



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



2015  
Ročník 5, číslo 2  
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

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

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

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

e-mail: [farkas@vydosveta.sk](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

Ivana Bóriková ..... 41

### EDITORIAL

Ivana Bóriková ..... 42

### MOŽNOSTI VYUŽITÍ ADAPTAČNÍHO MODELU CALISTY ROYOVÉ V SOUČASNÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

Jiří Kaas, Valérie Tóthová ..... 43

### COMPLIANCE PACIENTOV S KOŽNÝM OCHORENÍM

Slávka Mrosková\*, Viera Konečná, Ľubomíra Lizáková ..... 50

### KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOSTIKY POUŽÍVANÉ V KLINICKE PRAXI

Eva Mynaříková, Katarína Žiaková ..... 56

### VÝŽIVA PACIENTOV S DEMENCIOU V ZARIADENÍ SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI

Martina Tomagová, Ivana Bóriková, Alžbeta Jelšovková ..... 61

### KURUCOVÁ, R. ET AL. VYBRANÉ KAPITOLY Z PALIATÍVNEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI – RECENZEH

Helena Kísvetrová ..... 68

### POĎAKOVANIE RECENZENTOM

..... 69

## Editoriál

Vážené kolegyně, kolegovia,

rok 2015 bol rokom pomerne bohatým na rôzne udalosti vo svetovom, európskom aj národnom meradle. Prekvapila nás extenzívna migračná kríza, prognostici dôrazne upozorňujú na zhoršujúce sa demografické a zdravotné ukazovatele európskej populácie a slovenské vysoké školy prechádzajú procesom národnej akreditácie. Všetky uvedené skutočnosti prinášajú nové výzvy a priority aj pre ošetrovateľskú profesiu, či už na úrovni akademicko-výskumnej alebo klinicko-praktickej.

*Americká asociácia sestier, Medzinárodná rada sestier* a rôzne iné ošetrovateľské výskumné inštitúcie charakterizujú význam ošetrovateľského výskumu v prínose významných poznatkov pre ošetrovateľskú prax a mandát sesterskej profesie ako schopnosť aplikovať tento vedecký základ v procese podpory zdravia populácie v regionálnom sociokultúrnom kontexte. Aktuálne spoločenské problémy môžu ovplyvniť smerovanie ošetrovateľského výskumu a zvyčajne vychádzajú z multifaktorálnych determinantov zdravia, ale aj z faktorov etnických či socioekonomických. Členské štáty európskeho regiónu WHO už v roku 2012 prijali novú zdravotnú politiku – dokument *Zdravie 2020*, ktorej hlavným cieľom je výrazné zlepšenie zdravia a prosperity populácie, posilnenie a zabezpečenie udržateľných a vysokokvalitných zdravotníckych systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia. Vzhľadom na komplexnosť a zložitosť uvedených skutočností by sme mali posilniť interdisciplinárny charakter ošetrovateľského výskumu a spoluprácu s inými humanitnými, spoločenskými a biomedicínskymi vedami. Implementácia výskumných a klinických kompetencií sestier do nových vzdelávacích kurikul a podpora kontinuálneho vzdelávania by mala zaručiť, že vzdelávacie inštitúcie pripravia sestry schopné prekonať pomyselné rozdiely medzi „akademickou teóriou“ a reálnou klinickou praxou a tvorivo ich integrovať. Bariér pre naplnenie cieľov ošetrovateľského výskumu a vzdelávania je viacero – dlhodobý nedostatok finančných zdrojov pre školstvo a vedu, pokles motivácie pre štúdium ošetrovateľstva, nízky spoločenský status sestry, odliv mladých vzdelaných sestier do zahraničia či stagnácia legislatívy v odbore. Sme teda na nové výzvy skutočne pripravení?

**Mgr. Ivana Bóriková, PhD.**  
Univerzita Komenského v Bratislave,  
Jesseniova lekárska fakulta v Martine,  
Ústav ošetrovateľstva

## Editorial

Dear colleagues,

the year 2015 was quite rich in various events in the world, European and national scale. The extensive migration crisis has jolted; prognosticators emphasize progressive degradation of demographic and health conditions of European population; and universities in Slovakia are going through the process of national accreditation. The facts stated above bring on new challenges and priorities also to a nursing profession, both at the academic-research level or clinical-practical level.

*The American Nurses Association, The International Council of Nurses* and other nursing-related research institutions characterize the role of research in Nursing, giving significant knowledge for nursing practice and status of a nursing profession, as the ability to apply this scientific background in order to support health of population in a local socio-cultural context. The current social issues may influence the development of research in Nursing, which usually arise from multifactorial determinants of health as well as from ethical or socio-economical aspects. In 2012 the member states of the European area belonging to WHO adopted a new health policy – the document called *Health 2020* – which main goal is a significant improvement of health and well-being of population, boosting and ensuring sustainable health systems of high quality, which are focused on people. Taking into consideration complexity of issues mentioned above, the interdisciplinary characteristic of nursing-related research and co-operation with other humanistic, social and biomedical sciences should be made stronger. The implementation of research and clinical competences for nurses into the new curricula and development of life-long education should guarantee that educational institutions will train nurses how to overcome notional barriers between “academic theory” and real-life clinical practice, and integrate it creatively in their work. There are several barriers when trying to reach the goals of nursing-related research and education – long-lasting lack of financial support for education and science, decrease of motivation to study Nursing, low social status of a nurses, brain-drain of young well-educated nurses working abroad, or stagnation of passing a law in this field of science. So are we really ready for new challenges?

**Mgr. Ivana Bóriková, PhD.**  
Comenius University in Bratislava,  
Jessenius Medical Faculty in Martin,  
Department of Nursing

## Možnosti využiti adaptačného modelu Calisty Royové v súčasnom ošetrovatelstvi

Jiří Kaas, Valérie Tóthová

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

### Abstract

KAAS, J. – TÓTHOVÁ, V. Opportunities of use of calista roy adaptation model in current nursing. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 2, pp. 43-49. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-roc-nik-5/cislo-2/moznosti-vyuziti-adaptacniho-modelu-calisty-royove-v-soucasnem-osetrovatelstvi>.

**Aim:** The study goal consists in mapping the opportunities of use of Calista Roy adaptation model in current nursing.

**Methods:** The submitted article was processed by survey study method. Contents analysis of studies published within scientific databases was used for data collection. The search took place through key words under use of Boolean operators „AND“ and „OR“. The following key words were chosen: adaptation; nursing; Calista Roy; Roy adaptation model.

**Results:** Based on the analysis of the published works, it was found out that the Roy adaptation model is a broadly applicable model in the conditions of current nursing. The most published studies were focused on the model application within internal nursing. But other clinical fields, nursing research or education of non-medical health care professionals were not omitted either.

**Conclusion:** It can be stated in summary that Calista Roy adaptation model is a flexible and broadly applicable framework that can be effectively used both for ill and for healthy individuals.

**Keywords:** adaptation, nursing, conceptual models, Calista Roy, Roy adaptation model

### Úvod

Tato přehledová studie se zabývá adaptačním modelem Calisty Royové a možnostmi jeho využití v současnom ošetrovatelstvi. Základy tohoto modelu autorka položila v letech 1964-1966 (Pavliková, 2006, s. 128) a roku 1970 ho prostredníctvom časopisu *Nursing Outlook* poprvé publikovala (Tomey, Alligood, 2007, s. 339). Ústrední koncepcí modelu je osoba (De Oliveira et al., 2007, s. 68-69), ktorou autorka definuje jako bio-psycho-sociální bytosť, ktorá je trvale vystavena vlivům měnícího se prostředí (Kubicová, 2006, s. 115). Zmíněné prostředí, které je v modelu vnímáno jako druhá nejdůležitější koncepce (Lopes et al., 2006, s. 264), autorka popisuje jako soubor vnitřních a vnějších faktorů, ovlivňující vývoj a chování jedince a tím jeho adaptační schopnost (Machová, 2011, s. 147). Zdraví je v modelu považováno za výsledek úspěšné adaptace člověka (Kubicová, 2006, s. 115).

Ústředními termíny modelu, se kterými autorka pracuje, jsou adaptace, stimuly, adaptační niveau a adaptační systém jedince. Adaptaci autorka popisuje jako proces neustálého přizpůsobování tzv. stimulům, které jsou charakterizovány jako veškeré vlivy přicházející z prostředí a ovlivňující člověka. Každý jedinec má pak velice specificky nastavenou adaptační úroveň, nazývanou jako adaptační niveau. Tato individuální adaptační úroveň následně stanovuje, do jaké míry je jedinec schopen efektivně reagovat na působící stimuly. Od toho se následně odvíjí reakce jedince na vlivy prostředí. Pokud jsou stimuly přiměřené adaptační úrovni jedince, je jeho reakce efektivní, tedy adaptivní. Pokud síla stimulu překročí onu adaptační úroveň, dojde k rozvoji nežádoucího chování a tím k neefektivní adaptaci. Adaptační systém jedince autorka dělí na dva subsystemy. Tzv. primární (kontrolní) subsystem zahrnuje veškeré zděděné i naučené mechanismy, kterými jedinec zvládá a překonává jednotlivé životní situace. Sekundární subsystem, nazývaný jako efektorový je uplatňován po prvotním zpracování stimulů prostřednictvím primárního subsystemu a převádí reakce jedince do čtyř adaptačních oblastí, tzv. modů. Těmito mody jsou fyziologická oblast, sebepojetí, rolová funkce a vzájemná závislost (Pavliková, 2006, s. 131-132; Kubicová, 2006, s. 115-119; Roy, 2008). V souvislosti s tím je v modelu patrné výrazné holistické pojetí jedince, které hovoří o tom, že změna v jedné oblasti adaptace přímo ovlivňuje všechny ostatní (Moreno-Fergusson, Alvarado-Garcia, 2009, s. 69). Model je proto považován za vhodný pro komplexní posouzení stavu nemocného (Badr Naga, Al-Khasib, 2014, s. 50) a za využitelný jak na poli ošetrovatelské praxe, tak výzkumu (Fawcett, 2009, s. 305).

Cílem příspěvku je zmapovat možnosti využiti adaptačného modelu Calisty Royové v súčasnom ošetrovatelstvi.

### Metodika

Předložený článek byl zpracován metodou přehledové studie. Ke sběru dat byla využita obsahová analýza studií, publikovaných v rámci vědeckých databází. Pro sběr dat byly využity vědecké databáze EBSCOhost, Pubmed a Scopus. Hledání

v databázich probíhalo prostredníctvom kľúčových slov s využitím Booleovských operátorů „AND“ a „OR“. Zvolena byla následující klíčová slova: *adaptation; nursing; Calista Roy; Roy adaptation model*. Během první fáze vyhledávání bylo nalezeno 837 publikovaných studií. Ve druhé fázi byl počet nalezených studií redukován dle předem stanovených kritérií, kterými bylo datum publikování od roku 2000 po současnost a plná verze publikovaného článku. Dále byly vyřazeny veškeré duplikáty a studie, které pouze obsahovaly zmínku o zvoleném modelu, ale nezabývaly se jím v dostatečné hloubce. Počet studií využitých v rámci naší přehledové studie proto klesl na 42. Zahrnuty byly všechny typy publikovaných studií, včetně dvou studií přehledových.

## Výsledky

Na základě analýzy publikovaných studií bylo zjištěno, že lze adaptační model aplikovat v mnoha oblastech moderního ošetrovateľství.

## Klinická praxe

Oblastí, která dominovala nad všemi ostatními, byla běžná klinická praxe, především pak uplatnění modelu při péči o nemocné v interních oborech.

### 1. Onkologie

Největší počet publikovaných studií vztahujících se k internímu ošetrovateľství pojednával o uplatnění modelu na poli onkologie. Předmětem dvou studií se stala problematika rakoviny prsu (Badr Naga, Al-Khasib, 2014; Ursavaş et al., 2014). První z nich byla realizována v Jordánsku a zabývala se obecným zmapováním procesu adaptace u pacientek s tímto nádorovým onemocněním. Výsledky studie přinesly důkazy o negativním ovlivnění adaptace ve všech oblastech. Druhá, turecká studie, mapovala adaptační proces u pacientek s diagnostikovaným nádorem prsu, indikovaných k chirurgické terapii. Autoři této studie uvádějí, že je adaptační model vhodným koncepčním rámcem pro posouzení stavu takto nemocných, a že dává sestře v rámci ošetrovateľské péče určitý řád, který následně vede ke zlepšení kvality života nemocného. Další turecká studie byla zaměřena na zmapování adaptace u nemocných s nádorovým onemocněním mozku, ve které se stal model koncepčním rámcem pro tvorbu podkladu pro rozhovor. Ze závěrů studie vyplývá, že jsou takto nemocní vystaveni mnoha nežádoucím vlivům, které způsobují vážnou neefektivní adaptaci ve všech jejích oblastech (Baksi Simsek, Dicle, 2013). Dvě studie, v rámci kterých byl adaptační model využit, byly zaměřeny na oblast paliativní péče v onkologii (Maxwell et al., 2001; Da Silva, Lima Lda, 2014). První z nich, realizovaná v USA, zkoumala využití modelu coby koncepčního rámce pro péči o nemocné s kostními metastázemi. Zajímavým zjištěním autorů bylo, že i přesto, že se jedná o nevléčitelný stav, může být fyzická i psychosomatická adaptace nemocného pozitivně podpořena ze strany sester, a sice prostřednictvím řádně vedené paliativní péče, která zohledňuje základní principy modelu. Druhá studie mapovala přínos rodiny v paliativní onkologické péči a adaptační model se zde stal koncepčním rámcem pro interpretaci výsledků získaných prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Tři americké studie zohlednily model v péči o nemocné podstupující radioterapii. První ze studií byla zaměřena na zmapování schopnosti plnit své životní role u ozařovaných pacientů. Závěry studie přinesly nezpochybnitelné důkazy o limitaci běžných rolí nemocného, především pak v souvislosti s vedlejšími účinky terapie a silnou únavou (Poirier, 2007). Druhá studie se již zaměřila výhradně na problém únavy v kontextu plnění běžných rolí nemocného. Na základě výsledků bylo zjištěno, že k největšímu negativnímu ovlivnění dochází u ozařovaných pacientů v oblasti sekundárních rolí, souvisejících s jejich prací či studiem (Poirier, 2011). Třetí studie se zabývala opět problematikou únavy, tentokrát u pacientek s rakovinou prsu podstupujících radioterapii. Zde se stal adaptační model podkladem pro tvorbu programu domácího cvičení pro ozařované pacienty. Závěry studie přinesly pozitivní důkazy o žádoucím zmírnění únavy u skupiny realizující cvičební program vůči skupině kontrolní (Reis et al., 2013). Poslední analyzovanou studií, týkající se onkologického ošetrovateľství, byla americká studie zaměřená na adolescenty trpící nádorovým onemocněním. Zde se stal model koncepčním rámcem pro tvorbu podkladu pro realizovaný rozhovor, který měl za úkol zmapovat úroveň adaptace u těchto nemocných. Výsledky výzkumu byly i přes vážnost onemocnění relativně pozitivní, neboť přinesly důkazy o efektivní adaptaci onkologicky nemocných adolescentů (Ramini et al., 2008). Využití modelu Royové u onkologických pacientů má bezpochyby své opodstatnění. Není pochyb o tom, že diagnostikování tak vážného onemocnění je v životě každého z nás obrovskou změnou, které není jednoduché se přizpůsobit. Efektivní adaptace je přitom nezbytným krokem pro účinný boj s touto nelehkou situací.

### 2. Další interní obory

Kromě četného využití modelu Royové v onkologickém ošetrovateľství, byla nalezena i celá řada studií vztahujících se k dalším interním oborům. Zmínit lze např. tureckou studii, ve které se stali středem zájmu pacienti trpící chronickým srdečním selháním. Zde byl model využit jako teoretický rámec pro tvorbu a realizaci programu, zaměřeného na edukaci, cvičení a sociální podporu těchto pacientů. Závěry studie přinesly pozitivní zjištění, kdy bylo prokázáno, že pacienti, kterým byla poskytována péče prostřednictvím výše zmíněného programu, vykazovali lepší úroveň adaptace ve všech jejích oblastech (Bakan, Akyol, 2008). Podkladem pro tvorbu edukačního programu se stal adaptační model i v další turecké studii. Zde byl

však tento program realizován u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Z výsledků studie vyplynulo, že pacienti, kteří byli edukováni v souladu s modelem Royové, vykazovali zlepšení adaptace na svou nemoc ve fyziologické oblasti, v oblasti sebepojetí a rolových funkcí (Akyil, Ergüney, 2012). Další, tentokrát kolumbijská studie, byla zaměřena na zmapování fyzické a psychosociální adaptace u pacientů s diabetem II. typu. Studie poukázala na relativně dobrou úroveň fyzické adaptace nemocných a komplikovanou oblast psychosomatické adaptace, jejíž efektivita přímo závisí na přítomnosti diabetických komplikací (Lazcano-Ortiz, Salazar-Conzáez, 2009). Jedna z analyzovaných studií mapovala problematiku dialyzovaných pacientů v souvislosti s jejich sociálními rolami a sexualitou. Výzkum byl realizován u afroamerické populace v USA. Studie přinesla důkazy o nežádoucím vlivu chronické dialýzy na výše zmíněné oblasti. Autoři ve svých závěrech poukázali na nezbytnost holistického přístupu k těmto pacientům, neboť narušení jedné oblasti může vést k nežádoucímu ovlivnění adaptace v dalších oblastech. Na základě výsledků studie byl vytvořen jakýsi model sexuální adaptace založený na principech Calisty Royové (Stewart, 2012). Předmětem dvou studií se stali pacienti trpící neurologickým onemocněním. První studie, realizovaná v Íránu, měla za cíl ověřit účinnost systému intervencí u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě, který byl vytvořen na podkladě adaptačního modelu. I zde byl efekt takto řízené péče pozitivní a pacienti vykazovali statisticky významné zlepšení v oblasti fyzické adaptace (Alimohammadi et al., 2015). Druhá studie byla zaměřena opět na problematiku sexuality, tentokrát však u pacientů s roztroušenou sklerózou. Na základě telefonických rozhovorů, které byly vytvořeny na podkladě modelu, bylo zjištěno, že sexualita tvoří důležitou součást života nemocných s roztroušenou sklerózou a neměla by být proto ze strany sester opomíjena (Gagliardi, 2003). V případě jedné brazilské studie byl model využit pro posouzení adaptace v psychosociální rovině u pacientů s bérčovými vředy (Costa et al., 2011). Uplatnění modelu Royové napříč různými oblastmi interního ošetrovateľství pro nás nebylo překvapující. Celá řada interních onemocnění patří mezi onemocnění chronická a pro svého nositele představují opět zásadní změnu, které je potřeba účinně přizpůsobit svůj běžný život.

### 3. Seniorská populace

V dalších třech analyzovaných studiích se stala ústředním tématem seniorská populace. První ze studií byla zaměřena na oblast úspěšného stárnutí a zmapování faktorů, které tuto etapu života ovlivňují. Z výsledků vyplynulo, že významným faktorem ovlivňujícím vnímání vlastního stáří a smyslu života je funkční úroveň jedince (Flood, Scharer, 2006). Druhá studie zohlednila model při vyhodnocení adaptačního procesu starších osob dobrovolně žijících v ústavech pro seniory (Freitas et al., 2014) a třetí při tvorbě intervenčního programu podporujícího adaptivní chování seniorů žijících v domovech pro seniory (Maghsoudi et al., 2015). Překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že se problematice seniorů z pohledu adaptačního modelu Royové věnovalo tak málo studií. Domníváme se, že právě stáří patří k období lidského života, které je typicky doprovázeno velkým množstvím, často nežádoucích změn. V této oblasti proto spatřujeme velký potenciál pro uplatnění tohoto modelu. Tuto naši myšlenku nepřímo podporuje Poirierová (2011), která zmiňuje, že model Royové poskytuje jedinečný způsob, jak zhodnotit funkční stav jedince, což je dle našeho názoru zásadní oblast v životě seniora.

### 4. Psychiatrické ošetrovateľství

Další oblastí, ve které byl adaptační model aplikován, je oblast psychiatrického ošetrovateľství. K této problematice byly nalezeny dvě studie. První z nich zkoumala možnosti využití modelu v akutní psychiatrické péči v Irsku. Výsledky studie přinesly důkaz o pozitivním ovlivnění ošetrovateľské péče i stavu pacientů při využití tohoto modelu. Autoři však poukazují na nedostatečné ověření jejich výsledků a zmiňují potřebnost dalšího zkoumání této oblasti (Patton, 2004). Druhá, singapurská studie, aplikovala model v rámci řízení péče u nemocných s mentální bulimií. I zde byly výsledky pozitivní a model byl vyhodnocen jako vhodný pro plánování a realizaci ošetrovateľské péče u těchto nemocných (Seah, Tham, 2015).

### 5. Péče o ženu a dítě

Další oblastí ošetrovateľství, ve které byl model Royové aplikován, je oblast péče o ženu a dítě. První studie byla zaměřena na jeho aplikaci u kanadských žen středního věku, které procházejí menopauzou. Cílem bylo zmapovat úroveň adaptace na změny související s klimakteriem a vytvořit systém ošetrovateľských intervencí, které by směřovaly k lepší adaptaci žen (Cunningham, 2002). V dalších studiích již byla otevřena problematika mladších žen. V jedné ze studií se stal model podkladem pro vytvoření polostrukturovaného rozhovoru pro hodnocení těhotenské nevolnosti a zvracení. Jednalo se o turecký výzkum, jehož výsledky byly vyhodnoceny v kontextu čtyř adaptivních systémů (Isbir, Mete, 2013). Další studie realizovaná v Kolumbii využila model pro zmapování adaptace na změny související s prodělaným porodem a kojením (Ospina Romero et al., 2012). Poslední studie z oblasti porodnictví, která byla realizována v Koreji, měla za cíl vytvořit nástroj pro zmapování adaptace matky a dítěte v oblasti kojení. Měřicí nástroj byl vytvořen na základě koncepce Royové a prostřednictvím statistických metod vyhodnocen jako reliabilní a validní (Kim, 2009). Výše uvedené studie vnímáme jako zřetelný důkaz široké využitelnosti adaptačního modelu, který lze flexibilně přizpůsobit jak starším, chronicky nemocným, tak natolik specifické skupině jako jsou matky a jejich novorozené děti. Během analýzy realizovaných studií bylo zjištěno i další uplatnění modelu v péči o dětské pacienty. Důkazem jsou dvě analyzované studie. V první z nich se stal model teoretickým rámcem pro zmapování vlivu vzdělávacích táborů na adaptaci amerických pubescentů s astmatem. Na základě hodnocení adaptace v jejich čtyřech oblastech bylo zjištěno, že realizované tábory mají příznivý vliv na průběh adaptace v oblasti sebepojetí a rolových funkcí, a že přinášejí celkově lepší adaptaci pubescentních dětí na život s nemocí (Buckner et al., 2007). Druhá z nich se zaměřila na možnost uplatnění modelu v péči o hospitalizované děti. Ze závěrů studie vyplynulo, že jej lze aplikovat u dětských pacientů,



i presto však autoři popisují určité limity hovořící o tom, že dítě může přinášet zkreslené výsledky (De Melo et al., 2011). Toto tvrzení pro nás bylo překvapující, neboť právě pozorování a zkoumání dětské adaptace se stalo prvotním impulzem v profesním životě Calisty Royové, který vedl k vytvoření adaptačního modelu (Pavlíková, 2006, s. 128).

## 6. Chirurgické ošetrovatelství

Další oblastí využitelnosti, která byla během naší analýzy odhalena, je aplikace modelu v podmínkách chirurgického ošetrovatelství. V rámci dvou studií se stali předmětem zájmu pacienti po transplantaci jater. První studie byla realizována v Brazílii a jejím cílem bylo zmapovat podněty, které vedou k pozitivní či negativní odpovědi v oblasti fyzické adaptace u nemocných po transplantaci jater (Fragoso et al., 2010). Druhá, turecká studie se již zabývala problematikou adaptace nemocných po jaterní transplantaci komplexněji a zahrnovala zmapování adaptivního i neefektivního chování nemocného ve všech čtyřech režimech adaptace (Ordin et al., 2013). Závěry obou studií byly obdobné a hovoří o dobré využitelnosti modelu v péči o nemocné po transplantaci jater. Autoři se shodně vyjadřují o vhodnosti využití modelu coby nástroje pro realizaci ošetrovatelských intervencí, které podpoří efektivní adaptaci nemocného (Fragoso et al., 2010; Ordin et al., 2013).

## 7. Válečná medicína

Specifickou oblastí, ve které byl model taktéž využit, je oblast válečné medicíny, konkrétně pak problematika péče o válečné veterány. V rámci americké studie byl model využit pro zmapování posttraumatické stresové reakce u válečných veteránů (Nayback, 2009), v případě Íránské studie jako rámec pro vytvoření hodnotícího nástroje pro posouzení adaptace u válečných veteránů, kteří utrpěli traumatickou amputaci končetiny (Azarmi et al., 2014). Závěry studií hovoří o účinnosti modelu v rámci péče o válečné veterány s posttraumatickým stresovým syndromem (Nayback, 2009), i validitě a reliabilitě vytvořeného nástroje pro hodnocení adaptace válečných veteránů (Azarmi et al., 2014).

## 8. Intenzivní péče

Jedna z analyzovaných studií byla zaměřena na aplikaci modelu v podmínkách intenzivní péče. Jednalo se o americký kvalitativní výzkum zaměřený na zmapování zkušeností pacientů, rodinných příslušníků a sester na jednotkách intenzivní péče v průběhu kritického onemocnění. V rámci tohoto šetření byl model využit jako rámec pro analýzu získaných dat (Cypress, 2011).

## 9. Prevence

Z výše popsaných zjištění je patrné, že celá řada studií byla zaměřena na aplikaci adaptačního modelu v podmínkách konkrétních klinických stavů. Některé další studie však otevřely i další možnosti jeho uplatnění. Příkladem může být preventivně orientovaná kanadská studie, ve které byl model využit coby nástroj pro řízení odvykacího procesu u mladých kuřáček. Kouření bylo na základě studie vyhodnoceno jako výsledek neefektivní adaptace a tudíž byl model použit v podobě jakéhosi průvodce pro péči o jedince závislé na nikotinu. Model sestřám posloužil jako vhodný nástroj pro monitoraci neefektivního chování a motivaci kuřáček k efektivní změně (Villareal, 2003). Toto zjištění považujeme za zásadní ve vnímání modelu Royové. Je pro nás opět důkazem toho, že model nemusí být použit výhradně u nemocných jedinců, ale též v rámci preventivních intervencí. V souvislosti s tím se domníváme, že by si model zasloužil větší uplatnění na poli primární prevence, kde by mohl být použit jako účinný nástroj pro diagnostiku rizikového chování nejrůznějších skupin populace. Tento názor podporují též Ordin et al. (2013, s. 37), kteří popisují, že tento model umožňuje účinně vyhodnotit negativní způsoby chování jedince.

## Ošetrovatelské vzdělávání a výzkum

Některé ze studií otevřely možnosti využití modelu i mimo klinickou praxi. Dvě studie popisovaly jeho využití na poli ošetrovatelského vzdělávání. V případě první studie realizované ve spojených státech amerických, byl model využit jako teoretický rámec pro tvorbu výukového kurzu ošetrovatelského výzkumu v kvalifikačním studiu ošetrovatelství (Dobratz, 2003). V případě druhé studie se stal základem pro učební osnovy ošetrovatelství na ošetrovatelské škole ve městě La Sabana v Kolumbii (Moreno et al., 2009). Dvě publikované studie dále představily možnost využití modelu v oblasti ošetrovatelského výzkumu. V případě první studie byl model využit jako průvodce při tvorbě metody obsahové analýzy, která by využívala jak kvalitativní, tak kvantitativní metodologický přístup (Fawcett, 2006). Ve druhé studii, popisující možnosti využití modelu v ošetrovatelském výzkumu a praxi, Fawcett hovoří o dobré využitelnosti modelu v oblasti výzkumu, i když se to může zdát v některých případech obtížné (Fawcett, 2009). V případě jedné americké studie, zaměřené na ošetrovatelskou praxi, se adaptační model Royové osvědčil coby koncepční rámec pro řízení a monitoraci adaptačního procesu nově nastupujících registrovaných sester (Ashton, 2015).

Během naší analýzy byly také nalezeny některé přehledové studie, které se využitelností adaptačního modelu přímo zabývají. Konkrétně lze zmínit například kolumbijskou studii mapující uplatnění modelu v prostředí latinské Ameriky (Moreno-Fergusson, Alvarado-Garcia, 2009) či Jordánskou studii zaměřenou na analýzu deseti realizovaných studií aplikujících

adaptační model Royové (Shosha, Al kalaldehy, 2012). Závěry obou studií hovoří o flexibilitě, užitečnosti a použitelnosti modelu v různých oblastech ošetrovateľství.

Z výše popsané analýzy je patrné, že možností pro aplikaci koncepčního modelu Royové existuje skutečně mnoho. Výše byly jednotlivé studie hodnoceny z hlediska oblastí, ve kterých byly aplikovány. Dle našeho názoru je však zajímavé i to, jakým způsobem byl model v rámci jednotlivých studií aplikován. Na základě našich zjištění totiž vyplynulo, že aplikace modelu coby určitého rámce pro plánování a poskytování ošetrovateľské péče není jedinou možností. Model lze velmi dobře využít pro hodnocení adaptace jedince a v souvislosti s tím pro zmapování efektivního a neefektivního chování. Na poli ošetrovateľství se však nejedná pouze o adaptaci nemocného, ale též studentů a sester nastupujících do přímé praxe. Další možností je jeho využití pro posouzení fungování nemocného v rámci jeho životních rolí. V námi analyzovaných studiích byl model relativně často využit též jako teoretický rámec pro tvorbu a realizaci různých intervenčních a edukačních programů, zaměřených na posílení adaptace jedince a tím zlepšení jeho celkové kvality života. Zajímavým zjištěním pro nás bylo jeho uplatnění na poli ošetrovateľského výzkumu, kde byl využit jak v podobě rámce pro tvorbu hodnotících nástrojů či rozhovorů, tak nástroje pro hodnocení a interpretaci zjištěných výsledků. V neposlední řadě je zajímavé jeho uplatnění v oblasti ošetrovateľského vzdělávání, coby teoretického rámce pro konstrukci učebních osnov.

O flexibilitě a komplexní použitelnosti adaptačního modelu vypovídá i fakt, že se jeho aplikací zabývají odborníci z celého světa. V rámci naší přehledové studie byly zahrnuty výzkumy realizované v Severní a Jižní Americe, Asii i Evropě. Z konkrétních států pak dominovaly Spojené státy americké, Turecko, Brazílie a Kolumbie.

---

## Závěr

Na základě naší analýzy lze souhrnně konstatovat, že je model Calisty Royové flexibilním a široce uplatnitelným rámcem, který lze účinně využít snad u všech skupin nemocných. Analýza jednotlivých studií přinesla pohled na jeho využití v rámci péče o chronicky i akutně nemocné v interních i chirurgických oborech. Mimo to bylo zjištěno, že model není aplikovatelný pouze u nemocných, ale též u zdravých jedinců v rámci primární prevence a v některých dalších oblastech jako je ošetrovateľský výzkum, vzdělávání či sesterská praxe. Dle našeho názoru lze adaptační model Calisty Royové aplikovat ve všech situacích, při kterých dochází k vzájemné interakci mezi osobou a prostředím, neboť právě tyto dvě metaparadigmatické koncepce jsou zde chápány jako ústřední a nejdůležitější (De Oliveira et al., 2007, s. 68-69; Lopes et al., 2006, s. 264). Jeho výraznou přednost spatřujeme v tom, že ho lze využít bez ohledu na věk, pohlaví či národnost.

Na závěr bychom chtěli zmínit limity naší přehledové studie, plynoucí z faktu, že se nám nepodařilo analyzovat veškeré výzkumy zabývající se konkrétní aplikací modelu. Tento fakt byl způsobem jednak velkým množstvím publikovaných studií a také tím, že jsme měli k dispozici pouze omezené množství jejich plných textů. Lze proto předpokládat, že možnosti využití tohoto modelu jsou mnohem bohatší, než popisuje naše studie.

*Príspevek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 048/2015/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.*

---

## Seznam bibliografických odkazů

- AKYIL, R. C. – ERGÜNEY, S. 2012. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. In *Journal of Advanced Nursing*, 2012, vol. 69, no. 5, pp. 1063-1075.
- ALIMOHAMMADI, N. et al. 2015. Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. In *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2015, vol. 20, no. 2, pp. 275-281.
- ASHTON, K. S. 2015. The orientation period: essential for new registered nurses' adaptation. In *Nursing science quarterly*, 2015, vol. 28, no. 2, pp. 142-150.
- AZARMI, S. – FARSI, Z. – SAJADI, S. A. 2014. Development of adaptation questionnaire using Roy's adaptation model and its psychometrics on veterans with lower limb amputation. In *HAYAT*, 2014, vol. 19, no. 4, pp. 26-37.
- BADR NAGA, B. S. H. – AL-KHASIB, E. A. 2014. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. In *Middle East Journal of Family Medicine*, 2014, vol. 12, no. 8, pp. 48-51.
- BAKAN, G. – AKYOL, A. D. 2008. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. In *Journal of Advanced Nursing*, 2008, vol. 61, no. 6, pp. 596-608.
- BAKSI ŞİMSEK, A. – DICLE, A. 2013. Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy Uyum Modeli'ne Göre Uyum Durumlarının İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. In *Journal of Neurological Sciences*, 2013, vol. 30, no. 1, pp. 88-107.
- BUCKNER, E. B. et al. 2007. Maturing Responsibility in Young Teens Participating in an Asthma Camp: Adaptive Mechanisms and Outcomes. In *Journal for specialists in pediatric nursing*, 2007, vol. 12, no. 1, pp. 24-36.

- COSTA, I. K. 2011. People with venous ulcers: a study of the psychosocial aspects of the Roy Adaptation Model. In *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2011, vol. 32, no. 3, pp. 561-568.
- CUNNINGHAM, D. A. 2002. Application of Roy's Adaptation Model When Caring for a Group of Women Coping With Menopause. In *Journal of Community Health Nursing*, 2002, vol. 19, no. 1, pp. 49-60.
- CYPRESS, B. S. 2011. Patient-family-nurse intensive care unit experience: A Roy Adaptation Model-based qualitative study. In *Qualitative Research Journal*, 2011, vol. 11, no. 2, pp. 3-16.
- DA SILVA, M.M. – LIMA LDA, S. 2014. Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. In *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2014, vol. 35, no. 4, pp. 14-19.
- DE MELO, R. P. et al. 2011. Application of the Roy adaptation model on a pediatric client in a hospital environment. In *Cultura de los Cuidados*, 2011, vol. 15, no. 29, pp. 74-81.
- DE OLIVEIRA, T. C. 2007. Analisis evolutivo del concepto persona en la teoria de adaptacion de Roy. In *Cultura de los Cuidados*, 2007, vol. 11, no. 22, pp. 64-69.
- DOBRTZ, M. C. 2003. Putting the pieces together: teaching undergraduate research from a theoretical perspective. In *Journal of Advanced Nursing*, 2003, vol. 41, no. 4, pp. 383-392.
- FAWCETT, J. 2006. The Roy adaptation model and content analysis. In *Revista Aquichan*, 2006, vol. 6, no. 1, pp. 34-37.
- FAWCETT, J. 2009. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. In *Aquichan*, 2009, vol. 9, no. 9, pp. 297-306.
- FLOOD, M. – SCHARER, K. 2006. Creativity Enhancement: Possibilities for Successful Aging. In *Issues in Mental Health Nursing*, 2006, vol. 27, pp. 939-959.
- FRAGOSO, L. V. C. – GALVÃO, M. T. G. – CAETANO, J. A. 2010. Care for liver transplantation patients with reference to Roy's theory. In *Revista de Enfermagem Referência*, 2010, vol. 3, no.1, pp. 29-38.
- FREITAS, M. C. et al. 2014. Elderly residents in homes for the aged: adjustment in the light of Callista Roy. In *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014, vol. 67, no. 6, pp. 905-912.
- GAGLIARDI, B.A. 2003. The experience of sexuality for individuals Living with multiple sclerosis. In *Journal of Clinical Nursing*, 2003, vol. 12, pp. 571-578.
- ISBIR, G. G. – METE, S. 2013. Experiences with nausea and vomiting during pregnancy in Turkish women based on roy adaptation model: a content analysis. In *Asian Nursing Research*, 2013, vol. 7, no. 4, pp. 175-181.
- KIM, S. H. 2009. Development of a breast feeding adaptation scale (BFAS). In *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2009, vol. 39, no. 2, pp. 259-269.
- KUBICOVÁ, L. 2006. Ošetrovateľský model Royové. In FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľství-teorie*. 1. české vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s.
- LAZCANO-ORTIZ, M. – SALAZAR-CONZÁÍEZ, B.C. 2009. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modeio de Roy. In *Aquichan*, 2009, vol. 9, no. 3, pp. 236-245.
- LOPES, M. V. – PAQLICUA, L. M. – ARAUJO, T. L. 2006. Historical evolution of the concept environment proposed in the Roy Adaptation Model. In *Revista latino-americana de enfermagem*, 2006, vol. 14, no. 2, pp. 259-265.
- MACHOVÁ, A. 2011. *Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovateľství*. In PLEVOVÁ, I. *Ošetrovateľství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 285 s.
- MAGHSOUDI, E. et al. 2015. The effect of care plan application based on Roy adaptation model on the self-efficacy in elderly people in urmia nursing homes. In *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*, 2015, vol. 6, no. 1, pp. 793-799.
- MAXWELL, T. – GIVANT, E. – KOWALSKI, M. O. 2001. Exploring the Management of Bone Metastasi According to the Roy Adaptation Model. In *Oncology Nursing Forum*, 2001, vol. 28, no. 7, pp. 1173-1181.
- MORENO, M. E. – DURÁN, M. M. – HERNANDEZ, A. 2009. Nursing Care for adaptation. In *Nursing Science Quarterly*, 2009, vol. 22, no. 1, pp. 67-73.
- MORENO-FERGUSON, M. E. – ALVARADO-GARCIA, A.M. 2009. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. In *Aquichan*, 2009, vol. 9, no. 1, pp. 62-72.
- NAYBACK, A. M. 2009. PTSD in the Combat Veteran: Using Roy's Adaptation Model to Examine the Combat Veteran as a Human Adaptive System. In *Issues in Mental Health Nursing*, 2009, vol. 30, no. 5, pp. 304-310.
- ORDIN, Y. S. – KARAYURT, O. – WELLARD, S. 2013. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. In *Nursing and Health Sciences*, 2013, vol. 15, no. 1, pp. 31-38.

- OSPINA ROMERO, A. M. – MUNOZ DR RODRÍGUEZ, L. – RUIZ DE CÁRDENAZ, Ch. 2012. Coping and adaptation process during puerperium. In *Colombia Médica*, 2012, vol. 43, no. 2, pp. 167-174.
- PATTON, D. 2004. An analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing. In *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2004, vol. 11, no. 2, pp. 221-228.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s.
- POIRIER, P. 2007. Factors Affecting Performance of Usual Activities During Radiation Therapy. In *Oncology Nursing Forum*, 2007, vol. 34, no. 4, pp. 827-834.
- POIRIER, P. 2011. The Impact of Fatigue on Role Functioning During Radiation Therapy. In *Oncology Nursing Forum*, 2011, vol. 38, no. 4, pp. 457-465.
- RAMINI, S. K. – BROWN, R. – BUCKNER, E. B. 2008. Embracing Changes: Adaptation By Adolescents with Cancer. In *Pediatric Nursing*, 2008, vol. 34, no. 1, pp. 72-79.
- REIS, D. et al. 2013. Effects of Nia Exercise in Women Receiving Radiation Therapy for Breast Cancer. In *Oncology Nursing Forum*, 2013, vol. 40, no. 5, pp. 374-382.
- ROY, C. 2008. *The Roy Adaptation Model*. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008. 553 s.
- SEAH, X. Y. – THAM, X. C. 2015. Management of bulimia nervosa: a case study with the roy adaptation model. 2015. *Nursing science quarterly*, 2015, vol. 28, no. 2, pp. 136-141.
- SHOSHA, G. A. – AL KALALDEH, M. 2012. A critical analysis of using Roy's adaptation model in nursing research. In *International journal of academic research*, 2012, vol. 4, no. 4, pp. 26-31.
- STEWART, M. 2012. Qualitative inquiry: perceptions of sexuality by African Americans experiencing haemodialysis. In *Journal of Advanced Nursing*, 2012, vol. 69, no. 8, pp. 1704-1713.
- TOMEY, A. M. – ALLIGOOD, M. R. 2007. *Nursing Theorists and Their Work*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis Missouri : Mosby, 2007. 778 p.
- URSAVAS, F. E. – KARAYURT, Ö. – İSERI, Ö. 2014. Meme Kanseri Nedeniyle Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Bir Hastaya Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımı. In *The Journal of Breast Health*, 2014, vol. 10, pp. 134-140.
- VILLAREAL, E. 2003. Using Roy's Adaptation Model When Caring for a Group of Young Women Contemplating Quitting Smoking. In *Public Health Nursing*, 2003, vol. 20, no. 5, pp. 377-384.

---

## Kontakt

### Mgr. Jiří Kaas

Katedra ošetrovateľství a porodní asistence ZSF JU  
U Výstaviště 26  
370 05 České Budějovice  
Česká republika  
E-mail: [kaasji00@zsf.jcu.cz](mailto:kaasji00@zsf.jcu.cz)

**Prijaté:** 2. 8. 2015

**Akceptované:** 9. 9. 2015

## Compliance pacientov s kožným ochorením

Slávka Mrosková\*, Viera Konečná\*\*, Lubomíra Lizáková\*

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

\*\* Fakultná nemocnica J. A. Reimana v Prešove, Oddelenie dermatovenerológie

### Abstract

MROSKOVÁ, S. – KONEČNÁ, V. – LIZÁKOVÁ, L. Compliance of patients with skin disease. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 2, pp. 50-55. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2015-roc-nik-5/cislo-2/compliance-pacientov-s-koznym-ochorenim>.

**Aim:** Assess the level of compliance of patients with skin disease and the impact of various factors on it.

**Methods:** We have considered compliance in three areas – medication, topical skin care, compliance to the diet – using modified variety of scale to Morisky. At the same time, we analyzed the impact of socio-demographic factors and disease factors to measure compliance. The results were statistically processed using the Mann - Whitney test/Kruskal-Wallis test and Spearman correlation coefficient.

**Sample:** Do the research were included 74 patients hospitalized at the department dermatovenerology with psoriasis vulgaris, atopic / seborrheic dermatitis. The mean disease duration was 14.70 years ( $\pm 12.21$ ).

**Results:** Compliance in skin care stood at 3.19 ( $\pm 1.15$ , can range: 1-5), taking drugs 3.72 ( $\pm 1.27$ ) and compliance to the diet 2.76 ( $\pm 1.34$ ). We found that increasing the quality of the doctor – patient and nurse – patient compliance significantly increases the compliance to the diet ( $r = 0.307$ ), in the treatment of skin ( $r = 0.327$ ), taking ( $r = 0.379$ ). The increasing intensity of pain / itch significantly increased compliance in taking medication ( $r = 0.266$ ) and diet ( $r = 0.201$ ). We identified a significant negative correlation between the financial demands of treating skin and compliance in skin care ( $r = -0.265$ ). Respondents living in the city have higher compliance in compliance to the diet ( $p = 0.022$ ) and skin care ( $p = 0.008$ ) in comparison with respondents from the village.

**Conclusion:** Knowledge of the factors affecting compliance of patients with skin disease allows the development of specific approaches in the care of patients in order to reinforce compliance. The quality of the interaction physician – patient, nurse – patient appears to be an important modifiable determinant.

**Keywords:** compliance in medication, compliance in topical skin care, compliance in the diet, dermatitis

### Úvod

Základným cieľom akejkoľvek terapie je dosiahnutie želaných cieľov z pohľadu pacienta. Avšak napriek všetkým dobrým zámerom zo strany zdravotníckych pracovníkov ciele nemusia byť dosiahnuté, ak je pacient non-compliantný (Serup et al. 2006, s. 269). Compliance ako súhlas a dodržiavanie pravidiel vyjadruje rozsah správania pacienta v súlade s odporúčaniami lekára (Práznovcová 2013, s. 1). Označuje uvedomelú disciplinovanosť, spoluprácu, súhlas, poddajnosť, ochotu dodržiavať rady, stotožnenie sa s terapiou a odporúčaniami, ako aj podrobenie sa navrhnutému liečebnému režimu (Gurková, Boriková, 2009, s. 11). Aj keď má dermatologická liečba niektoré teoretické predpoklady lepšej compliance pacientov, pretože viditeľné kožné zmeny sú významným faktorom negatívneho ovplyvnenia kvality života, a zároveň potencionálnym stimulom dodržiavania terapeutického režimu, výsledky štúdií poukazujú na to, že compliance pacientov v prípade lokálnej liečby je slabá (Buchvald, 2010, s. 46). Zohľadňujúc možné negatívne dopady non-compliance (častejšia hospitalizácia, zhoršenie zdravotného stavu, väčšie ekonomické náklady) (Jin et al. 2008, s. 270), je nevyhnutné identifikovať determinanty vedúce k non-compliance pacientov.

### Cieľ

Základným cieľom výskumu bolo analyzovať úroveň compliance pacientov s kožným ochorením a vplyv vybraných socio-demografických faktorov a faktorov ochorenia na úroveň compliance.

### Súbor

Do výskumu bolo zaradených 74 respondentov vo veku 18 až 65 rokov, ich priemerný vek bol 42,97 rokov ( $\pm 11,50$ ). 59,5% respondentov bolo ženského a 40,5% mužského pohlavia. Na dedine býva 44,6% ( $n = 32$ ) a v meste 55,4% ( $n =$

41) respondentov. Dominovalo stredoškolské vzdelanie s maturitou (45,9%, n = 34) a učňovské vzdelanie (24,3%, n = 18). 60,8% respondentov je vydatých/ženatých a 24,3% sú slobodní. 41 respondentov (55,4%) má diagnostikovanú psoriázu, 19 (25,7%) atopickú dermatitídu a 14 (18,9%) seboroickú dermatitídu. Priemerná dĺžka trvania ochorenia bola 14,70 rokov ( $\pm 12,21$ ). Do súboru boli zaradení respondenti s diagnostikovanými kožnými ochoreniami – psoriasis vulgaris, atopická/seboroická dermatitída.

## Metodika

Zber empirických dát bol realizovaný dotazníkom. Pri zostavovaní položiek vlastnej konštrukcie, ktorých účelom bola analýza compliance pacienta sme vychádzali z otázok, ktoré sú súčasťou Moriskyho škály (Morisky et al., 1986). Celkovo sme koncipovali 8 položiek (možné rozmedzie: 1 – 5, vyššia hodnota priemeru poukazuje na vyššiu úroveň compliance). Položky sme zamerali na tri oblasti starostlivosti pacienta s kožným ochorením:

- compliance pri ošetrovaní kože (3 položky) (Cronbach alpha – 0,590)
- compliance pri užívaní liekov/vitamínov (3 položky) (Cronbach alpha – 0,811)
- compliance pri dodržiavaní diéty (2 položky) (Cronbach alpha – 0,826).

Pri posudzovaní intenzity svrbenia kože a intenzity bolesti pociťovanej pri ošetrovaní kože sme použili analógovú škálu („0“ – bez pociťovania svrbenia/bez bolesti, „10“ – neznesiteľné svrbenie kože/neznesiteľná bolesť). Časová resp. finančná náročnosť ošetrovania kože bola posudzovaná analógovou škálou („0“ – bez časovej záťaže/bez finančnej záťaže, „10“ – výrazné časové zaťaženie/výrazné finančné zaťaženie). Respondenti taktiež hodnotili kvalitu vzťahu s lekárom a sestrou. S použitím analógovej škály osobitne analyzovali svoj vzťah ku kožnému lekárovi a sestru („0“ – veľmi nevyhovujúci/veľmi zlý vzťah, „10“ – vynikajúci vzťah).

Pre potreby štatistického spracovania údajov sme používali software SPSS 17.0. Z dôvodu negatívneho výstupu Skewness testu sme použili neparametrickú štatistiku spracovania údajov (Mann – Whitney/Kruskal-Wallis test). Pre zistenie vzájomných vzťahov medzi premennými bol použitý Spearmanov korelačný koeficient. Pri hodnotení štatistickej významnosti sme použili hladinu významnosti  $p < 0,05$ .

Prieskum bol realizovaný v časovom období október 2014 až február 2015 vo Fakultnej nemocnici J. A. Reimana v Prešove na Oddelení dermatovenerológie sú súhlasom etickej komisie nemocnice. Distribúcia dotazníkov prebiehala počas hospitalizácie pacientov.

## Výsledky

Compliance pri ošetrovaní kože bola na úrovni 3,19 ( $\pm 1,15$ ), pri užívaní liekov 3,72 ( $\pm 1,27$ ) a pri dodržiavaní diéty sme identifikovali najnižšiu mieru compliance 2,76 ( $\pm 1,34$ ). Compliance pri ošetrovaní kože ( $p = 0,140$ ), pri užívaní liekov/vitamínov ( $p = 0,554$ ) a pri dodržiavaní diéty ( $p = 0,665$ ) u pacientov s jednotlivými kožnými ochoreniami sa významne nelíšila.

Miera compliance pri dodržiavaní diéty a užívaní liekov bola vyššia u žien v komparácii s mužmi, kým compliance pri ošetrovaní kože bola vyššia u mužov. Signifikantné diferencie sme identifikovali pri dodržiavaní diéty v prospech žien ( $p = 0,046$ ). U respondentov žijúcich v meste sme zaznamenali vyššiu úroveň compliance vo všetkých sledovaných oblastiach v komparácii so skupinou respondentov žijúcich na dedine, štatisticky významné rozdiely sme zistili v subškále dodržiavanie diéty ( $p = 0,022$ ) a ošetrovanie kože ( $p = 0,008$ ). Respondenti žijúci sami v domácnosti vykazujú nižšiu mieru compliance vo všetkých subškálach, avšak uvedené rozdiely nie sú štatisticky významné (tab.1).

**Tab. 1. Diferencie v miere compliance respondentov s ohľadom na pohlavie, bydlisko a sociálny stav**

Compliance	Pohlavie		Sig
	Ženské M (SD)	Mužské M (SD)	
Dodržiavanie diéty	3,02 (1,37)	2,37 (1,21)	0,046*
Ošetrovanie kože	3,11 (1,24)	3,30 (1,02)	0,349
Užívanie liekov/vitamínov	3,80 (1,15)	3,60 (1,45)	0,783
Compliance	Bydlisko		Sig
	Dedina M (SD)	Mesto M (SD)	
Dodržiavanie diéty	2,38 (1,21)	3,10 (1,35)	0,022*
Ošetrovanie kože	2,78 (1,09)	3,50 (1,11)	0,008*
Užívanie liekov/vitamínov	3,44 (1,31)	3,93 (1,21)	0,080

Tab. 1. – pokračovanie

Compliance	Sociálny stav		
	1 M (SD)	2 M (SD)	Sig
Dodržiavanie diéty	2,72 (1,25)	2,78 (1,41)	0,977
Ošetrovanie kože	3,03 (1,18)	3,29 (1,14)	0,547
Užívanie liekov/vitamínov	3,45 (1,54)	3,89 (1,04)	0,378

Legenda: 1 – respondent žijúci v jednej domácnosti sám; 2 – respondent žijúci s inou osobou v jednej domácnosti; M – priemer; SD – smerodajná odchýlka

U respondentov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním sme identifikovali vo všetkých analyzovaných oblastiach najnižšiu úroveň compliance, signifikanciu sme zistili v subškále užívanie liekov/vitamínov ( $p = 0,008$ ). Miera compliance pri užívaní liekov je teda vo významnej miere determinovaná úrovňou vzdelania (tab. 2).

Tab. 2. Diferencie v miere compliance respondentov s ohľadom na vzdelanie

Compliance	Vzdelanie				Sig
	1 M (SD)	2 M (SD)	3 M (SD)	4 M (SD)	
Dodržiavanie diéty	2,67 (0,57)	2,63 (1,36)	3,00 (1,39)	2,30 (1,25)	0,480
Ošetrovanie kože	3,00 (1,73)	3,33 (1,14)	3,32 (1,12)	2,40 (0,96)	0,120
Užívanie liekov/vitamínov	2,70 (1,52)	4,00 (1,24)	3,88 (1,20)	2,67 (1,05)	0,008

Legenda: 1 – základné vzdelanie; 2 – stredoškolské bez maturity/učňovské; 3 – stredoškolské s maturitou; 4 – vysokoškolské; M – priemer; SD – smerodajná odchýlka

Compliance v oblasti dodržiavania diéty a užívania liekov bola najnižšia v skupine respondentov do 30 rokov. V lokálnom ošetrovaní kože sme najnižšiu mieru compliance identifikovali vo vekovej skupine  $\geq 51$  rokov. Avšak signifikantné rozdiely neboli zistené (tab. 3).

Tab. 3. Diferencie v miere compliance respondentov s ohľadom na vek

Compliance	Vek			Sig
	do 30 rokov M (SD)	31 – 50 rokov M (SD)	51 rokov a viac M (SD)	
Dodržiavanie diéty	2,38 (0,76)	2,86 (1,50)	2,79 (1,27)	0,716
Ošetrovanie kože	3,15 (1,21)	3,26 (1,06)	3,05 (1,35)	0,881
Užívanie liekov/vitamínov	3,23 (1,42)	3,93 (1,17)	3,58 (1,34)	0,202

Legenda: M – priemer; SD – smerodajná odchýlka

Korelácia medzi trvaním kožného ochorenia a compliance nepoukázala na signifikanciu. Analýza údajov poukázala na štatisticky významné pozitívne korelácie medzi intenzitou svrbenia/bolesti a compliance v oblasti dodržiavania diéty ( $r = 0,201$ ) a užívania liekov ( $r = 0,266$ ) – čím je teda sila svrbenia resp. bolesti silnejšia, tým majú respondenti väčšiu tendenciu správať sa compliantne v uvedených oblastiach. Kým časová náročnosť pri ošetrovaní kože nemá dopad na compliance respondentov v oblasti lokálneho ošetrovania kože, pri finančnej náročnosti ošetrovania kože sme identifikovali negatívny, štatisticky významný korelačný koeficient ( $r = -0,265$ ). Vyššie finančné zaťaženie (nákup liekov, lokálnych prípravkov k ošetrovaniu kože) podnecuje respondentov k oslabeniu compliance. Subjektívne hodnotená kvalita vzťahu medzi respondentom a lekárom, respondentom a sestrou signifikantne determinuje compliance vo všetkých sledovaných oblastiach, teda lepšia interakcia medzi zdravotníkom a pacientom zlepšuje úroveň compliance (tab. 4).

Tab. 4. Korelácie v jednotlivých oblastiach compliance a vybranými faktormi

	Compliance		
	Dodržiavanie diéty	Ošetrovanie kože	Užívanie liekov/vitamínov
Trvanie ochorenia	-0,078	-0,068	0,125
Intenzita svrbenia/bolesti	0,201*	0,061	0,266*
Časová náročnosť ošetrovania kože	-	0,001	-
Finančná náročnosť ošetrovania kože	-	-0,265*	-
Kvalita vzťahu s lekárom a sestrou	0,307**	0,327**	0,379**

Legenda: \* – korelácia je signifikantná pri úrovni 0,05; \*\* – korelácia je signifikantná pri úrovni 0,01

## Diskusia

Pri pohľade na jednotlivé skúmané oblasti compliance bola najvyššia úroveň identifikovaná pri užívaní liekov ( $M = 3,72$ ), následne pri lokálnom ošetrovaní kože ( $M = 3,19$ ) a v najnižšej miere pri dodržiavaní diéty ( $M = 2,76$ ). Celkové užívanie liekov u pacientov s kožným ochorením je vnímané ako najjednoduchší liečebný postup vyžadujúci rovnako najmenej času. Vo všeobecnosti je užívanie liekov ponímané ako rýchly postup v odstránení problémov, ktoré pacient má. Naopak dodržiavanie presných postupov v lokálnom ošetrovaní kože (frekvencia, množstvo aplikovaného lokálneho prípravku a pod.) si už zo strany pacienta vyžaduje väčšie teoretické poznatky a praktickú zručnosť, rovnako aj viacej času. Vo všeobecnosti platí, že kožné ochorenie nie je možné liečiť resp. vyliečiť bez lokálnej terapie, preto je zistená priemerná hodnota u respondentov v oblasti ošetrovania kože iba mierne nižšia ako pri užívaní liekov. Tendencia k poklesu adherencie voči lokálnej liečbe v porovnaní s inými formami liečby bola preukázaná aj v iných štúdiách (van de Kerkhof et al., 2000, s. 298; Furue et al., 2015, s. 273). Dodržiavanie diétnych postupov je oblasťou s najnižšou mierou compliance. Zmena stravovania je v praxi pomerne komplikovaná, vyžaduje silnú motiváciu zo strany pacienta, pretože stravovacie návyky sú už pomerne silne „zakorenené“. Súčasne k úprave kožných zmien nedochádza pod vplyvom diéty tak rýchlo, zmeny nie sú tak efektívne v porovnaní s lokálnym ošetrovaním či užívaním liekov, čo sú pravdepodobne dôvody najnižšej miery compliance. Hore uvedené nepriamo potvrdzujú výsledky štúdie, kde pacienti s diabetom mellitom 2. typu nerespektovali diétnu zmenu, pretože bolo pre nich zložité zmeniť svoje diétnu návyky (Hernandez-Ronquillo et al., 2003). Stupeň behaviorálnej zmeny, ktorá sa očakáva od pacienta, sa teda vo veľkej miere prejavuje na miere compliance.

Vek pacientov nemal významný dopad na compliance, aj keď najnižšiu mieru sme zistili najmä u mladších pacientov. To, že mladší pacienti majú väčšiu tendenciu k non-compliance preukázali aj autori Zaghoul et al. (2005, s. 1018), kde u pacientov s akné zistili signifikantnú negatívnu koreláciu medzi vekom a adherenciou.

Pohlavie malo významný dopad na compliance v oblasti dodržiavania diéty a to v prospech žien (ženy:  $M = 3,02$ , muži:  $M = 2,37$ ,  $p = 0,046$ ). U žien je možné očakávať väčšiu disciplinovanosť a tiež vo väčšej miere sa podieľajú na príprave jedál v ich domácnosti, preto im zmena stravovania pravdepodobne nerobí také problémy ako mužom. Vyššia úroveň compliance u žien bola preukázaná aj v iných výskumoch, napr. Carroll et al. (2004, s. 215) zistili väčšiu non-compliance u mužov. Signifikantne vyššia adherencia bola u žien so psoriázou ( $77,9\% \pm 29,0\%$ ) preukázaná aj autormi Zaghoul a Goodfield (2004, s. 411), v porovnaní s mužmi ( $38,8\% \pm 24,0\%$ ) ( $p < 0,001$ ).

Lepší prístup k zdravotnej starostlivosti môže pozitívne determinovať compliance (Sabate, 2003, s. 126). Nami zistené výsledky poukazujú na to, že pacienti žijúci v meste majú vyššiu mieru compliance vo všetkých skúmaných oblastiach, pričom signifikantné diferencie sme identifikovali v oblasti dodržiavania diéty ( $p = 0,022$ ) a ošetrovaní kože ( $p = 0,008$ ).

Intuitívne by bolo možné očakávať, že pacienti s vyšším vzdelaním rýchlejšie a ľahšie nadobúdajú poznatky o ochorení a terapii a preto vykazujú vyššiu úroveň compliance. Paradoxne k uvedenému sme zistili, že pacienti s vysokoškolským vzdelaním mali najnižšiu mieru compliance vo všetkých sledovaných oblastiach, pričom v oblasti užívaní liekov boli rozdiely signifikantné ( $p = 0,008$ ). Najvyššiu úroveň compliance vykazovali dominantne pacienti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a v oblasti užívaní liekov pacienti s učňovským/stredoškolským vzdelaním bez maturity. Je možné predpokladať, že pacienti s nižším stupňom vzdelania bez väčšej analýzy prijímajú informácie o svojej liečbe, rešpektujú ju a riadia sa pokynmi lekára. Na non-compliance u vysokoškolsky vzdelaných respondentov sa môže podieľať viacero faktorov – charakter vzťahov s lekárom/sestrou, spôsob odovzdávania informácií o postupoch liečby zo strany zdravotníkov, možnosť nadobudania ďalších informácií o liečbe a nežiadúcich účinkoch liekov z iných zdrojov (dominantne internet), čo môže viesť k rozporuplnému postoju pacienta, a následne aj k nedostatočnej miere compliance. Di Matteo (1995) zistil, že pacienti s vyšším stupňom vzdelania nemusia uveriť vo výhody liečebných intervencií, čo sa následne odráža na ich compliance. Nižšia úroveň adherencie u vysokoškolsky vzdelaných pacientov voči celkovej ako aj lokálnej terapii bola preukázaná autormi Furue et al. (2015, s. 274), aj keď diferencie neboli signifikantné.

Dobrá adherencia je spojená s vyšším stupňom závažnosti ochorenia alebo ich symptómov (Sabate, 2003, s. 127). Častým subjektívnym a nepríjemným prejavom kožných ochorení je svrbenie a pociťovanie bolesti pri ošetrovaní kože (Flimerová, Jautová, 2013, s. 3; Kobsa, 2012, s. 177; Pánková, 2015, s. 13). Výsledky výskumu poukazujú na to, že stupňovanie intenzity svrbenia/bolesti podnecuje pacienta k väčšej miere compliance – signifikantne v oblasti užívaní liekov a dodržiavania diéty. Richards et al. (2004) preukázali u pacientov so psoriázou, že vyššie subjektívne vnímanie vážnosti ochorenia podnecuje k lepšej compliance. Niektoré výsledky štúdií súčasne poukazujú na to, že miera compliance je výraznejšie ovplyvnená subjektívnym vnímaním zdravotného stavu samotným pacientom v porovnaní s objektívnou závažnosťou ochorenia posúdenou lekárom. Pacienti, ktorí hodnotia svoj zdravotný stav ako zlý, sú viac motivovaní k dodržiavaniu liečebných postupov (Jin et al., 2008, s. 276).

Náročnosť postupov ošetrovania kože môže negatívne determinovať mieru compliance (Serup et al., 2006). Časová náročnosť ošetrovania koža podľa výsledkov výskumu nemá signifikantný dopad na mieru compliance v oblasti ošetrovania kože, avšak finančný aspekt determinuje compliance. Zistili sme, že zvyšujúce sa finančné zaťaženie má negatívny vplyv na compliance v ošetrovaní kože. Nutnosť nákupu resp. vyššej finančnej úhrady za lieky a najmä lokálne prípravky u pacientov



s horším finančným príjmom nepriamo núti pacienta k tomu, že v plnej miere nerešpektuje pokyny týkajúce sa lokálnej terapie kožných zmien.

Významným zistením v predkladanom výskume bola identifikácia signifikantných, pozitívnych korelačných vzťahov medzi všetkými oblasťami compliance a kvalitou vzťahu medzi pacientom a lekárom a pacientom a sestrou. Môžeme teda konštatovať, že zlepšujúca sa kvalita interakcie zdravotník – pacient je významným determinantom compliance. Súčasne ide o modifikovateľný faktor, na rozdiel od mnohých iných skúmaných. Podpora a zlepšenie komunikácie medzi lekárom a pacientom vedie k lepšej percepcii svojho zdravia, podporuje aktívnu rolu pacienta ako aj adhérenciu voči odporúčaniam (Harrington, Noble, Newman, 2004). Kvalita vysvetlenia kožných problémov pacientovi, kvalita odpovedí lekára na otázky pacienta a celková spokojnosť pacienta koreluje s adhérenciou (Renzi et al., 2001, s. 617). Vzťah pacient – lekár dokáže zmierniť aj non-adhérenciu u pacientov, u ktorých non-adhérenca je determinovaná vysokou cenou liekov či nízkym príjmom (Piette, Heisler, Krein, Kerr, 2005, s. 1749).

---

## Záver

Compliance pacientov s kožným ochorením dosahuje priemernú úroveň, pričom najväčším problémom je rešpektovanie odporúčaní, ktoré si vyžadujú zásadnejšiu behaviorálnu zmenu zo strany pacienta. Avšak tak ako poukazujú aj výsledky výskumu, významným, ale najmä modifikovateľným faktorom ovplyvňujúcim mieru compliance je charakter interakcie zdravotník – pacient, pričom tento determinant je plne v rukách zdravotníkov, preto je nevyhnutné sa naň v klinickej praxi zamerať.

## Zoznam bibliografických odkazov

- BUCHVALD, D. 2010. Compliance s lokálnou liečbou kožných chorôb. In *Dermatologia pre prax*, 2010, roč. 4, č. 2, s. 46-48.
- CARROLL, C.L. et al. 2004. Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use. In *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2004, vol. 51, no. 2, pp. 212-6.
- di MATTEO, M.R. 1995. Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. In *Formulary*, 2005, vol. 30, no. 10, pp. 596-598.
- FLIMEROVÁ, V. – JAUTOVÁ, J. 2013. *Problém atopickéj dermatitídy*. [online]. 2013. [cit. 2015-04-17]. Dostupné na internete: [https://www.upjs.sk/public/media/7402/2013-02-28-LEKARSKE\\_LISTYProblém\\_atopickej\\_dermatitidy.pdf](https://www.upjs.sk/public/media/7402/2013-02-28-LEKARSKE_LISTYProblém_atopickej_dermatitidy.pdf).
- FURUE, M. et al. 2015. Poor adherence to oral and topical medication in 3096 dermatological patients as assessed by the Morisky Medication Adherence Scale-8. In *British Journal of Dermatology*, 2015, vol. 172, no. 1, pp. 272-275.
- GURKOVÁ, E. – BÓRIKOVÁ, I. 2009. Adhérenca/kompliancia. In *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 11-12.
- HARRINGTON, J. – NOBLE, L.M. – NEWMAN, S.P. 2004. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. In *Patient Education and Counseling*, 2004, vol. 52, no. 1, pp. 7-16.
- HERNANDEZ-RONQUILLO, L. et al. 2003. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. In *Salud Pública de Mexico*, 2003, vol. 45, no. 3, pp. 191-197.
- JIN, J. et al. 2008. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. In *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2008, vol. 4, no. 1, pp. 269-286.
- KOBSA, M. – BENÁKOVÁ, N. – SELEROVÁ, M. 2012. Atopická dermatitída u detí. In *Pediatric pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 3), s. 176-180.
- MORISKY, D.E. – GREEN, L.W. – LEVINE, D.M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. In *Med Care*, 1986, vol. 24, pp. 67-74. Dostupné na internete: [http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/Handouts/Morisky\\_Medication\\_Adherence.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/Handouts/Morisky_Medication_Adherence.pdf).
- PÁNKOVÁ, R. 2015. Atopická dermatitída – Co je nového? In *Dermatológia pre prax*, 2015, roč. 9, č. 1, s. 12-16.
- PIETTE, J.D. – HEISLER, M. – KREIN, S. – KERR, E.A. 2005. The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures. In *Archives of internal medicine*, 2005, vol. 165, no. 15, pp. 1749-55.
- PRÁZNOVCOVÁ, L. 2013. *Compliance pacienta* [online]. 2013. [cit. 2015-04-17]. Dostupné na internete: [http://www.pace.cz/wpcontent/uploads/2013/03/5\\_compliance\\_pacienta.pdf](http://www.pace.cz/wpcontent/uploads/2013/03/5_compliance_pacienta.pdf).
- RENZI, C. et al. 2001. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. In *British Journal of Dermatology*, 2001, vol. 145, no. 4, pp. 617-623.

RICHARDS, H.L. et al. 2004. Divergent Beliefs About Psoriasis Are Associated with Increased Psychological Distress. In *Journal of Investigative Dermatology*, 2004, vol. 123, no. 1, pp. 49-56.

SABATE, E. 2003. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. [online]. 2003. [cit. 2015-04-17]. Dostupné na internete: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

SERUP, J. et al. 2006. To Follow or Not to Follow Dermatological Treatment – A Review of the Literature. In *Acta Dermato-Venereologica*, 2006, vol. 86, no. 3, pp. 193-197.

van de KERKHOF, P.C. et al. 2000. Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. In *Dermatology*, 2000, vol. 200, no. 4, pp. 292-298.

ZAGHOUL, S.S. – GOODFIELD, M.J.D. 2004. Objective Assessment of Compliance With Psoriasis Treatment. In *Archives of Dermatology*, 2004, vol. 140, no. 4, pp. 408-414.

ZAGHLOUL, S.S. et al. 2005. Objective assessment of compliance with treatments in acne. In *British Journal of Dermatology*, 2005, vol. 152, no. 5, pp. 1015-1021.

---

## Kontakt

**PhDr. Slávka Mrosová, PhD.**  
Katedra ošetrovateľstva, FZO PU  
Partizánska 1  
080 01 Prešov  
Slovensko  
E-mail: [slavka.mroskova@unipo.sk](mailto:slavka.mroskova@unipo.sk)

**Prijaté:** 17. 6. 2015

**Akceptované:** 26. 8. 2015

## Kvalita ošetrovateľskej diagnostiky používaná v klinickej praxi

Eva Mynaříková\*, Katarína Žiaková\*\*

\* Fakultní nemocnice Ostrava, Úsek ošetrovateľské péče

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

### Abstract

MYNAŘÍKOVÁ, E. – ŽIAKOVÁ, K. The quality of nursing diagnosis used in clinical practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 2, pp. 56-60. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-2/kvalita-osetrovatelske-diagnostiky-pouzivane-v-klinicke-praxi>.

**Aim:** The aim was to identify the most common problems in formulating a diagnostic conclusion, including the identification of diagnostic elements of NANDA International. Determine the soundness of the diagnostic conclusion of the relevant data or evaluation instruments.

**Methodology:** On the collection of empirical data has been used a modified assessment tool Quality of Nursing Diagnosis (QOD). Modified QOD tool consists of four sections divided into 12 dichotomous criteria for assessing diagnostic structure (S) and relevance (R). Four components reflect the P-E-S structure with an additional fourth general component. For each criterion is met monitored nursing diagnosis was assigned one point. Totals may vary from 1 to 12 points. A higher score means a higher quality set of nursing diagnoses.

**Sample:** The study used a closed medical records of patients hospitalized at the University Hospital Ostrava, in the period from January 2013 to June 2014. The total number of records was 240. From FN Ostrava has been used the medical records of 40 from six departments; Clinic of Neurosurgery, Traumatology Centre, Clinic of Surgery, Clinic of Oncology, Cardiovascular Department and Clinic of Internal Medicine.

**Results:** Total found 1696 diagnostic conclusions. In relation to type with 50 nursing diagnoses; 33 actual and 17 potential. Using instrument QOD were identified 1489 mistakes. Mistakes relating to the relevance prevailed over mistakes in structure.

**Conclusion:** Most mistakes occurred in the field of well founded diagnoses by assessment instruments, to identify the related factors and the wrong formulation of diagnostic conclusions.

**Keywords:** nursing diagnosis, quality, clinical practice, QOD

### Úvod

Ošetrovateľská diagnóza je základom pro každodenní profesionální práci sestery. Používání ošetrovateľských diagnóz vytváří souhrnnou ošetrovateľskou dokumentaci tím, že poskytuje pojmy definované v jednotném jazyce, jež reprezentují a snadno dohledávají důležitá fakta ohledně pacientů, které sestry zajímají a přitom zvyšují efektivitu řízení dat (Kurashima et al., 2008; Lundberg et al., 2008). V České republice používání ošetrovateľské diagnostiky ve zdravotnických zařízeních určuje Vyhláška č. 98/2012Sb. o zdravotnické dokumentaci, která stanovuje, že záznam ošetrovateľské péče musí obsahovat popis ošetrovateľského problému pacienta nebo ošetrovateľskou diagnózu. Nicméně v českém ošetrovateľství se stále nedá hovořit o systematické aplikaci ošetrovateľských diagnóz v klinické praxi. V České republice neexistuje žádný legislativní předpis, který by určoval, jaký klasifikační systém by se měl v praxi používat, na aplikaci ošetrovateľské diagnostiky v klinické praxi se objevují rozdílné názory a každé zdravotnické zařízení si používá vlastní diagnostické závěry. K precizní identifikaci problémů pacientů/ošetrovateľských diagnóz slouží mezinárodní diagnostický systém NANDA International. Předkládá standardizované názvy ošetrovateľských diagnóz s číselným kódem a jejich definicemi a současně nabízí přehled určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů diagnóz, podle jejichž přítomnosti lze u pacienta potvrdit výskyt konkrétní ošetrovateľské diagnózy a stanovit tak diagnostický závěr (Marečková et al., 2012, s. 7).

Stále se zvyšující využívání biomedicínských technologií, snižující se délka hospitalizace a stupňující se náklady na zdravotní péči dostávají sestry pod rostoucí tlak, přitom také sílí požadavky na administrativní práci sestery (Keenan, Tschanen, Wesley, 2008, s. 103; Kurashima et al., 2008, s. 95). Často se stává, že ošetrovateľská dokumentace je neúplná, vztah mezi ošetrovateľskými diagnózami a ošetrovateľskými intervencemi není logicky provázán a očekávané výsledky péče o pacienta jsou nedostačující (Müller-Staub et al., 2007, s. 6). Předmětem zájmu jak sestery pracujících v klinické praxi, tak i v oblasti vzdělávání, by měla být přesnost v ošetrovateľské diagnostice, jelikož interpretace patientských dat slouží jako základ pro volbu ošetrovateľských intervencí, které dosáhnou pozitivní patientské výstupy (Lunney, 2010, s. 82). V ošetrovateľském výzkumu se v souvislosti s problematikou diagnostického procesu, hodnocení diagnostického algoritmu a komplexnosti diagnostiky objevují různé nástroje pro měření přesnosti ošetrovateľských diagnóz. Východiskem pro tvorbu nástrojů hodnotících formulování ošetrovateľské diagnózy je P-E-S struktura pro formulaci diagnóz. Mezi nejnámější hodnotící nástroje patří CAT-CH-ING (Björvell, Thorell-Ekstrand, Wredling, 2000, s. 6), Zieglerova kritéria pro hodnocení kvality ošetro-

vatelského procesu (ZCEQNP), (Ziegler, 1984, s. 200), nástroj, který vytvořila Lunney (1990, s. 12; 2003, s. 99), nástroj pro měření kvality ošetrovatelské diagnózy (QOD), (Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005, s. 37; Žiaková, Holmanová, Čáp, 2007, s. 103). Z výsledků provedených studií vyplývá, že při formulování ošetrovatelských diagnóz se často opakují stejné problémy (Thoroddsen a Thorsteinsoon 2002, s. 372; Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005, s. 34; Žiaková, Holmanová, Čáp, 2007, s. 102). Autorky Doegnes a Moorhouse (2003, s. 64) charakterizují chyby následovně:

- Používání lékařských diagnóz, komplikací onemocnění nebo vedlejších účinků léčby při formulaci problému.
- Používání nezvratných situací, které není možné změnit při formulaci souvisejících faktorů.
- Pojmenovávání jednotlivých příznaků onemocnění ošetrovatelskými diagnózami.
- Používání ošetrovatelské intervence při formulaci ošetrovatelského problému.
- Nedostatek specifičnosti, která nevymezuje zaměření ošetrovatelských intervencí.
- V jedné ošetrovatelské diagnóze jsou zahrnuty dva nebo více ošetrovatelských problémů.
- Všeobecné vymezení souvisejících faktorů a určujících znaků, které nespecifikují ošetrovatelské intervence a nejsou ovlivnitelné ošetrovatelskými intervencemi.
- Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené na základě irelevantních nebo nevalidních údajů. Diagnózy jsou automaticky stanovované v rámci lékařské diagnózy.

## Cíl

Cílem práce bylo identifikovat nejčastější problémy při formulování diagnostického závěru.

## Soubor

Jako soubor byla použita uzavřená zdravotnická dokumentace z šesti pracovišť, která jsou ve FN Ostrava zastoupena největším počtem lůžek, tří chirurgických a tří interních oborů; Neurochirurgické kliniky, Traumatologického centra, Chirurgické kliniky, Onkologické kliniky, Kardiovaskulárního oddělení a Interní kliniky. Z každého pracoviště byla zapůjčena zdravotnická dokumentace čtyřiceti pacientů, čímž byl získán vzorek 240 zdravotnických záznamů. Zařazovacími kritérii byli pacienti starší 18 let s délkou hospitalizace nejméně 2 dny.

## Metodika

Pro měření diagnostické kvality byl použitý modifikovaný hodnotící nástroj *Quality of Nursing Diagnosis* (QOD). Hodnotící nástroj QOD se skládá ze čtyř komponentů rozdělených do 12 dichotomických kritérií hodnotících diagnostické struktury (S) a relevance (R). Čtyři komponenty odrážejí P-E-S strukturu s dodatečnou čtvrtou obecnou složkou.

Za každé splněné kritérium sledované ošetrovatelské diagnózy je přidělen jeden bod. Celkové skóre může kolísat od 1 do 12 bodů. Nástroj QOD byl vytvořen pro potřeby studie hodnotící vliv edukace sester na formulování ošetrovatelských diagnóz (Florin, 2005, s. 37). Psychometrické vlastnosti hodnotícího nástroje zatím nebyly testovány.

Ze zdravotnické dokumentace byly použity medicínské diagnózy, ošetrovatelské posouzení, plán ošetrovatelské péče, který obsahuje formulaci ošetrovatelské diagnózy, cíle ošetrovatelské péče a intervence. Dále byly použity záznamy o realizaci poskytnuté ošetrovatelské péče, záznamy o prováděné edukaci, záznamy o hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a vývoji zdravotního stavu pacienta. U jednotlivých ošetrovatelských diagnóz byly identifikovány diagnostické komponenty v ošetrovatelské dokumentaci především v ošetrovatelském posouzení a v záznamech o vývoji zdravotního stavu pacienta. Byla vypočítána frekvence nalezených ošetrovatelských diagnóz. Formulace ošetrovatelských diagnóz včetně identifikovaných diagnostických komponentů byly hodnoceny podle kritérií nástroje QOD, byla vypočítána frekvence nalezených chyb a hodnoty byly zaznamenány do tabulky.

## Etické otázky

Etická komise Fakultní nemocnice Ostrava vydala písemné souhlasné stanovisko s provedením dané studie (číslo 166/2012). Písemný souhlas byl rovněž získán od náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči FN Ostrava. Sledované záznamy ve zdravotnické dokumentaci byly zbaveny osobní identifikace tak, aby byla zachována anonymita posuzovaných pacientů.

## Výsledky

Ve sledovaném souboru zdravotnické dokumentace bylo celkem identifikováno 1696 diagnostických závěrů, v průměru 7 diagnóz na 1 pacienta. Ve vztahu k typu bylo použito 50 ošetrovatelských diagnóz; 33 aktuálních a 17 potencionálních.

Použitím nástroje QOD bylo v celém souboru zdravotnické dokumentace identifikováno 1489 chyb (tab. 1). Z uvedeného počtu se 559 chyb týká struktury a 930 chyb se vztahuje k relevantnosti diagnostických prvků. Identifikované chyby se týkaly ošetrovatelských diagnóz, *Zvracení, Riziko malnutrice, Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko časných komplikací, Riziko trombembolické nemoci, Riziko po transfuzní reakce, Stomie, Inkontinence moči, Terminální stav, Riziko pádů*.

- Ve složce hodnotící problém bylo v prvním hodnotícím kritériu nalezeno 231 chyb, které se týkaly diagnóz *Zvracení, Riziko malnutrice, Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko časných komplikací, Riziko trombembolické nemoci, Riziko po transfuzní reakce, Stomie, Inkontinence moči, Terminální stav*.
- Ve druhém kritériu hodnotící ovlivnitelnost diagnózy ošetrovatelskou intervencí bylo nalezeno 19 chyb, které se týkaly diagnózy *Zvracení, Stomie a Terminální stav*.
- Ve třetím kritériu hodnotící konkrétnost problému bylo nalezeno 151 chyb u diagnóz *Riziko časných komplikací, Zvracení, Stomie, Terminální stav*.
- Ve složce hodnotící etiologii, se ve čtvrtém hodnotícím kritériu zaměřeném na identifikaci souvisejících faktorů vyskytovaly 2 chyby u diagnóz *Stomie a Terminální stav*.
- V pátém kritériu hodnotící ovlivnitelnost faktorů etiologie ošetrovatelskými intervencemi bylo identifikováno 227 chyb, nalezených u diagnóz *Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko časných komplikací, Riziko trombembolické nemoci, Riziko po transfuzní reakce, Zvracení, Stomie*.
- V šestém kritériu hodnotící konkrétnost etiologie bylo zaznamenáno 154 chyb u diagnóz *Zvracení, Riziko časných komplikací, Riziko malnutrice, Stomie, Terminální stav*.
- U komponentu hodnotící symptom bylo v sedmém hodnotícím kritériu nalezeno 20 chyb, u diagnóz *Zvracení, Stomie, Inkontinence moči, Terminální stav* nebyl identifikován určující znak.
- Ve všeobecné složce v desátém kritériu byla nalezena 1 chyba, u diagnózy *Terminální stádium* nebyl identifikován související faktor.
- V jedenáctém kritériu, hodnotící logickou strukturovanost diagnózy bylo zaznamenáno 228 chyb, které se týkaly diagnóz *Zvracení, Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko časných komplikací, Riziko trombembolické nemoci, Riziko po transfuzní reakce, Stomie, Inkontinence moči*.
- Ve dvanáctém kritériu hodnotící podloženost diagnostických závěrů relevantními údaji a hodnotícími nástroji bylo identifikováno 456 chyb týkající se ošetrovatelských diagnóz, *Zvracení, Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko časných komplikací, Riziko trombembolické nemoci, Riziko po transfuzní reakce, Stomie, Inkontinence moči, Terminální stav, 00155 Riziko pádů*.

**Tab. 1. Hodnocení identifikovaných chyb**

Komponent	Kritéria hodnocení	Počet chyb
Problém	S 1. V diagnostickém závěru je identifikovaný jeden problém. Problém je zahrnutý v NANDA Taxonomii.	231
	R 2. Problém se dá ovlivnit, je změnitelný ošetrovatelskou intervencí.	19
	S 3. Problém je natolik konkrétní (přesně vymezený), specifikuje zaměření intervencí sestry.	151
Etiologie	S 4. Jeden nebo více souvisejících faktorů je identifikovaný v diagnostickém závěru.	2
	R 5. Související faktory jsou ovlivnitelné, změnitelné ošetrovatelskými intervencemi.	227
	S 6. Související faktory jsou tak konkrétní, že specifikují zaměření ošetrovatelských intervencí.	154
Symptom	S 7. Jeden nebo více určujících znaků je identifikovaných v diagnostickém závěru.	20
	R 8. Určující znaky jsou ovlivnitelné, změnitelné ošetrovatelskými intervencemi.	
	S 9. Určující znaky jsou tak konkrétní, že specifikují zaměření ošetrovatelských intervencí.	
Všeobecné	S 10. Problém a související faktory jsou zahrnuté v diagnostickém závěru	1
	R 11. Diagnostický závěr má logickou strukturu.	228
	R 12. Diagnostický závěr je podložený relevantními údaji, hodnotícími nástroji.	456
Celkem		1489

Poznámka: S – struktura, R – relevantnost

## Diskuze

Ve výsledcích, které byly zaměřeny na identifikaci chyb v ošetrovatelské diagnostice, byly při formulaci ošetrovatelských diagnóz identifikovány některé chyby, jako definovaly Doegnes a Moorhouse (2003, s. 64):

- Při formulaci ošetrovatelského problému byly použity medicínské diagnózy (*Terminální stav*), komplikace onemocnění (*Riziko trombembolické nemoci*), nebo vedlejší účinky léčby (*Riziko porušeného polykání, Riziko porušené ústní sliznice, Riziko porušeného vyprazdňování moči, Riziko po transfuzní reakce, Stomie, Riziko časných komplikací*).
- Jako ošetrovatelská diagnóza byly pojmenovány symptomy onemocnění (*Zvracení*).

Výsledky, ktoré boli zaměřeny na identifikáciu najčastejších problémů při formulování diagnostického závěru, jsou obdobné s výsledky zahraničních studií, ve kterých byla použita porovnatelná metodika (Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005, s. 41; Žiaková, Holmanová, Čáp, 2007, s. 104). Použitím hodnotícího nástroje QOD převládaly chyby zařazené do kategorie vztahující se k relevantnosti dokumentovaných diagnostických znaků v porovnání s chybami v kategorii týkající se struktury diagnózy.

Výsledky studie ukazují na nedostatek přesnosti ošetrovateľských diagnóz, avšak v porovnání se studií provedenou ve Švédsku (Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005, s. 40), v rozdílných úrovních chybovosti jednotlivých kritérií hodnotícího nástroje QOD.

V souboru zdravotnické dokumentace FN Ostrava byla identifikována značná část chyb v komponentu hodnotící problém. Naproti tomu autorky Florin, Ehrenberg, Ehnfors ve své studii neshledaly neshody ve vyjádření problému. Rozdílné výsledky jsou způsobeny odlišným hodnocením diagnostických tvrzení. Studie provedená ve FN Ostrava hodnotila v komponentu týkající se problému kromě míry specifičnosti, také úroveň používání standardizované formulace diagnostických pojmů a zda jsou problémy zahrnuté v NANDA taxonomii. Ve studii provedené ve Švédsku byly ošetrovateľské problémy definované volným textem, autorky hodnotily míru přesnosti a identifikovaly prioritní oblasti zájmu pro ošetrovateľskou péči, ale nehodnotily, zda jsou použité diagnostické pojmy formulované standardizovanou terminologií.

Ve studii provedená na Slovensku, (Žiaková, Holmanová, Čáp, 2007, s. 104), autoři konstatovali, že studenti při zpracování diagnostických závěrů používali pouze správně formulované diagnostické pojmy z taxonomie NANDA.

V souboru analyzované zdravotnické dokumentace ve FN Ostrava, hlavně u chirurgických oborů se opakovaně vyskytoval ošetrovateľský problém *Riziko časných komplikací*. Diagnóza byla automaticky přidělována u pacientů v perioperační péči.

Na Kardiovaskulárním oddělení byl diagnostický pojem *Riziko časných komplikací* použitý v 67,5 % a vyskytoval se vždy u pacientů po koronárních intervencích, nečastěji koronarografii. Na Interní klinice byla diagnóza *Riziko časných komplikací* použita u pacientů po endoskopickém zákroku (32,5 %), nečastěji po kolonoskopii. Na Onkologické klinice byl diagnostický pojem *Riziko časných komplikací* použit pouze ve třech případech v návaznosti na invazivní výkony (implantace kontrastních zrn a punkce fluidothoraxu). Diagnostický pojem *Riziko časných komplikací*, který je ve FN Ostrava je přidělován pacientům v rámci monitorace komplikací v perioperační péči či po různých invazivních zákrocích, je nedostatečně specifický diagnostický pojem, který neusměrňuje zaměření ošetrovateľských intervencí.

V komponentu etiologie bylo identifikováno nejvíce chyb v kritériu hodnotící ovlivnitelnost etiologie ošetrovateľskými intervencemi a v hodnocení specifičnosti souvisejících faktorů. Nález jsou podobné s výsledky zahraničních studií. Autorky studie provedené ve Švédsku nejvíce nedostatku odhalili v komponentu etiologie, v popisu etiologie chyběla přesnost a nebyla potenciale ovlivnitelná ošetrovateľskou péčí (Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005, s. 40). Rovněž autoři studie provedené na Slovensku považují za nejproblematictější část diagnostického procesu související faktory, jejich identifikaci a interpretaci.

U většiny ošetrovateľských diagnóz nebyly identifikovány chyby týkající se komponentu hodnotící symptom, rovněž autoři studie provedené na Slovensku Žiaková, Holmanová a Čáp a autorky Švédské studie Florin, Ehrenberg, Ehnfors, uvádějí menší frekvenci chyb v oblasti určujících znaků.

V oblasti podloženost diagnostického závěru relevantními údaji či hodnotícími nástroji, téměř 27 % ošetrovateľských diagnóz nebylo podloženo relevantními údaji, především u potenciale diagnóz, které byly automaticky stanovovány v souvislosti s určitou medicínskou diagnózou, operačními či jinými invazivními výkony, nebo potenciale komplikace léčby. V případě identifikace diagnózy *Riziko pádů*, která byla ve sledovaném souboru indikována téměř všem pacientům (95,4 %), nebyl používán standardizovaný hodnotící nástroj. Ve studii provedené na Slovensku bylo zjištěno, že více než 50 % nebylo podloženo relevantními údaji, ve švédské studii nebyly ošetrovateľské diagnózy podloženy ve 14 %.

---

## Závěr

Ve sledovaném souboru při použití hodnotícího nástroje QOD převládaly chyby vztahující se k relevantnosti diagnostických prvků nad jejich strukturou. Největší problémy se vyskytovaly v oblasti objektivizace ošetrovateľských diagnóz hodnotícími škálami a v identifikaci souvisejících faktorů. V souboru se vyskytly nesprávné formulace diagnostických pojmů. Výsledky studie poukazují, že kvalitě ošetrovateľských diagnóz je nutné věnovat větší pozornost, protože přesně dokumentovaná ošetrovateľská diagnóza je pro každodenní nemocniční praxi velmi důležitá. Rozvoj kvality ošetrovateľských diagnóz lze zajistit kontinuálním prohlubováním znalostí sester v oblasti ošetrovateľské diagnostiky. Implementace edukačních programů zaměřených na oblast ošetrovateľského procesu, s důrazem na plánování péče a na ošetrovateľskou diagnostiku, by měly být součástí programu zvyšování kvality poskytované péče pacientům ve zdravotnických zařízeních.

---

## Seznam bibliografických odkazů

- BJÖRVELL, C. – THORELL-EKSTRAND, I. – WREDLING, R. 2000. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. In *Quality In Health Care*, 2000, vol. 9, no. 1, pp. 6-13.
- DOENGES, M. E. – MOORHOUSE, M. F. 2003. Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis. *An Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2003, p. 64-65.
- FLORIN, J. – EHRENBERG, A. – EHNFORSS, M. 2005. Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of an Educational Intervention. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2005, vol. 16, no. 2, pp. 33-43.
- KEENAN, G. – TSCHANNEN, D. – WESLEY, M. L. 2008. Standardized nursing terminologies can transform practice. In *Journal of Nursing Administration*, 2008, vol. 38, no. 3, pp. 103-106.
- KURASHIMA, S. et al. Accuracy and efficiency of computer-aided nursing diagnosis. 2008. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2008, vol. 19, no. 3, pp. 95-101.
- LUNNEY, M. 1990. „Accuracy of nursing diagnoses: Concept development.1990“. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1990, vol. 1, no. 1, pp. 12-17.
- LUNNEY, M. 2003. Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses. 2003. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2003, vol. 14, no. 3, pp. 96-107.
- LUNNEY, M. 2010. Use of Critical thinking in the diagnostic proces. 2010 In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2010, vol. 21, no. 2, pp. 82-88.
- MAREČKOVÁ, J. et al. 2012. Přehled informací k mezinárodním terminologickým systémům v ošetrovateľství. In Jarošová , D. et al. *Využitelnost ošetrovateľských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: LF OU v Ostravě, 2012, s. 7-24.
- MÜLLER-STAU, M. et al. 2007. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2007, vol. 18, no. 1, pp. 5-17.
- THORODDSEN, A. – THORSTEINSSON, H. S. 2002. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. In *Journal of Advanced Nursing*, 2002, vol. 37, no. 4, pp. 372-381.
- Vyhláška MZ ČR č.98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.*
- ZIEGLER, S. M. 1984. Nursing diagnosis-the state of the art as reflected in graduate students' work. In *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference*. St Louis: C. V. Mosby Company, 1984, p. 199-208.
- ŽIAKOVÁ, K. – HOLMANOVÁ, E. – ČÁP, J. 2007. Reflexia aplikácie ošetrovateľských diagnóz vo vzdelávaní. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007, s. 100-105.

---

## Kontakt

**Mgr. Eva Mynaříková**

Úsek ošetrovateľské péče, FN Otrava  
17. listopadu 1790  
708 52 Ostrava Poruba  
Česká republika  
E-mail: [eva.mynarikova@fno.cz](mailto:eva.mynarikova@fno.cz)

**Prijaté:** 29. 7. 2015

**Akceptované:** 8. 9. 2015

## Výživa pacientov s demenciou v zariadení sociálnej starostlivosti

Martina Tomagová, Ivana Bóriková, Alžbeta Jelšovková

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

### Abstract

TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. – JELŠOVKOVÁ, A. Nutrition of patients with dementia in facility of social care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 2, pp. 61-67. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-2/vyziva-pacientov-s-demenciou-v-zariadeni-socialnej-starostlivosti>.

**Objective:** The aim of the descriptive qualitative study is to describe the some problems with eating and nutrition of seniors with dementia in social care facilities.

**Methodology and sample:** The collection of empirical data we realized by structured method of participatory observation, semi-structured interviews, content analysis of medical records of patients and as the method of data collection we used a measuring tool Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>). The study was realized in facility of social care for senior services. Based on the intentional selection we included in study five patients with dementia, with preserved oral intake of food.

**Results:** Empirical data about patients we present in the form of descriptive case studies. All patients had a deficit in self-care during eating and needed some help. We observed several behavioral disorders of patients during eating and we recorded also problems with swallowing. Screening by MNA<sup>®</sup> detected the disorder of nutritional status – malnutrition in all patients.

**Conclusions:** Several research studies show on important fact in practice, this issue does not pay sufficient attention. Screening failures in nutrition is the basis for complex interdisciplinary interventions to prevent the development of disorders in nutrition, slowing their development, targeted treatment, prevention of secondary complications resulting from malnutrition.

**Keywords:** senior, dementia, nutrition, malnutrition, screening, social care facilities

### Úvod

U pacientov s demenciou, predovšetkým pri Alzheimerovej chorobe dochádza k závažným zmenám aj v nutričnom stave a zvyšuje sa výskyt malnutricie, pričom nie sú známe všetky patofyziologické mechanizmy jej vzniku. V tejto súvislosti sú popisované špecifické metabolické zmeny, porušenie endokrinných a imunitných funkcií, vplyv regulácie výdaja energie na centrálnej úrovni. Závažným problémom vo výžive je strata aktívnej telesnej hmoty často i v prípadoch, kedy množstvo a zloženie stravy spĺňa štandardné požiadavky (Pidrman, 2007, s. 156). S progresiou demencie sa výskyt porúch vo výžive zvyšuje (Pivi et al., 2012, s. 1). Vo väčšine prípadov vzniká proteínoenergetická malnutričia, ktorá zhoršuje kvalitu života a zvyšuje riziko ďalších pridružených komplikácií (Těšínský, 2004, s. 73), má vplyv na fyziologické funkcie a výkonnosť telových systémov (Jurašková et al., 2011, s. 343).

Rozvoj malnutricie u týchto pacientov významne podmieňujú aj faktory diétne, telesné, psychické, sociálne, ekonomické, farmakoterapia, funkčný stav a iné (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 440-441). Výskyt porúch vo výžive je popisovaný u pacientov s demenciou v domácom prostredí (Roque et al., 2013, s. 295) aj počas dlhodobej inštitucionalizácie (Allen et al., 2013, s. 950), kedy sa výrazne zvyšujú dysfagické ťažkosti (Easterling, Robbins, 2008, s. 275). Multidisciplinárne geriatrické posúdenie a následne cieleňá komplexná starostlivosť o výživu pacientov s demenciou prispievajú k prevencii a oddialeniu vzniku problémov, zmierneniu ich priebehu a k prevencii pridružených komplikácií. Malnutricii sa v praxi nevenuje dostatočná pozornosť, býva často nerozpoznaná a neliečená (Kozáková et al., 2011) a predstavuje nezávislý nepriaznivý prognostický faktor zhoršenia zdravotného stavu (Pavlov, 2007, s. 556). Sestra zohráva kľúčovú úlohu v oblasti prevencie, detekcie a včasnej intervencie pre riešenie nutričných problémov (JBI, 2011; Kondrup et al., 2003, s. 416).

### Cieľ

Cieľom pilotnej štúdie je popísať vybrané problémy stravovania a výživy u inštitucionalizovaných seniorov s demenciou v zariadení sociálnej starostlivosti a poukázať na možnosti posudzovania aj v tomto type zariadenia.

### Súbor

Pre výber respondentov sme použili metódu zámerného výberu a do súboru sme zaradili piatich pacientov, ktorí splnili zaraďujúce kritériá výberu – vek nad 65 rokov, diagnostikovaný dementný syndróm – stredne ťažká forma demencie, zacho-



vaný perorálny príjem potravy, schopnosť pacientov spolupracovať pri zbere údajov (aspoň čiastočne zachovaná schopnosť porozumieť povedanému a odpovedať). Vylučujúce kritériá boli: kvalitatívna porucha vedomia pacienta, ťažká forma demencie, odmietanie spolupráce pacientom, neschopnosť spolupráce pacienta. Štúdia bola realizovaná v Zariadení pre seniorov a domove sociálnych služieb Liptovské Sliache v čase od februára do apríla 2014.

## Metodika

Deskriptívna štúdia mala charakter kvalitatívneho výskumu. Zber empirických údajov sme realizovali metódou participatívneho štruktúrovaného pozorovania, pološtruktúrovaného rozhovoru, obsahovej analýzy zdravotnej dokumentácie pacientov a meracím nástrojom *Mini Nutritional Assessment*. Pozorovanie bolo zamerané na stav chrupu, prítomnosť zubnej protézy, sebestačnosť pacienta pri jedení (schopnosť pripraviť sa na príjem potravy, otvoriť obaly/nádoby s jedlom, manipulovať s nádobou/pohárom, krájať si jedlo) a potrebu kŕmenia. V rámci prehľadania a správania pri jedle sme pozorovali odmietanie jedla, poruchy správania pri jedle, kašeľ prítomný pri prijíme potravy, aspirácia potravy, problém s prehĺtnutím sústa, zmeny hlasu po prehĺnutí (Holmerová, 2007, s. 115; Amella et al., 2007). Rozhovor s pacientmi bol zameraný na popis chuti do jedla, spokojnosť s jedlom, problémy pri jedení. V spolupráci so sestrami/opatrovatelkami sme zisťovali správanie pacienta počas príjmu jedla, problémy pacienta pri jedení, úroveň sebestačnosti pacienta a potrebu konkrétnej pomoci pri jedení. Výpovede sú v texte označené kurzívou. Zo zdravotnej dokumentácii pacientov sme zistili medicínske diagnózy, dostupné antropometrické údaje a biochemické parametre objektivizujúce stav výživy (celkové bielkoviny, albumín, kreatinín, dusíkaté látky, plazmatická glukóza, lipidy, pečeňové enzýmy, elektrolyty, vitamín B12), ordinovanú farmakoterapiu a diétny režim.

Nutričný skrining sme realizovali nástrojom MNA® (Guigoz et al., 1994, s. 15-60) a použili sme oficiálnu slovenskú verziu (MNA, 2015). Nástroj MNA® bol vyvinutý pre potreby geriatrickej praxe ako rýchly a jednoduchý, časovo nenáročný a spoľahlivý spôsob posúdenia nutričného stavu a rizika malnutrie seniorov vo veku nad 65 rokov (Ulger et al., 2010, s. 507), predovšetkým pre pacientov so zachovaným perorálnym príjmom potravy (Bauer et al., 2008, s. 388). Validita nástroja bola potvrdená u seniorov hospitalizovaných, v ošetrovateľských domoch, ambulantnej aj komunitnej starostlivosti. V originálnej validačnej štúdii mal nástroj 96 % senzitivitu, 98 % špecificitu a 97 % pozitívnu prediktívnu hodnotu pri komparácii s klinickým stavom; vnútorná konzistencia a inter-rater reliabilita sa etablovala na hodnote 0,51-0,89 (*Development ...*, 2015; Kaiser et al., 2009, s. 782). Nástroj nie je špecificky určený pre posúdenie seniorov s demenciou, ale využíva sa aj v tejto skupine pacientov (Guigoz, 2006, s. 471; Pivi et al., 2012, s. 7). Rozšírená verzia MNA v 18 položkách posudzuje a hodnotí antropometrické merania (hmotnosť, výška, zmeny hmotnosti, obvod ramena a lýtky), stravovacie návyky (počet jedál denne vrátane ovocia, zeleniny, množstvo tekutín, pomoc pri stravovaní), globálne posúdenie (životný štýl, počet liekov denne, mobilita, sebestačnosť pri jedení, prítomnosť demencie, depresie, akútneho stresu, zmien na koži) a subjektívne posúdenie zdravotného stavu a výživy (vlastné vnímanie zdravia a výživy). Každá položka je kvalifikovaná váženým skóre (0-3 body). Sumárne skóre sa pohybuje od 0-30 bodov (tab. 4). Caselato-Sousa et al. (2011, s. 582-587) uvádzajú, že v prípade kedy nie je možné viesť rozhovor s pacientom s kognitívnym deficitom, je prípustné pri administrácii nástroja verifikovať údaje od sestry, opatrovateľa.

Autori deklarujú, že štúdia nemá žiadny konflikt záujmu a pri jej spracovaní boli dodržané etické aspekty výskumu. Súhlas s realizáciou výskumnej štúdie bol získaný od vedenia sociálneho zariadenia.

## Výsledky

Empirické údaje o pacientoch prezentujeme formou deskriptívnej kazuistiky (Yin, 2003, s. 4) a zároveň podrobnejšie popisujeme tri vybrané problémy ovplyvňujúce výživový stav pacientov.

### Pacient A

77-ročný pacient má diagnostikovanú Multiischemickú encefalopatiu s organickým psychosyndrómom, v zariadení je sedem rokov. Pacient je čiastočne mobilný, má nesolenú diétu, vlastný chrup. Perorálny príjem potravy je zachovaný, pri prijíme jedla spolupracuje. „*Chcem ešte urobiť sám, čo vládzem, našťastie ma ešte kŕmiť netreba, potrebujem iba zaviazať podbradník.*“ Nedokáže realizovať prípravu na jedenie. Pri stravovaní potrebuje pomoc s otváraním nádob, pri manipulácii s príborom. Jedol rýchlo až hltavo, pri rýchlom jedení sa vyskytuje kašeľ. Po zjedení porcie oznamuje ešte potrebu jesť. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné biochemické parametre boli z roku 2011, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme). V dokumentácii nie je záznam o poruchách v stave výživy.

### Pacientka B

92-ročná pacientka má diagnostikovaný Organický psychosyndróm. Komorbidity v telesnom stave sú totálna slepota, ťažká hluchota, generalizovaná osteoporóza, stav po fraktúre femuru, artériová hypertenzia, divertikulóza sigmy, inkontinencia. v zariadení je sedem rokov. Pacientka je imobilná, dezorientovaná. Nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem potravy

je zachovaný. Nemá vlastný chrup a zubnú protézu nepoužíva. Jedlo nedokázala dostatočne pohryzť. Pri príjme jedla sa vyskytuje kašeľ. Jej spolupráca pri príjme potravy je zvyčajne znížená, jedlo drží v ústach bez žutia a vyplúva ho. Slovná komunikácia s pacientkou je takmer nemožná. Pacientka vyžaduje kompletnú starostlivosť pred, počas aj po jedle. Podľa hodnotenia sestry má chuť do jedla zníženú. Na podporu trávenia ordinované digestívum a na zmiernenie kyslosti žalúdočného obsahu antacidum. Prítomná polyfarmakoterapia. Posledné laboratórne biochemické parametre boli z roku 2013, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme).

### Pacientka C

80-ročná pacientka má diagnostikovanú stredne ťažkú demenciu pri Alzheimerovej chorobe, v zariadení je dva roky. Komorbidity v telesnom stave sú ischemická choroba srdca, artériová hypertenzia, inkontinencia moču. Pacientka je mobilná. Nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem zachovaný, používa zubnú protézu. Je orientovaná v osobe a priestore, spolupracuje pri stravovaní, vyžaduje usmernenie, doprovod do jedálne a pomoc pri otváraní nádob a krájaní. Potravu prijíma rýchlym tempom s nedostatočným hryzením a žutím jednotlivých súst. Po zjedení porcie, hlavne obľúbeného jedla, oznamuje hlad a chuť na ďalšie jedlo. Na podporu trávenia ordinované digestívum. Prítomná polyfarmakoterapia. Posledné laboratórne biochemické parametre boli z januára 2014 (znížená hladina ALT, ostatné v norme).

### Pacient D

84-ročný pacient má diagnostikovanú Vaskulárnu kognitívnu poruchu s poruchou orientácie najmä v nočných hodinách. Komorbidity v telesnom stave sú ischemická choroba srdca, artériová hypertenzia, dyspeptický syndróm. Pacient je mobilný, v zariadení je pol roka. Diabetickú nesolenú diétu toleruje, perorálny príjem zachovaný, používa zubnú protézu. Pri jedení spolupracuje, adekvátne reaguje na pokyny. Vyžaduje pomoc pri príprave na jedenie, jedlo zje samostatne, pomalým tempom. Zvyčajne zje celú porciu, niekedy po najedení oznamuje ešte potrebu jesť. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné laboratórne biochemické parametre boli z januára 2014 (zvýšené hodnoty kreatinínu a urey, ostatné v norme).

### Pacientka E

75-ročná pacientka má diagnostikovaný progredujúci dementný syndróm Alzheimerovho typu a organickú depresívnu poruchu. Komorbidity v telesnom stave sú karcinóm prsníka, močová inkontinencia. Pacientka je imobilná, v zariadení je päť rokov. Nesolenú diétu toleruje pri zachovanom perorálnom príjme, používa hornú zubnú protézu, pri príjme potravy spolupracuje. Pomoc je potrebné realizovať v celom procese stravovania. Nápoje pije iba cez slamku. Tvrdú, suchú stravu nezje, vyplúva ju. U pacientky sa vyskytol problém s prehĺtaním, s následnou aspiráciou sústa a kašľom. Porcie jedla nezje úplne celé. Prítomná polyfarmakoterapia, posledné laboratórne biochemické parametre boli z roku 2013, aktuálna bola iba hodnota glykémie (v norme). V dokumentácii nie je záznam o poruchách v stave výživy.

V nižšie uvedenom texte podrobnejšie popisujeme tri vybrané problémy ovplyvňujúce výživový stav pacientov – deficit sebaopatery pri jedení (tab. 1), poruchy správania pri jedení (tab. 2), poruchy prehĺtania (tab. 3) a výsledky posúdenia výživového stavu pacientov (tab. 4).

Pri opise faktorov ovplyvňujúcich výživový stav pacientov sme sa prioritne zamerali na oblasti, ktoré je možné aspoň čiastočne ovplyvniť ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou. Všetci pacienti mali deficit v sebaopatere pri jedení a potrebovali pomoc (tab. 1).

**Tab. 1. Deficit sebaopatery pri jedení**

Pacient	Príprava na jedenie	Otváranie obalov	Podanie nápoja	Krájanie jedla	Kŕmenie
A	+	+	-	+	-
B	+	+	+	+	+
C	-	+	-	+	-
D	+	-	-	-	-
E	+	+	+	+	+

Legenda: + prítomný, - neprítomný

Pacienti mali viaceré problémy pri zvládnutí hygieny rúk pred jedlom, pri úprave prostredia (prisunutie si jedálenského stolíka), pri úprave polohy na lôžku, pri posadení sa ku stolu, pri ochrane osobnej a posteľnej bielizne pred znečistením jedlom a nápojmi. Potrebovali pomoc pri manipulácii s obalmi potravín (napr. jogurtov, presnidávok) a nápojov (napr. džús), pri úchope pohára (nevedeli ho udržať v správnej pozícii alebo ho vôbec neudržali), pri pití z pohára. Potrebovali nakrájať jedlo, natrieť nátiery na pečivo, pomoc pri manipulácii s príborom, nakŕmiť, podať tekutinu cez slamku.

V rámci porúch správania pacientov pri jedení sme pozorovali odmietanie jedla, vytlačanie z dutiny ústnej, držanie sústa v dutine ústnej, vyplúvanie, fúkanie do jedla, rýchle jedenie, dožadovanie sa jedla (tab. 2).

Tab. 2. Porucha správania pri jedení

Pacient	Odmietanie jedla	Vytlačanie	Držanie jedla v ústach	Vypľúvanie	Fúkание	Rýchle jedenie	Dožadovanie sa jedla
A	-	-	-	-	-	+	+
B	+	+	+	+	-	-	-
C	-	-	-	-	-	+	+
D	-	-	-	-	-	-	+
E	-	-	-	+	-	-	-

Legenda: + prítomné, - neprítomné

U pacientov A, C, D a E sme nepozorovali negativizmus pri príjme jedla. U pacientky B sme zaznamenali odmietanie jedla, vytlačanie jedla a lyžičky z úst, zadržiavanie jedla v ústach, ktoré potvrdila aj sestra „Pacientke treba stravu pokrývať a potom sa dá nakŕmiť. Trvá jej to trochu dlhšie, zvyčajne zje všetko. Niekedy akoby sa zatne a nespokupracuje. Neotvorí ústa ani pri vytrvalom naliehaní lyžičkou na pery alebo lyžičku odtíska jazykom, kúsok jedla drží v ústach bez žutia a neskôr ich vypľúje. Vtedy je kŕmenie ťažšie, ale podávame jej toľko stravy, koľko nám dovolí“. Pacientka E tiež vypľúvala väčšie kusy jedla, čo pripisujeme nemožnosti jeho dostatočného požutia. Ani u jedného pacienta sme nezachytili fúkание do jedla. Pacienti A a C podávanú stravu jedli rýchlo až hltavo a dožadovali sa ďalšieho jedla ihneď po najezení.

Pri posudzovaní prítomnosti poruchy prehltania sme hodnotili prítomnosť kašľa, aspirácie jedla, neschopnosti prehltnúť, držanie sústa v ústach, nedostatočné hryzenie (tab. 3).

Tab. 3. Poruchy pri prehltaní

Pacient	Kašeľ	Aspirácia	Neprehltne	Nedostatočné hryzenie	Zmeny hlasu po prehltnutí
A	+	+	-	-	+
B	+	-	+	+	-
C	-	-	-	+	-
D	-	-	-	+	-
E	+	+	-	+	+

Legenda: + prítomné, - neprítomné

U pacienta A bol prítomný kašeľ a zachrípnutý hlas počas príjmu jedla najmä pri nedostatočnom požutí sústa a rýchlym jedení. U pacientky B bol kašeľ počas príjmu potravy, keď jedla tvrdé jedlo, držala sústo v ústach a ani pri opakovaných pokusoch ho nedokázala prehltnúť. Aspirácia jedla bola evidovaná u pacientky E, ktorá vyžadovala pomoc v celom procese stravovania. Situáciu pri kŕmení pacientky sestra popisuje nasledovne „Pacientka niekedy prijíma stravu dobre, s chuťou, inokedy sa aj pri malom súste v ústach alebo pri prehltaní rozkašeľ“. Ani u jedného sledovaného pacienta v zdravotnej dokumentácii nebola zaznamenaná dysfágia a aspiračná pneumónia. U pacientov boli realizované intervencie zamerané na zmiernenie problémov s prehltaním – upozorňovanie na pomalšie jedenie, pomalé kŕmenie, polohovanie pacienta pri kŕmení do Fowlerovej polohy, striedanie tuhej stravy s tekutinami, podávanie menších súst, krájanie jedla na menšie kúsok, úprava konzistencie jedla pučením, mletím, mixovaním. Na základe výsledného skóre MNA<sup>®</sup> sme zistili, že ani jeden pacient nemal výživový stav v norme (tab. 4).

Tab. 4. Výživový stav

Pacient	24-30 bodov Normálny výživový stav	23,5-17 bodov Riziko malnutrície	17 bodov a menej Malnutrícia
A	-	18	-
B	-	-	9
C	-	21	-
D	-	19,5	-
E	-	-	11,5

Skríning prostredníctvom MNA<sup>®</sup> detekoval poruchu výživového stavu u všetkých pacientov, ktorá ani u jedného nebola v zdravotnej dokumentácii posúdená a zaznamenaná. Výsledné skóre MNA<sup>®</sup> u imobilných pacientov B, E bolo ovplyvnené hodnotou BMI, ktorá nebola vypočítaná z aktuálnej hmotnosti a výšky pacientov, ale iba z posledných dostupných údajov z dokumentácie.

## Diskusia

V klinickom obraze pacientov s demenciou postupne vznikajú charakteristické poruchy v príjme potravy a nutričnom stave (Pidrman, 2007, s. 159). Ich rozvoj podmieňujú viaceré faktory, medzi ktoré patrí aj funkčný stav, poruchy správania,

dysfágia a iné (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 440). V závislosti na kognitívnej poruche sa zhoršuje celkový funkčný stav a vzniká deficit v oblasti stravovania, čo vedie k zníženiu perorálneho príjmu potravy a rozvoju malnutrície (Droogsma et al., 2013, s. 610; Saka et al., 2010, s. 745). Deficit sebaopatery v oblasti príjmu jedla bol u všetkých posudzovaných pacientov (tab. 1). Podobne ako uvádzajú Amella et al. (2007) boli prítomné problémy pri manipulácii s jedlom. V pokročilom štádiu demencie už pacienti neboli schopní rozpoznať potraviny či príbor, mali ťažkosti pri manipulácii s príborom, pri prenesení potravy do úst, zhoršenú schopnosť iniciovať proces prijímania potravy. Nutná bola realizácia intervencií na zabezpečenie potreby ich výživy. Pri zachovanom procese prehĺtania je potrebné príjem potravy a tekutín zabezpečiť kŕmením a aktívnym ponúkaním tekutín, pričom je potrebné myslieť na kultúru a hygienu stolovania.

Poruchy správania sú súčasťou klinického obrazu demencie, hlavne v pokročilých štádiách. Prejavujú sa aj v oblasti stravovania a sú považované za jeden z faktorov zhoršujúcich stav výživy (Guigoz, 2006, s. 471). Narúšajú samostatný príjem potravy pacientom aj proces jeho kŕmenia a sú problematické na zvládnutie (Prince et al., 2014, s. 11). Prejavujú sa napr. nezáujmom pacienta o jedlo, odmietaním jesť, pevným zatvorením úst, odmietaním otvoriť ústa a prehltnúť, odmietaním zatvoriť ústa a žuť, odtláčaním jedla, pľuvaním, rozlievaním jedla (Evans, Best, 2015, s. 50), pričom niektoré z nich sme zaznamenali aj u našich pacientov.

Riziko pre malnutríciu pacientov zvyšuje aj interpretovanie týchto zmien v správaní pacienta ako odmietania jedla a predčasného ukončenia kŕmenia (Aselage, Amella, 2010, s. 33-41).

Vypúšťanie jedla je jav, ktorý svedčí aj o ťažkostiach pri prehĺtaní a probléme s požitím (Allen et al., 2013, s. 951). V pokročilých štádiách demencie môže byť prehĺtací reflex spomalený, neúplný a častá je porucha prehĺtania. Dôsledky dysfágie viažu na seba závažné geriatrické riziká ako sú aspirácia, malnutrícia a dehydratácia a najzávažnejšou komplikáciou je aspiračná pneumónia (Hegyí, 2010, s. 148). Kašeľ, ako prirodzený obranný mechanizmus na preniknutie cudzieho telesa alebo tekutiny do dýchacích ciest, si vyžaduje riadenie centrami v mozgu, ktoré môžu byť u pacientov s demenciou poškodené (Holmerová a kol, 2007, s. 113). Masívna aspirácia môže spôsobiť priame ohrozenie života, pri malej aspirácii môžu byť prítomné opakované pneumónie (NCCMH, 2007, s. 102). Pri dysfágii, ktorú nie je možné zvládnuť úpravou stravy a technikou kŕmenia, sa odporúča prechod z perorálneho príjmu potravy na enterálny príjem cez nazogastrickú sondu, prípadne perkutánnu endoskopickú gastrostómiu; čo však prináša opäť ďalšie komplikácie. Inou možnosťou zabezpečenia výživy je parenterálne podávanie nutričných zmesí, avšak aj v tomto prípade sú riziká komplikácií vysoké (Sobotka et al., 2009, s. 461).

Skríning a včasná detekcia nutričného deficitu je zásadná pre jeho adekvátne riešenie vhodnou nutričnou podporou a prevenciou komplikácií z malnutrície, ako sú napr. dekubity, zhoršené hojenie rán, dehydratácia, riziko pádov, infekcie močových ciest, respiračné a kardiálne problémy, perioperačné komplikácie, multiorgánové zlyhanie (Isenring et al., 2012, s. 376).

Skríning prostredníctvom MNA<sup>®</sup> v našej štúdií detekoval poruchu výživového stavu u všetkých pacientov. MNA<sup>®</sup> je považovaný za vhodný, reliabilný nástroj pre posudzovanie výživy pacientov s demenciou v rôznom klinickom prostredí. Môže byť použitý aj bez klinických biochemických parametrov (Guigoz, 2006; Magri et al., 2003, s. 184-153).

MNA<sup>®</sup> je súčasťou multidimenzionálneho komprehenzívneho geriatrického hodnotenia (Németh a kol., 2011, s. 80), administrácia nástroja je v kompetencii sestry (DiMaria-Ghalili, 2012, s. 439). Výsledok posúdenia pomôže sestre objektivizovať diagnostický záver ošetrovateľskej diagnózy Nevyvážená výživa – menší príjem ako telesná potreba 00002 a Narušené prehĺtanie 00103 (Lukšová, Vrublová, 2012, s. 70). Používanie nástroja v ošetrovateľskom posudzovaní podporuje prax založenú na dôkazoch (DiMaria-Ghalili, Amella, 2012, s. 1).

Pre komplexné hodnotenie výživového stavu pacientov a následné plánovanie nutričnej podpory je potrebné vziať do úvahy okrem výsledkov MNA<sup>®</sup> aj anamnestické údaje, údaje o zmenách v hmotnosti, výsledky fyzikálneho a laboratórneho vyšetrenia. Dôležité sú predovšetkým hodnoty celkových bielkovín, albumínu, prealbumínu, cholesterolu, triglyceridu, transferínu a lymfocytov (Nováková, 2012, s. 101). Vzhľadom na charakter zariadenia, v ktorom boli pacienti umiestnení, neboli k dispozícii všetky tieto údaje. Nebolo možné podrobné posúdenie výživového stavu pacientov, čo považujeme za limitáciu našej štúdie. Veľké rozdiely v prevalencii malnutrície a absenciu dokumentovania týchto údajov v zariadeniach s prevažne opatrovateľskou starostlivosťou potvrdzuje aj Suominen et al. (2005, s. 37). Zároveň nepopisujeme ani všetky významné faktory ovplyvňujúce stav výživy, ako je prítomnosť depresie, klinické komorbidity či vplyv farmakoterapie (Ulger et al., 2010, s. 507), preto naša štúdia neposkytuje vyčerpávajúce informácie k danej problematike.

---

## Záver

Prítomnosť porúch vo výžive seniorov s demenciou vzhľadom na komplex podmieňujúcich faktorov je častý problém, ktorý je nedostatočne detekovaný, monitorovaný a riešený. Detekcia porúch vo výžive u seniorov je kľúčová, preto je dôležité posilniť posudzovanie stavu výživy aj v zariadeniach dlhodobej sociálnej starostlivosti. Skríning porúch vo výžive je východiskom pre intervencie multidisciplinárneho tímu (vrátane ošetrovateľských, ako sú napr. kultúra stolovania, technika

kŕmenia, kašovitá úprava stravy, sipping) zamerané na prevenciu rozvoja porúch vo výžive, spomalenie ich rozvoja, cieleňú liečbu, prevenciu sekundárnych komplikácií vyplývajúcich z malnutricie.

## Podakovanie

Autorky dakujú Zariadeniu pre seniorov a domove sociálnych služieb Liptovské Sliache za umožnenie realizovať výskumnú štúdiu, personálu a pacientom, ktorí sa zúčastnili štúdie, za ich spoluprácu.

## Zoznam bibliografických odkazov

- ALLEN, V. J. – METHVEN, L. – GOSNEY, M. A. 2013. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. In *Clin Nutr.*, 2013, vol. 32, no. 6, pp. 950-957.
- AMELLA, E. J. – LAWRENCE, J. F. 2007. Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia: Part I: Assessment 2007. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 2007, vol. 11, no. 1, pp. 1-2.
- ASELAGE, M. B. – AMELLA, E. J. 2010. An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia. In *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, no. 1, pp. 33-41.
- BAUER, J. M. et al. 2008. The Mini Nutritional Assessment – Its history, today's practice, and future perspectives. In *Nutrition in Clinical Practice*, 2008, vol. 23, no. 4, pp. 388-396.
- CASELATO-SOUSA, V. M. – GUARIENTO M. E. et al. 2011. Using the Mini Nutritional Assessment to Evaluate the Profile of Elderly Patients in a Geriatric Outpatient Clinic and in Long-Term Institutions. In *International Journal of Clinical Medicine*, 2011, vol. 2, no. 5, pp. 582-587.
- Development and Validation of the MNA®* [online]. 2015. Nestlé Nutrition Institute. [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: [http://www.mnaelderly.com/development\\_and\\_validation.html](http://www.mnaelderly.com/development_and_validation.html).
- DIMARIA-GHALILI, R. A. 2012. Nutrition. In Boltz, M. et al. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2012, p. 439-452.
- DIMARIA-GHALILI, R. A. – AMELLA, E. J. 2012. Assessing Nutrition in Older Adults. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 2012, vol. 16, no. 9, pp. 1-2.
- DROOGSMA, E. – van ASSELT, D. Z. B. et al. 2013. Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. In *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2013, vol. 17, no. 7, pp. 606-610.
- EASTERLING, C. S. – ROBBINS, E. 2008. Dementia and dysphagia. In *Geriatr Nurs*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 275-285.
- EVANS, L. – BEST, C. 2015. Managing malnutrition in patients with dementia. In *Nursing Standard*, 2015, vol. 29, no. 28, pp. 50-57.
- GUIGOZ, Y. 2006. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature - what does it tell us? In *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2006, vol. 10, no. 6, pp. 466-486.
- GUIGOZ, Y. – VELLAS, B. – GARRY, P. J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In *Facts and Research in Gerontology*, 1994, vol. 4, no. 2, pp. 15-60.
- HOLMEROVÁ, I. et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : Gerontologické centrum, 2007. 301 s.
- INSCHLAG, C. et al. 2011. Nutritional assessment in elderly institutionalized people: Comparison between body mass index (BMI) and mini nutritional assessment short-form (MNA-SF). In *Eur Geriatr Med.*, 2011, no. 2 (Suppl 1), p. 157.
- ISENRING, E. A. et al. 2012. Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents. In *J Acad Nutr Diet.*, 2012, vol. 112, no. 3, pp. 376-381.
- JBI. 2011. The Joanna Briggs Institute. Interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia. In *Best Practice*, 2011, vol. 15, no. 14, pp. 1-4.
- JBI. 2010. The Joanna Briggs Institute. Oral liquid nutritional supplements for people with dementia in residential aged care facilities. In *Best Practice*, 2010, vol. 14, no. 3, pp. 1-4.
- JURAŠKOVÁ, B. – ANDĚLOVÁ, P. 2011. Výživa a její poruchy. In KALVACH, L. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : GRADA Publishing, 2011, s. 337.

- KAISER, M. J. et al. 2009. Validation Of The Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A Practical Tool for Identification of Nutritional Status. In *J Nutr Health Aging*, 2009, vol. 13, no. 9, pp. 782-788.
- KONDRUP, J. et al. 2003. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. In *Clin Nutr.*, 2003, vol. 22, no. 4, pp. 415-421.
- KOZÁKOVÁ, R. et al. 2011. Hodnocení stavu výživy pacientů v zařízeních dlouhodobé péče. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 1, s. 179-183.
- LUKŠOVÁ, H. – VRUBLOVÁ, Y. 2012. Eating Disorders in The Elderly in Relation to Nursing Diagnoses Nanda International. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, roč. 2, č. 2, s. 70-78 [cit. 2015-04-21]. Dostupné na internete: [http://www.oseetrovateľstvo.eu/\\_files/2012/02/70-poruchy-prijmu-potravy-u-senioru-ve-vztahu-k-oseetrovateľske-diagnostice-nanda-international-2012-2-2.pdf](http://www.oseetrovateľstvo.eu/_files/2012/02/70-poruchy-prijmu-potravy-u-senioru-ve-vztahu-k-oseetrovateľske-diagnostice-nanda-international-2012-2-2.pdf).
- MAGRI, F. – BORZA, A. – VECCHIO, S. et al. 2003. Nutritional assessment of demented patients: A descriptive study. In *Aging*, 2003, vol. 15, no. 3, pp. 148-153.
- MNA®. 2015. *Malé vyšetrenie výživového stavu* [online]. 2015. [cit. 2015-04-10]. Dostupné na internete: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_slovak.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_slovak.pdf).
- NCCMH. 2007. National Collaborating Centre for Mental Health. *Dementia. The NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and their Careers in Health and Social Care*. London : The British Psychological Society, 2007. 392 p.
- NÉMETH, F. – DERŇÁROVÁ, L. – HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov : Fakulta zdravotníckych odborov PU, 2011, 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- NOVÁKOVÁ, M. 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. In *Interní Med.*, 2012, roč. 14, č. 3, s. 101-103.
- PAVLOV, P. 2007. Výživa v starobe a jej poruchy. In *Via pract.*, 2007, roč. 4., č. 12, s. 556-558.
- PIDRMAN, V. 2007. Demence, výživa a malnutrice. In PIDRMAN, V. *Demence*. Praha : GRADA Publishing, 2007, s. 156.
- PIVI, G. A. K. et al. 2012. Nutrition in Severe Dementia. In *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Vol. 2012, pp. 1-7.
- PRINCE, M. et al. 2014. *Nutrition and dementia. A review of available research*. London : Alzheimer's Disease International [s.o.n.], 2014. 88 p.
- ROQUE, M. et al. 2013. Malnutrition in Community-Dwelling Adults with dementia (Nutrialz Trial). In *J Nutr Health Aging*, 2013, vol. 17, no. 4, pp. 295-299.
- SAKA, B. et al. 2010. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. In *Clin Nutr.*, 2010, vol. 29, no. 6, pp. 745-748.
- SOBOTKA, L. 2009. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. In *Clin Nutr.*, 2009, vol. 28, pp. 461-466.
- SUOMINEN, M. et al. 2005. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. In *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, vol. 59, no. 4, pp. 578-583.
- TĚŠÍNSKÝ, P. 2004. Poruchy výživy u Alzheimerovy nemoci a možnosti jejich ovlivnění. In *Neurologie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 5, s. 73-74.
- ÜLGER, Z. et al. 2010. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. In *Clin Nutr.*, 2010, vol. 29, no. 4, pp. 507-511.
- YIN, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. 3<sup>th</sup> ed. USA : SAGE Publications, 2003. 181 p.

---

## Kontakt

**doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.**

Ústav ošetrovateľstva, JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovensko

E-mail: [tomagova@jfmmed.uniba.sk](mailto:tomagova@jfmmed.uniba.sk)

**Prijaté:** 4. 5. 2015

**Akceptované:** 8. 7. 2015

## KURUCOVÁ, R. et al. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti – recenze

**Helena Kisvetrová**

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovateľství

KURUCOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. – NEMCOVÁ, J. et al. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. 2015. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2015. 408 s. ISBN 978-80-89544-73-8.

Publikace *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti* vytvořená kolektivem slovenských autorů navazuje na současné celosvětové trendy rozvoje paliativní péče v institucionálním i komunitním prostředí a předkládá čtenáři sumarizovaný přehled poznatků o problematice paliativního ošetrovateľství. Kniha má 408 stran a je tvořena čtyřmi rozsáhlými kapitolami, které přinášejí k jednotlivým tematickým okruhům aktuální systematicky zpracované informace vycházející z výsledků výzkumných studií a praxe založené na důkazech. Kapitoly jsou přehledně strukturované do podkapitol s rozsáhlým seznamem aktuální literatury, na kterou autoři odkazují. Celkové zpracování publikace odráží vysokou odbornou erudici celého autorského kolektivu.

První kapitola terminologicky vymezuje paliativní ošetrovateľskou péči a prezentuje významné aspekty péče o nevléčitelně nemocné, jako je komunikace, etika a kvalita života v terminální fázi. Druhá kapitola je zaměřená na management nejzávažnějších fyzických symptomů v paliativním ošetrovateľství s akcentem na holistický přístup. Třetí kapitola se věnuje psychosociální a spirituální dimenzi člověka. Přibližuje čtenáři závažné emocionální a spirituální problémy nevléčitelně nemocných a umírajících jako je duchovní tíseň, beznaděj, ztráta a zármutek. Zaměřuje se i na péči o rodinu pacienta a zátěž rodinných pečovatелů. Čtvrtá kapitola seznamuje čtenáře s paliativní ošetrovateľskou péči u vybraných skupin nemocných. Na základě shrnutí aktuálních poznatků výzkumných studií popisuje zásady péče jak o pacienty s onkologickým onemocněním, tak i péči o pacienty s neurodegenerativními chorobami. Závěrečná část je věnovaná současným trendům pediatrické paliativní péče.

Tato publikace umožní rozšíření znalostí o principech a ošetrovateľských intervencích v paliativní péči nejen studentům zdravotnickým oborů, ale i sestrám, které v rámci své klinické praxe pečují o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Může být rovněž inspirujícím východiskem při vytváření doporučených ošetrovateľských postupů pro paliativní ošetrovateľství. Přínosem pro čtenáře je i skutečnost, že publikace vytváří platformu pro další odbornou diskuzi o optimálních ošetrovateľských intervencích při institucionální i komunitní péči o pacienta v závěru života.

---

### Kontakt

**PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.**

Ústav ošetrovateľství, FZV UP

Tř. Svobody 8

771 11 Olomouc

Česká republika

E-mail: [helena.kisvetrova@upol.cz](mailto:helena.kisvetrova@upol.cz)

**Prijaté:** 10. 11. 2015

**Akceptované:** 13. 11. 2015

## POĎAKOVANIE RECENZENTOM

Redakcia časopisu Ošetrovateľstvo: teória, veda, vzdelávanie ďakuje všetkým recenzentom, ktorí sa podieľali na recenzovaní príspevkov publikovaných alebo zamietnutých v roku 2015.

Bártlová Silva  
Bužgová Radka  
Dimunová Lucia  
Hudáková Anna  
Ivanová Kateřina  
Kadučáková Helena  
Kilíková Mária  
Kisvetrová Helena  
Kozáková Radka  
Líšková Miroslava  
Mazalová Lenka  
Mandysová Petra  
Nemcová Jana  
Pokorná Andrea  
Sováriová Soósová Mária  
Škvrňáková Jana  
Vévoda Jiří  
Vrublová Yveta  
Vörösová Gabriela  
Zamboriová Mária  
Zanovitová Mária