



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



2016
Ročník 6, číslo 1
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

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

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

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

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

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2016

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

e-mail: sokolr@tvorivec.sk

OBSAH

EDITORIÁL

Mária Kilíková 4

EDITORIAL

Mária Kilíková 5

OSOBNOSTNÍ PROFIL STUDENTŮ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

Šárka Vévodová, Andrea Šperková, Jiří Vévoda, Radka Kozáková, Simona Cakirpaloglu Dobešová 6

VÝZNAM INTEGRÁCIE SIMULAČNÝCH METÓD DO VZDELÁVANIA V ŠTUDIJNOM PROGRAME OŠETROVATEĽSTVO – NARATÍVNY PREHLAD

Mária Sováriová Soósová, Mária Zamboriová 12

RESPEKT, AUTONOMIE A INTIMITA PACIENTA JAKO ZÁKLADNÍ KOMPONENTY UCHOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Petrovicová Eva, Marie Trešlová 19

PÁDY U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV – POSUDZOVANIE RIZIKA

Ivana Bóriková, Martina Tomagová 26

KURUCOVÁ, R. ZÁTĚŽ PEČOVATELE: POSUZOVÁNÍ, DIAGNOSTIKA, INTERVENCE A PREVENCE V PÉČI O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ – RECENZIA

Elena Gurková 32

Editoriál

Namiesto pozdravu k Medzinárodnému dňu sestier... „Dobro ako spôsob života“ .

Tento text nie je kritikou súčasného stavu ošetrovateľstva. Cieľom je vysloviť niekoľko dôležitých myšlienok o ľudskosti, dôstojnosti a profesijných predstavách autorky. Kde začať? Azda od seba. Výsledkom sebahodnotenia je zistenie, že časy kedy sme cestovali do práce plní pozitívnych očakávaní sú už dávno preč. Časy, kedy sestry boli motivované k plneniu profesionálnej roly jednoduchými metódami, sú minulosťou. Z pracovného procesu a ošetrovateľskej starostlivosti sa stráca istota, dôstojný prístup, úcta, uznanie, ochota a atmosféra pokoja. Služba a starostlivosť je predimenzovaná napätím, časovým stresom, ekonomickými prioritami zamestnávateľa, nedostatkom pracovných pomôcok a množstvom iných faktorov. Predstava o postavení sestry ako odborne spôsobilej osoby v multidisciplinárnom tíme ostáva naďalej iba v rovine predstáv. Podobne téma spoločenského postavenia sestry, profesijného imidžu, autonómie povolania má charakter dlhodobo diskutovanej témy nielen v kuloároch, ale aj v akademickej obci. Vyvstáva však otázka, kde hľadať odpovede a metódy riešenia popísaného stavu? Sme toho názoru, že je potrebné pozrieť sa do svojho vnútra, do seba. Uvedomme si svoju dôstojnosť, vlastné hodnoty, akceptujme sami seba. Posilníme sa vedomím vzdelanej osoby, profesionálne hrdej sestry s akceptovateľnými spôsobmi verbálneho a neverbálneho prejavu. Osoby, ktorá je realizátorom zmeny a je motivovaná poznaním jadra ošetrovateľstva ako vedy. Konajme dobro nielen vo vzťahu k pacientovi. Konajme dobro v roly manažérky ošetrovateľskej starostlivosti. Riadme s nadhľadom a záujmom chrániť čistotu oboru, povolania sestry a premieňať vízie teórie ošetrovateľstva na realitu v praxi. Nechcime byť konformní iba preto, aby sme nestratili sociálnu istotu a pracovnú pozíciu. Riadme sústredene a s vedomím, že výkon funkcie manažéra je vždy len dočasnou funkciou. Moc má nakoniec len ten, kto má charakter a mať charakter znamená konať dobro.

K Medzinárodnému dňu sestier Vám želim vytrvalosť v riešení problémov spoločenského statusu povolania. Želám Vám dobro ako spôsob života. Túžba robiť dobre je najväčšia hybná sila, akú máme, ak si uvedomíme, že pomáhať iným je privilégium.

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Editorial

Instead of regards to the International Day of Nurses... "Good as a way of life".

This text is not a criticism of the current state of nursing. The aim is to make some important ideas about humanity, dignity and professional imagination of the author. Where to start? Perhaps with myself. The result of self-assessment is the finding that the times when we travelled to work full of positive expectations are long gone. The times, when nurses were motivated to meet the professional roles with simple methods, are over. Confidence, dignified approach, respect, recognition, willingness and the atmosphere of peace are losing from the work and nursing care. Service and care is excessive with tension, time stress, employer's economic priorities, lack of working tools and with a variety of other factors. The image of the status of a nurse as a qualified person, within the multidisciplinary team, remains only in the sphere of ideas. Similarly, the topic of social status of nurses, professional image and autonomy of occupation is a long-discussed topic not only in the lobbies, but as well in the academic area. However, there is a question, where to look for answers and methods of solution of the above mentioned status. We believe that we need to look inside, inside ourselves. Let us realize our dignity, our own values, accept ourselves. We can strengthen ourselves with the awareness that we are educated people, professional proud nurses with acceptable ways of verbal and nonverbal speech. An individual who is the implementer of the change and is motivated with the knowledge of the core of nursing as a science. Let us act not only according to the patient. Let us act in the role of the nursing care manager. Let us manage with staying on top of things and with an interest in protecting the purity of specialization of the nursing occupation and with an interest in transforming the vision of the nursing theory into a reality in practice. Do not want to be compliant only in order not to lose social security and job. Manage with concentration and with the awareness that the performance of the function of the general manager is always only a temporary function. Only that individual has a power who has integrity and to have integrity means to do good.

To the International Day of Nurses I would like to wish you perseverance in solving problems of the social status of this profession. I wish you Good as a way of life. The desire to do well is the biggest driver of what we have, if we realize that helping others is a privilege.

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
College of Health and Social Work, Vol. Elizabeth Bratislava

Osobnostní profil studentů nelékařských zdravotnických oborů

Šárka Vévodová*, Andrea Šperková**, Jiří Vévoda*, Radka Kozáková*, Simona Cakirpaloglu Dobešová***

* Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav společenských a humanitních věd

** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence

*** Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie a patopsychologie

Abstract

VÉVODOVÁ, Š. – ŠPERKOVÁ, A. – VÉVODA, J. – KOZÁKOVÁ, R. – ČAKIRPALOGLU DOBEŠOVÁ, S. Psychosocial Profile of Students of Non-Physician Study Programmes. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 6-11. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/osobnostni-profil-studentu-nelekar-skych-zdravotnickych-oboru>.

Aim: The aim of the study was to: (a) determine whether there are differences between the personality profiles of students of non- medical healthcare programmes and the population standard; (b) to find out whether there are differences in the personality profiles between students of non-medical health care professions and exact sciences.

Sample and methods: The sample included 141 respondents comprising of students of humanities and students of exact sciences from Faculty of Health Sciences and Faculty of Sciences, Palacký University in Olomouc. As for humanities, the sample included 73 respondents studying General Nursing and Midwifery programmes. The sample of exact sciences included 68 students of Mathematics and informatics. Standardized questionnaires EPQ-R and IVE were used. The research was conducted from December 2014 to November 2015. In order to ascertain statistically significant differences in the data compared, a parametric significance test – Student t-test – was used. Statistical hypotheses were tested on significance level $\alpha = 0.05$. The IBM SPSS Statistics 20.0 was used for statistical processing and data sorting was performed using Microsoft Excel 2010.

Results: The students of non-medical healthcare programmes had significantly lower score in empathy and extraversion than the population norm. On the psychoticism scale, students of non-medical healthcare programmes scored significantly higher than the population norm. No statistically significant difference was found on the neuroticism scale. A statistically significant difference in personality profiles between students of humanities and exact sciences was confirmed on the extraversion scale, with higher scores amongst students of humanities.

Conclusion: Due to the finding that among the students of the field of study Midwife and General Nurse were detected low levels of empathy and high levels of psychoticism, would be useful to devote more space on the personality development of the health workers during their studies.

Keywords: personality, student, empathy, psychoticism, extraversion, addiction, nurse, midwife

Úvod

V pomáhajících profesích, k nimž se řadí i profese všeobecné sestry a porodní asistentky, je hlavní náplní pomoc lidem a důležitou roli zde hraje lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. V těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost (Kopřiva, 2000).

Povolání sestry a porodní asistentky je z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu náročné. Z tohoto důvodu je zde kladen velký důraz na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu ke klientům a spolupracovníkům. Sestra musí brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty, tvořící osu etického jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku (Kutnohorská, 2007).

K výkonu povolání zdravotnického pracovníka jsou nezbytné osobností předpoklady, jimiž jsou empatie, tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, schopnost vnímat a realizovat nové podněty, dostatečná kritičnost a sebekritičnost, porozumění problémům nemocných, klidné vystupování s pohotovými reakcemi, rozvážnost a přiměřené sebevědomí. Smysl pro povinnost, odpovědnost a dobrý vztah k lidem pomáhá naplnit poslání zdravotníka. Výkon profese požaduje vyrovnanou osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním, rozvážnou, trpělivou, která se umí ovládat. Projevem této vyrovnanosti a zralosti osobnosti zdravotníka je humánní přístup k nemocnému (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Kutnohorská, 2007). Pro poskytování kvalitní ošetrovateľské péče byla jako nezbytná vyhodnocena právě empatie. Empatie jako fenomén v medicínském prostředí může významně ovlivnit spokojenost pacienta, dodržování lékařských doporučení, klinické výsledky a profesionální spokojenost (Stepien, Baernstein, 2006; Bánovčinová, Bubeníková, 2011). Empatictí pracovníci záchranné zdravotnické služby poskytují kvalitnější péči a současně jejich pacienti s touto péčí vyjadřují vyšší spokojenost. To vše až do té míry, že zdravotníci s vyšší empatií poskytují déle kardiopulmonální resuscitaci, než ji prohlásí za neúspěšnou (Regehr, Goldberg, a Hughes, 2002). Někteří autoři se domnívají, že empatii u zdravotnických pracovníků lze zlepšit cílenými vzdělávacími aktivitami (Beckman et al., 2012; Krasner et al., 2009; Poláchová, 2009; Venglářová, Mahrová, 2006), naproti tomu jiní jsou přesvědčeni, že empatie je nezměnitelný rys osobnosti (Hojat et al., 2002). Empatii

spolu s psychickou stabilitou řadí část autořů k osobnostním charakteristikám protektivním ve vztahu k syndromu vyhoření, který je ve zdravotnictví častým problémem vedoucím až ke snížení kvality péče o pacienta a nežádoucí nadměrné fluktuaci (Halpern, 2003; Králová, Pártlová, 2006). Často podceňovaná bývá empatie také v interpersonální komunikaci pracovního týmu (Králová, Pártlová, 2006).

V Etických zásadách zdravotnického pracovníka nelékařských oborů - Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (2004) je uvedeno, že zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy pacientů nad zájmy vlastní. Protipólem takového jedince je podle Eysenckovy osobnostní typologie člověk s vysokou mírou psychotocismu. Podle Eysencka je psychotocismus latentní dimenze a chování takového člověka se stává patologickým pouze v extrémních případech. Jedná se o predispozici, jejíž vysoké hodnoty však spíše naznačují ohrožení psychózou. Člověk s vysokým skóre psychotocismu je popisován jako samotář bez zájmu o lidi, který je často problémový, může být i krutý, agresivní, k okolí je hostilní, projevuje se u něho nedostatek empatie. Eysenck H. a Eysenck S. tento termín označují také jako „tvrdošijnost“ nebo „zatvrzelost“, jež jsou sociálně akceptovatelnější (Eysenck H., Eysenck S., 1993, s. 16-17). Layton a Eysenck (In Eysenck H., Eysenck S., 1993) zjistili, že psychotocismus byl u studentů končících studium významným prediktorem budoucí nezaměstnanosti.

Extraverze je další osobnostní charakteristikou, která je u nelékařských zdravotnických pracovníků sledována. Podle Gamblese, Wilkinsona a Dissanayake (2003) by sestry měly být extravertní, empatické, důvěřivé, expresivní, bystré a skupinově orientované. Vyšší skóre extraverze u všeobecné sestry je předpokladem pro práci ve stresujícím a rychlém chodu poskytování zdravotnických služeb (Kennedy, Curtis, Waters, 2014).

Osobnostní charakteristiky mohou být genderově podmíněny a ovlivňují i volbu oboru studia a profese. Ženy mají vyšší hodnoty empatie než muži (Baron-Cohen, 2002; Hatcher a kol., 2005) a volí si zaměstnání, která souvisí s pomocí druhým lidem, jako je učitelka, sekretářka, všeobecná sestra. Naopak muži si častěji volí zaměstnání převážně technická jako je stavební dělník, strojní obsluha, inženýr (Curran, Renzetti, 2003).

Ve výzkumu Plhákové a Reiterové (2010) byl prokázán statisticky významně vyšší skór ve škále emoční vnímavosti a celkové kontroly u studentů oboru psychologie (pomáhající profese), zatímco subjektivní posouzení sociální senzibility bylo průkazně vyšší u studentů aplikované matematiky a informatiky (exaktní vědy). Studenti aplikované matematiky a informatiky skórovali signifikantně výše než budoucí psychologové v dimenzi neuroticismu. V kvocientu empatie, ve kterém se projevuje efekt oboru studia, skórují studenti humanitních oborů významně výše než studenti exaktních věd (Dostál, Plháková, Zášková, 2014; Billington, Baron-Cohen, Wheelwright, 2007).

V návaznosti na výše uvedené předpoklady byla položena výzkumná otázka, zda existují rozdíly v osobnostním profilu mezi studenty matematiky a informatiky a studenty oboru všeobecná sestra a porodní asistentka, tedy budoucími představiteli pomáhajících profesí.

Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit osobnostní profil studentů nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NZO) a srovnání osobnostního profilu s populační normou. Druhým cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v osobnostních profilech mezi studenty NZO (pomáhajících profesí) a studenty matematiky a informatiky (exaktních věd).

Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor tvořilo 141 studentů Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen UP), z toho 31 mužů (22%) a 110 žen (78%) ve věku 19 – 26 let, studující v prezenční formě. Průměrný věk respondentů byl 21,35 let. Celkem 73 (71 žen a 2 muži) respondentů studovalo na Fakultě zdravotnických věd UP obor všeobecná sestra a porodní asistentka a 68 (39 žen a 29 mužů) respondentů na Přírodovědecké fakultě UP obor matematika a informatika.

Dotazníky byly distribuovány čtyřmi vyškolenými administrátory. Součástí výzkumu byl informovaný souhlas. Celkem bylo distribuováno 150 dotazníků, které respondenti vkládali do připravených boxů, čímž byla zajištěna anonymita. Respondenti vyplňovali dotazníky zcela na bázi dobrovolnosti. Pravděpodobně právě vzhledem k tomuto faktu, bylo dosaženo 94% návratnosti. Data byla získávána v období od prosince 2014 do listopadu 2015.

Metodika

Osobnostní profil respondentů byl zjišťován pomocí standardizovaných dotazníků osobnosti – *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé EPQ-R a IVE*. Eysenckův dotazník osobnosti EPQ-R o 106 položkách obsahuje škálu psychotocismu, neuroticismu, extraverze, kriminality, návykovosti a škálu lži. Dotazník IVE o 54 položkách obsahuje škálu impulsivity, dobrodružnosti a empatie (Eysenck H., Eysenck S., 1993). Dotazník EPQ-R je přínosný i v oblasti vzdělávání, neboť existuje vztah mezi osobnostními charakteristikami a volbou oboru studia (Wakefield, 1979 In Eysenck H., Eysenck S., 1993). Oba dotazníky byly přeloženy do slovenského jazyka Hanákem a ze slovenského jazyka do jazyka českého Smékalovou. Dotaz-

níky vydáva spoločnosť Psychodiagnostika Bratislava (Eysenck H., Eysenck S., 1993).

Shapiro-Wilk test prokázal normalitu rozložení dat. Ke zjisteniu štatisticky významných rozdielov medzi porovnávanými souborami respondentov bol použitý parametrický test významnosti – Studentov *t*-test. Testovanie prebehlo na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Výpočty boli provedeny pomocou programu IBM SPSS Statistics 20.0, triedenie dat bolo provedeno v programe Microsoft Excel 2010.

Výsledky

Pro zjistenie vnútornej konzistencie boli vypočítané Cronbachova alfa koeficienty pre EPQ-R, pre škálu psychotizmu $\alpha = 0,71$, pre škálu extraverte $\alpha = 0,78$, pre škálu neuroticizmu $\alpha = 0,76$ a $\alpha = 0,69$ pre lži škálu. Cronbachova alfa koeficienty pre IVE jsou $\alpha = 0,81$ pre škálu impulzivitu, $\alpha = 0,69$ pre škálu dobrodružnosti a $\alpha = 0,72$ pre škálu empatie.

Prvým cieľom bolo zistiť osobnostný profil študentov NZO. Bolo zisťované, zda existujú rozdiely medzi osobnostným profilom študentov NZO a populačnou normou podľa H. Eysencka a S. Eysencka (1993).

Studentov *t*-test prokázal existenciu štatisticky významného rozdielu v miere empatie medzi populačnou normou a mierou empatie študentov NZO ($t = -2,169$, $p = 0,034$). Miera empatie je u študentov NZO štatisticky významne nižšia než populačná norma. Bolo tiež prokázáno, že priemerná hodnota škály psychotizmu u študujúcich NZO sa štatisticky významne líši od priemernej hodnoty uvedenej v populačných normách ($t = 3,843$, $p < 0,001$). Psychotizmus je u študentov NZO štatisticky významne vyšší, než je populačná norma. Stejně tak i priemerná hodnota škály extraverte ($t = -2,036$, $p = 0,046$) a návykovosti ($t = -3,382$, $p = 0,001$) sa štatisticky významne líši od populačnej normy. Naopak priemerné hodnoty škál dobrodružnosť, impulzivita, neuroticizmus a lži sa od populačnej normy štatisticky významne nelíši (viz tab. 1.).

Tab. 1. Srovnání osobnostního profilu studentů nelékařských zdravotnických oborů s populační normou

	Populační norma		Nel. zdravotnické Obory		t	p	Cohen's d
	Průměr	SD	Průměr	SD			
Empatie	14,32	2,92	13,69	2,45	-2,169*	0,034	-0,26
Dobrodružnost	6,55	4,00	7,09	4,01	1,035	0,086	0,06
Impulsivita	7,48	4,42	7,41	4,38	-0,657	0,371	-0,07
Psychotizmus	5,73	3,85	7,07	2,92	3,843*	0,000	0,46
Extraverze	14,14	5,06	12,80	5,51	-2,036*	0,046	-0,24
Neuroticizmus	12,47	5,22	12,00	5,54	-0,709	0,480	-0,08
Návykovost	11,60	4,75	9,86	4,31	-3,382*	0,001	-0,40
Kriminalita	12,12	5,07	11,19	4,60	-1,699	0,094	-0,20
Lži škála	8,23	4,65	8,61	3,38	0,952	0,344	0,11

Legenda: SD – směrodatná odchylka; t – t rozdělení; * – $p < 0,05$

Druhým cieľom bolo srovnat osobnostný profil študentov NZO a študentov exaktných vied (viz tab. 2.). Studentov *t*-test prokázal, že neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi skupinou študentov NZO a študentov exaktných vied v miere empatie, dobrodružnosti, impulzivitu, psychotizmu, neuroticizmu, kriminality a lži. Bol však zistený štatisticky významný rozdiel v miere extraverte ($t = 2,85$, $p = 0,006$) a návykovosti ($t = -2,11$, $p = 0,037$). Študenti NZO majú štatisticky významne vyššiu mieru extraverte a nižšiu mieru návykovosti než študenti exaktných vied.

Tab. 2. Srovnání osobnostního profilu studentů nelékařských zdravotnických oborů a studentů exaktních věd

	Nel. zdravotnické obory		Exaktní vědy		t	p	Cohen's d
	Průměr	SD	Průměr	SD			
Empatie	13,69	2,45	12,21	3,08	0,893	0,318	0,17
Dobrodružnost	7,09	4,01	7,65	4,12	-0,811	0,365	-0,16
Impulsivita	7,41	4,38	6,59	4,45	0,914	0,317	0,18
Neuroticizmus	12,00	5,54	12,79	5,40	-0,985	0,327	-0,19
Psychotizmus	7,07	2,92	8,11	2,87	-1,792	0,076	-0,35
Extraverze	12,80	5,51	9,78	5,18	2,850	0,006*	0,45
Návykovost	9,86	4,31	11,21	4,54	-2,110	0,037*	-0,42
Kriminalita	11,19	4,60	11,56	4,90	-0,817	0,415	-0,16
Lži škála	8,61	3,38	7,95	3,25	0,927	0,357	0,18

Legenda: SD – směrodatná odchylka; t – t rozdělení; * – $p < 0,05$

Diskuse

Z výsledků výzkumu vyplynulo zjištění, že míra empatie, extraverze a návykovost je u studentů NZO nižší než populační norma. Nižší míra empatie může být ovlivněna změnou hodnotové orientace společnosti, v níž převládají hodnoty individuální nad skupinovými, klesá především význam „být užitečný druhým lidem“, ale také veřejně prospěšné činnosti. Většinově generace od 15 do 30 let preferuje orientaci na vlastní ego, na sebe sama, avšak na sebe reflektovaného smyslově. Zaměření na sebe potlačuje odpovědnost a zájem o druhé, ale také globální hodnoty (mír, životní prostředí). Život směřuje k zajištění majetku a smyslového života (Sak, Saková, 2010). Výsledky mohou být ovlivněny také nízkým věkem respondentů, jejichž věkový průměr činí 21,35. Podle některých autorů (Beadle et al., 2012, s. 824; Vévodová et al., 2015) se empatie s věkem zvyšuje.

Statistickou analýzou byla dále zjištěna existence signifikantního rozdílu v míře psychoticismu mezi studenty zdravotnických oborů a populační normou. Jak uvádí Furnhama a Zachera (In Eysenck H., Eysenck S., 1993), psychoticismus koreluje negativně s pracovní spokojeností a Leyton a Eysenck (In Eysenck H., Eysenck S., 1993) konstatují, že je významným prediktorem budoucí nezaměstnanosti. Předpokladem k výkonu profese nelékařského zdravotnického pracovníka by vedle empatie měla být vyrovnaná osobnost (Zacharová a kol., 2007). Vyrovnaná osobnost nedosahuje na škále psychoticismu a neuroticismu vysokých hodnot (Eysenck In Směkal, 2002). Hernandez a Mauger (In Eysenck H., Eysenck, 1993) upozornili na pozitivní korelaci mezi agresí a psychoticismem. Ze statistických údajů Policejního prezidia České republiky o počtu pachatelů v ČR ve zdravotnictví vyplývá, že za období 2010 až 2014 bylo spácháno zdravotnickými pracovníky na klientech poskytovatelů zdravotnické péče celkem 73 trestných činů z toho 57 trestných činů z nedbalosti a 16 úmyslných trestných činů (Policie ČR, 2014). Srovnání s populační normou však může být ovlivněno sociokulturním rámcem, neboť populační norma, s níž byly hodnoty srovnávány, byla anglická.

Výsledky prezentovaného výzkumu neprokázaly existenci signifikantního rozdílu v míře empatie mezi studenty NZO a studenty exaktních oborů. Toto zjištění se rozchází s výsledky studie Dostála, Plhákové a Záškodné (2014), z něhož vyplynulo, že v kvocientu empatie skórovali studenti oboru psychologie (pomáhající profese) statisticky významně výše než studenti exaktních věd. Nebyl zjištěn ani rozdíl v míře neuroticismu mezi studenty NZO a exaktních věd na rozdíl od studie Plhákové a Reiterové (2010).

Signifikantní rozdíl byl však zjištěn v míře návykovosti mezi sledovanými skupinami. Studenti exaktních věd mají signifikantně vyšší míru návykovosti než NZO. Vysoký skór ve škále návykovosti ukazuje na vyšší pravděpodobnost rozvoje všech forem závislosti. Na škále návykovosti vysoce skórovali problémoví alkoholici (Ogden, Dundas a Bhat, 1988). Vyšší hodnoty na škálách psychoticismus, neuroticismus, impulzivita, návykovost a kriminalita byly zjištěny také u delikventní mládeže (Burešová, 1988). Zjištěný rozdíl však může být také ovlivněn vyšším zastoupením mužů ve skupině studentů exaktních věd, např. nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů je častější u mužů a to v 25% dospělé mužské populace, u žen je to 5% (Sandorová et al., 2006).

Z výsledků dále vyplynulo zjištění, že míra extraverze je u studentů NZO statisticky významně vyšší než u studentů exaktních oborů. Extraverze je u zdravotnických profesionálů předpokladem pro poskytování zdravotnické péče v náročném, stresujícím a rychlém pracovním prostředí, v němž jsou zdravotnické služby poskytovány (Kennedy, Curtis, Waters, 2014). Podle Feista (2006) jsou přírodovědci introvertnější a realističtější než biologové a ti jsou méně sociabilní a extravertovaní než představitelé společenských věd. Výsledky srovnání studentů NZO poukazují na jejich vyšší extraverci ve srovnání se studenty exaktních věd. Toto zjištění koreluje s očekávaným profilem profese sestry a porodní asistentky. Vedle vstřícného a humánního postoje k pacientům, jsou interpersonální vztahy a komunikace klíčové pro výkon profese nelékařského zdravotnického pracovníka.

Limity studie

Nástroje ke zjišťování osobnostních charakteristik podléhají času. Nástroj stárne i v oblasti populačních norem a nemusí již odpovídat realitě, respektive populaci, kterou pomocí těchto nástrojů měříme. Limity studie, jak již bylo naznačeno, lze spatřovat v použité anglické populační normě z roku 1993 (Eysenck H., Eysenck, S., 1993). Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o anglické normy, mohl se v tomto případě projevit vliv odlišného sociokulturního prostředí.

Výsledky výzkumu mají omezenou platnost. Generalizace výsledků na základní populaci NZO není vzhledem k nenáhodnému výběru respondentů a četnostně malému souboru respondentů možná. S přihlédnutím k této skutečnosti je možné výsledky výzkumu omezeně zobecnit pouze na region, ve kterém bylo šetření uskutečněno.

Závěr

Vzhledem k nízké hodnotě empatie a naopak vysoké hodnotě psychoticismu zjištěným výzkumem u studentů oborů všeobecná sestra a porodní asistentka, by bylo vhodné během studia věnovat větší prostor osobnostnímu rozvoji zdravotnických pracovníků. V následujících šetřeních budou potřebné studie podporující predikční validitu šlál dotazníků EPQ-R a IVE a zároveň bude nezbytné sledovat osobnostní charakteristiky psychoticismus a empatie i v interakci s ostatními osobnostními charakteristikami. Pro další výzkum této problematiky by se vhodnějším dotazníkem mohl jevit NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory), který má v kontextu ČR novější normy, avšak neobsahuje škálu psychoticismu.

Seznam bibliografických odkazů

- BÁNOVČINOVÁ, L. – BUBENÍKOVÁ, M. 2011. Empatia v ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online], 2009, roč. 2, č. 1, s. 165-170. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: http://periodika.osu.cz/osetrovateľstviaporodniasistence/dok/2011-01/4_banovcicova_bubenikova.pdf.
- BARON-COHEN, S. 2002. The extreme male brain theory of autism. In *Trends in Cognitive Science*, 2002, vol. 6, no. 6, pp. 248-254.
- BEADLE, J. – PARADISO, S. – KOVACH, Ch. – POLGREEN, L. – DENBURG, N. – TRANEL, D. 2012. Effects of age-related differences in empathy on social economic decision-making. In *International Psychogeriatrics* [online], 2012, vol. 24, no. 5, pp. 822-833. [cit. 2015-09-25]. Dostupné na internetu: <http://search.proquest.com/docview/952675873/fulltextPDF?accountid=16730>.
- BECKMAN, H. et al. 2012. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. In *Academic Medicine*, 2012, vol. 87, no. 6, pp. 815-819.
- BILLINGTON, J. – BARON-COHEN, S. – WHEELWRIGHT, S. 2007. Cognitive style predicts entry into physical sciences and humanities: Questionnaire and performance tests of empathy and systemizing. In *Learning and Individual Differences*, 2007, vol. 17, no. 3, pp. 260-268.
- BUREŠOVÁ, I. 2007. Vybrané koreláty osobnosti mladistvých, kteří spáchali trestný čin. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*, Brno: Masarykova univerzita, 2007, roč. 55, č. P11, s. 81-91.
- CURRAN, D. J. – RENZETTI, C. M. 2003. *Ženy muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003. 642 s.
- DOSTÁL, D. – PLHÁKOVÁ, A. – ZÁŠKODNÁ, T. 2014. Rozdíly v autistických rysech, empatii a systemizaci mezi studenty exaktních a humanitních věd. In *Československá psychologie*, 2004, vyd. 58, č. 3, s. 206-221.
- EYSENCK H. – EYSENCK, S. 1993. *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé: příručka*. Psychodiagnostika, Bratislava, 1993. 84 s.
- FEIST, G. J. 2006. *The psychology of science and the origins of the scientific mind*. New Haven: Yale University Press, 2006. 336 s.
- GAMBLES, M. – WILKINSON, S. – DISSANAYAKE, C. 2003. What Are You Like?: A Personality Profile of Cancer and Palliative Care Nurses in the United Kingdom. In *Cancer nursing*, 2003, vol. 26, no. 2, pp 97-104.
- HALPERN, J. 2003. What is clinical empathy? In *Journal of General Internal Medicine* [online], 2003, vol. 18, no. 8, pp. 670-674. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: <http://search.proquest.com/docview/875739164/fulltextPDF/30763890774B09PQ/1?accountid=16730>.
- HATCHER, S. L. – FAVORITE, T. K. – HARDY, E. A. – GOODE, R. L. – DESHETLER, L. A. – THOMAS. R. M. 2005. An analogue study of therapist empathic process: working with difference. In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2005, vol. 42, no. 2, pp. 198-210.
- HOJAT, M. et al. 2002. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. In *The American journal of psychiatry* [online], 2002, vol. 159, no. 9, pp. 1563-1569. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=175759>.
- JOBÁNKOVÁ, M. 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s.
- KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s.
- KENNEDY, B. – CURTIS, K. – WATERS, D. 2014. The personality of emergency nurses: is it unique? In *Australas Emergency Nursing Journal*, 2014, vol. 17, no. 4, pp. 139-145.
- KOPŘIVA, K. 2000. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 2000. 147 s.
- KRÁLOVÁ, J. – PÁRTL OVÁ, M. 2006. Empatie na pracovišti. In *Sestra*, 2006, vyd. 16, roč. 10, s. 24-25.
- KRASNER, M., et al. 2009. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. In *Journal of the American Medical Association*, 2009, vol. 302, no. 12, pp. 1284-1293.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovateľstve*. Praha: Grada, 2007. 163 s.

OGDEN, M. E. – DUNDAS, M. – BHAT, A. V. 1988. Personality differences among alcoholic misusers in community treatment. In *Personality & Individual Differences*, 1988, vol. 10, no. 2, pp 265-267.

PLHÁKOVÁ, A. – REITEROVÁ, E. 2010. Rozdíly v pěti dimenzích osobnosti a sociální inteligenci mezi studenty exaktních a humanitních věd. In *Československá psychologie*, 2009, roč. 58, č. 2, s. 150.

POLÁCHOVÁ, E. 2009. Empatie v ošetrovateľském kontextu. In *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 10, s. 20-25.

POLICIE ČR. 2015. Vyjádření odboru informatiky a provozu informačních technologií Policejního prezidia České republiky ze dne 24. února 2015, č.j. PPR-2291-9/ČJ-2015-990580-OTP.

REGEHR, C. – GOLDBERG, G. – HUGHES, J. 2002. Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. In *The American Journal of Orthopsychiatry*, 2002, vol. 72, no. 4, pp. 505-513.

SANDOROVÁ, R. – SAMKOVÁ, J. – HOLEJŠOVSKÝ, J. – VODVÁŘKA, V. 2006. Droga jménem alkohol. In *Kontakt* [online], 2006, roč. 2, č. 2, s. 358-365. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326200813932485.pdf>.

SAK, P. – SAKOVÁ, K. 2010. *Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže od roku 2007 – Teoretickoempirická analytická studie* [online], Praha: MŠMT, 2010. 127 s. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: www.insoma.cz/Studie_MSMT_2006_fin.pdf.

SMÉKAL, V. 2002. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2002. 517 s.

STEPIEN, K. – BAERNSTEIN, A. 2006. Educating for empathy. A review. In *Journal Of General Internal Medicine* [online], 2006, vol. 21, no. 5, pp. 524-530. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: <http://link.springer.com/article/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>.

VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 7, 2004. [online]. 2004. [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internetu: http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9306&typ=application/zip&nazev=Vestnik_7-2004.zip.

VÉVODOVÁ, Š. – VÉVODA, J. – VETEŠNÍKOVÁ, M. – KISVETROVÁ, H. – CHRASTINA, J. The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services. In *Kontakt*, 2016, vol. 18, no. 1, pp. e1-e7.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s.

Kontakt

Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Ústavu společenských a humanitních věd, FZV UP
Hněvotínská 3
775 03 Olomouc
Česká republika
E-mail: sarka.vevodova@upol.cz

Prijaté: 27. 1. 2016

Akceptované: 7. 4. 2016

Význam integrácie simulačných metód do vzdelávania v študijnom programe ošetrovateľstvo – naratívny prehľad

Mária Sováriová Soósová, Mária Zamboriová

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

Abstract

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. – ZAMBORIOVÁ, M. The importance of integrating simulation methods into education in nursing study program – narrative review. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 12-18. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/vyznam-integracie-simulacnych-metod-do-vzdelavania-v-studijnom-programe-oseetrovateľstvo-narativny-prehľad>.

Aim: To outline the purpose and meaning of using simulation methods in education in nursing study program.

Background: The transformation of university education is becoming mandatory in medical and paramedical sciences. This transformation is due to the progressive development of health care and medicine informatics, an increase of new knowledge, and advanced diagnostic and therapeutic procedures and well.

Methodology: Content analysis of selected studies published in EBSCO databases for the period 2005-2015 and synthesis of collected data.

Results: Application of simulation methods (SM) in the learning process in nursing improves cognitive skills of students (knowledge, critical thinking, clinical judgment, and communication skills), psychomotor skills and affective abilities (increased confidence and motivation, improving satisfaction, relieve anxiety) and it has positive impact on outcomes in patients.

Conclusion: The groups exposed to simulation demonstrated positive transformation of cognitive and affective abilities and motor skills in clinical practice. Education based on simulations is an effective teaching strategy in nursing.

Keywords: simulation methods, nursing education, cognitive abilities, psychomotor skills, affective abilities.

Úvod

Súčasná vedomostná spoločnosť kladie na človeka vysoké nároky na schopnosti aktívne a efektívne pracovať s informáciami a informačnými zdrojmi. Informatizácia preniká do všetkých sektorov hospodárstva či rôznych oblastí života. V súvislosti s týmito dynamickými zmenami v spoločnosti narastá potreba zásadných zmien vo vzdelávacom systéme. Tradičné systémy formálneho vzdelávania sú kriticky prehodnocované a posúvajú sa z koncepcie pasívneho učenia sa v uzavretom systéme do mnohých intencií a tendencií. (Šušol et al., 2005) Požiadavka transformácie vysokoškolského vzdelávania sa stáva imperatívnou aj v lekárskejších a nelekárskych zdravotníckych vedách. Absolventi študijných programov ošetrovateľstva, všeobecného lekárstva a i. sú dnes tvárou v tvár vystavení technologicky sofistikovanému prostrediu v zdravotníckych zariadeniach. Očakáva sa, že budú disponovať celým radom špecializovaných vedomostí a klinických zručností, ktoré vhodným spôsobom uplatnia v zdravotnej starostlivosti o pacienta (Skiba et al., 2008).

Táto požiadavka si postuluje aplikáciu viacerých moderných vyučovacích koncepcií, napr. problémovo-orientovaného (učiteľ stavia pred študentov úlohy, motivuje a usmerňuje ich v činnosti), kooperatívneho (založené na práci v malých skupinách s cieľom osvojiť si a rozvíjať viaceré sociálne a psychologické kompetencie), autentického (založené na práci v prostredí podobnom „reálnemu svetu“ s komplexom autentických problémov a úloh), elektronického (prostredníctvom informačno-komunikačných technológií), otvoreného vyučovania (hovorí sa o e-dištančnom vzdelávaní) a i. (Turek, 2014; Skiba et al., 2008; Šušol et al., 2005) aj v lekárskejších a nelekárskych študijných programoch.

Simulačné metódy a technológie

Nové technológie predstavujú celý rad nástrojov, foriem, metód, prostriedkov, ktoré vo výučbe môžeme použiť (Pokorná, 2010; Bristol, Zerwekh, 2011). Jednou z najviac využívaných inovačných metód vo výučbe ošetrovateľstva, všeobecného lekárstva a i. sú simulačné metódy, ktoré sa využívajú už takmer storočie. Simulácia je definovaná ako vzdelávacia metóda, ktorá vytvára klinickú skúsenosť prostredníctvom interaktívnej aktivity v bezpečnom prostredí priaznivom pre učenie bez strachu z osobného zlyhania či poškodenia zdravia pacientov (McCaughey, Traynor, 2010, s. 827). Maran, Glavin (2003) opisujú simulácie v termínoch inžinierskej vierohodnosti (t. j. v akej miere pomôcka odráža pravdivosť klinickej situácie) a psychologické vierohodnosti (t. j. v akej miere sa odráža autentickosť a realita situácie). Nomenklatúra a taxonómia termínov používaných v súvislosti so simulačnými metódami je často diskutovanou témou. Na základe literárneho prehľadu (Bristol, Zerwekh, 2011, s. 283; Arthur et al., 2011, s. 220; Tosterud et al., 2013, s. 262, Maran, Glavin, 2003) sa simulácie môžu klasifikovať podľa miery s akou sa blížia realite na simulácie/simulátory s nízkou (*low-fidelity*), strednou (*medium/mo-*

derate-fidelity) a vysokou vierohodnosťou (*high-fidelity*).

- A. Simulácie s nízkou mierou vierohodnosti sa najmenej približujú realite a nevytvárajú interaktívny vzťah. Umožňujú študentom poznať bližšie určitú klinickú situáciu prostredníctvom riešenia prípadovej štúdie, hrania rolí, resp. nácvikom základných zručností na statických modeloch, trenažéroch, figurínach. Príkladom môže byť trenažér na nácvik cievkovania moču, klyzmy, aplikácie injekcií a i.
- B. Ďalším stupňom sú simulácie so strednou mierou vierohodnosti. V tomto prípade sa využívajú viac realistické, technologicky vyspelejšie modely riadené počítačovým softvérom s cieľom rozvíjať schopnosti riešiť problém, robiť klinické rozhodnutia a upevňovať zručnosti. Príkladom môže byť simulátor hrudníka umožňujúci auskultáciu srdcových oziev a dychových fenoménov bez realistického dvíhania a klesania hrudníka.
- C. Najvyšší stupeň predstavujú simulácie s vysokou mierou vierohodnosti, ktoré sa najviac približujú realite. Umožňujú skutočnú interakciu so simulátorom pacienta v čase. Študenti získavajú skúsenosti z priamej interakcie s počítačovo riadeným simulátorom (s konkrétnymi odpoveďami na činnosti edukanta), štandardizovaným pacientom (dobrovoľníci alebo platení herci znázorňujúci a hrajúci realistického pacienta presne podľa scenára) alebo virtuálnou realitou. V poslednom období narastá popularita vysoko-vierohodných, počítačovo riadených simulátorov (Arthur et al., 2011; Megel et al., 2012; McGrath et al., 2012; Khalaila, 2014).

Cieľ

Cieľom práce je priblížiť význam a vplyv simulačných metód (s nízkou, strednou a vysokou mierou vierohodnosti) na výsledky vzdelávania v kognitívnej, afektívnej a psychomotorickej doméne učenia študentov v študijnom programe ošetrovateľstvo.

Metodika

Na dosiahnutie cieľov práce sme zvolili ako hlavnú metódu obsahovú analýzu publikácií a následne syntézu získaných údajov. Hlavným zdrojom dát boli elektronická databáza EBSCO (MEDLINE, *health Source: Nursing/Academic Edition*). Pre vyhľadávanie sme zvolili kľúčové slová v anglickom jazyku: *patient simulation – informational technologies – nursing education*. Prehľadávanie kľúčových slov v databázach prebiehalo s využitím Booleovských operátorov v zvolenom období rokov 2005 - 2015. Vyhľadávanie bolo realizované v decembri 2015. Do obsahovej analýzy boli zaradené plno-textové, recenzované publikácie v anglickom jazyku. Vyhľadaných bolo 1786 publikácií. Do analýzy sme zaradili iba meta-analýzy a systematické prehľadové štúdie, teda štúdie, ktoré poskytujú najvyššiu úroveň dôkazu. V prvej etape sme preštudovali názvy publikácií, následne sme analyzovali abstrakty a texty zvolených prác. Zamerali sme sa predovšetkým na hodnotenie dopadu využitia simulačných metód na výsledky vzdelávania (vedomosti, schopnosti, zručnosti a i.) študentov v študijnom programe ošetrovateľstvo na pregraduálnom i postgraduálnom stupni. Po prehodnotení relevantnosti príspevkov vo vzťahu k zvolenej problematike sme vybrali 17 publikácií. Ďalšou analýzou textu sme vyradili 7 publikácií, ktoré priamo nesúviseli s ošetrovateľstvom a objektom skúmania. Do záverečnej analýzy bolo zaradených 10 publikácií.

Výsledky

Využívanie simulačných metód, predovšetkým ľudských simulátorov, prináša množstvo výhod, čo dokazujú mnohé systematické prehľady a meta-analýzy (tabuľka 1), ktoré poskytujú najvyššiu úroveň dôkazu. Nami analyzované publikácie sú zoradené podľa časového hľadiska od najnovších po najstaršie.

Tab. 1. Význam použitia simulačných metód vo vzdelávaní v ošetrovateľstve

Autor	Rok	Názov	Analyzované štúdie	Výsledky
Oh et al.	2015	The effects of simulation-based learning using standardised patients in nursing students: a meta-analysis	RCT, nRCT	Pozitívny vplyv na kognitívnu doménu učenia (zlepšenie v oblasti vedomostí, riešenia problému, kritického myslenia, komunikačných zručností). Zlepšenie v afektívnej doméne (zvýšenie sebadôvery, self-efficacy (sebaúčinnosti), motivácie, v oblasti spokojnosti nejednoznačné výsledky). Pozitívny vplyv na psychomotorickú doménu učenia, zlepšenie klinických kompetencií študentov.

Tab. 1. – pokračovanie

Autor	Rok	Názov	Analyzované štúdie	Výsledky
Shin et al.	2015	Effectiveness of patient simulation in nursing education: a meta-analysis	25% RCT	Efektívnosť vyučovania založeného na použití simulačných metód. Zlepšenie študijných výsledkov. Zlepšenie vedomostí a praktických zručností. Zlepšenie psychomotorických a afektívnych schopností a zručností. Zvýšenie sebadôvery študentov a redukcia úzkosti zo starostlivosti o pacienta vzhľadom na vytvorené autentické a bezpečné prostredie. Zlepšenie motivácie študentov.
Aebersold, Tschannen	2013	Simulation in Nursing Practice: The Impact on Patient Care	Prospektívne kohortové, longitudinálne, pre- a post-experimentálne	Včasné rozpoznanie deteriorácie pacientov. Rýchlejší zásah. Zníženie nežiaducich výsledkov. Zlepšenie komunikačných zručností. Zlepšenie interdisciplinárnej spolupráce.
Fisher, King	2013	An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient	RCT, nRCT, pre- a post-experimentálne, kváziexperimentálne, deskriptívne, kvalitatívne	Zlepšenie vedomostí a klinických zručností. Transfer vedomostí do praxe. Zlepšenie interdisciplinárnej spolupráce a komunikácie. Zlepšenie kompetencií a výkonov. Zlepšenie kritického myslenia a klinického úsudku. Zvýšenie sebadôvery študentov.
Zendejas et al.	2013	Patient outcomes in simulation-based medical education: a systematic review	RCT, nRCT, pre- a post-experimentálne, kváziexperimentálne, deskriptívne	Malý až stredný pozitívny vplyv na dosiahnuté výsledky u pacientov v skupine, kde bola edukácia založená na simulácii.
Yuan et al.	2012	The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review	RCT, nRCT, pre- a post-experimentálne, kváziexperimentálne, deskriptívne, kvantitatívne, kvalitatívne	Zlepšenie kompetencií a výkonov – zmiešané výsledky. Zlepšenie kritického myslenia a klinického úsudku. Zvýšenie sebadôvery študentov zmiešané výsledky.
Norman	2012	Systematic review of the literature on simulation in nursing education	RCT, nRCT, pre- a post-experimentálne, kváziexperimentálne, deskriptívne, korelačné	Zlepšenie vedomostí a klinických zručností. Zvýšenie bezpečnosti. Zlepšenie interdisciplinárnej spolupráce a komunikácie. Zlepšenie kompetencií a výkonov. Zlepšenie kritického myslenia a klinického úsudku. Zvýšenie sebadôvery študentov. Zvýšenie spokojnosti študentov. Zmiernenie úzkosti u študentov. Nejednotné metódy posudzovania pripravenosti študentov (štruktúrovaný rozhovor, dotazníky, ...)
Weaver	2011	High-fidelity patient simulation in nursing education: an integrative review	Kvantitatívne, kvalitatívne, dizertačné práce	Zvýšenie sebadôvery študentov. Zlepšenie vedomostí. Zlepšenie kritického myslenia, rozhodnutí na základe klinického úsudku. Transfer vedomostí do klinickej praxe – rôzne zistenia. Úroveň stresu – rôzne výsledky.
Lapkin et al.	2010	Effectiveness of patient simulations manikin in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: a systematic review	RCT	Zlepšenie vedomostí. Zlepšenie klinických zručností. Zlepšenie kritického myslenia. Zvýšenie sebadôvery študentov. Zlepšenie spokojnosti študentov.
Cant, Cooper	2010	Simulation-based learning in nursing education: systematic review	RCT, nRCT, pre- a post-experimentálne, kváziexperimentálne	Zlepšenie vedomostí a klinických zručností. Zlepšenie kritického myslenia a klinického úsudku. Zvýšenie spokojnosti a sebadôvery študentov.

Legenda: RCT – randomizované kontrolované štúdie, nRCT – nerandomizované kontrolované štúdie

Informácie o dosiahnutých edukačných cieľoch sú základom pre hodnotenie výsledkov edukačného procesu (Nemcová, 2010, s. 183). Vzhľadom na naše potreby, podobne ako Oh et al. (2015), syntézu výsledkov hodnotiacich efektívnosť edukačného procesu založeného na využití simulačných metód kategorizujeme podľa Bloomovho hierarchického modelu učenia (resp. cieľov vyučovacieho procesu) (Bloom et al., 1956) do psychomotorickej (praktické zručnosti, kompetencie), kognitívnej (vedomosti, schopnosti, procesy myslenia a pod.) a afektívnej (emócie, záujmy, postoje, hodnoty, uznanie a pod.) domény.

Psychomotorická doména

Nácvik klinických situácií, rôznych diagnostických a terapeutických postupov je základom pre rozvoj psychomotorických zručností. Nácvik ošetrovateľských postupov v bezpečnom prostredí uľahčuje učenie, vedie k zlepšeniu motorických zručností, lepšej pripravenosti na ošetrovateľské procedúry ako aj k zvýšenej kvalite praktických výkonov v klinickej praxi (Shin et al., 2015; Oh et al., 2015; Fisher, King, 2013; Norman, 2012; Lapkin et al., 2010; Cant, Cooper, 2010). Meta-analýza Yuana et al. (2012) však priniesla zmiešané výsledky týkajúce sa kompetencií u študentov. Analýza kvázi-experimentálnych, deskriptívnych či kvalitatívnych štúdií podporila pozitívny efekt precvičovania praktických zručností na simulátoroch s vysokou mierou vierohodnosti na kompetencie študentov, avšak výsledky analyzovaných randomizovaných kontrolovaných štúdií nezistili signifikantné rozdiely u študentov v oblasti klinických kompetencií.

Jedna meta-analýza (Zendejas et al., 2013) zároveň dokazuje malý až stredne pozitívny vplyv na dosahovanie kladných výsledkov u pacientov ošetrovaných študentami, u ktorých bolo vzdelávanie založené na použití ľudských simulátorov. Aebersold, Tschannen (2013) v prehľadovej štúdií uvádzajú, že používanie ľudských simulátorov prispelo k promptnému rozpoznaní poškodenia pacienta a následne k rýchlejšiemu poskytnutiu starostlivosti v závislosti na probléme pacienta a k eskalácii k intenzívnej starostlivosti. Ďalej spomínaní autori (Aebersold, Tschannen, 2013) uvádzajú, že vo viacerých štúdiách bolo dokázané zníženie indexu nežiaducich výsledkov v post-intervenčných skupinách.

Kognitívna doména

Uplatnením kombinácie rôznych koncepcií vo vyučovaní (napr. problémovo-orientované, autentické) a použitím ľudských simulátorov dochádza k zlepšeniu nielen psychomotorických zručností, ale aj vedomostí a ďalších kognitívnych schopností (kritické myslenie, klinický úsudok atď.), čo demonštrujú takmer všetky systematické prehľady a meta-analýzy (Shin et al., 2015; Oh et al., 2015; Fisher, King, 2013; Norman, 2012; Yuan et al., 2012; Weaver, 2011; Lapkin et al., 2010; Cant, Cooper, 2010) (tabuľka 1). Systematická prehľadová štúdia Fishera a Kinga (2013) dokazuje, že popri rozvoji psychomotorických zručností študentov, použitie kombinácie rôznych koncepcií a metód vyučovania s ľudskými simulátormi umožňuje aj integráciu poznatkov obsiahnutých v učebných osnovách z rôznych disciplín a ich transfer do klinických situácií. Staršia prehľadová štúdia (Weaver, 2011) demonštruje nejednoznačné výsledky ohľadom prenosu vedomostí do klinických podmienok.

Klinický úsudok je schopnosť potrebná pre realizáciu čo najlepšieho rozhodnutia založeného na kritickom myslení a uvažovaní a následne pre uskutočnenie intervencií derivovaných z daných klinických rozhodnutí. Rozvoj klinického úsudku a schopnosti myslieť kriticky počas simulácií demonštrujú mnohé štúdie (Shin et al., 2015; Oh et al., 2015; Fisher, King, 2013; Aebersold, Tschannen, 2013; Norman, 2012; Yuan et al., 2012; Weaver, 2011; Lapkin et al., 2010; Cant, Cooper, 2010).

Ako uvádzajú viacerí autori (McCaughey, Traynor, 2010; Titzer et al., 2012; Butler et al., 2009) efektívna komunikácia a tímová spolupráca sú fundamentálne pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Každá vedná disciplína má svoju vlastnú terminológiu a svoje špecifiká súvisiace s komunikáciou, ktoré môžu celkovo ovplyvniť interdisciplinárnu komunikáciu. Využívanie simulačných metód umožňuje nácvik komunikačných zručností a poskytuje spätnú väzbu študentom (napr. prostredníctvom videonahrávky, kognitívneho debriefingu, čím sa môžu poučiť z vlastných chýb) za účelom zlepšenia, zvýšenia efektívnosti komunikačných techník, rozvoja empatie a zlepšenia práce v multidisciplinárnom tíme, čo dokazujú výsledky viacerých prehľadových štúdií i meta-analýz (Shin et al., 2015; Oh et al., 2015; Fisher, King, 2013; Aebersold, Tschannen, 2013; Norman, 2012; Cant, Cooper, 2010).

Afektívna doména

Meta-analýza autorov Shin et al. (2015) dokazuje, že nácvik klinických situácií, rôznych diagnostických a terapeutických postupov, možnosť opätovného precvičenia si výkonu zmierňuje úzkosť študentov z vykonávania klinických procedúr. V jednom systematickom prehľade (Weaver, 2011) nachádzame nejednoznačné zistenia ohľadom použitia simulátorov a ich vplyvu na prežívanie stresu a úzkosti. Jedna štúdia prinášala informáciu o ohúrení, úzkosti študentov ako reakcie na simulátory s vysokou mierou vierohodnosti, iná svedčila o malom benefite – zmiernení strachu z prvého kontaktu v klinickom zariadení po expozícii simulátorom s vysokou mierou vierohodnosti. Ďalšia štúdia nezistila rozdiely v úrovni stresu pri porovnávaní dvoch skupín (skupina raz vystavená simulátorom s vysokou mierou vierohodnosti oproti skupine dvakrát vystavenej simulácii).

Používanie ľudských simulátorov posilňuje študentov v sebareflexii a v seba riadení, zvyšuje ich sebadôveru (Shin et al., 2015; Oh et al., 2015; Fisher, King, 2013; Norman, 2012; Yuan et al., 2012; Weaver, 2011; Cant, Cooper, 2009) a motiváciu

(Shin et al., 2015; Oh et al., 2015). Meta-analýza Yuana et al. (2012) priniesla zmiešané výsledky týkajúce sa sebadôvery u študentov. Kým v niektorých štúdiách neboli zistené významné rozdiely u študentov v oblasti sebadôvery, iné odhalili pozitívny vplyv použitia simulátorov vo výučbe na zvyšovanie sebadôvery študentov, a to najmä o u študentov a nových absolventov ošetrovateľstva.

Keďže využívanie simulátorov je aktívnou, interaktívnou metódou učenia, nielenže sa zefektívňuje samotný proces učenia, no v neposlednom rade prispieva k vyššej spokojnosti účastníkov edukačného procesu, čo dokazujú viaceré systematické prehľady (Norman, 2012; Lapkin et al., 2010; Cant, Cooper, 2009). Nejednoznačné závery v oblasti spokojnosti študentov zisťuje napr. Oh et al. (2015).

Použitie simulačných metód v podmienkach Slovenskej republiky

V podmienkach Slovenskej republiky (SR) sa stretávame iba s jednou štúdiou (Miertová, Lepiešová, 2013), ktorá hodnotí vplyv edukácie založenej na použití rôznych inovatívnych metód vzdelávania (digitálne a kreatívne médiá, použitie ľudských simulátorov). Konkrétne hodnotí vplyv danej edukácie na afektívnu doménu učenia (spokojnosť študentov), nie však na kognitívnu a psychomotorickú. Výsledky tejto štúdie poukázali na veľmi vysokú spokojnosť študentov s takouto formou vzdelávania.

Celkovo sme nezaznamenali štúdie realizované v SR, ktoré by hodnotili vplyv edukačného procesu s využitím informačných technológií a ľudských simulátorov v kognitívnej a psychomotorickej doméne učenia, ale aj v iných oblastiach afektívnej domény. Prekážku implementácie a overenia efektívnosti takéhoto edukačného procesu vidíme predovšetkým vo vysokých nákladoch súvisiacich s obstaraním ľudských simulátorov, ktoré bránia školám v ich nákupe. Ďalšie prekážky súvisia s nákladmi na realizáciu a udržiavanie autentického prostredia, obstarávaním pomôcok a prístrojov. Nezanedbateľné sú aj náklady na odbornú prípravu a zaškolenie zamestnancov i samotným časom potrebným na prípravu simulačných scenárov.

Limitácie

Limitáciou tejto štúdie je, že väčšina dohľadaných prác analyzuje vplyv edukácie založenej na použití simulátorov s vysokou mierou vierohodnosti. Jedna štúdia (Oh et al., 2015) analyzuje dopad simulácií založených na použití štandardizovaných pacientov a iba dve štúdie (Shin et al., 2015; Cant, Cooper, 2010) analyzujú efektívnosť edukácie založenej aj na použití simulátorov s nízkou a strednou vierohodnosťou. Dohľadané štúdie väčšinou analyzujú vplyv edukačného procesu s použitím ľudských simulátorov na doménu učenia u študentov, iba dve prehľadové štúdie sa zaoberajú konkrétnym dopadom na starostlivosť o pacienta.

Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov tejto prehľadovej štúdie by sa mala ďalšia pozornosť v súvislosti s expozíciou simulácii (úroveň, frekvencia simulácií a pod.) sústrediť na pozorovanie, porovnanie a objasnenie hladiny stresu, úzkosti a sebadôvery študentov v laboratórnych podmienkach a následne v reálnych klinických podmienkach po absolvovaní vyučovacích jednotiek založených na simuláciách.

V podmienkach SR, predovšetkým kvôli vyššie spomínaným prekážkam, však absentujú štúdie, ktoré by overovali dopad edukačného procesu využívajúceho ľudské simulátory na psychomotorickú, kognitívnu a afektívnu doménu učenia u študentov ošetrovateľstva na pregraduálnom i postgraduálnom stupni vzdelávania. Overenie spomínaného edukačného procesu by malo byť v našich sociálnych a kultúrnych podmienkach komplexné.

Vzhľadom na optimalizáciu nákladov (v súvislosti s nákupom moderných technológií, didaktických pomôcok a prostriedkov, rôznych simulátorov, zdravotníckych pomôcok a prístrojov, vytváraním autentického prostredia) vidíme jednu prístupnú cestu vo vytváraní centrálnych simulačných centier, napr. na základe vzájomnej spolupráce medzi vzdelávacou inštitúciou a zdravotníckym zariadením (resp. zariadeniami), kde prebieha výučba. Vzdelávanie zdravotníckych profesionálov by mohlo byť realizované na všetkých stupňoch vzdelávania, a to zvlášť v jednotlivých študijných programoch alebo interdisciplinárne.

Záver

Kvalitné vzdelanie je nesporne rozhodujúcim zdrojom budúceho rozvoja, prosperity a konkurencieschopnosti krajiny. Súčasná informačná explózia inovácií, vedecko-technický rozvoj, problémy konkurencieschopnosti na trhoch práce, medzinárodná mobilita osôb a iné faktory ovplyvňujú i zmeny vo vzdelávaní. Implementácia simulačných metód do výučby v lekárskejších i nelekárskych študijných programoch sa stáva sľubnou vyučovacou stratégiou. Simulačné metódy poskytujú štandardizáciu klinickej situácie, umožňujú študentom aplikovať vedomosti, schopnosti a praktické zručnosti, rozvíjajú kritické myslenie, klinické rozhodovanie, poskytujú okamžitú spätnú väzbu, zlepšujú komunikáciu a spoluprácu v multidisciplinárnom tíme a v neposlednom rade zvyšujú ich sebadôveru a spokojnosť s vyučovaním.

Použitie ľudských simulátorov v edukačnom procese sa javí ako efektívna stratégia vzdelávania. Vyžaduje si však značné investície do moderných technológií, prostredia a prípravy pedagógov a ďalších zamestnancov. Rovnako dôležité je aj overenie ich výhod a nevýhod, predovšetkým v našom sociálno-kultúrnom prostredí.

Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu: *Inovácie pre vedomostnú spoločnosť (IRES)*, ITMS kód projektu: 26110230075.

Zoznam bibliografických odkazov

- AEBERSOLD, M. – TSCHANNEN, D. 2013. Simulation in Nursing Practice: The Impact on Patient Care. In *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [online], 2013, vol. 18, no. 2, manuscript 6. [cit. 2015-11-27]. Dostupné na internete: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Simulation-in-Nursing-Practice.html>.
- ATHUR, C. – KABLE, A. – LOVETT-JONES, T. 2011. Human patient simulation manikins and information communication technology use in Australian schools of nursing: a cross-sectional survey. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2011, vol. 7, no. 6, pp. e219-e227.
- BLOOM, B. S., – ENGELHART, M. D., – FURST, E. J., – HILL, W. H., – KRATHWOHL, D.R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay Company, 1956.
- BRISTOL, T. J. – ZERWEKH, J. 2011. *Essentials of e-learning for nurse educators*. Philadelphia: Davis Company, 2011. 346 p.
- BUTLER, K. W. – VELTRE, D. E. – BRADY, D. 2009. Implementation of active learning pedagogy comparing low-fidelity simulation versus high-fidelity simulation in pediatric nursing education. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2009, vol. 5, no. 4, pp. e129-e136.
- CANT, R. P. – COOPER, S. J. 2010. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. In *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 1, pp. 3-15.
- FISHER, D. – KING, L. 2013. An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. In *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 11, pp. 2375-2388.
- KHALAILA, R. 2014. Simulation in nursing education. In *Nursing Education Today*, 2014, vol. 34, no. 2, pp. 252-258.
- LAPKIN, S. – LEVETT-JONES, T. – BELLCHAMBERS, H. – FERNANDEZ, R. 2010. Effectiveness of patient simulation manikin in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: a systematic review. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2010, vol. 6, no. 6, pp. e207-e222.
- MARAN, N. R. – GLAVIN, J. R. 2003. Low- to high-fidelity simulation – a continuum of medical education? In *Medical Education*, 2003, vol. 37, Suppl. 1, pp. 22-28.
- MCCAUGHEY, C. S. – TRAYNOR, M. K. 2010. The role of simulation in nursing education. In *Nursing Education Today*, 2010, vol. 30, no. 8, pp. 827-832.
- MCGRATH, M. – LYG, C. – HOURICAN, S. 2012. From the simulation lab to the ward: preparing 4th year nursing students for the role of staff nurse. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 7, pp. e265-e272.
- MEGEL M. E. – BLACK, J. – CLARK, L. – CARSTENS, P. – JENKINS, L. D. – PROMES, J. – SNELLING, M. – ZANDER, K. E. – BREMER, A. – GOODMAN, T. 2012. Effect of high-fidelity simulation on pediatric nursing students' anxiety. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 9, pp. e419-e428.
- MIERTO VÁ, M. – LEPIEŠOVÁ, M. (2013). Innovative teaching methods in the professional training of Nurses – simulation education. In *Mefanet Journal*, 2013, vol. 1, no. 2, pp. 55-60.
- NEMCOVÁ, J. Plánovanie, realizácia a hodnotenie edukácie v ošetrovateľstve. In NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. et al. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 178-194.
- NORMAN, J. 2012. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. In: *The ABNF Journal*, 2012, vol. 23, no. 2, pp. 24-28.
- OH, P.-J. – KYEONG, D. J. – KOH, M. S. 2015. The effects of simulation-based learning using standardised patients in nursing students: a meta-analysis. In *Nursing Education Today*, 2015, vol. 35, no. 5, pp. e6-e15.
- POKORNÁ, A. Zdroje edukácie pacientu na internetu a e-learningové stratégie v edukácii pacientů. In NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. et al. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 195-218.
- SHIN, S. – PARK, J.H., – KIM, J.H. 2015. Effectiveness of patient simulation in nursing education: a meta-analysis. In *Nursing Education Today*, 2015, vol. 35, no. 1, pp. 176-182.

SKIBA, D. J. – CONNORS, H. R. – JEFFRIES P. R. 2008. Information technologies and the transformation of nursing education. In *Nursing Outlook*, 2008, vol. 56, no. 5, pp. 225-230.

ŠUŠOL, J. – HRDINÁKOVÁ, L. – RANKOV, P. *Informačné a komunikačné technológie vo vzdelávaní*. Bratislava: Stimul, 2005. 153 s.

TITZER, J. L. – SWENTY, C. F. – HOEHN, W. G. 2012. An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students. In *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, vol. 8, no. 8, pp. e325-e333.

TOSTERUD, R. – HEDELIN, B. – HALL-LORD, M. L. 2013. Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. In *Nurse Education in Practice*, 2013, vol. 13, no. 4, pp. 262-270.

TUREK, I. *Didaktika*. Bratislava: Wolters Kluwer, s.r.o., 2014. 618 s.

WEAVER, A. 2011. High-fidelity patient simulation in nursing education: an integrative review. In *Nursing Education Perspectives*, 2011, vol. 32, no. 1, pp. 37-40.

YUAN, H. B. – WILLIAMS, B. A. – FANG, J. B. 2012. The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. In *International Nursing Review*, 2012, vol. 59, no. 1, pp. 26-33.

ZENDEJAS, B. – BRIDGES, R. – WANG, A. T. – COOK, D. A. 2013. Patient outcomes in simulation-based medical education: a systematic review. In *Journal of General Internal Medicine*, 2013, vol. 28, no. 8, pp. 1078-1089.

Kontakt

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, LF UPJŠ

Trieda SNP 1

040 01 Košice

Slovensko

E-mail: maria.sovariova.soosova@upjs.sk

Prijaté: 28. 1. 2016

Akceptované: 1. 3. 2016

Respekt, autonómie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti

Petrovicová Eva, Marie Trešlová

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Abstract

PETROVICOVÁ E. – TREŠLOVÁ, M. Respect, autonomy and identity of patient as a basic component to retain human dignity. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 19-25. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>.

Aim: We investigated to what extent nurses find the possibility of retraining patient autonomy, intimacy and support of human dignity in hospital setting. We also investigated whether today's nursing (provided nursing care) fulfills patient right for human dignity from patient point of view.

Method: The survey used qualitative research by the use of half structured interviews with nurses and patients from surgical and long term patient wards (LTPW). The interviews were held in January 2015 in South Bohemian hospital in Ceske Budejovice. The research population comprised of 10 general nurses out of which were 5 from surgical ward and 5 from (LTPW). Out of 20 respondents patients were 10 from surgical ward and 10 from (LTPW). Respondent selection was random and participation was voluntary. Six questions for nurses were focused on their opinion about patient autonomy assurance, dignity care, and obstacles which hinder that. Seven questions for patients inquired their opinion about possibilities for decision making about care, and experiences how is expressed dignity and assured intimacy to them. Data were recorded, rewrote with method "pencil paper", and concepts were made according Grounded theory analyses.

Results: Expressions of nurses from surgical ward show assurance of higher measurement of patient autonomy, intimacy and human dignity support in contradiction of nurses from LTPW. This status is influenced by the number of personnel, status of patients in general and space possibilities. Most of patients are at least aware of the decision making possibility even in the circumstances when all the initiative is left to the doctor especially on LTPW. Intimacy assurance patients perceive positively.

Conclusion: Today's nursing fulfills the patient right for human dignity expressed with autonomy and intimacy probably on average level. We see the possibility for quality improvement of provided nursing care to patients not only with high tech equipment and modern aids. It is necessary to be aware all the time that especially the man with all its human needs is the center of our concern. The assurance of autonomy, intimacy and human dignity support is not possible to do with the perfect devices without human approach and understanding of the man on the base of professional communication. The communication is needed not only to know and be skilled to apply it but also to have conditions for its realization.

Keywords: autonomy, dignity, intimacy, patient, nurse, nursing care, communication

Úvod

Lidé mají potřebu, aby jim bylo nasloucháno, aby byla vyslechnuta a nadále přijata jejich přání, a tím byla zachována lidská důstojnost (Venglářová, Mahrová, 2006). Aby tato potřebu byla uspokojena, musíme se naučit naslouchat a všimát si mnohem více projevů pacienta a efektivně na ně reagovat. Právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovateľského týmu (Jo, Doorenboos, 2009). Znehodnotit lidskou důstojnost lze i „skutky“ menšími, drobnými. Člověka můžeme devalvovat tím, že jej přehlídíme, děláme, že ho nevidíme či ignorujeme, tak, že komunikace probíhá za nepřítomnosti očního kontaktu, či není ctěn osobní prostor, názor, zkušenost, rozhodování člověka. Tam, kde je člověku odepřen prostor k rozhodování či řízení dění kolem něho, nastává pro něj zcela význačně obtížná situace. Je tomu tak především tehdy, kdy očekává příliv nekontrolovatelných negativních podnětů, kdy je na něj vyvíjen tlak a kdy zároveň zaznamenává mnoho distresových faktorů. Naopak jeho psychický stav se zlepšuje v momentě, kdy má možnost něco sám řídit (Křivohlavý, 2002). Scott (2003, s. 29) autonomii neboli svébytnost, nezávislost, funkční schopnost definuje jako „schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ“. Tato lidská funkce se týká oblasti fyzické stejně jako psychické. Tak jak se rozvíjela věda a technika i psychologie jako věda, docházelo ke změně společnosti a začal být kladen větší důraz na lidské potřeby. Sestry začaly využívat holistický přístup ve snaze o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka (Mastiliaková, 2007). To znamená, že by sestry měly mít neustále na mysli to, že člověk není pouze souhrn orgánů a funkcí, se kterými se jedná jako se stroji. Ale i to, že má i složku afektivní a pocitovou, která vnímá veškeré chování a přístup zdravotnického personálu k němu samému. Lidskou důstojnost a aspekty s ní spojené (v našem případě respekt, autonómie, intimita) častěji vidáme v literatuře, bohužel u lůžka nemocného je opomíjena a do každodenního života nevtahována (Svobodová, Šimek, 2006). V ošetrovateľských modelech i v ošetrovateľském procesu se s těmito potřebami nezřídka setkáváme. Jejich saturace nebo

neporušování by měla být samozřejmou náplní práce sestry (Tomey, Alligood, 2006; Tóthová, et al., 2014). „Ošetrovateľská praxe je zvláštním prejavom vzťahu „existence s někým, do kterého sestra vnáší „světlo“ s cílem rozvoje hodnoty života lidí a skupin“ (Pavlíková, 2006, s.76). Sestra v interakci s nemocným aktivně naslouchá jeho slovům, ale také jeho „tichu“. Ošetrovateľský proces je ovlivněn vnitřním zosobněním a kulturní úrovní sestry, a to jejími vedomostmi, moudrostí, zájmem a citlivostí (Pavlíková, 2006). V takovomto vzťahu sestra – pacient lze podporovat důstojnost a pacient může vnímat pohodlí a cítit se dobře. Přesto, že problematika partnerského vzťahu se v České republice řeší již od 90. let 20. století (Haškovcová, 2010; 2002), se stále jen obtížně do praxe implementuje. Důvodem může být potřeba změny myšlení v souvislosti s politicko-ekonomickou historií země. Ale rozvoj partnerství ve zmíněném vztahovém procesu nahrává na zlepšení péče jako takové, pacient již není pouze pasivní účastník na péči, ale je partnerem zdravotnického personálu (Bártlová et al., 2010). K saturaci uvedených potřeb, navození a udržení pozitivního a vstřícného pocitu je nezbytné používat efektivní komunikační verbální i neverbální dovednosti – intervence. Ke zvýšení úrovně kvality poskytované ošetrovateľské péče a možného uvědomění si, že středem zájmu stále zůstává člověk se všemi lidskými potřebami je vhodná identifikace a eliminace překážek v interakci sestra – pacient. Tím by se zvýšila nejen úroveň péče, ale i její profesionalita a image.

Cíl

Zjistit do jaké míry sestry shledávají možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí. Druhým cílem jsme zjišťovali, zdali současné ošetrovateľství (poskytovaná ošetrovateľská péče) naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost z pohledu pacientů.

Metodika

Byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s kvalifikovanými sestrami. S ohledem na zvolené cíle ale hlavně z důvodu hodnocení kvality ošetrovateľské péče je důležitý nejen názor sester, které péči poskytují a vnímají ji ze svého pohledu, často rutinně, je vždy podstatné zjistit, zda tuto péči stejně hodnotí pacienti, tedy příjemci péče. Šest otázek pro sestry bylo zaměřeno na jejich názor na zajištění pacientovy autonomie, důstojné péče, vyjadřování respektu a na překážky, které autonomii, důstojnost a intimitu omezují či brání. Sedm otázek pro respondenty pacienti zjišťovalo jejich názor na možnost rozhodovat o péči a léčbě, na zkušenosti, jak je jim vyjadřována důstojnost a zajišťována intimita. Rozhovory byly zaznamenávány dvojím způsobem, a to za pomoci diktafonu následně písemného záznamu. Poté probíhal doslovný přepis informací do programu Microsoft Office Word 2007. Z odpovědí sester byly vytvořeny metodou „tužka papír“ koncepty autonomie, respekt, intimita, překážky zajištění intimity, důstojná péče, překážky důstojné péče. Z odpovědí pacientů byly vytvořeny koncepty autonomie, možnost vyjádření vlastního názoru, představa o důstojné péči, zkušenosti se zajištěním a podporou důstojnosti, způsoby vyjádření podpory lidské důstojnosti, dodržování intimity, překážky v zajištění intimity a soukromí. Výzkumné šetření probíhalo na akutních lůžkách (CHIR) v porovnání s dlouhodobými lůžky (ONP). Výzkumný soubor byl tvořen 5 kvalifikovanými sestrami a 10 pacienty z CHIR a 5 kvalifikovanými sestrami a 10 pacienty z ONP. Pacienti stejně jako sestry před zahájením rozhovorů vyjádřili svůj souhlas podílet se na šetření. Jiná vyřazovací kritéria nebyla určena.

Výsledky

Autonomie

Sestry z CHIR se domnívají, že se již pacienti v dnešní době o péči a léčbě rozhodují dostatečně „Možnost zachování pacientovy autonomie u nás existuje, když si pacienti přejí zavolat lékaře, zavoláme ho, i jídlo si mohou vybírat, mají na výběr.“ Naopak sestry z ONP hovoří o nadřazenosti lékaře nad pacientem „Není moc možné zachovat pacientovu autonomii, hlavně na našem oddělení, ještě to u nás není tak zvládnuté, provádí se to stále po staru.“ „Pacient by měl více rozhodovat“ Představovaly by si „pro pacienty lepší možnosti“. Pacienti z CHIR a ONP si uvědomují existenci možnosti rozhodování se o péči. Ovšem někteří přenechávají iniciativu na lékařích. Pacienti na CHIR ve většině případů shledávají možnost vyjádření vlastního názoru, zůstává však otázka, zdali bude vyslyšen. Rozdíl byl shledán v názoru některých pacientů z CHIR, kteří v ČR nevnímají možnost rozhodovat se. Jiná situace nastává u pacientů ONP, kdy většina přenechává veškeré rozhodování a iniciativu na lékaři. „Já se moc nevyptávám, nechávám to plně na lékaři.“

Respekt – důstojnost

Sestry z CHIR a ONP shledávají podstatu důstojné péče ve vstřícném a laskavém přístupu a stejně tak v zajištění klidného prostředí. „Důstojná péče by měla být taková, ve které by se pacient cítil dobře a nebyl v rozpacích.“ „... měla by sestra vystupovat důvěryhodně, nemluvit sprostě, nerozebírat osobní věci.“ Sestry z CHIR vidí význam ve splnění očekávání a přání pacientů. Na ONP ovšem zazněl názor, že důstojná péče probíhá pouze v hospici. Sestry (CHIR, ONP) vyjadřují respekt a uznání tím, že pacienti „informují, vstřícně k nim přistupují a usmívají se“. Sestry z CHIR navíc zmiňují, že pacientům „naslouchají“. Sestry z ONP dále vyjadřují respekt a uznání pacientům individuálním přístupem se zajištěním bezpečí a výslovně v péči zdůrazňují zákaz tykání. Pacienti (CHIR, ONP) si pod pojmem důstojná péče představují „lidský a informovaný přístup

a práve tu péči, ktorá je jim poskytovaná na daných oddeleniach“. Pacienti z CHIR si ji dále predstavujú jako péči založenou na úsměvu, zájmu a soukromí, za zavřenými dveřmi. Na ONP zazněla výpověď, která tvrdí, že je důstojná péče prováděna hodnými sestrami, a ta, která dává na výběr. Pacienti (CHIR, ONP) za stěžejní uvádí humánní přístup, přičemž pacienti z CHIR navíc zmiňují podporu s ohledem na svá přání a potřeby. Na obou odděleních je za prvek podpory důstojnosti vnímán úsměv. Pacienti z ONP však dále zmiňují naslouchání a zájem. Na CHIR je za způsob vyjádření lidské důstojnosti považována možnost výběru. Pacienti (CHIR, ONP) ve většině případů uvádí pouze dobré zkušenosti s důstojnou péčí. Ale pacienti z CHIR uvádí jako zkušenost s uchováním a podporou důstojnosti nedostatek času ze strany personálu. „Je to tu hrozně rychlé, spíše zaměřené na výkony.“

Intimita

Sestry z CHIR by si představovaly zlepšení stávající situace, co se týká způsobů zajišťování intimity v péči. Realizují zajištění intimity žádostí ostatních osob o opuštění pokoje s tím, že to v praxi moc nefunguje. Na obou odděleních se snaží zajišťovat intimitu především minimalizací odkrývání pacientů. Sestry z ONP vyhoví žádosti pacientek, které si nepřejí být ošetřované personálem mužského pohlaví, a též vnímají jako problematické velikosti pokojů pro větší počet pacientů. Pacienti (CHIR, ONP) se shodují pouze na dobrých zkušenostech s dodržováním soukromí a intimity. Pouze někteří pacienti z ONP zmiňují nedostatek intimního prostoru. „Každý s příchodem do nemocnice počítá předběžně s tím, že bude muset být odhalen.“

Překážky bránící v možnosti zajištění intimity

Sestry (CHIR, ONP) hodnotí množství pacientů na pokoji a pootevřené dveře jako překážky bránící v možnosti zajištění intimity. Sestry z ONP dále zmiňují nedostatek intimního prostoru okolo pacientů. Na CHIR zazněl též názor, že překážkou může být i vnímání nahoty jak lékařem, tak samotným pacientem. Většina pacientů z CHIR však nevnímá překážky v zajištění intimity, spíše již s příchodem do nemocnice počítá s nižší úrovní intimní zóny. Pacienti z ONP uvádí „velké množství dalších hospitalizovaných na pokoji“. Pacienti z CHIR dále mezi překážky uvádí možný „únik informací“ či „nevhodné uložení pacientů“. Pacienti z ONP poukazují na možnou překážku v zajištění intimity, a to „narušení vztahu sestra – pacient“.

Diskuse

S lidskou existencí úzce souvisí lidská důstojnost. Ne vždy a ne na všech pracovištích, se setkáváme s chováním, které respektuje lidskou hodnotu. Domníváme se, že velkou měrou záleží na samotných sestrah, jak se pacienti v nemocničním prostředí cítí. Rovněž Jo a Doorenboos (2009) usuzují, že právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Postačí pouze malé gesto, kterým může navázat vzájemný vztah s pacientem s cílem rozvíjet jeho vlastní hodnoty. Parseová ve svém modelu „teorie lidského bytí“ uvádí roli sestry, která pacienta vede a „vnáší světlo“ do jeho cesty (Pavlíková, 2006) tím, že je pozornou, naslouchající a inspirující osobou.

Jedním z aspektů lidské důstojnosti je důstojnost osobní identity - sebeuvědomování, která je však nejvýznamnější právě ve spojitosti se staršími osobami. Proto byl vybrán výzkumný vzorek pro výzkumné šetření na ONP. Výzkumné šetření zároveň probíhalo na CHIR. Proč tyto dvě diametrálně se odlišující oddělení, a to nejen svými specifiky? Pravděpodobně z důvodu předpokládaných odlišných názorů všech zúčastněných na problematiku lidské důstojnosti v souvislosti s autonomií, uchováním soukromí a intimitou a ve vztahu s akutností stavu, chronicitou onemocnění, věkem, dobou hospitalizace, aktivizací a podporou soběstačnosti. Oblastí našeho zájmu ve výzkumném šetření tedy byl koncept soukromí a intimity.

Hrůzová (2008) uvádí intimitu jako stěžejní atribut lidské důstojnosti. Ptáme se: „Proč právě intimita?“ Možná proto, že je intimitou myšleno překročení hranic, za nimiž se nacházejí výsostné, tedy privátní zóny jedince, jak uvádí Vymětal (2003). V tomto ohledu je pro nás velice překvapující odpověď pacienta z CHIR, který říká: „Každý s příchodem do nemocnice počítá předběžně s tím, že bude muset být odhalen“. Zanedbali jsme snad „výchovu“ k intimitě již v počátcích nebo bude potřeba pacienty vést k většímu důrazu na zachování intimity? Je nutné však zdůraznit, že téměř všichni pacienti uváděli kladné zkušenosti s uchováním soukromí a stejně tak zmiňovali snahu sester o zachování intimity. Sestry z ONP shledávají zavírání dveří a snížené odkrývání jako nejdůležitější činnost v uchování soukromí. Sestry z CHIR a pacienti z ONP si stěžují na velký počet pacientů na pokoji. Na ONP je hospitalizováno i pět pacientů na pokoji. A právě intimita úzce souvisí s identitou člověka. Ztráta identity s sebou může nést ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty (Nakonečný, 2000). Proto je více jak nutné dodržovat veškeré zásady respektování soukromí, lidské intimity a pomyšlet, jak nejlépe pacienta „ochránit“ před okolím.

Zabývali jsme se pohledem zúčastněných na možnost pacientovy autonomie, a to možností pacientů zasahovat a rozhodovat o průběhu péče. Náš názor je, aby péče mohla být alespoň z části považována za důstojnou, měla by dávat možnost výběru, nabízet možnost rozhodovat se, stejně jako tvrdí R. R. Parseová, která předpokládá, že každá osoba má právo rozhodovat se (Pavlíková, 2006). V souvislosti s právem jednání dle vlastní vůle většina sester z CHIR naznačila, že se pacienti v dnešní době již rozhodují dostatečně. Sestra z CHIR konstatuje: „Možnost zachování pacientovy autonomie u nás existuje, když si pacienti přejí zavolat lékaře, zavoláme ho, i jídlo si mohou vybírat, mají na výběr.“ Domníváme se, že v této péči, kde se pacient neobává cokoliv říci a cítí se dobře, můžeme očekávat pozitivní vývoj zdravotního stavu.

Křivohlavý (2002) v knize Psychologie nemoci uvádí, že možnost něco sám řídit, vede ke zlepšení psychického stavu. V péči, která pacientovi nabízí možnost rozhodování se a zároveň být rovnocenným partnerem zdravotnického personálu, můžeme očekávat naplnění pacientových potřeb, prostřednictvím kterých může mít pocit komfortu, jistoty a bezpečí. Tzv. teorií komfortu se zabývala Katharine Kolčaba, která přemýšlela a hledala způsob, který zajistí lidským bytostem psychický klid a pohodlí (Tomey, Aligood, 2006). Vztah, o kterém výše zmíněná sestra hovoří, však značí, že zúčastnění na péči jsou ve vztahu partnerské. Vztahu lékař – pacient obecně rozumíme jako soubor sociálních podmínek a způsobů jednání, který vzniká při vzájemném působení k předmětu své činnosti (Bártlová, 2005). Protože i sestra a pacient na sebe vzájemně působí, není důvod se domnívat, že by to v tomto vztahu mělo fungovat jiným způsobem. Na způsob jednání si stěžují pouze dva pacienti z CHIR. Konkrétně uvádějí, že možnosti pacienta rozhodovat se mnohokrát nejsou. Dále doplňují: „*Tady v ČR jako trend je, že péče je přesně dána, ani možnost výběru není, a pokud se člověk neozve, podporu od zdravotníků nemá*“. Po této výpovědi nás napadají otázky: „Proč právě tato odpověď? Hovořil tento pacient v afektu? Má snad špatnou zkušenost?“ Pacienti z CHIR oddělení naznačují povědomí o možnosti rozhodování, i to, že jsou si vědomi této možnosti, ale často spíše přenechávají veškerou iniciativu na lékaři z důvodu neznalosti medicíny. Jako velké plus vnímáme, že pacienti zmiňují možnost rozhodování a výběru, podobně jako Scott, (2003) a také řídit a ovlivňovat způsob svého každodenního života dle vlastních pravidel a představ. Výpovědi na ONP se výrazně lišily od výpovědí, které zazněly na CHIR. Rozdíl byl jak ve vnímání autonomie pacientů sestrami, tak samotnými pacienty. Sestry z ONP se shodly na nemožnosti zachování pacientovy autonomie. To znamená, že jsou v nesouladu s výrokem Hartla a Hartlové (2009), kteří popisují autonomii jako rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost a stejně tak si zvolit nečinnost. Výpověď sestry z ONP: „*Není moc možné zachovat pacientovu autonomii, hlavně na našem oddělení, ještě to u nás není tak zvládnuté, provádí se to stále po staru*“. Nabízí se otázka, zdali máme této interakci porozumět jako vztahu, kde informace směřují od personálu k pacientovi a kde není prostor pro dialog. To bychom však hovořili o paternalistickém vztahu, který sestry z ONP ve svých výpovědích naznačují.

Též Raudenská s Javůrkovou (2011) hovoří o paternalistickém vztahu jako o vztahu, který vyžaduje pacientovu poslušnost, přičemž komunikace probíhá pouze jedním směrem, a to formou instruování a výčtu informací. Lékař bez pacienta rozhoduje o diagnostice i léčbě a v neposlední řadě neuznává hlubší osobní vztah s pacientem. Ptáček s Bartůňkem (2011) konstatují, že partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevylučuje poskytnutí rad váhajícímu nemocnému. I v této formě vztahu je nezbytné, aby lékař použil svůj odborný přesah a partnersky poradil. Pohled sestry z oddělení následné péče: „*Představovala bych si pro pacienta lepší možnosti. Pacient by měl více rozhodovat a lékař více vysvětlovat a edukovat. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevnímám*“. Přitom nás napadá otázka, zdali je možné, že je tento vztah, kdy probíhá komunikace pouze jedním směrem, a to prostřednictvím výčtu informací, realizován i v interakci sestra – pacient. Za závažnější výrok však považujeme výpověď též sestry z ONP, která hodnotí: „*Pacient se bojí rozhodovat, aby nerozzlobil lékaře*“. Můžeme zde identifikovat strach z lékaře a jeho autority či zdánlivé nedostupnosti? Zajímavým a zároveň pochopitelným faktem, který uvádí Čeledová s Čevelou (2010) je ta skutečnost, kdy pacienti upřednostňují lékaře, kteří nejsou ani tak zruční nebo medicínsky zdatní, ale především ty, kteří prostřednictvím komunikace navíc dokážou vytvořit pocit důvěry a bezpečí. Je v našem případě problém v komunikaci? Pomohla by změna systému? Jak řešit tento strach vnímaný pacienty? Ani odpovědi pacientů bohužel nevyvrací tvrzení sester, vyjma třech z deseti pacientů, kteří rozhodují o průběhu péče a do péče zasahují. Otázkou však zůstává, zdali prozradili to, co měli opravdu na srdci. Zbývá většina pacientů z ONP reflektuje možnost rozhodování se, přičemž ji však nevyužívá a veškerou iniciativu přenechává na lékaři. Výpověď: „*Já se moc nevyptávám, nechávám to plně na lékaři*“, lze vnímat jako nejistotu, strach nebo náznak přístupu, který se snaží neobtěžovat personál.

Ve spojitosti s názory pacientů z ONP se domníváme, že pacienti, především staršího věku, pocítují v cizím prostředí nejistotu a přirozeně upadají do role pasivního účastníka na péči. Hospitalizaci, bez ohledu na onemocnění, vnímá Zacharová a kol. (2007) jako zásah do způsobu života, který člověk prožívá vždy nepříjemně. V souvislosti s umístěním do nemocnice a tímto nepříjemným pocitem je možné, že si pacienti nepřejí vyjadřovat své názory a tím vystupovat jako aktivní účastníci na péči. Proto, abychom co nejvíce minimalizovali nelibé pocity, je žádoucí s pacienty vytvářet profesionální vztah, který se zakládá na uctívém a hodnotu vnímajícím chování.

Zabývali jsme se pohledem zúčastněných na další termín a to důstojnost. Jak by dle respondentů měla důstojná péče vypadat? Sestry z CHIR si ji představují jako „*laskavou a vnímavou péči*“. Svatošová (2011) popisuje laskavou péči ústy jednoho z umírajících pacientů, který ji vnímá jako péči uchováující a dávající lásku druhému. Hovoří právě o těch zdravotnících, kteří vědí, že umírají, ale přesto za ním přijdou, že se o něj starají jako o individualitu, do péče zahrnují také rodinu, zajímají se o minulost stejně tak jako o jeho budoucnost, vzpomenou si na maličkosti, které mu jsou milé, nesoustředí se na jeho náladu, ale na jeho osobu a též se dokážou smát a být šťastní při takto těžké práci. Tak se pacient cítí v bezpečí a ví, že zvládne i okamžik smrti, až přijde. Dále si však důstojnou péči představují jako péči, která plní přání pacientů, o všem, co bude následovat, je informuje a snaží se minimalizovat bolest samotných pacientů. Výpovědi sester z CHIR shledáváme příznivými, především zaměřenými na „*splněná přání pacientů*“ vidíme jako velký přínos jak pro samotné pacienty, celé zdravotnické zařízení, tak i pro sestru, která se díky kreativnímu myšlení, jak nalézt způsob pacientova uspokojení, rozvíjí. Sestry z ONP vidí důstojnost především v „*laskavém a slušném přístupu*“. Nelze opomenout názory pacientů, které se ve většině případů shodovaly s výpověďmi sester. Jen v ojedinělých případech můžeme konstatovat rozdíly. Pacient z CHIR se domnívá, že neodmyslitelnou součástí důstojné péče „*je úsměv*“. Úsměv v pacientovi vytváří pocit, že je někým pozitivně vnímán. Pacient se poté cítí dobře a příznivě. Jiráček (2009), který se zaměřuje na demenci a jiné poruchy paměti, také uvádí účinky úsměvu. Stejně tak sestra z ONP míní: „*Důstojná péče by měla být taková, ve které by se pacient cítil dobře a nebyl*

v rozpacích“. Při takovémto jednání je možné pomýšlet na deliberativní přístup, o kterém Orlandová hovoří ve svém modelu, který je nadstavbou automatického jednání s pacientem a „dává“ něco navíc (Pavlíková, 2006). V opačném případě však může pacient reagovat negativně. Znevážit pacientovu důvěru, potažmo lidskou důstojnost můžeme bohužel i malými na první pohled nepodstatnými „skutky“. Člověka lze ponížit například tím, že jej přehlídíme, ignorujeme a komunikujeme bez očního kontaktu (Jiráček, 2009), nebo nekomunikujeme vůbec. Znamená to tedy nezapomínat na to, že jsme neustále pod dohledem pacienta. Vnímá naši nepozornost, předstírání a je pro něj snadné poznat, zda se snažíme ho opravdu pochopit či mu porozumět (Svatošová, 2011). Hovoříme-li o pojmu respekt, musíme mu správně porozumět. To znamená především dvě věci: chovat se k lidem tak, aby to nezraňovalo jejich lidskou důstojnost (Kopřiva, 2008). Dále Kopřiva (2008, s. 14), uvádí základní vodítko, kterým je „nedovolit si k nim nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám“. Stejně tak sestra pracující na ONP: „V podstatě je to o tom přístupu tak, aby s tím člověkem bylo zacházeno tak, jak si každý z nás přeje, abychom s ním nezacházeli jako s kusem hadru.“ Domníváme se však, že ne každá sestra si v nemocničním lůžku dokáže představit či představuje sebe nebo své blízké a jedná tak, jak by se to nelíbilo ani jí samotné. Toto vyjádření považujeme za stěžejní aspekt poskytování humánní čili důstojné péče. Též pacient z ONP popisuje: „Když se mnou někdo slušně jedná, tak já musím slušně jednat s ním.“

Další věc, kterou Kopřiva (2008) uvádí, je, že musíme přijmout fakt, že každý jedinec má jiný vkus, jiné nadání, chutná mu jiné jídlo, uznává jiné názory a liší se v mnoha věcech, aniž by byl horší nebo lepší než ostatní. Být respektován by si přál každý jedinec, jelikož tato potřeba patří mezi základní lidské. Sestra z CHIR uvádí: „Aby pacient cítil uznání a respekt v péči, měla by sestra vystupovat důvěryhodně, nemluvit sprostě, nerozebírat osobní věci.“ My se však domníváme, že vyjádřit uznání a respekt zaujímá mnohem hlubší význam a protože jde o potřebu vrozenou, respekt by neměl být ničím podmiňován. Nelze tedy říci: „Budu Tě respektovat, protože...“ (Kopřiva, 2008). Dle našeho názoru by měla být každá interakce sestry – pacient založena právě na základě úcty, ať už se v danou chvíli chová pacient jakkoliv. Úctu bychom měli projevovat za jakýchkoliv podmínek. Sestra z ONP říká: „Vždycky si zachovat pevné nervy a nenechat se vytočit, to se nám stává často, že jsou pacienti vulgární, tak ani v tom případě nesmíte.“ Je velice náročné udržet i přes takovéto chování uctivý odstup, my bychom však jako všeobecné sestry měly chápat souvislosti a profesionální přístup zachovávat. Jako zajímavý poznatek hodnotíme výrok, který uvádí Kopřiva (2008), a to, že člověk vyjádří uznání tím, že je ochoten věnovat čas druhým. Bohužel v této oblasti je shledán stěžejní problém všemi účastníky výzkumného šetření.

Pacient z CHIR upozorňuje: „Je to tu hrozně rychlé, spíše zaměřené na výkony.“ Dále sestra ze stejného oddělení uvádí: „Když máme velkou operativu pacientů, tak je tu pak jen jedna sestřička na noc. Pacient zrovna nařká, jiný si chce povídat, to prostě nejde, je to velká časová tíseň.“ Z těchto slov lze vnímat spěch, obavy a nejistotu jako překážku k zajišťování důstojné péče. Sestra uvádí, že se někdy stává to, že se pacientům věnovat prostě nemůže. Toto zjištění je přímo zarážející, a to vše navíc při vědomí toho, že Plevová (2011) za nezbytnou součást péče považuje právě dostatek času. Ptáme se tedy: „Z jakého důvodu nastává takováto časová tíseň? Může za to systém či nedostatečný počet personálu?“ Sestra z ONP objasňuje: „Máme zde 50 lůžek, kdy přes den jsou na oddělení dvě sestry a dvě staniční sestry plus sanitářky. Na noc jsou dvě sestry a jedna sanitářka, což si myslím, že je na 50 lidí strašně málo, nezbývá na pacienty čas.“ Tento stav bychom mohli považovat za alarmující. Marková (2012) uvádí jako optimální počet nelékařského personálu v denní službě poměr 1: 3 k počtu pacientů. Gallagher (2004) považuje právě dostatek času jako příležitost k zjištění, jaké svěřená osoba vyznávala a vyznává hodnoty, jaké měla a má ideály, předsudky a osobní etiku a především jaká je její minulost. Rádi bychom uvedli zkušenost pacientky z CHIR, která říká: „Jedna studentka za mnou chodila častěji. Nevím proč, ale mám jí neustále v paměti. Seděla u mě a poslouchala mé vyprávění. Já ráda vyprávím. Hovořila jsem o svém životě a o svých vnoučatech. Předávala jsem jí moudra, které by jí mohly být k užítku v svém životě.“ Pacientka jinými slovy uvedla, že jí bylo nasloucháno. Venglářová, Mahrová (2006) uvádí, že naslouchání je lidskou potřebou, která je v případě naplnění nápomocná k zachování lidské důstojnosti.

Svatošová (2011) upozorňuje na to, aby tato potřeba byla uspokojena, je nutné se naučit naslouchat a k tomu slyšet a všimnout si mnohem víc. Domníváme se, že naslouchání je uměním, které ne každý ovládne. Přičemž většinou stačí pouze snaha o naslouchání či náznak a pacient si snahy všimne. Odměnou bude tak pacient nejen vděčný, ale hlavně spokojený.

Jsme si jisti, že zachování lidské důstojnosti stejně jako identitu konkrétní osoby ovlivňuje též i správné oslovování pacienta. Plevová (2011) naráží na oslovování, jako je „dědo,“ „babi“ či za pomoci zdvořilých, které hodnotí jako nevhodné. Sestra z ONP uvádí oslovování prostřednictvím těchto výrazů jako zakázané. Pacient z ONP při dotazu, na to jakým způsobem je oslovován, odpověděl: „Oslovován jsem příjmením.“ Tyto výpovědi postačily k vytvoření představy o oslovování pacientů na ONP. Bohužel jsme mohli být svědkem toho, že někteří pacienti na jiném ONP oslovování prostřednictvím výše zmíněných zdvořilých byli. Jsme přesvědčeni o tom, že neporušitelným základem pacientova oslovování je příjmení. Za zajímavý považujeme experiment, ve kterém Zgola (2003) zjistil, že poté, co se začalo důsledně oslovovat pacienty jejich titulem, došlo k závažným změnám v běžném chování všech zúčastněných na péči. Rozšířila se příjemná společenská interakce a pacientům byla navíc připomenuta jejich identita.

Závěr

Sledování problematiky umožnilo zjistit pohled sester na možnosti zachování pacientovy autonomie, intimity, podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí a též odpovědět na to, zdali současné ošetrovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost z pohledu pacientů. Zjistili jsme, že autonomie pacientů je zachována pouze na chirurgickém oddělení.

Na oddelení následné péče pacientova autonomie zachována není, veškerá iniciativa je přenechána zdravotnickému personálu. Lidská důstojnost je podporována na obou odděleních, přičemž stěžejní překážkou je nedostatečný počet personálu a času a na oddělení následné péče dále nevhodná úprava prostor. Snaha zajišťovat intimitu a soukromí probíhá sestrami na obou odděleních, kde jsou opět vnímány překážky, a to nedostatek času, personálu a na ONP navíc mnoho pacientů na pokoji. Tímto bylo zjištěno, že současné ošetrovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost spíše na průměrné úrovni i to, že si sestry uvědomují možnosti zlepšení v této oblasti ve prospěch pacientů. Do budoucna by bylo dobré provést kvantitativní výzkumné šetření, které by zjistilo rozsáhlejší pohled sester a pacientů na možnost zachování autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí. Abychom poskytovali humánní péči, je však nutné si neustále uvědomovat, že středem péče zůstává člověk, který je nám rovný.

Seznam bibliografických odkazů

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s.
- BÁRTLOVÁ, S. – CHLOUBOVÁ, I. – TREŠLOVÁ M. 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s.
- ČELEDOVÁ, L. – ČVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126 s.
- GALLAGHER, A. 2004. Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. In *Nursing Ethics*, 2004, vol. 11, no. 6, pp. 587-599.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. 797 s.
- HRŮZOVÁ, M. *Lidská důstojnost a sestra*. České Budějovice, 2008. 111 s. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- JIRÁK, R. – HOLMEROVÁ, I. – BORZOVÁ, C. et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s.
- JO, K. H. – DOORENBOS, A. 2009. Understanding the meaning of human dignity in Korea: a content analysis. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, vol. 15 no. 4, pp. 178-185.
- KOPŘIVA, P. 2008. *Respektovat a být respektován*. Bystřice pod Hostýnem: Spirála, 2008. 286 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví: základní otázky lékařské etiky*. Brno: NCONZO, 2007. 164 s.
- NAKONEČNÝ, M. 2000. *Lidské emoce*. Český Těšín: Academia, 2000. 335 s.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 149 s.
- PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 223 s.
- PTÁČEK, R. – P. BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s.
- RAUDENSKÁ, J. – JAVŮRKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s.
- SCOTT, A. et al. 2003. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European Countries. In *Nursing Ethics*, 2003, vol. 10, no. 1, pp. 28-38.
- SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2011. 109 s.
- SVOBODOVÁ H., – J. ŠIMEK. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In *Časopis lékařů českých*. Praha: Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství 3. LF UK, 2006, s. 495-497.
- TOMEY, A. M. – ALLIGOOD, M. R. 2006. *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2006, 560 p.
- VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 397 s.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s.

ZGOLA, J. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 226 s.

Kontakt

Mgr. Petrovicová Eva

Zdravotně sociální fakulta, JU v Českých Budějovicích

U Výstaviště 26

37005 České Budějovice

Česká republika

E-mail: evap2429@gmail.com

Prijaté: 8. 2. 2016

Akceptované: 21. 3. 2016

Pády u hospitalizovaných pacientov – posudzovanie rizika

Ivana Bóriková, Martina Tomagová

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

Abstract

BÓRIKOVÁ, I. – TOMAGOVÁ, M. Inpatient falls – risk assessment. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 26-31. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/pady-u-hospitalizovanych-pacientov-posudzovanie-rizika>.

Aim: The aim of the paper is to find, to analyse and to compare guidelines and nursing standards with a focus on assessing the risk of falls inpatients/seniors.

Methods: This is a review study. Guidelines and nursing standards were searched through the websites of selected professional societies, in February 2016, using the keywords: falls, prevention, risk assessment tool, adult, older, hospital, guideline. Documents that fulfil the required criteria were analysed with a focus on the issue of assessing the risk of falling.

Results: The review includes the analysis and comparison of nine guidelines and nursing standards. Assessment the risk of falls inpatients is multifactorial. It is focused on identifying key risk factors; using a measurement tools for the screening of the overall risk of falling or specific risk factors, and other clinical and functional assessment. The most recommended screening tools include the Morse Fall Scale, Hendrich Fall Risk Model and STRATIFY. Assessment is basal for the selection and implementation of multifactorial interventions.

Conclusion: Assessing the risk of falls is a key strategy for the prevention of falls. A standardized assessment method identifies key risk factors at the individual level and to target specific preventive interventions.

Keywords: falls, inpatient, risk factors, assessment risk falls

Úvod

K najčastejším nežiaducim udalostiam v klinickej praxi, v rámci problematiky bezpečnosti pacienta, patria pády u hospitalizovaných pacientov. Hlavné rizikové faktory odrážajú množstvo determinantov, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňujú zdravotný stav pacienta. Geriatrickí a krehkí pacienti nie sú jedinou vulnerabilnou skupinou so zvýšenou náchylnosťou k pádom, pretože každý pacient bez ohľadu na vek alebo fyzické schopnosti môže mať riziko pádov v dôsledku zmien v zdravotnom stave, medikácie, diagnostických a terapeutických procedúr. Pády majú za následok rôzne zranenia (napr. fraktúry, subdurálny hematóm), ktoré komplikujú základné ochorenie, vyžadujú si ďalšiu liečbu, predlžujú pobyt v nemocnici, zvyšujú dodatočné náklady na starostlivosť, prípadne vedú k žalobe na nekvalitnú starostlivosť. Čas trvania pobytu v nemocnici v dôsledku pádov koliduje, je však oveľa dlhší ako v iných prípadoch a pohybuje sa od 4 do 20 dní. Nežiaducim následkom je aj popádový syndróm, ktorý zahŕňa závislosť, redukciu autonómie, zmätenosť, imobilizáciu, depresiu a reštrikciu denných aktivít (WHO Global Report..., 2007, s. 2). Analýza pádov s poranením podľa *The Joint Commission Center for Transforming Healthcare* odhaľuje niekoľko spoločných faktorov, ktoré zvyšujú počet pádov v nemocniciach a okrem iného k nim zaraďuje aj nedostatočné posúdenie rizík pacienta a nedodržiavanie protokolov pre bezpečnostné postupy (Preventing Fall..., 2015, s. 1). Práve posúdenie a identifikácia individuálnych ovplyvniteľných rizikových faktorov – aj prostredníctvom skríningových meracích nástrojov – uľahčuje výber a implementáciu cieľových, na dôkazoch založených, preventívnych intervencií, ktoré významne redukujú počet pádov (WHO Global Report..., 2007, s. 29, 37). *The Joanna Briggs Institute* považuje za bežné identifikovateľné prekážky „dobrej praxe“ aj nedostatočné vzdelanie zamestnancov, vrátane nedostatku vhodných edukačných zdrojov (Education a key..., 2014, s. 5).

Pre Slovenskú republiku ako členský štát Európskej únie (EÚ) sú záväzné odporúčania o bezpečnosti pacienta (Správa komisie rade, 2012, s. 4), na základe ktorých mala krajina pripraviť osobitné národné politiky týkajúce sa bezpečnosti pacientov (napr. klinické odporúčania založené na dôkazoch, akreditačné postupy, meranie kultúry bezpečnosti pacientov) a začleniť ich ako priority do svojich politík zdravotnej starostlivosti. V roku 2012 ešte problematika bezpečnosti pacientov pre všetky skupiny odborníkov na všetkých úrovniach vzdelávania začlenená nebola (Správa komisie rade, 2012, s. 6) a neboli ani vypracované a implementované bezpečnostné štandardy a protokoly pre oblasť pádov s využitím skúseností z vyspelých krajín EÚ (Commission Staff Working Document, 2012; Nagy, 2012). V roku 2014 bolo do klinickej praxe, ako minimálna požiadavka pre zavedenie systému interného hodnotenia kvality a bezpečia poskytovaných zdravotných služieb, implementované odporúčanie Európskej komisie (EK) na zriadenie systému podávania správ o nežiaducich udalostiach (Metodické usmernenie, 2014). V súčasnosti zostáva napĺňanie a implementácia odporúčaní EK skôr v rovine všeobecnej problematiky bezpečnosti pacienta (Kľúčové zistenia a odporúčania ..., 2014a; 2014b) a problematika pádov nie je systematicky riešená. V Slovenskej republike, na rozdiel od Českej republiky (Svobodová, 2013; Jarošová et al., 2014) alebo iných krajín EÚ, stále absentuje komplexný program na sledovanie a prevenciu pádov, vrátane multifaktoriálneho posudzovania, intervencií a tréningového programu pre zdravotnícky tím a aj samotných pacientov.

Cieľ

Cieľom štúdie bolo vyhľadať, analyzovať a porovnať klinické odporúčané postupy a ošetrovateľské štandardy so zameraním na posudzovanie rizika pádov u hospitalizovaných dospelých pacientov/seniorov.

Metodika

Príspevok má charakter prehľadovej štúdie. Prehľad vychádza z klinických odporúčaných postupov a ošetrovateľských štandardov zameraných na problematiku posudzovania rizika pádov u hospitalizovaných pacientov. Vyhľadávanie sme realizovali vo februári 2016 na webových stránkach odborných spoločností (cez *search*): *Agency for Healthcare Research and Quality, Hartford Institute for Geriatric Nursing ConsultGer, Joanna Briggs Institute, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Clinical Excellence, National Institute of Nursing Research University of Iowa, Registered Nurses' Association of Ontario, Royal College of Nursing*. Pri vyhľadávaní sme použili kombinácie kľúčových slov: *falls, prevention, risk assessment tool, adult, older, hospital, guideline*. Do analýzy a komparácie boli zaradené tie klinické odporúčané postupy a ošetrovateľské štandardy, ktoré splnili všetky zaraďujúce kritériá. K zaraďujúcim kritériám patrili: dospelý/seniorský vek, nemocničné prostredie, anglický jazyk, plno textový, voľne dostupný. K vyradujúcim kritériám patrili: detský vek, iné prostredie ako nemocničné, oblasť akútnej starostlivosti, iný jazyk ako anglický, materiál vyžadujúci registráciu a platbu.

Výsledky a interpretácia

V tab. 1 uvádzame výsledky vyhľadávania klinických odporúčaných postupov a ošetrovateľských štandardov na webových stránkach odborných spoločností na základe rôznej kombinácie kľúčových slov. Do analýzy a komparácie zameranej na problematiku posudzovania rizika pádov sme zaradili tie klinické odporúčané postupy a ošetrovateľské štandardy, ktoré sme našli pri každej kombinácii kľúčových slov, a ktoré splnili všetky zaraďujúce kritériá.

Tab. 1. Prehľad odborných spoločností a výsledky vyhľadávania

Odborná spoločnosť	Kľúčové slová (počet výsledkov)	Analýza, komparácia
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA http://www.ahrq.gov	falls prevention adult hospital (2040) falls prevention older hospital (2350) falls risk assessment tool (4320) falls guidelines (2430)	Preventing Falls in Hospitals A Toolkit for Improving Quality of Care (Ganz et al., 2013)
Hartford Institute for Geriatric Nursing ConsultGer (HIGN), USA http://hartfordign.org/	falls (1)	Nursing Standard of Practice Protocol: Fall Prevention (Gray-Miceli, Quigley, 2012a)
Joanna Briggs Institute (JBI), Australia http://www.joannabriggs.org	falls adult/older hospital (2)	Falls in Hospitals (JBI, 1998)
National Guideline Clearinghouse (NGC), USA http://www.guidelines.gov	falls prevention adult hospital (140) falls prevention older hospital (111)	Fall prevention: assessment, diagnoses, and intervention strategies (Gray-Miceli, Quigley, 2012b)
National Institute for Clinical Excellence (NICE), England http://www.nice.org.uk	falls prevention adult hospital (119) falls prevention older hospital (110) falls risk assessment tool (219)	Falls Assessment and prevention of falls in older people (NICE, 2013)
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Canada http://www.rnao.ca	falls prevention adult hospital (8) falls prevention older hospital (9) falls risk assessment tool (4)	Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. Nursing Best Practice Guideline (Virani et al., 2011) Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých (Jarošová et al., 2014)
Royal College of Nursing (RCN), England http://www.rcn.org.uk	falls prevention adult hospital (402) falls prevention older hospital (389) falls risk assessment tool (164)	Clinical practice guideline prevention of falls in older people (Feder et al., 2004)
University of Iowa College of Nursing, National Institute of Nursing Research (IOWA), USA http://www.nursing.uiowa.edu	fall prevention older (1)	Fall Prevention For Older Adults Evidence-Based Guideline (Lyons, 2004)

Analýza a komparácia klinických odporúčaných postupov a ošetrovateľských štandardov (tab. 2) bola zameraná na problematiku posudzovania rizika pádov, ktorej sa prikladá veľký význam a pozornosť (Virani et al., 2011; Zeleníková et al., 2014). Problematika posudzovania rizika pádov v analyzovaných zdrojoch je zameraná na oblasť anamnézy kľúčových rizikových faktorov, na skrýning rizika pádov meracím nástrojom a na oblasti hĺbkového klinického a funkčného posúdenia.

Tab. 2. Analýza klinických odporúčaných postupov a ošetrovateľských štandardov – zameranie na posudzovanie rizika pádov

Autor, rok	Kľúčové rizikové faktory	Skríning – merací nástroj	Híbkové posúdenie – klinické a funkčné
Ganz et al., 2013	história pádov (posledné 3 mesiace), problémy s mobilitou (a používanie pomôcky), medikácia, mentálny stav (delírium, demencia, psychóza), kontinencia, iné (poruchy zraku, ortostatická hypotenzia)	Morse Fall Scale; STRATIFY; Confusion Assessment Method; Medication Fall Risk Score; Orthostatic (Postural) Vital Sign Measurement; Short Portable Mental Status Questionnaire	delírium, zmätenosť, chôdza/mobilita, poruchy zraku, vysokoriziková medikácia, osteoporóza, fraktúry
Gray-Miceli, Quigley, 2012a	vnútorné: vek > 75 rokov, história pádov, problémy s kogníciou, zrakom, chôdzou, mobilitou, stabilitou, ortostatická hypotenzia, synkopa, arytmia, infekcie, svalová slabosť, záchvatovité ochorenie, hypoglykémia, neuropatia, medikácia vonkajšie: kompenzačné pomôcky, nevhodná obuv, obmedzenie voľnosti pohybu, labilný nábytok, zlé osvetlenie, nerovné, klzké povrchy	Hendrich Fall Risk Model; Fulmer SPICES: An Overall Assessment; Tool for Older Adults Assessment of Fear of Falling in Older Adults: The Falls Efficacy Scale-International (FES-I)	komorbidity, funkčná dizabilita, kognícia, chôdza/rovnováha, poruchy zraku, vysokoriziková medikácia, inkontinencia
JB, 1998	vek, história pádov, mentálny stav, medikácia, znížená schopnosť pohybu, problémy s vyprázdňovaním (inkontinencia, hnačka)	áno (konkrétne neuvedené)	mentálny stav, mobilita, medikácia, vylučovanie
Gray-Miceli, Quigley, 2012b	vnútorné: vek > 80 rokov, história pádov, slabosť, poruchy chôdze, rovnováhy, presunu, mobility, používanie pomôcky, poruchy zraku a kognície, artritída, depresia, močová inkontinencia, medikácia vonkajšie: kompenzačné pomôcky, nevhodná obuv, obmedzenie voľnosti pohybu, labilný nábytok (vybavenie, bariéry), zlé/nehodné (oslepujúce) osvetlenie, nerovné/klzké/lesklé povrchy, chýbajúce madlá/protišmykové podložky	Hendrich Fall Risk Model; Morse Fall Scale; STRATIFY; Assessment of High Risk to Fall; Fall Risk Assessment Tool; Fall Prediction Index; Patient Fall Questionnaire; Confusion Assessment Method; Tinetti Performance Oriented Mobility	funkčný stav, neurologické vyšetrenie, ortostatická hypotenzia, osteoporóza, močová inkontinencia, vysokoriziková medikácia
NICE, 2013	vek > 80 rokov, história pádov, problémy s kogníciou a zrakom, chôdzou, rovnováhou, mobilitou, svalová slabosť, artritída, používanie kompenzačnej pomôcky, narušené vykonávanie denných aktivít, depresia	Hendrich Fall Risk Model; STRATIFY; Berg Balance Scale; Timed Up and Go Test; Barthel ADLs; Fall Risk Assessment in Geriatric-Psychiatric Inpatients to Lower Events (FRAGILE)	funkčný stav, neurologické vyšetrenie, kognícia, močová inkontinencia, medikácia, chôdza/ mobilita/ rovnováha, osteoporóza, ortostatická hypotenzia, poruchy zraku
Virani et al., 2011; Jarošová et al., 2014	vek > 75 rokov, história pádov, Parkinsonova choroba, diabetes mellitus, artritída, cerebrovaskulárna príhoda, problémy s kogníciou a zrakom, používanie kompenzačnej pomôcky, medikácia	Hendrich Fall Risk Model; Morse Fall Scale; STRATIFY	cielená anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, medikácia, kognícia, funkčný stav, rovnováha/chôdza, environmentálne posúdenie
Feder et al., 2004	história pádov, problémy s chôdzou, rovnováhou, mobilitou, svalová slabosť, kognitívne a zrakové poškodenie	Elderly Fall Screening Test; Berg Balance Scale; Barthel ADLs; Dynamic Gait Index; Mini Mental State Examination; Timed Up and Go Test; Tinetti Performance Oriented Mobility; Turn 180	funkčný stav, neurologické vyšetrenie, poruchy zraku, kognície, močová inkontinencia, medikácia, osteoporóza

Tab. 2. – pokračovanie

Autor, rok	Kľúčové rizikové faktory	Skríning – merací nástroj	Hĺbkové posúdenie – klinické a funkčné
Lyons, 2004	vek > 80 rokov, história pádov, problémy so zrakom, problémy s chôdzou, rovnováhou, vylučovaním, používanie kompenzačnej pomôcky, environmentálne posúdenie	Fall Risk Factors Checklist; Falls Screening Tool; Timed Up and Go Test; Performance-Oriented Assessment of Balance and Gait; Katz Index of Independence in ADLs	funkčný stav, neurologické vyšetrenie, medikácia, poruchy zraku, rovnováha/chôdza, kontinencia, depresia, medikácia, ortostatická hypotenzia, bolesť

Rizikové faktory pádov

Komparáciou analyzovaných zdrojov sme zistili, že v metodike posudzovania rizika pádov sa kladie dôraz na komplexné posudzovanie generických problémov od kľúčových rizikových faktorov, cez skríning rizika pádov meracím nástrojom až po hĺbkové klinické a funkčné vyšetrenie špecifického rizika (NICE, 2013, s. 47; Feder et al., 2004, s. 22). Všeobecne možno povedať, že všetci pacienti majú počas hospitalizácie určité riziko pádov, ale niektoré zdravotné charakteristiky sú asociované s vyšším rizikom pádov, a aj rôzne špecifické skupiny pacientov majú svoje vlastné špecifické riziko (Falls in Hospitals, 1998, s. 2). Literárne zdroje popisujú okolo 400 samostatných rizikových faktorov a k najvýznamnejším patria: vyšší a vysoký vek, poruchy chôdze a rovnováhy, svalová slabosť, používanie kompenzačnej pomôcky, polyfarmácia a environmentálne riziká (NICE, 2013, s. 26), ďalej zmätenosť, delírium, depresia, užívanie trankvilizérov, kognitívne a zrakové deficity, stav po cievnej mozgovej príhode, akútne ochorenie a/alebo vedľajšie účinky medikácie (Virani et al., 2011, s. 22; Lyons, 2004, s. 5). Množstvo rizikových faktorov sa u pacientov rôzne kombinuje a počas hospitalizácie sa môžu meniť, preto sa kladie dôraz na multifaktoriálne posudzovanie (Gray-Miceli, Quigley, 2012a; NICE, 2013, s. 19). Na identifikáciu výšky rizika je dôležité zaviesť v organizácii (nemocnici, ošetrovacej jednotke) jednotný systém štandardizovaného a trvalého posudzovania rizika pádov (Ganz et al., 2013, s. 34-35; Gray-Miceli, Quigley, 2012a).

Merací nástroj

Jedna z efektívnych stratégií na minimalizáciu počtu pádov v nemocnici je identifikácia rizika meracím nástrojom, ktorý môže súčasne detegovať niekoľko rôznych rizikových faktorov, vrátane histórie pádu, mobility, medikácie, mentálneho stavu a kontinencie. Sestra by mala realizovať skríning rizika pádu pri prijatí a významnej zmene zdravotného stavu u všetkých pacientov/seniorov za účelom identifikovať rizikové faktory, o ktorých je známe, že zvyšujú riziko pádu (Jarošová et al., 2014, s. 24). Zlatý štandard neexistuje, ale k najviac odporúčaným skríningovým nástrojom pre iniciálne posúdenie rizika pádov patrí *Morse Fall Scale* (Morse et al., 1989), *Hendrich Fall Risk Model* (Hendrich et al., 1995) a *STRATIFY* (Oliver et al., 1997). Nástroje skríningové alebo nástroje na posúdenie funkčného stavu, či rôzne klinické testy môžu byť formulované na báze jednoduchého zoznamu rizikových faktorov, alebo sú formulované multidimenzionálne v závislosti na špecifikách klinického pracoviska a konkrétnej patientskej skupiny. Vzhľadom k tomu, že psychometrické vlastnosti meracieho nástroja sa menia v rôznom klinickom prostredí, je dôležité, aby bol vybraný nástroj validovaný pre danú populáciu pacientov (Virani et al., 2011, s. 22).

Hĺbkové posúdenie

Výsledok posúdenia prostredníctvom meracieho nástroja je bazálny pre selekciu a implementáciu vhodných multifaktoriálnych intervencií (Feder et al., 2004, s. 9; Falls in Hospitals, 1998, s. 3), ale nikdy by nemal nahradiť hĺbkové klinické a funkčné vyšetrenie a úsudok. Po skríningu a detekcii rizika pádu by mal pacient podstúpiť ďalšie komplexné hĺbkové posúdenie zamerané na konkrétny zistený rizikový faktor. Špecializované pracovisko, napr. gerontopsychiatrické, potrebuje posúdiť u pacienta aj rizikové faktory, ktoré nie sú zahrnuté v skríningu (napr. medikácia vs ortostatická hypotenzia), ale aj v tomto prípade sa odporúča použiť jednotný postup v rámci celej nemocnice (Ganz et al., 2013, s. 34-35). Komprehenzívne posúdenie členmi interprofesionálneho tímu sa realizuje za účelom implementácie cieľených preventívnych intervencií od individuálneho plánu starostlivosti, ktoré preukázateľne redukovujú riziko pádov (Jarošová et al., 2014, s. 25).

Klinické odporúčané postupy zahraničných odborných spoločností sú východiskom pre tvorbu národných legislatívnych noriem a štandardov. V Slovenskej republike je zakotvené posudzovanie rizika pádov hospitalizovaných pacientov iba v Metodickom usmernení o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti (2014). Metodické usmernenie obsahuje protokol na posudzovanie rizika pádov, ktorý je však pomerne stručný. Uvádza iba vek a pohlavie pacienta, stav vedomia, psychický stav, úroveň sebestačnosti, pohyblivosti a spolupráce, zmyslové bariéry, užívanie liekov a používanie zdravotníckych pomôcok, pričom nekonkretizuje metodiku posudzovania. Protokol je nastavený všeobecne a nezohľadňuje špecifické rizikové faktory u pacientov na rôznych klinických pracoviskách, napr. neurológia, traumatológia, geriatra, onkológia. To otvára jednotlivým ústavným zariadeniam priestor pre modifikáciu protokolu, snahu doplniť ho o ďalšie rizikové faktory, prípadne merací nástroj. V slovenskej (predovšetkým geriatrickej) klinickej praxi sú už etablované niektoré z odporúčaných meracích nástrojov určených na posúdenie špecifického rizikového faktora, napr. *Berg Balance Scale*, *Timed Up and Go Test*, *Tinetti Performance Oriented Mobility*, *Barthel ADLs*, *Mini Mental State Examination*, *Confusion Assessment Method*, ale jednoduchý skríningový merací nástroj na primárne posúdenie rizika pádov stále

absentuje. Je preto potrebné iniciovať klinické validačné štúdie, vzdelávanie a školenie personálu za účelom zjednotenia a štandardizácie metodiky posudzovania rizika pádov pre potreby slovenskej klinickej praxe.

Záver

Posudzovanie rizika pádov prostredníctvom anamnézy rizikových faktorov, skríningu a hĺbkového posúdenia špecifických rizikových faktorov je kľúčové pre prevenciu rizika pádov. Štandardizovaná metodika posudzovania rizika pádov identifikuje kľúčové rizikové faktory na individuálnej úrovni a umožňuje zacieliť preventívne intervencie pre konkrétneho pacienta alebo cieľovú skupinu pacientov. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri posudzovaní pacientov s rizikom pádov a pri presadzovaní všeobecných bezpečnostných opatrení v nemocnici a majú byť vzdelávané a tréňované na používanie protokolov a postupov, ktoré pomáhajú identifikovať najrizikovejších pacientov. Výskum k problematike pádov v slovenskom kontexte by sa mal orientovať na validáciu skríninových nástrojov na posudzovanie rizika pádov, tvorbu programov na prevenciu pádov a edukáciu personálu.

Štúdia podporená projektom KEGA 048UK-4/2016 Posudzovanie rizika pádov - pre vzdelávanie a prax.

Zoznam bibliografických odkazov

Commission Staff Working Dokument [online]. 2012. Detailed analysis of countries' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels: European Commission, 13.11.2012, SWD(2012) 366 final. 63 p. [cit. 2016-02-18]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_swd_en.pdf.

Education a key to preventing falls in hospitals. 2014. In *JBI Matters* [online], June 2014, pp. 1-27. [cit. 2016-02-18]. Dostupné na internete: http://joannabriggs.org/assets/docs/newsletters/JBI-Matters_2014_june.pdf.

Falls in Hospitals. 1998. In *Best Practice* [online], 1998, vol. 2, no. 2, pp. 1-6. [cit. 2016-02-18]. Dostupné na internete: <http://connect.jbiconnectplus.org/viewsourcefile.aspx?0=4306>.

FEDER, G. et al. 2004. *Clinical practice guideline prevention of falls in older people* [online]. London: The Royal College of Nursing, November 2004. 284 p. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-002771>.

GANZ, D.A. – HUANG, C. – SALIBA, D. et al. 2013. *Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care* [online]. Agency for Healthcare Research and Quality, January 2013. AHRQ Publication, No. 13-0015-EF. 190 p. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>.

GRAY-MICELI, D. – QUIGLEY, P.A. 2012a. *Nursing Standard of Practice Protocol: Fall Prevention* [online]. August, 2012. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: <http://consultgeri.org/geriatric-topics/falls>.

GRAY-MICELI, D. – QUIGLEY, P.A. 2012b. Fall prevention: Assessment, Diagnoses, and Intervention Strategies [online]. In: BOLTZ, M. et al. (eds). *Evidence-based geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 4th ed. New York: Springer Publishing Company, 2012. p. 268-297. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43933&search=falls+prevention+adult+hospital>.

HENDRICH, A. – NYHUIS, A. – KIPPENBROCK, T. – SOJA, M.E. 1995. Hospital falls: development of a predictive model for clinical practice. In *Appl Nurs Res.*, 1995, vol. 8, no. 3, pp. 129-139.

JAROŠOVÁ, D. et al. 2014. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých* [online]. Adaptovaný klinický doporučený postup Prevention of falls and fall injuries in the older adult (2005), Supplement (2011), RNAO. Ústav ošetrovateľství a porodní asistence Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. 85 s. [cit. 2016-02-23]. Dostupné na internete: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>.

Kľúčové zistenia a odporúčania týkajúce sa systémov podávania správ o incidentoch súvisiacich s bezpečnosťou pacienta a poučania sa z týchto incidentov v Európe. 2014a. Správa podskupiny pre podávanie správ o incidentoch a poučanie sa z nich v rámci pracovnej skupiny Európskej komisie pre bezpečnosť pacienta a kvalitu starostlivosti. Európska komisia, Pracovná skupina pre bezpečnosť pacienta a kvalitu starostlivosti, máj 2014. 65 s.

Kľúčové zistenia a odporúčania týkajúce sa vzdelávania a odbornej prípravy v oblasti bezpečnosti pacienta v Európe. 2014b. Vypracovala podskupina pre vzdelávanie a odbornú prípravu v oblasti bezpečnosti pacienta pracovnej skupiny Európskej komisie pre bezpečnosť pacienta a kvalitu starostlivosti, marec 2014. 81 s.

LYONS, S.S. 2004. *Fall Prevention For Older Adults Evidence-Based Guideline* [online]. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core. Previously Published as "Prevention of Falls", 1996. Revised 02/04. 61 p. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: <https://www.nclor.org/nclorprod/file/fd37d1a8-b50e-7bf4-f72b-8326db88bc98/1/Group D Resources/Iowa Protocol on Falls Prevention.pdf>.

Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti číslo S07496-2013-OZS zo dňa 23.9.2013. Vestník MZ SR 2013, čiastka 15-26, s. 90-143.

Metodické usmernenie č. 3/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vestník č. 15/2014, s. 2-9.

MORSE, J.M. – MORSE, R.M. – TYLKO, S.J. 1989. Development of a scale to identify the fall-prone patient. In *Can J Aging*, 1989, vol. 8, pp. 366-367.

NAGY, E. 2012. *SR sa aktívne zapája do projektov bezpečnosti pacienta* [online]. [cit. 2016-02-22]. Dostupné na internete: <http://egoodwill.sk/zdravie-2/sr-sa-aktivne-zapaja-do-projektov-bezpecnosti-pacienta/>.

NICE. 2013. *Falls Assessment and prevention of falls in older people* [online]. NICE Clinical Guideline 161. Developed by the Centre for Clinical Practice at NICE. 315 p. [cit. 2016-02-22]. Dostupné na internete: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>.

NORTON, R. – BUTLER, M. 1997. *Prevention of falls and fall-related injuries among institutionalised older people* [online]. Consultation document prepared for the National Health Committee, Wellington, New Zealand, June 1997. 59 p. [cit. 2016-02-22]. Dostupné na internete: <http://www.moh.govt.nz/NoteBook/nbbooks.nsf/0/AF9242C03E24893C4C2565D7000E5601?opendocument>.

OLIVER, D. – BRITTON, M. – SEED, P. – MARTIN, F.C. – HOPPER, A.H. 1997. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. In *BMJ*, 1997, vol. 315, no. 7115, pp. 1049-1053.

Preventing Falls and Fall-related Injuries in Health Care Facilities. A complimentary publication of The Joint Commission. 2015. In *Sentinel Event Alert*, 2015, no. 55, pp. 1-5.

Správa komisie rade na základe správ členských štátov týkajúcich sa vykonávania odporúčania Rady (2009/C 151/01) o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií. 2012. Brusel: Európska komisia, 13.11.2012, COM(2012) 658 final. 16 p.

SVOBODOVÁ, D. 2013. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012. Závěrečná zpráva*. Praha: Česká asociace sester, 2013. 32 s.

VIRANI, T. et al. 2011. *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. Nursing Best Practice Guideline* [online]. Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Canada, 2011. 91 p. [cit. 2016-02-26]. Dostupné na internete: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_of_Falls_and_Fall_Injuries_in_the_Older_Adult.pdf.

WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age [online]. 2007. Ženeva: WHO, 2007. 53 p.

ZELENÍKOVÁ, R. – KOZÁKOVÁ, R. – JAROŠOVÁ, D. 2014. Effectiveness of multiple interventions for preventing falls in the elderly in institutions – application of EBP in clinical practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2014, vol. 4, no. 1, pp. 5-9. [cit. 2016-02-24]. Dostupné na internete: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/efektivita-viacnasobnych-intervencii-na-prevenciu-padov-seniorov-v-instituciach-aplikacia-ebp-v-klinickej-praxi>.

Kontakt

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva

Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Univerzita Komenského v Bratislave

Malá Hora 5

036 01 Martin

E-mail: borikova@jfm.ed.uniba.sk

Prijaté: 8. 4. 2016

Akceptované: 5. 5. 2016

KURUCOVÁ, R. Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné – recenzie

Elena Gurková

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

KURUCOVÁ, R. *Zátěž pečovatele: Posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

Zátěž opatrovateľa v súvislosti so starostlivosťou o nevyliciteľne chorých je aktuálnou témou pertraktovanou v rámci ošetrovateľstva a v sociálnych vedách. Starostlivosť o pacientov so život limitujúcim ochorením v domácej starostlivosti kladie nároky na fungovanie rodiny, odráža sa v ich telesnom a psychickom stave, zasahuje do sociálnych vzťahov a väčšinou aktualizuje ich duchovnú sféru, otázky osobnej viery a zmyslu života. V našom zdravotníckom systéme sa však v nedostatočnej miere orientuje pozornosť na neformálneho opatrovateľa a jeho potreby. Monografia *Zátěž opatrovateľa: posúdenie, diagnostika, intervencie a prevencia* v starostlivosti o nevyliciteľne chorých vyplňa medzeru v literatúre, v Čechách i na Slovensku, zameranej na problematiku záťaže opatrovateľa v starostlivosti o nevyliciteľne chorých. Problematika záťaže opatrovateľov je v publikácii spracovaná komplexne a zároveň predkladá výsledky realizovaného výskumu.

Prvá kapitola je zameraná na zmeny rodinného fungovania a krízovú situáciu v rodine v súvislosti so starostlivosťou o nevyliciteľne chorého člena rodiny. V nadväznosti na prvú kapitolu, sa autorka v druhej kapitole venuje záťaži opatrovateľa, analyzuje fázy záťaže a nástroje jej komplexného posúdenia. Na realizáciu efektívnych intervencií vo vzťahu k opatrovateľom je potrebné posúdiť aj konkrétne oblasti kvality života opatrovateľa, najviac ovplyvnených starostlivosťou o chorého príbuzného. Problematiku kvality života opatrovateľov spracováva tretia kapitola monografie. V štvrtej kapitole sú prezentované výsledky kvantitatívneho výskumu a ich komparácia s vybranými zahraničnými štúdiami. Hodnotenie konkrétnych oblastí kvality života vo vzťahu nielen k pacientovi, ale aj k príbuzným v roli opatrovateľa, môže tvoriť východiskovú bázu pre plánovanie adekvátnych intervencií na zlepšenie kvality ich života, ako správne uvádza autorka. Piata kapitola preto poukazuje na poznatky z uvedených analyzovaných štúdií. Z nich môžeme vo vzťahu k potrebám rodín nevyliciteľne chorých pacientov identifikovať tri kľúčové oblasti potrieb: vedomosti, aktivity a spôsob života. Kľúčovou sa stáva edukácia a spolupráca všetkých zúčastnených. V našich podmienkach absentujú edukačné programy pre rodiny, ktoré poskytujú starostlivosť nevyliciteľne chorému v domácom prostredí, s čím súvisí aj nedostatočná príprava a vytvorené podmienky niektorých rodín na náročnú rolu pri poskytovaní komplexnej starostlivosti príbuznému v domácom prostredí. Vzhľadom k uvedenému sú v šiestej kapitole prezentované výsledky intervenčnej štúdie realizovanej u primárnych opatrovateľov, ktorí poskytujú starostlivosť nevyliciteľne chorému príbuznému. Kapitola je doplnená edukačnými materiálmi pre opatrovateľov, ktoré je možné využiť pri edukácii, prípadne inšpirovať sa pri príprave vlastného edukačného programu.

Monografia prináša komplexný pohľad na problematiku záťaže opatrovateľov s významnými implikáciami pre klinické využitie v multidisciplinárnom kontexte paliatívnej starostlivosti.

Kontakt

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FZO PU v Prešove

Partizánska 1

080 01 Prešov

Slovensko

E-mail: elena.gurkova@unipo.sk

Prijaté: 15. 5. 2016

Akceptované: 18. 5. 2016