najlepší a najhorší. Je nutné zhodnotiť efektívnosť každej varianty.

Šiestym krokom rozhodovacieho procesu je implementácia vybranej varianty. Výše popísané predchádzajúce fázy rozhodovacieho procesu lze charakterizovať ako prípravu rozhodnutí. Nasleduje voľba varianty určenej k realizácii. Je treba, aby sestry znaly spôsoby implementácie rozhodovania a jejich schopnosť pohľadu z rôznych úhlů. V opačnom prípade sú limitované a v rozpore s filozofickými konceptami ošetrovateľskej profese. Kvalitu realizácie ovplyvňuje angažovanosť sester, ktorých se dôsledky variant týkajú (Harrington et al., 2014).

Sedmým krokom je monitorácia a evaluácia výsledku. Sestry srovnávajú požadované výsledky s nežádúcimi výsledkami. Vytvárajú modifikácie nevyhnutné k dosiahnutiu požadovaných výsledkov. Plynulosť či mezery v procese poslúžia sestram, aby monitorovali budúce procesy a zabránili znovuoobjaveniu sa problému.

Součastí rozhodovacieho procesu je i analýza nákladů, jakožto zásadní nástroj pro rozhodování (Swansburg, Swansburg, 2002).

## Determinanty rozhodování v ošetrovateľství

Rozhodovacie procesy v ošetrovateľstve ovplyvňuje rada faktorů. Medzi ne patria emoce, hodnoty, vnímanie a aktuálne spoločenské klima. Sestry dedia rozhodnutie vyžadujúce inteligenciu a úsudek, osobné a profesionálne hodnoty, morálku, právo, politický rozhľad, organizačnú kulturu, ekonomiku (Roussel, Roussel, 2011). Rozhodovanie sester je založené na dôkazoch, biografii pacienta, pacientových prioritách, etických záležitostiach. Hodnoty vstupujú do rozhodovacieho procesu. Efektívni tvůrci rozhodnutí disponujú jistými dovednosťami. Tyto dovednosti se mohou naučit praxí a integrovat je do rozhodovacieho procesu. Sebevedomie a asertívni jedinci sú všeobecne efektívnejšie. Tyto schopnosti sú umocnené racionálnymi faktormi, ktorými sú zkušenosti a znalosti. Se vzrastajúcimi zkušenosťami sa rozhodovanie stáva viac automatické a intuitívne (Roussel, Roussel, 2011). Roussel a Roussel (2011) poukazujú na skutočnosť, že u sester s vyšším akademickým vzdelaním vzrastá lepšia schopnosť rozhodovania v praxi. Swansburg a Swansburg (2002) uvádzajú, že rozhodovanie sester je racionálne i intuitívne. Intuícia je kreatívnym a umocňujúcim prvkom, ktorý lze merať a naučiť sa. Bennerová (2009) zistila, že tento fenomén sa vyskytuje u sester expertů, ktoré disponujú intuitívnym úsudkom na rozdiel od začínajúcich sester. Bennerová (2009) uvádza, že intuícia sa môže vyvinúť podvedomou a / alebo zámernou. Intuícia je rozvíjajú prostredníctvom vzdelávania a rozsiahlej praxe s vhodnými príkladmi. Zkušenosť vedie k intuícii, etickému uvažovaniu a osobným znalostiam (Benner, 2009). Bennerov model (From Novice to Expert) je v súčasnosti uznávanou filozofiou ošetrovateľstva. Je využiteľný vo výskume, praxi i v ošetrovateľskom vzdelávaní (Altman, 2007).

Rozhodnutie môžu byť analyzované z pohľadu perspektívy, účinku, hodnot, kvality, návratnosti, jedinečnosti. Z pohľadu perspektívy znamená, ak dlho toto rozhodnutie bude organizáciu ovplyvňovať v budúcnosti a aký bude čas potrebný k požadovanému účinku. Účinnosť znamená množstvo ľudí, oddelení, ktoré budú ovplyvnené. Záležie, na ktorej úrovni bolo rozhodnutie učené. Hodnoty znamenajú zejména morálne dôsledky. Jednotliví členovia vnášajú svoje vlastné ideje, kulturu a hodnoty (Harrington et al. 2014).

Rozhodovanie o zdravotníckom systéme je často ovplyvnené sociopolitickými a ekonomickými ukazovateľmi. Zdravotnícka péča je multidisciplinárna a z toho vyplýva, že počas rozhodnutia musí byť reflektovaný pohľad spolupracujúcich profesií, ktoré majú zodpovednosť za určité aspekty péče (Courtney, McCutcheon, 2010).

Rozhodovanie v ošetrovateľstve sa obvykle deje za nejistoty – nejsme si jisti, čo sa stane následne po našom rozhodnutí či aktivite. Tato nejistota sa prejavuje zejména v nemožnosti spoľahlivého stanovenia významu rizikových faktorů. Z toho pak vyplýva, že vzniká určitá pochybnosť, či zvolená varianta je skutočne variantou najlepší, pretože dôsledky sú len odhadované. Nejistota rozhodovania vychádza často z nedostatočných informácií, ktoré majú sestry k dispozícii (Thompson, Dowding, 2009). Thompson a Dowding (2009) uvádzajú tri typy nejistoty: technická, personálna, konceptuálna. Z praxe rozhodovania sú známe typické chyby, ktorých by sa mali sestry vyvarovať (okrem neznalosti metód a nástrojů na podporu rozhodovania). K obvyklým chybám patrí obava z nového a neznámeho, nedostatok informácií potrebných pre rozhodovanie, ale i nechota brať na seba riziko za špatné rozhodnutie (Veber, 2012). Je nutné pochopiť, že niekedy ideálne riešenie neexistuje. Každý rozhodovateľ si uviedomuje dôsledky svojho rozhodnutia. Zároveň vie, že nikto nerozhoduje bezchybnou. Kriticky smýšľajúci rozhodovateľ sa nejdříve zamieňuje na prioritné rozhodnutie a nezdržuje sa menej dôležitými (Veber, 2012).

Prí klasifikácii rozhodovacích procesů v teorii rozhodovania sa jako jedno klasifikační hledisko uplatňuje subjekt rozhodování. Rozhodovacie procesy členia do dvoch kategórií, a to na procesy s individuálnym subjektom rozhodovania a kolektívnym subjektom rozhodovania, označovaným jako participatívne rozhodovanie.

## Participatívni rozhodovani v ošetrovatelstvi

Participatívni rozhodovani má významné prednosti i své nedostatky. Mezi jeho prednosti patrí predovšetím vyšší kvalita rozhodovani vlivem zvýšeného rozsahu informáci a znalostí, lepším pochopením problému, rozšírením spektra prístupů k jeho řešení. Uplatnení predností participatívni rozhodovani závisí na existenci kooperatívni atmosféry a vztazích mezi členy skupiny. Účast při řešení rozhodovacích problémů znamená, že si sestry jako členové skupiny osvojují dovednosti nezbytné pro kvalitní řešení rozhodovacích problémů. Rozhodovací proces je tedy současně procesem učení (Švecová, Fotr, 2010).

Vyšší míra participace umožňuje získat zkušenosti a návyky, jak se k sobě vzájemně chovat. Podporuje spolupráci členů skupiny. Týmová práce vede ke sdělování informáci, zkušeností a dovedností. Členové týmu poznávají, že přínos každého z nich je pro řešení problému jedinečný. Učí se vzájemně si důvěřovat a spoléhat se jeden na druhého (Švecová, Fotr, 2010). Podporuje se integrace individuálních cílů s cíli organizace. Roste loajalita k organizaci. Ovlivňuje příznivě postoj k manažerům (Švecová, Fotr, 2010). Dochází k vyšší spokojenosti zaměstnanců, manažerů a hlavně pacientů. Je příznivější – podnětné prostředí, rozvíjí se společné cíle. Optimálně se využívají sesterské dovednosti, což pozitivně ovlivňuje rozvoj zdravotní péče (Hood, 2014). Značný význam pro volbu vhodné míry participace má povaha řešených rozhodovacích problémů. Obecně platí, že vyšší míra participace je vhodná pro řešení špatně strukturovaných rozhodovacích problémů, kde je třeba spojit informace, znalosti a názory více subjektů. Tato rozhodovani provádí skupina profesionálů schopných rozhodovat o záležitostech z oblasti, ve které jsou experty (Harrington et al., 2014). Jedná se o zajištění neoptimálnějšího budoucího stavu. Výsledkem tohoto rozhodnutí je konsensus.

Mezi nejvýznamnější nevýhody participatívni rozhodovani patrí predovšetím vyšší časová náročnost, možná individuální dominance, náhoda chybami ostatních členů skupiny, možnost vyloučení progresivních variant řešení, skupinové myšlení (snaha dosáhnout shody místo hledání nejlepší varianty) a sociální lenost (Švecová, Fotr, 2010).

## Bariéry v rozhodovani u sester

Klíčovou bariéru v rozhodovacích procesech spatřuje Hoffman (2004) v nedostatečné participaci sester v rozhodovacím procesu. Historicky byla rozhodovani v ošetrovatelstvi autoritářská s minimálním vlivem ošetrovatelského personálu a to zejména, co se týkalo institucionálních záležitostí. Sestry byly limitovány zejména ve své profesionální autonomii.

Často je rozhodovani v ošetrovatelstvi považováno za rozhodovani podléhající medicínským rozhodnutím (Courtney, McCutcheon, 2010). Jak uvádí Kilíková a Jakušová (2008), nedostatek moci v rukách sester manažerek má za následek submisivní postavení a nerovnocennost při rozhodovani na jednotlivých úrovních. Nedostatek formální moci má za následek absenci ošetrovatelství při rozhodovani ve zdravotnickém týmu. Podpora rozhodovani je třeba zejména vzděláním sester tak, aby věděly, jak se rozhodovat a to na všech úrovních. Je třeba udržovat jejich informovanost o postupu a zajištění informáci tzv. z první ruky. Je nutná otevřenost pro využívání inovací. Úspěšná sestra je ta, která zůstává informována o rozhodnutích na různé úrovni organizace a rozhoduje pouze o záležitostech, vyplývajících z její odbornosti. Sestra odporuje implementaci rozhodnutí (Roussell, Roussel, 2011).

## Závěr

Rozhodovani je významným elementem sesterské práce. V ošetrovatelstvi není pouze výsadou sester pracujících na některé z úrovní managementu. Sestry jsou spolutvůrci rozhodovani v rámci multidisciplinárního týmu v mezích svých kompetencí. V oblasti vyžadujících zásadní změny je vhodnější participatívni rozhodovani než individuální. Schopnosti sestry rozhodovat se rozvíjí prostřednictvím vzdělávání a rozsáhlé praxe s vhodnými příklady. Řada autorů poukazuje na skutečnost, že autonomní rozhodovani má vliv na pracovní spokojenost, produktivitu činností v organizacích. Sestry na manažerských pozicích mohou zvýšit možnost zapojení všech sester do rozhodovani v oblasti péče o pacienty, v interdisciplinárních týmech a komisích. Podněcují sestry pro účast v dalších organizacích a vládních systémech (Roussel, Roussel, 2011). Vytváření sítí a sdružování sester je prováděno se záměrem ovlivnit rozhodnutí. Sestry se mají možnost podílet na rozhodnutí například prostřednictvím zájmových skupin a profesních organizací. Black (2014) rovněž uvádí, že profesní organizace sester využívají kolektivní moci k ovlivnění politických rozhodnutí. Výše uvedené skutečnosti by měly poukazovat na to, aby si sestry v ČR uvědomily svůj význam rozhodovani a silný vliv kolektivní a multidisciplinární spolupráce. Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků a mají tedy možnost významně ovlivnit svou vlastní budoucnost. Možnost a prostor rozhodovat se, je motivačním faktorem pro sestry ve všech pozicích. Otázkou však zůstává vymezení kompetencí sester, důvěra veřejnosti a zejména zájem samotných sester o rozhodovací pravomoci.



---

## Seznam bibliografických odkazů

- ALTMAN, T. K. 2007. An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? In *Contemporary Nurse*, 2007, vol. 25, no. 1-2, pp. 114-123.
- BENNER, P. et al. 2009. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York : Springer Publishing Company, 2009. 528 p.
- BLACK, B. P. 2014. *Professional Nursing – Concepts and Challenges*. St. Louis : Elsevier Saunders, 2014. 452 p.
- CATALANO, J. T. 2011. *Nursing Now!: Today's Issues, Tomorrows Trends*. Sydney : Churchill Livingstone, 2011. 736 p.
- COURTNEY, M. – MCCUTCHEON, H. 2010. *Using Evidence to Guide Nursing Practice*. Chatswood : Churchill Livingstone, 2010. 240 p.
- COOKE, H. – PHILPIN, S. 2008. *Sociology for Nursing and Healthcare*. London : Elsevier, 2008. 232 p.
- DELAUNE S. C. – LADNER, P. K. 2011. *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice*. Delmar : Cengage Learning. 2011. 1504 p.
- DOWDING, D. 2009. Commentary on Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, no. 2, pp. 309-311.
- Ellis, J. R. – Hartley C. L. 2008. *Managing and coordinating nursing care*. Hongkong : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 570 p.
- HARRINGTON, M. et al. 2014. *Decision-Making in Nursing*. New York : Jones and Bartlett, 2014. 208 p.
- HOFFMAN, K. 2004. Barriers to clinical decision making in nurses in Australia. In *Journal of Advanced Nursing*, 2004. vol. 21, no. 3, pp. 8-13.
- HOOD, L. J. 2014. *Conceptual Bases of Professional Nursing*. Baltimore : Lippincott Williams a Wilkins, 2014. 640 p.
- HUSTED, J. H. 2007. *Ethical decision making in nursing and health care the symphonological approach*. New York : Springer., 2007. 352 p.
- KELLY, P. 2012. *Nursing Leadership & Management*. Delmar : Cengage learning, 2012. 776 p.
- KILÍKOVÁ, M. – JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2008. 148 s.
- LIPE, K. S. – BEASLEY, S. 2004. *Critical Thinking in Nursing: A Cognitive Skills Workbook*. Philadelphia : Lippincott W & W, 2004. 337 p.
- MARKOVÁ, E. 2013. *Pracovní strategie sester na řídicích pozicích*. Č. Budějovice : ZSF JU, 2013. 167 s. Disertační práce.
- OREM, D. E. 1995. *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis : Mosby, 1995. 237 p.
- PEATE, I. 2006. *Becoming a Nurse in the 21st Century*. London : John W&S, 2006. 522 p.
- ROUSSEL, L. – RUSSEL, S. 2011. *Management and Leadership for Nurse Administrators*. Sudbury : Jones and Bartlett, 2011. 826 p.
- STANDING, M. 2007. Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to registered nurse: a longitudinal inquiry. In *Journal of Advanced Nursing*, 2007, vol. 60, no. 3, pp. 257-269.
- SWANSBURG, R. C. – SWANSBURG, R. J. 2002. *Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers*. Sudbury : Jones and Bartlett, 2002. 638 p.
- ŠVECŮVÁ, L. – FOTR, J. 2010. *Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje*. Praha : Ekopress, 2010. 474 s.
- THOMPSON, C. – DOWDING, D. 2009. *Essential Decision Making and Clinical Judgement for Nurses*. Sydney : Churchill Livingstone, 2009. 288 p.
- VEBER, J. et al. 2012. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. Praha : Management, 2012. 734 s.
- WHO. 1997. *European Conference on Nursing, Nursing in Europe: A Resource for Better Health*. WHO : Regional Publications, 1997. 278 p.

## Kontakt

**Mgr. Andrea Scholzová Festová**

Katedra ošetrovateľstvá a porodní asistencie ZSF JU

U Výstavišťa 26

370 05 České Budějovice

Česká republika

E-mail: [festova@gmail.com](mailto:festova@gmail.com)

**Prijaté:** 8. 10. 2014

**Akceptované:** 11. 5. 2015

## Metódy hodnotenia študentov v klinických podmienkach

Elena Gurková\*, Silvia Cibriková\*, Katarína Žiaková\*\*

\* Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

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

### Abstract

GURKOVÁ, E. – CIBRIKOVÁ, S. – ŽIAKOVÁ, K. Methods of clinical evaluation of nursing students. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 31-37. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2015-roc-nik-5/cislo-1/metody-hodnotenia-studentov-v-klinickych-podmienkach>.

**Background:** In nursing education, clinical evaluation is important for students, teachers and patients and there is a need to evaluate with valid and reliable scales.

**Objective:** To investigate the usefulness and implementation of the Slovak version of the *Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale* in clinical evaluation of nursing students.

**Design:** Instrument development.

**Sample and methods:** Data were collected at 2014/2015 academic years and 89 evaluations of third year students formed the study population. The structure validity of the scale was evaluated with factor analyses and reliability of the scale with Cronbach's alpha and item-to-total correlation.

**Results:** We identified high internal consistency in three subscales 'nursing process', 'professionalism' and 'ethical principles'. The Slovak version was not conceptually consistent with the original version. Three factors with an eigenvalue greater than one were extracted. These factors were 'nursing process', 'responsibility and professionalis,' and 'continuity in nursing care.'

**Conclusion:** The Slovak version of the *Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale* can be used to evaluate nursing students' performance in clinical settings. A valid and reliable tool may allow an objective evaluation of nursing students' performance in clinical settings.

**Keywords:** clinical practice, education, evaluation, nurses, nursing, nursing students

### Úvod

Klinická prax v zdravotníckych zariadeniach ako špecifická forma študijnej praxe (Zanovitová et al., 2014) je v rámci prepojenia teórie s praxou považovaná za vitálny komponent profesionálnej prípravy sestier (Midgley, 2006; Henriksen et al., 2012). Učenie v klinických podmienkach, konfrontácia s reálnymi klinickými situáciami predstavuje komplexný proces implikujúci rozvoj širokého spektra spôsobilostí študentov, akými sú psychomotorické zručnosti, kritické myslenie, komunikačné zručnosti a riešenie problémov (klinické rozhodovanie), časový manažment a ďalšie (Sharif & Masoumi 2005; Karayurt et al., 2008). Tradičné klinické vzdelávanie v ošetrovateľstve kladie dôraz na výsledky v dosahovaní kognitívnych, afektívnych a psychomotorických výchovno-vzdelávacích cieľov (formulovaných v intenciách konkrétneho správania študenta), vychádzajúcich z behaviorálnych teórií učenia a vzdelávania (O'Connor, 200; Putnam, 2009). Behaviorálny prístup sa následne premieta aj do spôsobu hodnotenia študentov (McMullan et al., 2003; Putnam, 2009) a vymedzeniu klinických kompetencií študentov.

Klinické kompetencie (v anglickom význame *competence*) sú definované ako činnosť, správanie alebo výsledok, ktorý je možné preukázať, sledovať a posudzovať. Hodnotenie študenta v rámci klinickej praxe sa vzťahuje k jeho výkonu (*performance*), ako schopnosti integrovať kognitívne, psychomotorické a afektívne zručnosti. V behaviorálnom prístupe ku vzdelávaniu a hodnoteniu študentov v klinických podmienkach sa najčastejšie využívajú kontrolné zoznamy sledovania úrovne vykonávania presne vymedzeného zoznamu výkonov, resp. hodnotiace škály (McMullan et al., 2003; Putnam, 2009).

Výber metód, ktoré sa využívajú pri hodnotení študentov, súvisí predovšetkým s formou hodnotenia (formatívne, priebežné, sumatívne hodnotenie). Formatívne hodnotenie sa zameriava na podporu učenia študentov, proces ich odborného rastu, má edukatívny účel. Zameriava sa na priebežné dosahovanie cieľov učenia u študentov a identifikáciu oblastí, ktoré je potrebné v rámci procesu učenia zlepšiť. S formatívnym hodnotením sa stretávame najčastejšie pri poskytovaní spätnej väzby zo strany učiteľa, mentora<sup>[1]</sup> študentom počas semestra. Sumatívne (výsledné) hodnotenie sa zameriava na zhodnotenie, či študent spĺňa vymedzené profesionálne štandardy výkonov, predstavuje spôsob klasifikácie študentov v klinických podmienkach.

Metódy hodnotenia študentov počas ich klinických cvičení boli predmetom viacerých kvalitatívnych a kvantitatívnych výskumoch. Ústredným komponentom bola diskusia týkajúca sa problematických oblastí – dichotómia vo formatívnom verus sumatívnom hodnotení (Mahara, 1998); v objektivite verus subjektivite hodnotenia; využívanie behaviorálneho verus

komplexného (celostného) prístupu ku vymedzeniu klinických kompetencií v hodnotení študentov v rámci portfólia (Watson et al., 2002; McMullan et al., 2003). Súčasťou uvedených akademických diskusií bola aj problematika validity a reliability nástrojov hodnotiacich kompetencie študentov.

Robb et al. (2002) zdôrazňuje význam škál pre zabezpečenie objektivity hodnotenia študentov. Medzi validné a reliabilné škály, ktoré sú využívané v rôznych vzdelávacích inštitúciách v zahraničí, patria napríklad *Clinical Evaluation Tool* (Krichbaum, 1994); *Clinical Performance Remediation Tool* (Eymard, 2014); *Clinical Competency Rating Scale* (Scheetz, 2001; Putnam, 2009); *Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale* (Karayurt et al., 2008). Uvedené škály vznikli v rámci jednotlivých inštitúcií ako reakcia na nespokojnosť učiteľov, mentorov s doterajšími spôsobmi hodnotenia. Odborné diskusie sa sústreďovali na problematické oblasti, ako napríklad subjektívnosť a nejednoznačnosť kritérií, rozsah hodnotiacich formulárov, relevantnosť vymedzených kritérií v hodnotiacich formulároch. V rámci jednotlivých slovenských vysokých škôl sú vypracované špecifické formuláre hodnotenia študentov v podmienkach klinickej praxe pre učiteľov a mentorov. Doteraz však nebola testovaná hodnotiacia škála s cieľom zabezpečiť objektivizáciu hodnotenia klinických kompetencií študentov. Z uvedeného dôvodu sme sa v našej práci zamerali na testovanie vybranej hodnotiacej škály klinických kompetencií (spôsobilosti) študentov. Na základe prehľadu a obsahovej analýzy vyššie uvedených dostupných škál sme sa rozhodli pre použitie *Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale* (ďalej NSCPES; Karayurt et al., 2008) z dôvodu jej kompatibility s kritériami hodnotenia študentov v našich podmienkach a jej rozsahu. Škála má v porovnaní s predchádzajúcimi škálami menší rozsah a jednotlivé kritériá zodpovedajú kritériám využívaných pri sumatívnom hodnotení študentov na viacerých vysokých školách v SR.

## Cieľ

Príspevok má charakter metodologickej štúdie, ktorej cieľom bolo testovať využiteľnosť slovenskej verzie NSCPES (Karayurt et al., 2008) pri hodnotení klinických kompetencií (spôsobilosti) študentov v priebehu klinickej praxe. Súčasťou práce bolo aj hodnotenie využiteľnosti slovenskej verzie NSCPES v hodnotení študentov zo strany mentorov a učiteľov.

## Súbor

Výskumný súbor tvorilo 89 študentov 3. ročníka študijného programu ošetrovateľstvo (I. stupňa vysokoškolského štúdia) na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove (FZO PU v Prešove) v akademickom roku 2014/2015 absolvujúcich prax na pracoviskách Fakultnej nemocnice J. A. Reimana v Prešove. Študenti v danom akademickom roku vykonávali klinické cvičenia na internistických, chirurgických, pediatrických oddeleniach a geriatrických pracoviskách. Študenti boli jednorazovo hodnotení desiatimi pedagogickými pracovníkmi. Návratnosť dotazníkov bola 92 %.

## Metodika

Nástroj bol vytvorený na základe obsahovej analýzy dostupných nástrojov. Pri tvorbe položiek autori vychádzali z európskych kurikul pre vzdelávanie sestier a kompetencií sestier. Na základe literárneho prehľadu a obsahovej analýzy literatúry vytvorili pracovnú verziu nástroja, ktorá obsahovala 77 položiek. Pracovná verzia bola následne testovaná prostredníctvom delfského panelu z aspektu obsahovej validity 17 expertmi, koordinujúcimi a realizujúcimi klinickú výučbu. Výsledkom bola revidovaná verzia (s 53 položkami), ktorá bola pilotne testovaná na vzorke 45 študentov 3. ročníka študijného programu ošetrovateľstvo. Na základe výsledkov pilotného testovania bolo vyradených 25 položiek. Výslednú verziu dotazníka autori testovali z aspektu vnútornej konzistencie a validity (faktorovej analýzy), na základe ktorej autori vylúčili ďalšie dve položky z dôvodu ich nízkeho faktorového nabitia. Finálna verzia škály tak obsahuje 26 položiek rozdelených do troch subškál – ošetrovateľský proces (12 položiek), odbornosť (9 položiek) a dodržiavanie etických zásad (5 položiek) (Karayurt et al., 2008). Každá položka je hodnotená na stupnici od 1 (neprijateľná úroveň výkonu) do 10 (maximálne dosiahnuteľná úroveň výkonu). Skóre pre sumatívne hodnotenie študentov sa získava nasledovne. Celkové získané skóre sa vydelením počtom položiek a násobením desiatimi. Maximálne skóre, ktoré môže študent pri hodnotení získať je 100. Výsledné hodnotenie sa dá aplikovať na klasifikačnej stupnici A – Fx, kde dosiahnutie menej ako 49 bodov korešponduje s hodnotením – nedostatočne (Fx). Testovanie slovenskej verzie bolo realizované z aspektu, analýzy reliability a faktorovej analýzy, vrátane deskriptívnej štatistiky položiek. Faktorová analýza (extrakcia faktorov, rotácia, interpretácia, pomenovanie) bola na položkových údajoch NSCPES realizovaná s cieľom identifikovania redukovaného počtu spoločných faktorov. Pred faktorovou analýzou sme pomocou miery šikmosti (*skewness*) zisťovali normalitu v rozložení dát. Významnosť normálnych a parciálnych korelácií položiek sme sledovali prostredníctvom Keiserovho–Meyerovho–Olkinovho (ďalej KMO) testu a Bartlettovho testu sféricity. Na extrakciu faktorov bola použitá exploračná faktorová analýza vykonaná v súlade s originálnou štúdiou (Karayurt et al., 2008). V prvom kroku sme prostredníctvom analýzy hlavných komponentov (*Principal Component Analysis*, ďalej PCA) s varimaxovou rotáciou potvrdzovali dimenzionalitu slovenskej verzie. Na štatistické spracovanie dát bol použitý štatistický software pre sociálne vedy – SPSS verzia 17, SPSS Inc. Chicago, USA.



## Výsledky

### Tvorba slovenskej verzie

V prvom kroku sme získali oficiálny súhlas autorov s použitím NSCPES pre účely tejto štúdie. V ďalšom kroku bol uskutočnený preklad dotazníka do slovenského jazyka. Ten bol zrealizovaný dvoma nezávislými prekladmi, z ktorých bola vytvorená výsledná verzia. Tá bola následne spätne preložená do anglického jazyka a porovnávaná s originálnou verzou. Položky neboli modifikované. Slovenská verzia bola posudzovaná z aspektu jej obsahovej validity (charakter položiek, relevantnosť ku kritériám hodnotenia) piatimi odborníkmi z troch vysokých škôl v rámci SR, koordinujúcimi a realizujúcimi klinickú výučbu. Po schválení finálnej slovenskej verzie nasledovalo testovanie jej psychometrických vlastností.

### Deskriptívny popis položiek nástroja

Výsledky deskriptívnej štatistiky poukazujú na nízke priemerné hodnoty jednotlivých položiek a subškál. Z hľadiska hodnotenia a klasifikácie študentov by podľa hodnotenia stupnice (0 – 100) až 57,1% študentov bolo hodnotených stupňom nedostatočne. Výsledok súvisí s pomerne vysokou frekvenciou nevyplnených položiek v dvoch oblastiach. Najvyššie percento chýbajúcich a nehodnotených položiek zo strany pedagógov sme zistili v položkách týkajúcich sa odbornosti a dodržiavania etických zásad (u 24 študentov uvedené kritériá neboli hodnotené).

### Reliabilita

Vnútna konzistencia (Cronbachova alfa) originálnej verzie bola 0,97 (Karayurt et al., 2008). V našej práci sme sledovali vnútornú konzistenciu celej škály, hodnota Cronbachovej alfy dosiahla hodnotu 0,98. Vnútna konzistencia subškál sa pohyboval od 0,94 (dodržiavanie etických zásad) po 0,97 (ošetrovateľský proces). Koefficienty celej škály ako aj subškál sú uspokojivé, čo naznačuje, že nástroj má dobrú vnútornú konzistenciu. Významné zvýšenie reliability sme nezistili pri odstránení jednotlivých položiek, čo poukazuje na dôležitosť každej položky v rámci danej subškály. Položky celkovej korelácie boli nad 0,5 pre všetky položky (*item-total correlation*).

Tab. 1. Deskriptívny popis položiek a subškál NSCPES

Položka	Počet	Min. hodnota	Max. hodnota	Priemer	± SD	Cronbach alfa
Zber údajov o pacientovi	87	1,00	10,00	5,08	3,48	
Formulácia problémov	87	1,00	10,00	4,96	3,47	
Stanovovanie priorit u pacienta	87	1,00	10,00	5,00	3,41	
Formulácia výsledných kritérií	87	1,00	10,00	4,35	3,19	
Realizácia ošetrovateľských výkonov	85	1,00	10,00	5,75	3,41	
Revízia plánu	86	1,00	10,00	5,05	3,17	
Plán prepustenia pacienta	81	1,00	10,00	3,90	3,05	
Bezpečnosť, správnosť výkonov	87	1,00	10,00	6,11	3,46	
Edukačné potreby	86	1,00	10,00	4,98	3,43	
Plán edukácie	86	1,00	10,00	4,60	3,22	
Hodnotenie edukácie	86	1,00	10,00	4,47	3,23	
Potreby v odbornom raste	87	1,00	10,00	4,82	3,08	
<b>Ošetrovateľský proces (subškála)</b>	<b>78</b>	<b>1,42</b>	<b>9,92</b>	<b>4,84</b>	<b>2,94</b>	<b>0,97</b>
Komunikačné zručnosti	63	1,00	10,00	4,38	3,38	
Informovanie personálu o kompetenciách	63	1,00	10,00	3,95	2,67	
Prijímanie kritiky	63	1,00	10,00	4,53	2,90	
Zvládanie záťažových situácií	60	1,00	10,00	4,68	3,13	
Dokumentovanie činnosti	63	1,00	10,00	4,38	2,95	
Aktívne vyhľadávanie príležitostí pre odborný rast	63	1,00	10,00	4,39	2,83	
Zodpovednosť za výkony	63	1,00	10,00	4,96	3,11	
Sebareflexia	63	1,00	10,00	3,90	2,94	
Spolupráca s členmi tímu	63	1,00	10,00	4,88	3,14	
<b>Odbornosť (subškála)</b>	<b>63</b>	<b>1,46</b>	<b>9,04</b>	<b>4,21</b>	<b>2,57</b>	<b>0,96</b>
Predávanie informácií v rámci pracoviska	63	1,00	9,00	2,74	1,86	
Príchod a odchod z pracoviska	63	1,00	10,00	4,07	3,28	
Etické aspekty a princípy	63	1,00	10,00	4,93	3,81	
Rešpektovanie individuálnych špecifik pacienta	63	1,00	10,00	5,07	3,81	
Rešpektovanie práva na súkromie	63	1,00	10,00	5,17	3,91	
<b>Etické zásady (subškála)</b>	<b>63</b>	<b>1,00</b>	<b>9,80</b>	<b>4,40</b>	<b>3,08</b>	<b>0,94</b>

## Faktorová analýza

Dimenzionalitu originálnej verzie zisťovali autori exploračnou faktorovou analýzou s rotáciou Varimax. Identifikovali tri faktory s vlastnými hodnotami nad 1, ktoré vysvetľovali 75,5 % rozptylu. V našej práci sme zistili normálne rozloženie dát (hodnoty *zošikmenia* boli menšie ako 1). Výsledky testu KMO boli uspokojivé (KMO = 0,88) a Bartlettov test sféricity bol štatisticky významný ( $p = 0,00$ ). Na základe splnenia týchto troch predpokladov sme mohli prejsť exploračnej faktorovej analýze. Prostredníctvom identickej faktorovej analýzy ako pôvodní autori sme extrahovali tri faktory, ktoré mali vlastné hodnoty  $\geq 1$  (tab. 2). Trojfaktorové riešenie vysvetľovalo 86,28 % rozptylu pôvodných premenných v skúmanom súbore. Rozptyl extrahovaný pomocou faktora 1 zostal najvyšší a tento faktor znova vysvetľoval najväčšiu časť variability (42,29). Faktorové náboje položiek – a teda i príslušnosť jednotlivých položiek k jednotlivým dimenziám – sa však často odlišujú. Náboje PCA sú uvedené v tab. 2. Všetky položky v nástroji boli položky s dvojitým sýtením – to znamená, že v jednom faktore mali koeficient nasýtenia vyšší ako 0,5 a v druhom vyšší ako 0,3.

**Tab. 2. Faktorová štruktúra slovenskej verzie NSCPES s tromi faktormi**

Poradie	Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1.	Zber údajov o pacientovi	0,380	0,757	0,463
2.	Formulácia problémov	0,346	0,813	0,433
3.	Stanovovanie priorít u pacienta	0,375	0,763	0,460
4.	Formulácia výsledných kritérií	0,281	0,694	0,586
5.	Realizácia ošetrovateľských výkonov	0,766	0,500	0,288
6.	Revízia plánu	0,478	0,579	0,512
7.	Plán prepustenia pacienta	0,029	0,391	0,730
8.	Bezpečnosť, správnosť výkonov	0,870	0,416	0,132
9.	Edukačné potreby	0,305	0,852	0,285
10.	Plán edukácie	0,263	0,897	0,067
11.	Hodnotenie edukácie	0,295	0,900	0,029
12.	Potreby v odbornom raste	0,773	-0,046	0,353
13.	Komunikačné zručnosti	0,747	0,522	0,234
14.	Informovanie personálu o kompetenciách	0,618	0,305	0,541
15.	Prijímanie kritiky	0,895	0,201	0,226
16.	Zvládanie záťažových situácií	0,833	0,412	0,046
17.	Dokumentovanie činnosti	0,616	0,513	0,338
18.	Aktívne vyhľadávanie príležitostí pre odborný rast	0,718	0,376	0,376
19.	Zodpovednosť za výkony	0,885	0,282	0,143
20.	Sebareflexia	0,660	0,040	0,649
21.	Spolupráca s členmi tímu	0,843	0,321	0,296
22.	Predávanie informácií v rámci pracoviska	0,459	0,154	0,608
23.	Príchod a odchod z pracoviska	0,756	0,294	0,429
24.	Etické aspekty a princípy	0,803	0,550	0,132
25.	Rešpektovanie individuálnych špecifik pacienta	0,832	0,489	0,119
26.	Rešpektovanie práva na súkromie	0,845	0,475	0,123

Na základe výsledkov PCA môžeme porovnať, ktoré faktory tvoria štruktúru slovenskej verzie v porovnaní s originálnou verzou. Položky prvej premennej *zodpovednosť a odbornosť* (č. 5, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26) majú vysoké náboje v prvom faktore (vyššie ako 0,7; okrem položiek č. 14 a 20). Zároveň sa však objavujú položky, ktoré majú vysoký náboj v ďalších dvoch faktoroch. Položky druhej premennej *ošetrovateľský proces* (č. 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11) majú vysoké nabitie v druhom faktore. Položky tretej premennej *zabezpečenie kontinuity starostlivosti* (č. 7, 22) majú vysoké nabitie v treťom faktore. U položky č. 22 sa zistilo aj vysoké nabitie v prvom faktore (tab. 2). V slovenskej verzii dve pôvodne samostatné dimenzie (odbornosť a dodržiavanie etických zásad) splynuli v jednu premennú. Zároveň položky pôvodne v subškále ošetrovateľský proces týkajúce sa ošetrovateľských intervencií, v slovenskej verzii sú súčasťou odbornosti. Taktiež sa objavuje nová premenná, ktorú sme nazvali zabezpečenie kontinuity starostlivosti, obsahujúca položky týkajúce sa plánovaného prepustenia pacienta a informovania zdravotníckeho tímu o stave pacienta pred odchodom z klinických cvičení (tab. 3).

**Tab. 3. Rozdiely v premenných v štruktúre anglickej a slovenskej verzie NSCPES**

Originálna verzia		Slovenská verzia	
Označenie premenných	Položky	Označenie premenných	Položky
Ošetrovateľský proces	1 – 12	Ošetrovateľský proces	1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12
Odbornosť	13 – 21	Zodpovednosť a odbornosť	5, 8, 12 – 21, 23 – 26
Dodržiavanie etických zásad	22 – 26	Zabezpečenie kontinuity starostlivosti	7, 22

## Diskusia

Hodnotenie študentov počas klinickej praxe v našich podmienkach vychádza z behaviorálneho prístupu ku vymedzeniu klinických kompetencií. Hodnotenie oblastí, ktoré sa študent „naučil“ v klinických podmienkach vychádza predovšetkým z pozorovania a pozorovanie, ako akcentujú viacerí autori, je vždy subjektívne (Mahara, 1999; Karayurt et al., 2008). Behaviorálny prístup je reflektovaný aj v úsilí o štandardizáciu a objektivizáciu hodnotenia. Požiadavky na zvýšenie objektivity, jednoznačnosti hodnotenia a jeho prediktívnej hodnoty boli a zostávajú predmetom dlhodobého úsilia pedagógov zameraného na tvorbu reliabilných a validných nástrojov, či už vo forme hodnotiacich škál, riešenia simulačných scenárov (známych ako *objective structured clinical examinations*)<sup>[2]</sup>, zoznamov výkonov a podobne. Na druhej strane sa objavujú kritické ohlasy na úsilie štandardizovať spôsobilosti, výkon študentov. Hodnotiace nástroje podľa viacerých autorov (Mahara, 1999; McMullan et al., 2003) nemôžu zachytiť komplexný a kontextuálny charakter klinickej praxe a učenia v klinických podmienkach, ktoré je funkciou klinického prostredia a predovšetkým vzťahu medzi študentom a jeho učiteľom, resp. mentorom. Prehľady výskumov študentov v zdravotníckych odboroch potvrdzujú, že prediktívna hodnota štandardizovaných meraní je nízka (úspešnosť výkonu v danej situácii nepredikuje úspešnosť v situácii inej, predovšetkým keď sa jedná o klinické uvažovanie a riešenie problémov). Mahara (1999) zdorazňuje, že hodnotiace škály sú len jedným zo spôsobov hodnotenia študentov. Multidimenzionálnosť klinickej praxe podľa nej v sebe implikuje komplexnosť metodológie hodnotenia, tzn. kombináciu meracích škál, sebahodnotiacich nástrojov študentov, metód reflektívnej praxe, riešenie reálnych a simulovaných situácií a pod. Súčasné trendy v hodnotení študentov zdôrazňujú celostný prístup vo vymedzení kompetencií a metodológie hodnotenia študentov. Celostný prístup k hodnoteniu sa v porovnaní s tradičným behaviorálnym prístupom zameriava viac na kombináciu a interakciu kontextuálnych špecifických faktorov a vedomostí, zručností a postojov (vrátane etických) študenta. Je viac zamerané na hodnotenie, v akých situáciách sa jednotlivé všeobecné spôsobilosti študenta prejavia v závislosti od situácie.

V našej práci sme sa zamerali nielen na testovanie vybraného nástroja využiteľného v hodnotení študentov počas klinickej praxe, ale aj analýzu zaužívanej perspektívy v hodnotení študentov počas klinickej praxe. Cieľom našej práce bolo poukázať na využitie jedného z viacerých spôsobov v hodnotení študentov, ktorý by mohol prispieť ku objektivizácii hodnotenia v klinických podmienkach, či už akademickými pracovníkmi alebo mentormi. Domnievame sa, že využívanie validných a reliabilných škál v hodnotení klinickej praxe a kompetencií u nás absentuje. Štruktúrovaná observácia výkonov študentov, zoznamy výkonov vo forme záznamníkov klinickej praxe, hodnotenie dokumentácie fáz ošetrovateľského procesu, sú najčastejšími spôsobmi, ktoré využívame pri hodnotení študentov. V práci sme testovali využiteľnosť vybraného nástroja NSCPES v súčasných podmienkach výučby klinickej praxe. V rámci prezentovania výsledkov sme uviedli rozdiely v štruktúre anglickej a slovenskej verzie (tab. 3). V slovenskej verzii dve pôvodne samostatné dimenzie (odbornosť a dodržiavanie etických zásad) splynuli v jednu premennú, ktorú sme v súlade s pôvodnou verziou nazvali zodpovednosť a odbornosť. Rozdiely v obsahovej podobe slovenskej a anglickej verzie môžeme vysvetliť viacerými vplyvmi, ako je napríklad snaha neseparovať oblasti hodnotenia, možnými kultúrnymi rozdielmi v chápaní položiek. Syténie položiek v prvej premennej naznačuje odlišné chápanie odbornosti. V slovenskej verzii dodržiavanie etických zásad, správnosť a bezpečnosť realizovaných výkonov, technické zručnosti boli chápané ako jedna oblasť. Zaujímavým zistením bolo, že položky týkajúcej sa výkonov, ktoré boli v pôvodnej verzii v subškále ošetrovateľský proces, v slovenskej verzii neboli syténé druhým faktorom. V druhom faktore sú položky súvisiace s jednotlivými fázami ošetrovateľského procesu. Separované chápanie vykonávania ošetrovateľských intervencií (realizácia) od ostatných fáz ošetrovateľského procesu súvisí pravdepodobne so spôsobom hodnotenia. Hodnotenie sa zameriava predovšetkým na dokumentáciu a referovanie plánov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré zahŕňajú posudzovanie a diagnostiku pacienta, plánovanie, dokumentáciu zrealizovaných činností a vyhodnotenie. Na druhej strane, úroveň výkonov je vo väčšej miere hodnotená samostatne. Ďalším významným zistením bolo, že položky týkajúce sa druhej a tretej subškály boli hodnotené u 63 respondentov. Jedným z vysvetlení môže byť tradičné zameranie pedagógov na technické zručnosti, resp. už spomínanú dokumentáciu ošetrovateľského procesu. V menšej miere je v našom kultúrnom kontexte zaužívané hodnotenie oblastí súvisiacimi skôr s osobnosťou študenta, akými sú reakcia študenta na kritiku, miera jeho sebareflexie, stratégie zvládania stresu, vyhľadávanie príležitostí pre učenie a podobne. Nižšia miera hodnotenia týchto položiek (len u 63 študentov) môže súvisieť práve s rozdielnym využívaním týchto kritérií v našom kultúrnom kontexte.

## Limity štúdie

Limitácie našej práce sú malá a úzko selektovaná vzorka respondentov pre validačnú štúdiu a nezisťovanie štatistického koeficientu súhlasu medzi hodnotením študentov prostredníctvom NSCPES a ich výsledným celkovým hodnotením. Dôvodom nezisťovania bolo nevyplnenie všetkých položiek posudzovateľmi (pedagógmi) a tým neúplné hodnotenie prostredníctvom NSCPES. Ďalší výskum by mal byť realizovaný na širšej vzorke študentov a zisťovanie štatistického koeficientu súhlasu medzi hodnotením študentov prostredníctvom NSCPES a ich reálnym hodnotením v rámci klinickej praxe na stupnici A – Fx.

## Záver

Práca popisuje testovanie dimenzionality a vnútornej konzistencie slovenskej verzie NSCPES a jej využiteľnosť pri hodnotení klinických kompetencií (spôsobilostí) študentov v priebehu klinickej praxe. Slovenská verzia hodnotiaceho nástroja má dobrú vnútornú konzistenciu, štruktúra slovenskej verzie rešpektuje originálnu štruktúru nástroja. V slovenskej verzii dve pôvodne samostatné dimenzie (odbornosť a dodržiavanie etických zásad) splynuli v jednu premennú, ktorú sme v súlade s pôvodnou verziou nazvali zodpovednosť a odbornosť. Výsledky práce potvrdzujú problematiku hodnotenia oblastí súvisiacimi s osobnosťou študenta, akými sú reakcia študenta na kritiku, miera jeho sebareflexie, stratégie zvládania stresu, vyhľadávanie príležitostí pre učenie a podobne. Hodnotenie zo strany pedagógov sa vo väčšej miere zameriava na hodnotenie technických zručností študentov, resp. kvalitu dokumentovania fáz ošetrovateľského procesu.

## Etické aspekty

Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov. Súhlas s realizáciou výskumnej štúdie sme dostali od vedenia Katedry ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove.

Štúdia vznikla ako súčasť projektu KEGA Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier (016PU-4/2015).

## Zoznam bibliografických odkazov

- EYMARD, A. S. – DAVIS, A. – LYONS, R. 2014. Progressive clinical evaluation tools based on the Quality and Safety Education in Nursing competencies. In *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, vol. 4, no. 2, pp. 116-122.
- HENRIKSEN, N. – NORMANNY, H. K. – SKAALVIK, M. W. 2012. Development and Testing of the Norwegian Version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation Scale. In *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2012, vol. 9, no. 1, pp. 1-15.
- KARAYURT, O. – MERT, M. – BESER, A. 2009. A study on development of a scale to assess nursing students' performance in clinical settings. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, no. 8, pp. 1123-1130.
- KRICHBAUM, K. – ROWAN, M. – DUCKETT, L. – RYDEN, M. B. – SAVIK, K. 1994. The clinical evaluation tool: a measure of the quality of clinical performance of baccalaureate nursing students. In *Journal of Nursing Education*, 1994, vol. 33, no. 9, pp. 395-404.
- MAHARA, M. S. 1998. A perspective on clinical evaluation in nursing education. In *Journal of Advanced Nursing*, 1998, vol. 28, no. 6, pp. 1339-1346.
- McMULLAN, M. et al. 2002. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. In *Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol. 41, no. 3, pp. 283-294.
- MIDGLEY, K. 2006. Pre-registration student nurses perception of hospital learning environment during clinical placements. In *Nurse Education Today*, 2006, vol. 26, no. 4, pp. 338-345.
- O'CONNOR, A. B. 2001. *Clinical instruction and evaluation: A teaching resource*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2001. p. 433.
- PUTNAM, E. L. *Traditional Versus Precepted Clinical Experiences for Junior Nursing Students: Is There a Difference in Clinical Competence?* 2009. A dissertation submitted to the Graduate Faculty of North Carolina State University in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Education [online], 2009, [cit. 2015-04-20]. Dostupné na internete: <http://repository.lib.ncsu.edu/ir/handle/1840.16/4361>.
- ROBB, Y. – FLEMING, V. – DIETERT, C. 2002. Measurement of clinical performance of nurses: a literature review. In *Nurse Education Today*, 2002, vol. 22, no. 4, pp. 293-300.
- SHARIF, F. – MASOUMI, S. A. 2005. Qualitative study nursing student experiences of clinical practice. In *British Medical Journal of Nursing*, 2005, vol. 4, no. 6, pp. 1-7.
- SHEETZ, L. J. 2001. Clinical competence rating scale. In WALTZ, C. F. et al. *Measurement of Nursing Outcomes: Vol. 1: Measuring nursing performance in practice, education, and research*. New York : Springer Publishing, 2001, pp. 158-188.
- WATSON, R. R. – STIMPSON, A. – TOPPING, A. – POROCK, D. 2002. In *Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol. 39, no. 5, pp. 421- 431.
- ZANOVITOVÁ, M. – LEPIEŠOVÁ, M. – KURUCOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. – FARSKÝ, I. 2014. Hodnotenie výučby a supervízie v klinickej ošetrovateľskej praxi. In BÓRIKOVÁ, I. – FARSKÝ, I. – ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, s. 343-353.

---

## Kontakt

**doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.**  
Katedra ošetrovateľstva, FZO PU  
Partizánska 1  
08001 Prešov  
Slovensko  
E-mail: [elena.gurkova@unipo.sk](mailto:elena.gurkova@unipo.sk)

**Prijatý:** 27. 4. 2015

**Akceptovaný:** 19. 5. 2015

- 
- [1] Je súčasťou portfólia študenta, v rámci ktorého mentor priebežne hodnotí a zaznamenáva formy spätnej väzby.
- [2] Objektívne štruktúrované klinické skúšanie (známe pod skratkou OSCE) je forma hodnotenia klinických spôsobilostí študentov na základe simulácie konkrétnych klinických situácií.