



SBORNÍK

11. VĚDECKÁ KONFERENCE

STOP NÁSILÍ PRO ZDRAVOTNICTVÍ

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
ve spolupráci s organizací ROSA, n. o.
a nadací Open Society Found

18. dubna 2016

Vědecký a organizační výbor:

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R. N.

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

PhDr. Jana Hlinovská, PhD., R. N.

PhDr. Ivana Jahodová, R. N.

Mgr. Jaroslav Pekara, R. N., R. ZZ.

PhDr. Jiří Vavroň



V rámci konference "Stop násilí ve zdravotnictví", proběhne finální prezentace grantového projektu financovaného z norských fondů.

Pozornost je věnována i dalším tématům, která patří k současným velmi diskutovaným.

Určeno především pro:

nelékařské zdravotnické pracovníky, pedagogy, lektory, studenty, školitele a všechny profese, které chtějí zvýšit bezpečí ve zdravotních a sociálních službách.

Konference je ohodnocena kredity celoživotního vzdělávání dle platné legislativy MZ.

Místo konání: hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4, 140 00

Výstupem z konference je recenzovaný sborník.

Příspěvky do sborníku je možné zasílat do 12. 4. 2016 na mail: nemcova@vszdrav.cz.

PROGRAM

08:00 Registrace

08:30 Úvodní slovo

doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D., rektorka VŠZ, o. p. s.

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc., prorektor VŠZ, o. p. s.

PhDr. Jiří Vavroň, nezisková organizace ROSA

10:00 – 11:30 Dopolední program

Analýza vztahu obětí domácího násilí a zdravotník
(PhDr. PhDr. Jiří Vavroň - nezisková organizace ROSA)

Dopady projektu na vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků
(doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. – rektorka, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)

Posttraumatická stresová porucha
(MUDr. Dana Kerteszová – psychiatr)

11:20 – 12:30 Přestávka (občerstvení)

12:30 – 16:00 Odpolední program

Analýzy výskytu domácího násilí a jeho dopadů na zdravotní stav žen
(Zdena Prokopová – vedoucí azylového domu, nezisková organizace ROSA)

Představení výukového manuálu o práci s oběťmi násilí pro zdravotníky
(PhDr. Branislava Marvánová Vargová – psycholog, nezisková organizace ROSA)

Domácí násilí ve zdravotnické praxi
(doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. – prorektor, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)

Zásady bezpečnosti při kontaktu s násilnou osobou
(MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D. – vedoucí katedry, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)

Prezentace multimediálních výukových materiálů pro práci s oběťmi násilí ve zdravotnictví
(PhDr. Branislava Marvánová Vargová – psycholog, nezisková organizace ROSA)

16:00 Závěr konference, předání certifikátů

Projekt: **595** – Stop násilí ve zdravotnictví

Registrační číslo akce u České asociace sester: **ČAS/KK/525/2016**

OBSAH

SYSEL, D., J. NĚMCOVÁ A F. KUNC.....	5
ZMĚNY VE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER A ÚČINNÉ STRATEGIE NÁBORU A UDRŽENÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V PRAXI	
JEXO VÁ, S.....	12
STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ-KVADRÁT (χ^2)	
HLINOVSKÁ, J., K. MORAVCOVÁ, V. HOFMAN A K. ZEJDOVÁ	17
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČESKÉ REPUBLICE	
TAYBNER, J., L. HAMPLOVÁ A P. HULINSKÝ.....	27
UPLATNĚNÍ METODY KRÁTKÉ INTERVENCE PŘI ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI OBYVATELSTVA	
JEXO VÁ, S.....	33
IONIZUJÍCÍ ZÁŘEZENÍ	
PROCHÁZKOVÁ, R. A J. TAYBNER	38
NÁSILÍ V RODINĚ	
KYNDLOVÁ, K. A I. JAHODOVÁ.....	43
KARCINOM PRSU V TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY	
PEKARA, J. A R. PROCHÁZKOVÁ.....	59
ADAPTAČNÍ PROCES ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ V PODMÍNKÁCH ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY ČESKÉ REPUBLIKY	
MAZALÁN, P.	71
JE BEZPEČNÉ ODLOŽENIE OPERÁCIE PRE AKÚTNU APENDICITÍDU?	
MAZALÁNOVÁ, A., P. MAZALÁN A V. KITOVÁ MAZALÁNOVÁ	86
KOMUNIKAČNÉ BARIERY INÝCH KULTÚR V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV	

ZMĚNY VE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER A ÚČINNÉ STRATEGIE NÁBORU A UDRŽENÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V PRAXI

SYSEL, D., J. NĚMCOVÁ a F. KUNC

Abstrakt

V současné situaci, kdy populace stárne, zvyšují se počty chronických a neinfekčních nemocí, znovu se vyskytují infekční nemoci a do poskytování péče jsou neustále integrovány nové technologie, je zásadní, aby sestry získaly správné vzdělání a přípravu pro práci v tomto kontextu a byly připraveny uspokojit tyto komplexní zdravotní potřeby. Otázky spojené se zdravotnictvím zajímají každého, neboť každý z nás se v určité fázi svého života ocitá v pozici pacienta a pacienti si zaslouhují přístup ke kvalitní péči poskytované kvalifikovaným personálem. A stejně tak si zdravotničtí pracovníci zaslouhují pracovat v prostředí nabízejícím dostatečnou podporu, kde počet pracovníků umožňuje poskytování bezpečné a kvalitní péče.

Klíčová slova: Evropská unie. Nábor zdravotnických nelékařských pracovníků. Motivace nelékařských zdravotnických pracovníků. Strategie vzdělávání. Vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků.

Studenti ošetrovatelství musí před započítím odborného vzdělání získat solidní všeobecné vzdělání. Základem je promítnutí těchto 8 kompetencí uvedených v Článku 31 Směrnice 2013/55/EU do vzdělávacích okruhů

- CA. 1: Etika, filosofie a sociologie
- CA. 2: Podpora zdraví a prevence
- CA. 3: Management a řízení kvality
- CA. 4: Komunikace a pedagogika
- CA. 5: Výzkum
- CA. 6: Ošetrovatelská péče základní a specifická

Výstupní kompetence

V této souvislosti VŠ realizující vzdělávání ZPNZP dle guideline pro implementování Článku 31 modernizované Směrnice 36/2004 zapracovávají do svých vzdělávacích programů sadu 8 kompetencí, které stanovují minimální požadavky na vzdělání sester.

Formální kvalifikace sestry odpovědné za všeobecnou péči musí poskytovat důkazy, že odborník je schopný aplikovat tyto kompetence bez ohledu na to, kde se vzdělání realizuje.

- A. Kompetence samostatně diagnostikovat požadovanou ošetrovatelskou péči pomocí aktuálních teoretických a klinických vědomostí, plánovat, organizovat a realizovat ošetrovatelskou péči s cílem zlepšit odbornou praxi;
- B. Způsobilost efektivně pracovat společně s ostatními pracovníky ve zdravotnictví, včetně účasti na praktickém výcviku zdravotnického personálu;
- C. Kompetence vést a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny ve vztahu k zdravému životnímu stylu a self-péči;
- D. Kompetence samostatně zahájit okamžité kroky k záchraně života a vykonávat opatření v krizových situacích a při katastrofách;
- E. Kompetence samostatně řídit, edukovat a podporovat jednotlivce, kteří potřebují péči;
- F. Kompetence samostatně zabezpečit kvalitu ošetrovatelské péče a její posouzení;
- G. Kompetence komplexně a profesionálně komunikovat a spolupracovat s příslušníky jiných profesí ve zdravotnictví;
- H. Kompetence analyzovat kvalitu péče s cílem zlepšit svoji vlastní odbornou praxi všeobecné sestry.

Naléhavý problém

Nedostatek pracovních sil jen zdůrazňuje slabiny v našich systémech zdravotnictví a rizika v oblasti péče o pacienty. Tato povolání mohou být někdy neatraktivní z důvodu nedostatečné podpory nebo nekvalitního managementu nebo z důvodu nedostatku příležitostí pro další odborné vzdělávání nebo kariérní růst, až po počty pracovníků, které sami pracovníci považují za příliš nízké k tomu, aby bylo možno poskytovat bezpečnou a kvalitní zdravotní péči.

Dlouhodobá vize

Řešení problematiky nábora a udržení pracovníků vyžaduje jak krátkodobou akci, tak i dlouhodobé plánování. I když krize může přispět k zavádění inovací, je třeba, aby nábor a udržení pracovníků zůstaly dlouhodobě předmětem zájmu, aby bylo možno ve zdravotnictví udržovat stabilní stav dobře proškolených pracovníků.

Vliv managementu

Technické a manažerské schopnosti představují klíčový faktor pro úspěch nebo neúspěch implementace. Kvalita managementu a vedení v podobě, v jaké ji vnímají samotní pracovníci, je pro udržení pracovníků zcela klíčová.

Potřeba většího množství důkazů

Je třeba provést podrobnější hodnotící výzkum k posouzení efektivnosti opatření v oblasti nábora a udržení pracovníků. Ale stejně tak je třeba provést výzkum, který by poskytl nástroje, definice a doporučení pro procesy nábora a udržení pracovníků.

Monitorování a hodnocení opatření

Investujte do monitorovacích systémů, aby bylo možno sledovat dlouhodobý efekt opatření zaměřených na nábor a udržení pracovníků. Použité ukazatele mohou zahrnovat: stav zaměstnanosti; index stability pracovních sil; míru fluktuace pracovníků; počet volných pracovních míst a/nebo dobu potřebnou k obsazení uvolněných pracovních míst; počet studentů přihlášených ke studiu nebo míru spokojenosti s prací.

SITUACE V EU

Mnoho členských států EU hlásí obtíže v oblasti udržení a nábora zdravotnických pracovníků. Tyto obtíže často souvisejí s náročným hledáním správného počtu zdravotnických pracovníků disponujících těmi správnými dovednostmi v těch správných geografických oblastech tak, aby bylo možno uspokojovat měnící se potřeby obyvatel i zdravotnických systémů. Problémy související s náborem a udržením pracovníků nabývají

na naléhavosti s tím, jak se zvyšují nároky na zdravotnictví jako celek a jak se současně snižuje počet zdravotnických pracovníků, což ohrožuje dlouhodobou udržitelnost evropských systémů zdravotnictví a přístupu ke zdravotní péči.

Trendy na pracovních trzích a prognózy vývoje odborné kvalifikace naznačují, že ve střednědobém horizontu hrozí nedostatek kvalifikovaných pracovníků v oblasti zdravotnictví a sociální péče¹.

Na základě studie zadané Evropskou komisí v roce 2013 byly identifikované a analyzované účinné strategie nábory a udržení zdravotnických pracovníků. Účastnilo se jí 21 zemí EU a je výsledkem osmi hloubkových případových studií zaměřených na následující témata pokrývající celou trajektorii profesní kariéry zdravotnických pracovníků:

- Přilákání mladých pracovníků do zdravotnictví
- Přilákání a udržení všeobecných praktických lékařů pro posílení primární péče v regionech s nedostatkem zdravotnických pracovníků
- Poskytování školení, vzdělávání a příležitostí pro výzkum pro celoživotní kariéru
- Přilákání sester prostřednictvím rozšiřování praxe a rozvoje pozic s širší způsobilostí
- Zajišťování dobrého pracovního prostředí na základě odborné autonomie a zapojení pracovníků
- Zvyšování atraktivity nemocničních pracovišť posilováním rodinného přístupu
- Návrat k praxi zdravotnických pracovníků
- Vytváření pracovního prostředí poskytujícího podporu zdravotnickým pracovníkům ve vyšším věku

Doporučená opatření v oblasti nábory a udržení pracovníků jsou opatření zaměřená na vzdělávání a dalšího vzdělávání, za účelem přilákání kvalifikovaných pracovníků do konkrétních oborů výměnou za závazek, že tito pracovníci nastoupí ve venkovských nebo odlehlých oblastech. Další oblastí jsou pracovní podmínky a pracovní prostředí, včetně odměn, zaměstnaneckých výhod, pracovní doby, kariérního růstu a vedení a dohledu. Další dvě významné oblasti představuje odborná a osobní podpora a regulace.

¹ CEDEFOP (2012). Prognózy poptávky a nabídky dovedností (http://www.cedefop.europa.eu/files/5526_en.pdf)

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ ÚSPĚCH

Vzdělávání

- Nabídka (i času) dalšího odborného rozvoje (Continuous Professional Development) a možnosti vzdělávání a výzkumu pro odborné pracovníky jako nástroj kariérního růstu.
- Poskytování školení a pracovních příležitostí ve zdravotnictví pro mladé lidi ze znevýhodněných oblastí a/nebo pro nezaměstnané. Z těchto aktivit mají prospěch jak konkrétní účastníci, tak i systém zdravotnictví, který se potýká s nedostatkem pracovních sil.
- Využívání zkušeností komerčních agentur zabývajících se marketingem nebo komunikací při implementaci národních propagačních kampaní usilujících o přilákání mladých lidí a plné využití sociálních médií.
- Vyhrazení dostatečného času a prostoru pro mentory, aby mohli plnit svou roli v oblasti vzdělávacích opatření.

Regulace

- Kontrola rozsahu praxe zdravotnických pracovníků. Umožnit jim, aby mohli vykonávat širší působnost a aby mohli delegovat úkoly, čímž se zvýší atraktivnost profese (platí převážně pro profesi sester).

Finanční motivace

- Kombinace finančních forem motivace s dalšími typy opatření zaměřených na nábor a udržení pracovníků, jako jsou např. opatření v oblasti příležitosti kariérního růstu v kombinaci s dobrým pracovním prostředím, neboť samotná finanční motivace ke zlepšení náboru a udržení pracovníků postačuje jen zřídka.
- Nabídka výhod, které jsou přesvědčivé a zároveň atraktivní.

Odborná a osobní podpora

- Vytváření pracovního prostředí poskytujícího podporu za účelem zlepšení náboru a udržení pracovníků, pokud možno dle konkrétních potřeb pracovníků v různých životních fázích (např. speciální opatření pro pracovníky s malými dětmi, pro pracovníky ve vyšším věku atd.)
- Zavádění aktivit přispívajících k fyzické i psychické pohodě pracovníků a poskytování vyhrazeného času k tomu, aby se pracovníci mohli těchto aktivit účastnit.
- Nabídka zařízení a služeb péče o děti jako forma podpory pracovníků při současném plnění pracovních i rodinných povinností.

Kombinace

- Začlenění opatření z různých oblastí do balíčků náboru a udržení pracovníků, např. kombinace vzdělávacích opatření s opatřeními zaměřenými na odbornou podporu.

ZÁVĚR

ICN ústy výkonného ředitele Davida C. Bentona vyzvala dne 17. října 2014 dopisem vládu ČR a ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka, aby přestali zvažovat tuto významnou retrogradní změnu ve vzdělání sester ve své zemi. Tato výzva byla učiněna v zájmu přístupu občanů ČR k vysoce kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péči a z důvodu lepších ekonomických výstupů.

ZDROJE

EHMA. *Nábor a udržení zdravotnických pracovníků v Evropě*. Souhrnná zpráva. Evropské sdružení pro řízení v oblasti zdraví. Duben, 2015. Dostupné z: www.publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm

EFN. *Guideline k implementácii Článku 31 Směrnice 2005/36/EC o vzájemném uznávání odborných kvalifikací ve znění Směrnice 2013/55/EU*. EFN Rámec kompetenci přijatý na Valném shromáždění EFN. Brusel, Apríl, 2015.

KONTAKT

PhDr. Sysel, Dušan, PhD., MPH.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: sysel@vszdrav.cz

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ-KVADRÁT (χ^2)

JEXO VÁ, S.

Abstrakt

Součástí průzkumného šetření je dotazníkové šetření, které se statisticky vyhodnocuje obvykle pomocí tabulek a grafů. Pro zpracování dat lze použít i test nezávislosti chí kvadrát, kterým můžeme zjistit závislost mezi dvěma kvalitativními veličinami. Z vypočítané statistiky můžeme dále zjistit pomocí dalších testovacích statistik sílu závislosti pomocí korelačních koeficientů. Test chí kvadrát nelze použít vždy a jeho použití má svá omezení. V příspěvku je vysvětlen princip testu chí kvadrát. Dále je popsán výpočet testového kritéria, na jehož základě se určuje, zda mezi danými znaky je nezávislost.

Klíčová slova: Chí-kvadrát. Statistické zpracování dat.

Úvod

Předmětem bakalářských prací je v některých případech průzkum na základě dotazníkového šetření. Výsledkem dotazníkového šetření je řada dat, ze kterých se snažíme zjistit něco zajímavého a užitečného. Při vyhodnocení zpravidla autor vytváří tabulky a grafy pomocí Excelu. V tabulkách uvádí relativní a absolutní četnosti. Na základě tohoto jednoduchého zpracování dat provádí diskuzi. V našich bakalářských pracích by měli autoři použít pro zpracování metodu chí kvadrát. Pomocí metody chí kvadrát zjišťujeme závislost mezi dvěma kvalitativními veličinami. Z vypočítané statistiky můžeme dále zjistit pomocí dalších testovacích statistik sílu závislosti pomocí korelačních koeficientů.

TEST NEZÁVISLOSTI – TEST CHÍ-KVADRÁT (χ^2)

Test nezávislosti chí-kvadrát se používá, pokud chceme zjistit závislost dvou kvalitativních veličin, které zjišťujeme na prvcích téhož výběru. Máme náhodný výběr rozsahu n rozdělený do dvou znaků (znak 1, znak 2). Úkolem testu je rozhodnout, zda znaky jsou na sobě závislé nebo nezávislé (zda znak 1 má vliv na znak 2).

Základní princip testu chí kvadrát

Testujeme nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze.

Nulová hypotéza H_0 : znaky 1 a 2 jsou nezávislé.

Alternativní hypotéza H_1 : Mezi znaky 1, 2 je závislost.

Testujeme správnost hypotézy H_0 . S testováním je spojena náhodná veličina Q , která se nazývá testovacím kritériem. Testovací kritérium Q nabývá hodnot, které jsou závislé na hypotéze H_0 a charakteristikách náhodného výběru. Hledáme kritický obor, do kterého testové kritérium padne jen s velmi malou pravděpodobností α . Pravděpodobnost α volíme obvykle 0,05 nebo 0,10 a nazývá se hladina významnosti. Nižší hladina významnosti znamená vyšší statistickou významnost. Neznamená důležitější nebo kvalitnější výsledek. S hladinou významnosti souvisí kvantil $(1-\alpha)$. Kvantil představuje pravděpodobnost, s jakou přijímáme hypotézu H_0 . Jestliže hodnota leží v kritickém oboru, zamítáme hypotézu H_0 ve prospěch alternativní hypotézy H_1 . Pokud naměřená hodnota v kritickém oboru neleží, hypotézu H_0 nezamítáme a alternativní hypotéza H_1 se neprokázala.

Nulová hypotéza by měla jednoznačně určovat rozdělení zkoumaného znaku. Při testování se můžeme dopustit chyby s pravděpodobností α . Mohou nastat celkem 4 možnosti. Možnosti jsou uvedeny v tabulce 1.

	Skutečnost: H_0 platí	Skutečnost: H_1 platí
Rozhodnutí: H_0 nezamítáme	Správně	Chyba 2. druhu
Rozhodnutí: H_0 zamítám	Chyba 1. druhu	Správně

Tab. 1 Možnosti chyby při testování

Chyba 1. druhu nastane, jestliže platí nulová hypotéza, ale my ji zamítneme. Pravděpodobnost chyby 1. druhu je rovna hladině významnosti α . Chyba 2. druhu nastane, jestliže nulová hypotéza neplatí, ale my ji nezamítneme. S pravděpodobností chyby 2. druhu souvisí síla testu. Čím je síla testu větší, tím je tento test vhodnější pro nalezení závislosti

mezi danými proměnnými. Sílu testu většinou neznáme. K tomu abychom ji určili, je potřeba znát rozdělení testového kritéria za předpokladu, že platí alternativní hypotéza. Protože se může stát, že síla testu je malá a závislost mezi veličinami nebyla testem nalezena, i když ve skutečnosti existuje, používá se „opatrnější“ terminologie. Říkáme „**nulovou hypotézu nezamítáme**“ místo „nulovou hypotézu přijímáme“.

Skutečné a očekávané četnosti

Test chí-kvadrát porovnává skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Měří se nepodobnost skutečných a očekávaných četností. Čím jsou rozdíly větší, tím je větší testovací statistika chí kvadrát. Skutečné (naměřené) četnosti se zapisují do kontingenční tabulky. V kontingenční tabulce jsou ve sloupcích vyjádřené hodnoty znaku 1, v řádcích hodnoty znaku 2. Počet řádků je i , počet sloupců je j .

Příklad kontingenční tabulky ($i = 3, j = 4$) ukazuje tab. 2.

	Znak 1 – vlastnost 1	Znak 1 – vlastnost 2	Znak 1 – vlastnost 3	Znak 1 – vlastnost 4	Celkem
Znak 2 – vlastnost 1	n_{11}	n_{12}	n_{13}	n_{14}	$\sum_j n_{1j}$
Znak 2 – vlastnost 2	n_{21}	n_{22}	n_{23}	n_{24}	$\sum_j n_{2j}$
Znak 2 – vlastnost 3	n_{31}	n_{32}	n_{33}	n_{34}	$\sum_j n_{3j}$
Celkem	$\sum_i n_{i1}$	$\sum_i n_{i2}$	$\sum_i n_{i3}$	$\sum_i n_{i4}$	$\sum_{ij} n_{ij}$

Tab. 2 Skutečné četnosti – kontingenční tabulka

Na základě skutečných četností se vypočítají očekávané četnosti. Kontingenční tabulka očekávaných četností k uvedenému příkladu je tab. 3.

	Znak 1 – vlastnost 1	Znak 1 – vlastnost 2	Znak 1 – vlastnost 3	Znak 1 – vlastnost 4	Celkem
Znak 2 – vlastnost 1	m_{11}	m_{12}	m_{13}	m_{14}	$\sum_j m_{1j}$
Znak 2 – vlastnost 2	m_{21}	m_{22}	m_{23}	m_{24}	$\sum_j m_{2j}$
Znak 2 – vlastnost 3	m_{31}	m_{32}	m_{33}	m_{34}	$\sum_j m_{3j}$
Celkem	$\sum_i m_{i1}$	$\sum_i m_{i2}$	$\sum_i m_{i3}$	$\sum_i m_{i4}$	$\sum_{ij} m_{ij}$

Tab. 3 Očekávané četnosti – kontingenční tabulka

Hodnoty v tab. 3 jsou vypočítány následovně:

$$m_{11} = \frac{\sum_j m_{1j} \sum_i m_{i1}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{12} = \frac{\sum_j m_{1j} \sum_i m_{i2}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{13} = \frac{\sum_j m_{1j} \sum_i m_{i3}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{14} = \frac{\sum_j m_{1j} \sum_i m_{i4}}{\sum_{ij} m_{ij}}$$

$$m_{21} = \frac{\sum_j m_{2j} \sum_i m_{i1}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{22} = \frac{\sum_j m_{2j} \sum_i m_{i2}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{23} = \frac{\sum_j m_{2j} \sum_i m_{i3}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{24} = \frac{\sum_j m_{2j} \sum_i m_{i4}}{\sum_{ij} m_{ij}}$$

$$m_{31} = \frac{\sum_j m_{3j} \sum_i m_{i1}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{32} = \frac{\sum_j m_{3j} \sum_i m_{i2}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{33} = \frac{\sum_j m_{3j} \sum_i m_{i3}}{\sum_{ij} m_{ij}}, m_{34} = \frac{\sum_j m_{3j} \sum_i m_{i4}}{\sum_{ij} m_{ij}}$$

Dále je potřeba provést kontrolu splnění podmínek. Pro použití testu nezávislosti musí být v kontingenční tabulce očekávaných četností splněny podmínky: nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5 a žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1. Pokud tato podmínka není splněna, lze sloučit řádky nebo sloupce. Sloučení je třeba provést tak, aby bylo logické a věcně správně a dobře interpretovatelné. Uvedené platí pro náhodný výběr $n > 40$. Pro tabulku 2x2 je nutná úprava testového kritéria, pokud $20 < n < 40$, provádí se pomocí Yatesovy korekce. Pokud $n < 20$, používá se Fisherův test.

V dalším kroku je potřeba vypočítat testovou statistiku chí kvadrát. Testová statistika chí kvadrát se vypočte podle vzorce

$$\chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}$$

Pomocí testové statistiky chí-kvadrát se posuzuje velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnosti. Porovnává se vypočtená hodnota s kritickou hodnotou chí-kvadrát na dané hladině významnosti. Kritickou hodnotu pro daný stupeň volnosti najdeme v tabulkách. Počet stupňů volnosti zjistíme podle vztahu $(i-1)*(j-1)$, kde i je počet řádků a j je počet sloupců. Je-li kritická hodnota menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti a přijímáme hypotézu o závislosti. Je-li kritická hodnota větší než vypočtená hodnota testového kritéria, nezamítáme nulovou hypotézu na dané hladině významnosti a platí, že znaky jsou nezávislé.

ZDROJE

HENDL, Jan, 2006. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

BAŠTINEC, Jaromír, Břetislav FAJMON a Jan KOLÁČEK, 2014. *Pravděpodobnost, statistika a operační výzkum*. [online]. Brno: Vysoké učení technické v Brně, Fakulta elektrotechniky a komunikačních technologií, Ústav matematiky. [cit. 2016-20-03]. Dostupné z: http://matika.umat.feec.vutbr.cz/inovace/texty/MPSO/CZ/MPSO_plna_verze_CZ.pdf

SOUKUP, Petr, 2010. *Nesprávná užívání statistické významnosti a jejich možná řešení*. [online]. Praha: Institut sociologických studií, Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova. [cit. 2016-20-03]. Dostupné z: http://dlib.lib.cas.cz/6488/1/DaV10_2_s77_104.pdf

KONTAKT

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: jexova@vszdrav.cz

CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČESKÉ REPUBLICE

HLINOVSKÁ, J., K. MORAVCOVÁ, V. HOFMAN a K. ZEJDOVÁ

Abstrakt

Celoživotní vzdělávání v profesi sestry představuje po vstupu České republiky do Evropské unie, v souvislosti s nabytím platnosti zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a v souvislosti s novelami onoho zákona, po kterém nastalo mnoho změn v profesi sestry, velmi aktuální a diskutované téma. Tento průzkum se zabývá problematikou významu celoživotního vzdělávání sester. Snažili jsme se vyzdvihnout důležitost jeho potřeby a zjistit, jaký význam zaujímá z hlediska pedagogických, psychologických a sociálních aspektů. Prvním cílem bylo zmapovat proces celoživotního vzdělávání sester. Dále zjistit postoj sester k současnému systému povinného vzdělávání a třetím cílem jsme zjišťovali, do jaké míry ovlivňují sociální aspekty celoživotního vzdělávání sester. Na základě výsledků průzkumu jsme vypracovali doporučené návrhy pro praxi.

Klíčová slova: Celoživotní vzdělávání. Kvalita ošetrovatelské péče. Sestra. Význam celoživotního vzdělávání.

Úvod

V současné době jsou na všeobecnou sestru, vykonávající nelehké povolání, kladeny poměrně vysoké nároky. A to nejenom v podobě určitých osobnostních předpokladů, ale především na její profesní přípravu. Všeobecná sestra představuje pracovníka s vysokou odbornou kvalifikací, rozsáhlými kompetencemi, značnou samostatností, nesoucí velkou odpovědnost za zdraví jedinců i celé populace. To sebou přináší nutné soustavné zdokonalování, v podobě celoživotního vzdělávání, přispívající k lepší kvalitě poskytované péče, která pozitivně ovlivňuje spokojenost pacientů a zdraví celé populace.

V posledních letech představuje celoživotní vzdělávání sester velmi aktuální a diskutované téma a proto jsme se rozhodli věnovat mu pozornost, neboť se dotýká každého z nás.

Metodika

Na začátku průzkumného šetření jsme si stanovili hlavní cíl průzkumu a jeho dílčí cíle. Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, jaký význam představuje celoživotní vzdělávání pro všeobecné sestry z hlediska pedagogických, psychologických a sociálních aspektů. Na základě stanoveného hlavního cíle průzkumu jsme si určili dílčí cíle.

Základní metodu našeho průzkumného šetření představuje kvantitativní metoda dotazování. Na sběr empirických dat jsme použili nestandardizovaný anonymní dotazník.

První fáze naplňování dílčích cílů probíhalo vymezením průzkumného problému a hlavního cíle průzkumného šetření. Druhou fází, představovala samotná pilotáž, s vybranými deseti respondenty, jejichž pomocí jsme získali předběžné informace k problematice celoživotního vzdělávání sester. Distribuce dotazníků v daných nemocnicích probíhala osobně. Časové období průzkumného šetření probíhalo od prosince 2015 do ledna 2016. Dotazníků bylo rozdáno celkem 225, z nich se vrátilo 208 dotazníků, z toho 8 neúplně vyplněných. Návratnost tedy činila 200 dotazníků – tj. úspěšnost 89 %.

Charakteristika výběrového souboru

Základní výběrový soubor tvořilo 200 náhodně vybraných sester z Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně a Uherskohradištské nemocnice a. s. Kritériem výběru respondentů byl výkon povolání všeobecné sestry ve směnném provozu u lůžka pacienta.

Tento záměrný výběrový soubor respondentů charakterizují dvě základní hlediska. První hledisko představovalo délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Všeobecných sester s délkou praxe ve zdravotnictví méně než jeden rok bylo 16 (8 %), od 1-5 let 48 (24 %), od 5-10 let 42 (21 %), od 10-20 let 28 (14 %) a sester s délkou praxe 20 a více let bylo nejvíce, a to 66 (33 %). Druhé rozlišovací hledisko bylo nejvyšší dosažené vzdělání, kdy sester se středoškolským vzděláním bylo 118 (59 %), sester s vyšším odborným vzděláním 24 (12 %) a s vysokoškolským vzděláním 58 (29 %).

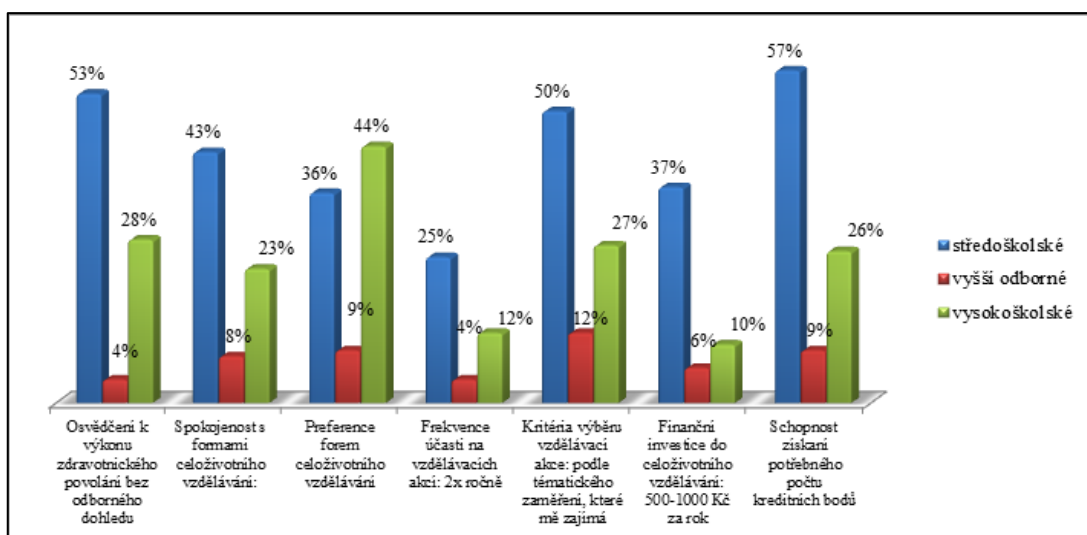
Interpretace výsledků průzkumu

Z průzkumného šetření vyplývá:

Všeobecné sestry se středoškolským vzděláním: Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu má 53 % sester. Spokojeni s formami CŽV je z této skupiny 43 % sester. Jako nejčastější formu CŽV - certifikované kurzy, odborné semináře, konference, kongresy, sympozia preferuje 36 % sester. Nejpreferovanější frekvence účasti na vzdělávacích akcích (2x ročně) bylo sestrami označeno 25 %. Jako nejčastější kritérium výběru vzdělávací akce označilo - podle tematického zaměření, které mě zajímá, a to 50 % sester. Finanční investici do CŽV (500-1 000 Kč za rok) je ochotno investovat 37 % sester.

Všeobecné sestry s vyšším odborným vzděláním: Na otázku, zda sestry mají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, odpovědělo kladně z této skupiny 4 % sester. Na další otázku, jestli jsou spokojeny s formami CŽV, odpovědělo pozitivně 8 % sester. Jako nejčastější formu CŽV (certifikované kurzy, odborné semináře, konference, kongresy, sympozia) označilo 9 % sester. Nejpreferovanější frekvence účasti na vzdělávacích akcích (2x ročně). Jako nejčastější kritérium výběru vzdělávací akce bylo tematické zaměření akce a osobní zájem o problematiku. Sestry z této skupiny byly ochotny investovat do CŽV 500-1000 Kč za rok.

Všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním: Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu má z této skupiny 28 %. Na otázku, jestli jsou sestry spokojené s formami CŽV, odpovědělo pozitivně 23 % sester. Za preferované formy CŽV označilo 44 % sester - certifikované kurzy, odborné semináře, konference, kongresy. Frekvence účasti na vzdělávacích akcích (2x ročně) bylo sestrami označeno 12 %. Jako nejčastější kritérium výběru vzdělávací akce bylo tematické zaměření akce a osobní zájem o problematiku. Sestry z této skupiny byly ochotny investovat do CŽV 500-1 000 Kč za rok.



Graf 1 Porovnání procesu CŽV všeobecných sester ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání

Z průzkumného šetření vyplynulo, že proces CŽV se liší hlavně mezi kategorií všeobecných sester s vyšším odborným vzděláním a kategorií všeobecných sester se středoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním. Sestry se středoškolským vzděláním jsou spokojenější se systémem CŽV než sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním.

V průzkumné otázce nás zajímalo, jaký je postoj sester k současnému systému povinného CŽV. Z průzkumu vyplynulo, že z 200 (100 %) sester 160 (80 %) sester pokládá současný systém povinného CŽV ve své profesi za významný, z toho 46 (23 %) sester za rozhodně významný a 114 (57 %) sester za spíše významný. Taktéž 160 (80 %) sester by se dále vzdělávalo, i kdyby nebylo CŽV zákonem povinné, přičemž 40 (20 %) sester by se rozhodně dále vzdělávalo a 120 (60 %) sester by se spíše vzdělávalo. Kladný postoj k CŽV v našem průzkumu zaujímá 76,6 % sester. Další položkou vztahující se k průzkumné otázce byly motivační faktory, které vedou sestry k CŽV. Jako nejčastější motivační faktor CŽV sestry uváděly povinnost danou zákonem (60 %) a možnost rozšiřování a prohlubování znalostí (60 %). Zatímco jako nejčastější překážka v CŽV sester byla nejčastěji označována časová náročnost z důvodu náročného povolání (77 %). Z průzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry mají převážně (v 75 %) kladný postoj k současnému systému povinného CŽV.

Diskuse

Hlavní náplní naší průzkumné práce bylo odpovědět na průzkumnou otázku, jaký význam představuje celoživotní vzdělávání pro všeobecné sestry z hlediska pedagogických, psychologických a sociálních aspektů.

Z hlediska pedagogických aspektů CŽV sester jsme zjistili, že většina sester jsou držitelkami osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, tzv. jsou registrované. S formami celoživotního vzdělávání, tak jak je stanovuje zákon, jsou sestry spokojené. Největší spokojenost s formami CŽV vykazují sestry s délkou praxe 20 a více let a sestry se středoškolským vzděláním. Zatímco sestry s nejkratší délkou praxe (1 rok) a sestry s vyšším odborným vzděláním jsou spokojené s formami CŽV nejméně. Jičínská (2009) ve své práci zkoumá spokojenost s formami CŽV v závislosti na věku sester a uvádí, že nejvyšší spokojenost měly sestry ve věku 51 a více let a s klesajícím věkem klesá i jejich spokojenost. Jako nejčastější formu celoživotního vzdělávání preferují sestry certifikované kurzy. Druhou nejčastější formu CŽV představují pro sestry odborné semináře, konference, kongresy a sympozia. Zatímco Vlasáková (2010) uvádí, že nejpreferovanější forma vzdělávání představuje pro NLZP účast na vzdělávacích aktivitách typu semináře, konference, kurzy a v posledních letech i e-learningové kurzy. Na základě porovnání s jinými výzkumy z let 2006, 2007 a 2008 jsou preference forem vzdělávání ze strany NLZP konzistentní, trvalé a časem se nemění. V oblasti forem CŽV sester nespátřujeme problém v jejich poměrně bohaté nabídce, ale spíše v její dostupnosti, kdy sestry nemají na CŽV dostatek potřebného času a leckdy ani dostatek financí. Mužík (2006) prezentuje názory studentek, všeobecných sester, které mají zkušenosti se vzdělávacími akcemi v rámci celoživotní vzdělávání v podobě SWOT analýzy (příloha 1). V této analýze uvádí jen nejvíce se vyskytující názory. Málokdo pochybuje o významu celoživotního vzdělávání pro profesní rozvoj. Připomínky se týkají spíše podmínek realizace uvedeného systému.

Jako nejčastější kritérium výběru vzdělávacích akcí sestry volí tematické zaměření, které si vybírají na základě svého zájmu. Zatímco za nejméně časté kritérium výběru vzdělávací akce sestry označují možný zisk kreditních bodů. V tom se shodujeme s Vlasákovou (2010), která ve své práci udává, že NLZP si vzdělávací akce vybírají na základě tematického zaměření. Dalšími zohledňovanými aspekty jsou pak cena, čas, který

musí vynaložit na absolvování akce a až v poslední řadě výše kreditu. Pozitivním zjištěním bylo, že 93 % sester systém povinného CŽV umožňuje dosáhnout potřebného počtu kreditních bodů. Rozdílný výsledek uvádí ve své práci Gačová - Urbánková (2013), kde 68,75 % všeobecných sester je spokojeno s počtem kreditů, které jsou potřeba získat během registračního období v rámci CŽV sester. Problém v této oblasti týkající se systému povinného CŽV spatřujeme hlavně v jeho zákonné povinnosti, která představuje pro sestry asi největší slabinu, i přes prodloužení registračního období z délky šesti let na délku deseti let. Vyřešením těchto aktuálních problémů má být přijetí novely zákona o zdravotnických povoláních, který je však ještě v jednací fázi.

Z hlediska psychologických aspektů CŽV sester jsme došli ke kladnému zjištění, že sestry (80 %) pokládají současný systém CŽV ve své profesi za významný. Kladný postoj k CŽV mají především sestry s délkou praxe 20 a více let a sestry se středoškolským vzděláním. I kdyby nebylo celoživotní vzdělávání zákonem povinné, 80 % sester by se i tak nadále vzdělávala.

Zjistili jsme, že sestry zaujímají pozitivní postoj k celoživotnímu vzdělávání. Pozitivní postoj k CŽV zaujímají nejvíce sestry s délkou praxe 20 a více let a sestry se středoškolským vzděláním. Celoživotní vzdělávání vnímá 91 % dotazovaných sester jako nutnost v současném rychle rozvíjejícím se oboru ošetřovatelství a 90 % sester je vnímá jako prohlubování odborných znalostí a dovedností.

Z hlediska sociálních aspektů ovlivňujících celoživotní vzdělávání všeobecných sester, jsme dospěli k pozitivnímu zjištění, že 85 % sester považuje zkušenosti získané v CŽV za faktor přispívající ke zvyšování kvality ošetřovatelské péče. Kvalita poskytované zdravotní, ale i ošetřovatelské péče představuje v dnešní době další velmi aktuální téma nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i u široké veřejnosti. Kvalita poskytované péče nezávisí pouze na prostředí, vybavení a jiných materiálních předpokladech, ale velké míře i na dalších spoluúčastnících celého procesu, na jejich nadšení, zaujetí, šikovnosti, ochotě a v neposlední řadě na jejich vzdělání (Kovačiková, 2008). Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, včetně všeobecných sester má pozitivní vliv na kvalitu péče o pacienty a je důležité pro strategický plán zdravotnické instituce. Kvalita poskytované péče ve značné míře závisí na celoživotním vzdělávání těch, kdo jsou odpovědní za její poskytování. Beňadíková (2013) ve svém výzkumném šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda

je úroveň vzdělávání sester podstatným faktorem podmiňujícím poskytování kvalitní ošetrovatelské péče shrnuje, že většina sester považuje své zkušenosti za faktor nejvíce přispívající ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a přiklání se také k možnosti, že vyšší stupeň vzdělání spíše ovlivňuje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Výsledky našeho průzkumu dále ukazují, že sestry aplikují získané odborné znalosti z CŽV na jejich pracovišti. Avšak četnost jejich aplikace není tak častá. Na základě této otázky nás zajímalo, jaké překážky sestry vnímají při uplatnění získaných z CŽV na jejich pracovišti. Z průzkumu vyplývá, že polovina sester považuje jako nejčastější překážku nedostatek času.

Dále si sestry myslí, že by je měl zaměstnavatel podporovat v celoživotním vzdělávání. Nejvíce by sestry (84 %) uvítaly finanční úhradu nákladů spojených s CŽV. Nejvíce sester (45 %) označilo, že zaměstnavatel je podporuje v účasti na CŽV nejčastěji způsobem proplácení hodin věnovaných účasti na CŽV. Bártlová (2006) udává, že zajištění vzdělávání všeobecných sester ze strany managementu zdravotnického zařízení představuje dopad i na faktory, jako je spokojenost pacientů, délka hospitalizace (zkrácení doby pobytu v nemocnici) a také snížený výskyt komplikací. Poskytování dalšího vzdělávání významným způsobem snižuje i výskyt pochybení.

ZÁVĚR

Vzdělávání všeobecných sester a dalších zdravotnických pracovníků prošlo v posledních letech značným vývojem.

Na základě studia a zpracování teoretických poznatků jsme v empirické části provedli pomocí průzkumné metody analýzu problematiky významu celoživotního vzdělávání sester z hlediska pedagogických, psychologických a sociálních aspektů. Při zpětném náhledu na analýzu našeho průzkumného šetření lze obecně shrnout, že proces CŽV sester je kladný, stejně tak jako jejich postoj k CŽV. Sestry si uvědomují nutnost a nezbytnost celoživotního vzdělávání. Jsou otevřené k CŽV, které chápou jako prohlubování odborných znalostí a dovedností. Celoživotní vzdělávání vnímají jako nutnost v současném rychle rozvíjejícím se oboru ošetrovatelství.

Jedním ze zjištěných nedostatků je, že využitelnost znalostí získaných účastí na CŽV pro realizaci a zefektivnění práce na pracovišti je stále slabá. Důvodem je především nedostatek času, ale i nedostatek financí a potřebného materiálu. Je zapotřebí, aby i přes náročnost práce byl na jednotlivých oddělení vymezený časový prostor pro časté konzultace a realizace inovací k usnadnění a zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče.

Součástí výsledků průzkumného šetření bylo zjištění, že všeobecné sestry ve větší míře ovlivňují sociální aspekty CŽV. Sestry chápou zkušenosti získané z CŽV jako faktor přispívající ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Podpora CŽV zaměstnavatelem je důležitá pro jejich spokojenost a setrvání v zaměstnání. Jako jednu z možností podpory CŽV zaměstnavatelem by nejvíce uvítaly finanční úhradu nákladů spojených s CŽV.

Potřeba celoživotního vzdělávání se na počátku tohoto století stává stále naléhavější. S rozvojem ošetrovatelství a lékařství je potřeba si kontinuálně udržovat úroveň odborných znalostí a dovedností. I přes celkové pozitivní výsledky našeho průzkumného šetření pokládáme za významné, aby sestry chápaly celoživotní vzdělávání jako užitečné nejen pro zachování odborné kvalifikace, ale i rozvoj oboru ošetrovatelství, ošetrovatelské péče a s ní spojené kvality života a zdraví naší populace.

Výsledky z našeho průzkumného šetření a navrhovaná doporučení pro praxi budou k dispozici zdravotnickým zařízením, ve kterých průzkumné šetření probíhalo s cílem snažit se udržet pozitivní postoj sester k CŽV a sociální aspekty ovlivňující celoživotní vzdělávání. Rádi bychom, kdyby výsledky naší práce vzbudily širší vědecký zájem o problematiku významu celoživotního vzdělávání všeobecných sester a posloužily jako výzva k dalšímu vědeckému bádání.

LITERATURA

BÁRTLOVÁ, S. 2007. Profese sestry, profesionalizace a elitářství ze sociologického pohledu. In *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU katedra ošetrovatelství. ISSN 1212-4117, 2007, no. 2.

BEŇADÍKOVÁ, D. 2013. Vliv úrovně vzdělání sestry na kvalitu poskytované péče. In *Sestra*. [online] č. 03/2013. [citováno 2014-10-10] Dostupné na: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-urovne-vzdelani-sestry-na-kvalitu-poskytovane-pece-469522/>.

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů.

GAČOVÁ - URBÁNKOVÁ, V. 2013. *Problematika celoživotního vzdělávání všeobecných zdravotních sester*. [online]. 2013. [citováno 2015-02-20]. Diplomová práce. Karlova univerzita v Praze, Filozofická fakulta, Katedra pedagogiky. Dostupné na: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/107716/>.

JIČÍNSKÁ, K. 2009. *Pedagogické, psychologické a sociální aspekty celoživotního vzdělávání všeobecných sester*. [online]. 2009. [citováno 2015-02-20]. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/57937/pdf_d/.

KOVÁČIKOVÁ, B. Kvalita poskytované zdravotnej starostlivosti. *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórných metódií*. ISSN 1335-50-90, 2008, č. 3, roč. 14, s. 116.

MUŽÍK, J. 2006. Andragogické aspekty celoživotního vzdělávání sester. In: *Sborník z mezinárodní konference: Vzdělávání sester: současnost a očekávání*, konané dne 30. 03. 2006 v Praze, 2006. s. 70. ISBN 80-7262-434-2.

VLASÁKOVÁ, D. 2010. Celoživotní vzdělávání NLZP a možnosti jeho naplnění. *Sestra*. [online]. 2010. [citováno 2014-10-07]. Dostupné na: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/celozivotni-vzdelavani-nlzp-a-moznosti-jeho-naplneni-454996>.

PŘÍLOHA 1 NÁZORY STUDENTEK, SESTER, KTERÉ MAJÍ ZKUŠENOSTI SE VZDĚLÁVACÍMI AKCEMI V RÁMCI ČŽV V PODOBĚ SWOT ANALÝZY

Silné stránky (S)	Slabé stránky (W)
<p>stanovení kategorií nelékařských pracovníků a jejich kompetence</p> <p>registrace všech sester aktivně působících v oboru</p> <p>převádění poznatků z vědy a výzkumu a zobecněných zkušeností předních odborníků do ošetrovatelské práce</p>	<p>do jisté míry násilná podoba zapojení do celoživotního vzdělávání</p> <p>někdy je průměrná úroveň vzdělávacích akcí</p> <p>některé vzdělávací akce jsou jen formální</p>
Příležitosti (O)	Hrozby (T)
<p>podpora volného pohybu zdravotnických pracovníků v rámci EU</p> <p>přispění k prestiži českých zdravotníků v zahraničí</p> <p>zkušenosti našich sester získané v zahraničí lze v budoucnu aplikovat u nás doma</p>	<p>honba za kredity, ztráta vnitřní motivace ke vzdělávání</p> <p>nároky na čas (osobní volno) účastníků kurzů</p> <p>soukromé výdaje na vzdělávání</p>

(Zdroj: Mužík, 2006, s. 68).

KONTAKT

PhDr. Hlinovská Jana, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

[e-mail: hlinovska@vszdrav.cz](mailto:hlinovska@vszdrav.cz).

UPLATNĚNÍ METODY KRÁTKÉ INTERVENCE PŘI ZVYŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI OBYVATELSTVA

TAYBNER, J., L. HAMPLOVÁ a P. HULINSKÝ

Abstrakt

Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou nádorová onemocnění, která jsou dle American Cancer Society až z 80 % preventabilní. Omezení rizikových faktorů, správně provedená a cílená edukace jednotlivců i skupin se významně podílí, na včasném odhalení příznaků onemocnění a následném snížení ekonomických dopadů na zdravotní péči či nezdravotní ztráty v důsledku pracovní neschopnosti. Metoda krátkých intervencí vychází z mezinárodně ověřené a finančně nenáročné metody prevence, která prokazatelně ovlivňuje postoje a chování populace ve prospěch zdravého životního stylu. Edukace je důležitá sesterská aktivita, která by měla být zařazována vždy, když je potřebné to, aby pacient zvládl nějakou novou kompetenci, získal nové znalosti v dané problematice a hlavně změnil způsob svého chování a postoje k prevenci vzniku a léčbě onemocnění. Tématem projektu Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. byla problematika zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva, na základě změny postojů a chování k vlastnímu zdraví pomocí metody krátké intervence.

Klíčová slova: Edukace. Metoda krátkých intervencí. Zdravotní gramotnost.

V roce 2016 obdržela Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. finanční prostředky z MZ ČR v rámci dotačních řízení sekce ochrany a podpory veřejného zdraví Ministerstva zdravotnictví *Národní program zdraví - projekty podpory zdraví a Národní program řešení problematiky HIV/AIDS* na realizaci metody krátkých intervencí studenty Vysoké školy zdravotnické v průběhu výkonu odborné praxe. Seznámení s filozofií metody krátkých intervencí, které jsou obsahem obou projektů, bylo impulsem autora pro výběr tématu předkládané rigorózní práce a současně myšlenka zpracovat a navrhnout další edukační karty k novým oblastem zdravotní problematiky a jejich doplnění do sady stávajících

edukačních karet o velmi potřebná témata prevence onkologických onemocnění a prevence onemocnění chřipkou. Dalším z impulsů, které vedly autora práce k výběru tématu, bylo prezentování metody krátkých intervencí Státním zdravotním Ústavem v Praze, který propaguje tuto metodu a její zavádění pod odborným vedením MUDr. Marie Nejedlé do zdravotnických zařízení ambulantní i lůžkové péče s garancí úspěšnosti mezi 3-5 %. V rámci přípravných fází našeho výzkumu, kontaktoval autor práce na doporučení Dr. Nejedlé, některá z uvedených pracovišť, kde metoda krátkých intervencí měla být zavedena pod záštitou Ministerstva zdravotnictví v rámci pilotního projektu „Nemocnice podporující zdraví“. Zde jsme se telefonicky nebo osobně dotazovali, jaká je odezva od zdravotnických pracovníků provádějící intervence, jak často intervence provádějí a jaké mají s dosavadní metodou v běžné ošetrovatelské praxi zkušenosti. Je třeba zcela otevřeně konstatovat, že některá z uvedených pracovišť, která byla do pilotního programu zařazena, neměla zkušenosti s metodou, nebo zaměstnanci nevěděli jaký je způsob provádění metody krátké intervence a co vlastně tato metoda představuje. Pokud se na některých vybraných pracovištích metoda krátké intervence prováděla, nebyla poskytnuta žádná výstupní data a výsledky prokazující účinnost metody mezi 3-5 %, tak jak je prezentována SZÚ. Také proto jsme se rozhodli pokusit se metodu aplikovat na pracovištích, kde o ni projeví zájem a do výzkumu se aktivně zapojili. Jedním z pracovišť, které od samého začátku projevilo zájem, o provedení výzkumu pomocí metody krátkých intervencí byla Psychiatrická nemocnice v Praze - Bohnicích, kde Hlavní sestra Bc. Jana Akrmannová se svým týmem umožnila provést výzkum a po celou dobu našeho šetření se aktivně zajímala o provádění intervencí a zajišťovala tak hladký průběh výzkumného šetření. V rámci naší dobré spolupráce vznikla i myšlenka vytvořit nové edukační karty pro pacienty se stanovenou psychiatrickou diagnózou, obsahově přizpůsobené této problematice a odpovídající svým obsahem i provedením mentálním schopnostem klientů s některými psychiatrickými onemocněními. Toto může být úkol pro další výzkumnou činnost, například při tvorbě diplomové, rigorózní práce či disertační práce.

Východiskem našeho projektu bylo získání přehledných informací o prevenci, vhodných metodách a technikách intervencí, způsobu a významu edukace, osobnosti edukátora a možnostem motivace edukanta, které vedou ke změně postojů a chování dle modelu jednotlivých stádií změn. V přípravné fázi jsme prostudovali pro lepší a přehlednější pochopení celé problematiky poměrně obsáhlé množství dostupných odborných zdrojů, jak

domácích tak zahraničních. Například zajímavá je teorie motivace změn od Fishbeina z roku 1967, který se jako první zabýval teorií postojů, vytvořil sumární model a přinesl tak efektivní nástroj pro měření postojů jedince. Azjen v roce 1975 popsal teorii odůvodněného a plánovaného chování a v roce 1985 popsal vnímanou kontrolu chování. Teorie plánovaného chování tedy přinesla důležité poznatky pro oblasti aplikované psychologie i medicíny. Dále jsme se zaměřili na problematiku onkologické léčby v České republice včetně statistických dat z dostupných zdrojů, jako je incidence, mortalita, rizikové a geneticky podmiňující faktory vzniku nádorových onemocnění i možnosti léčby včetně možností onkologické prevence v ČR a na jednotlivé oblasti zdravotní problematiky, ve kterých probíhaly krátké intervence v rámci našeho výzkumu.

Hlavním cílem projektu bylo navržení, vytvoření a zavedení nových edukačních karet do praxe, obsahově zaměřených k jednotlivým oblastem zdravotní problematiky našeho výzkumu. Můžeme konstatovat, že stanovený hlavní cíl se podařilo splnit, neboť nově vytvořené edukační karty se osvědčily a dle výsledků dotazníkového šetření se setkaly s pozitivní odezvou od sester provádějících intervenci i od samotných pacientů.

Stanoveny byly také výzkumné otázky a navazující dílčí cíle. První výzkumná otázka zněla: **Jaké jsou znalosti pacientů v oblasti prováděné intervence, a** současně stanoveným **dílčím cílem bylo vyhodnotit úroveň znalostí pacientů v jednotlivých oblastech zdravotní problematiky.** Dosavadní znalosti a informace respondentů v dané zdravotní problematice byly zjišťovány pomocí autorem práce vytvořených vstupních dotazníků a změny postojů a chování po provedené krátké intervenci byly zjišťovány pomocí výstupních dotazníků. Je třeba zmínit, že cílem projektu práce nebylo cíleně působit a motivovat ke změně postojů určitou specifickou skupinu, například věkovou či dle pohlaví na základě incidence určitého nádorového onemocnění, ale pouze zmapovat vstupní (dosavadní) znalosti respondentů v dané problematice a ověřit si kvalitu navržených vypracovaných edukačních karet po provedené krátké intervenci, tím jak respondenti hodlají změnit postoje a chování v dané problematice provedené intervence na základě vyhodnocení výstupního dotazníku. Proto jsme náš výzkumný vzorek dále nespecifikovali a výběr respondentů byl pouze na sestřích, které s novými kartami pracovaly. Na základě provedeného výzkumu můžeme konstatovat, že obecné informace týkající se rizikových faktorů a příznaků nádorového onemocnění prsu a nádorového onemocnění varlat jsou na

dobré úrovni, neboť respondenti znali základní rizikové faktory podílející se na vzniku onemocnění a znali prvotní příznaky nádorového onemocnění. V problematice prevence onemocnění chřipkou jsme prokázali horší znalosti v účinné prevenci onemocnění chřipkou, neboť pouze desetina dotazovaných uvedla jako vhodnou prevenci proti vzniku onemocnění očkování. Na základě našeho provedeného výzkumného šetření můžeme dále konstatovat, že přístup respondentů k preventivním opatřením jako je pravidelné samovyšetření prsů u žen, pravidelné samovyšetření varlat u mužů a očkování proti chřipce je nedostačující, neboť zásadní preventivní opatření dodržuje **méně jak třetina všech dotazovaných. Zde má metoda krátké intervence nezastupitelný význam, což se jednoznačně prokázalo.**

Druhá výzkumná otázka zněla: **Ovlivnila provedená intervence pacienty a vedla ke změně jejich režimových opatření a postojů?** Na základě provedeného výzkumného šetření můžeme konstatovat, že provedená intervence ovlivnila respondenty ke změně postojů a režimových opatření ve všech oblastech zdravotní problematiky, pro kterou byly edukační karty navrženy. Dalším z dílčích cílů bylo **ověřit účinnost nově navržených edukačních karet k metodě krátkých intervencí pro dané oblasti zdravotní problematiky.** Současně můžeme konstatovat, že další dílčí cíl **byl splněn**, neboť v rámci výzkumného šetření jsme ověřili účinnost nově navržených edukačních karet provedenou krátkou intervencí na dané téma a respondenti intervenci hodnotili pozitivně. Tuto informaci můžeme považovat za pozitivní ve smýšlení či motivaci pacientů ke změně režimových opatření a postojů, ovšem je důležité si uvědomit, že motivace pacienta musí být cílená, dlouhodobá a ne pouze z důvodu vyhovět personálu a spolupracovat, protože to po něm někdo vyžaduje.

Poslední výzkumná otázka **zjišťovala, jak sestry hodnotí nově navržené edukační karty a jejich využitelnost v praxi.** Dílčím cílem bylo **specifikovat nejčastější negativa při provádění krátkých intervencí s nově navrženými edukačními kartami ze strany všeobecných sester.** Na základě provedeného výzkumu můžeme konstatovat, že sestry provádějící intervence v běžné ošetrovatelské praxi hodnotily nově navržené edukační karty kladně, neboť **90 % z dotazovaných sester hodnotilo karty jako vyhovující.** Zcela zásadní je zjištění, že více jak **96 % dotazovaných sester je přesvědčeno o účinnosti intervencí v pozitivním ovlivnění postojů pacienta ke změně svého chování.** Jako největší negativum při práci s novými kartami nevedly dotazované sestry problém týkající se

obsahu či formy edukačních karet, či nedostatků v metodice apod., ale organizační komplikace či málo času, který mohou věnovat intervencím, což bohužel nelze ovlivnit v rámci běžného provozu oddělení. Nejčastěji zmiňovaným formálním nedostatkem edukačních karet bylo **malé písmo** a v několika případech sestry doporučovaly **zestručnit text** a obsah na kartách. Můžeme konstatovat, že **stanovený dílčí cíl byl splněn**, edukační karty byly upraveny dle požadavků sester.

Posledním dílčím cílem naší výzkumné práce bylo **doplnit existující edukační karty** Státního zdravotního ústavu a **rozšířit stávající manuál** o metodiku používání nově navržených edukačních karet. **Stanovený dílčí cíl byl splněn**, byly vypracovány nové edukační karty tak, aby obsahově, v grafickém provedení a logicky navazovaly na karty vydané SZÚ a současně byl vypracován návrh doplnění stávajícího manuálu pro metodiku používání nových edukačních karet. **Všechny stanovené cíle naší práce se podařilo splnit a stanovené výzkumné otázky byly zodpovězeny.**

V souvislosti s aktivním zapojením Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. do rozšíření a propagace aplikace metody krátkých intervencí do běžné ošetrovatelské praxe bylo uspořádáno **2. 6. 2016** na akademické půdě **Vysoké školy zdravotnické o. p. s.**, v Praze **Symposium metody krátkých intervencí** pro zástupce ošetrovatelského managementu nemocnic poskytujících ošetrovatelskou péči ve Středočeském kraji, kde byla tato metoda prezentována s použitím navržených a vytvořených edukačních karet pro nové oblasti zdravotní problematiky s doplněným návrhem manuálu na jejich používání. Hlavním pozitivem našeho projektu je přímé propojení psychologicko- medicínských teoretických přístupů s přímou ošetrovatelskou praxí, například uzavřením spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví ČR při řešení problematiky *HIV/AIDS* pomocí metody krátkých intervencí.

V závěru naší práce můžeme souhlasit s tvrzením Špirudové (2015, s. 115), která definuje supervizi poskytovanou pacientovi následovně:

„Jedná se o metodu dlouhodobé podpůrné práce sestry s pacientem (individuální nebo ve skupině), ve které pacient má vyhrazený bezpečný prostor pro diskutování svých problémů a aktivit ve vztahu k dodržování léčby a léčebného režimu, ke zvládnutí péče o sebe a vyrovnání se s realitou svého zdravotního vztahu. Sestra funguje jako ten, kdo podporuje, pomáhá, učí, vysvětluje, naslouchá.“

Závěr

Domníváme se, že výsledky našeho projektu budou dalším přínosem při aplikaci metody krátkých intervencí do široké praxe a současně povedou ke zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel v ČR na základě zvyšování odborné úrovně poskytované ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních v České republice.

ZDROJE

Česká republika a rakovina v číslech. *Linkos: Zdroje informací*. [online]. 2011. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>

Naplňování onkologického programu. *Linkos: Projekty onkologické prevence*. [online]. 2015. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/prevence-a-skrining/projekty-onkologicke-prevence/>

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2015. ISBN 80-247-57-109.

ÚZIS. *Tisková zpráva*. Česká onkologická společnost ČLS JEP, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 21. 11. 2013.

KONTAKT

Mgr. Mgr. et Bc. Taybner, Josef

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

e-mail: taybner@vszdrav.cz

IONIZUJÍCÍ ZÁŘEZENÍ

JEXO VÁ, S.

Abstrakt:

S ionizujícím zářením se setkáváme všude kolem nás. Ionizujícím zářením se nelze vyhnout a často vzbuzuje obavy a strach, protože je neviditelné. Každý živý organismus je sám zdrojem ionizujícího záření. Příspěvek obsahuje základní informace o ionizujícím záření a ionizaci. V příspěvku je uvedeno, jak probíhá ionizace, jaké účinky má na živý organismus a jaké jsou zdroje ionizujícího záření.

Klíčová slova: Ionizující záření. Účinky ionizujícího záření. Zdroje ionizujícího záření.

Ionizující a neionizující záření

Naše okolí je prostoupeno různými druhy fyzikálního záření, nejběžnější je záření elektromagnetické v širokém rozmezí vlnových délek. Záření rozdělujeme podle druhu účinku, který má na látku, na ionizující a neionizující. U neionizujícího záření nedochází k ionizaci a u ionizujícího záření k ionizaci dochází. Mezi neionizující záření patří radiové vlny, infračervené záření, viditelné světlo, ultrafialové záření. Ionizující záření je rentgenové záření, záření alfa, beta, gama a neutronové záření.

Ionizace

Ionizace je proces, při kterém z původně elektricky neutrálních atomů a molekul vznikají elektrony a kladné ionty. Za ionizaci považujeme i stav hmoty, která obsahuje kladné a záporné ionty. Atomy se skládají z atomového jádra a atomového obalu. Jádro je centrální částí atomu, je složeno z protonů a neutronů. Protony mají kladný náboj, neutrony jsou částice elektricky neutrální. Jádro je obklopeno elektronovým obalem, elektrony v elektronovém obalu mají záporný náboj. Molekuly se skládají z atomů. Elektricky neutrální atomy mají stejný počet protonů a stejný počet elektronů. Z elektricky neutrálních

atomů lze dodáním jednoho nebo více elektronů (záporného náboje) vytvořit záporný iont nebo odtržením jednoho nebo více elektronů z elektronového obalu vytvořit kladný iont. Pro vznik ionizace je nutno dodat energii, která musí být dostatečně velká, aby mohlo dojít k vytvoření kladného nebo záporného iontu. Pokud energie nemá dostatečnou velikost, elektron neopustí atom, pouze může přejít na vyšší energetickou hladinu, přechází do tzv. excitovaného stavu, který je nestabilní a po krátké době se vrací zpět do původního stavu. Minimální energie, která je potřebná k odstranění jednoho elektronu, se označuje jako ionizační potenciál (ionizační energie). Udává se elektronvoltech a závisí na protonovém čísle (počtu protonů v atomu). Ionizační energie představuje snahu atomu udržet si elektron, tzn. „sílu“, kterou je elektron vázán v elektronovém obalu.

Ionizující záření při průchodu zářením způsobuje ionizaci, tzn. z původně elektricky neutrálních atomů a molekul vznikají elektrony a kladné ionty. Částice ionizujícího záření mají energii, která je postačující k ionizaci. Za energetickou hranici ionizujícího záření se obvykle považuje 5 keV.

Přímá a nepřímá ionizace

K ionizaci může docházet přímo (nabitými částicemi – elektrony, pozitrony, alfa, beta, protony) nebo nepřímo (nenabitými částicemi – neutrony, fotony). U nepřímo ionizujících částic interaguje nepřímo ionizující částice s látkou a vytváří sekundárně nabitě částice. Sekundárně nabitě částice předávají energii látce a následně ji ionizují.

Účinek ionizujícího záření

Účinek ionizujícího záření je dán aktivitou zdroje, ale je závislý i na tom, jakou energii nese záření a jaká energie se předává prostředí, kterým záření prochází. Účinek záření na živý organismus závisí i na typu záření. Podle hustoty ionizace se dělí záření na záření řídké ionizující a na záření hustě ionizující. Typickými veličinami, které popisují ionizující záření je lineární brzdná schopnost a lineární přenos energie (LPE, LET - linear energy transfer). Lineární brzdná schopnost vyjadřuje ztrátu energie částice v daném prostředí připadající na jednotkovou délku její dráhy. Lineární přenos energie vyjadřuje energii, která je při zpomalování nabitě částice předávána elektronům látky. Různé částice různě ionizují a mají různou dobu, po kterou ztrácejí energii. Např. při průchodu alfa částic s energií 4 MeV hmotným prostředím dochází k ionizaci. Při srážkách s atomy dochází

k vyražení elektronů z atomového obalu, vznikají elektrony a kladné ionty. Pro vytvoření jednoho páru iontů ve vzduchu ztratí alfa částice část své energie (32,5 eV), na celé své dráze vytvoří částice alfa řádově 100 000 párů iontů. Dráha, na které částice alfa ztratí veškerou energii, se nazývá dolet. Vzhledem k tomu, že částice alfa rychle ztrácejí energii, je dolet částic alfa malý. V plynech několik centimetrů, v kapalinách a pevných látkách zlomky milimetrů.

Ionizující záření je záření, které má dostatečnou energii na to, aby přímo nebo nepřímo „odtrhovalo“ podél své dráhy elektrony z elektronového obalu atomů prostředí, kterým prostupuje. Održením elektronů z atomů vznikají kladné ionty, uvolněné elektrony mohou reagovat s dalšími atomy. Podél dráhy nabitých částic, které se pohybují látkou, vznikají iontové páry a excitované atomy. Při interakci s látkou může vést ionizující záření k zásahu do vnitřní struktury. Ionizující záření (dlouhodobé slabé i krátkodobé intenzivní) má negativní účinky na člověka a živé organizmy. Působí-li ionizující záření na biologický materiál, dochází k přenosu energie ve formě hmotných částic nebo ve formě vln elektromagnetického záření. Přenos energie probíhá ionizací a excitací atomů. Ionizující částice nebo vlnění atomy jsou absorbovány biologickým materiálem. V biologickém materiálu dochází k vyražení elektronů z atomů a vznikají kladně nabitě ionty, kationty a záporně nabitě ionty, anionty. Ionizované části molekul se stávají vysoce reaktivními a vedou k řadě chemických reakcí. V konečném důsledku mohou stát za poškozením biologického materiálu. Chemické reakce buňku buď rovnou usmrtí, nebo mohou vést ke změnám genetické informace. Destruktivní účinek ionizujícího záření na živou hmotu způsobuje poškození biomolekul, především DNA, proteinů a lipidů v buňce. Dochází k němu buď přímo, vyražením elektronů z chemických vazeb, nebo nepřímo, prostřednictvím volných radikálů. Při nepřímém účinku dochází k ionizaci molekul vody, vznikají volné radikály (částice s nespárovanými elektrony). Volné radikály jsou velmi reaktivní a mohou snadno reagovat s biomolekulami. Konečný výsledek působení ionizujícího záření na buňku a tkáň je určen nejen mechanismy poškození, ale uplatňují se i reparační (obnovovací) mechanismy. Změny vyvolané ionizujícím zářením mohou být dočasné nebo trvalé. Změny, které může vyvolat ionizující záření, se mohou projevit v průběhu dnů, týdnů, roků, ale i desítek let. Účinky ionizujícího záření se dělí na deterministické a stochastické. Deterministické účinky nastanou při dosažení určité dávky, kdy zákonitě nastane daný efekt. Je pro ně charakteristická prahová závislost.

U stochastických účinků se stoupající dávkou roste pravděpodobnost poškození. Změněná buňka se může vyvinout v nádor (i po značném časovém odstupu). Nejsou známé dávky, při kterých nemůže dojít ke vzniku nádoru. Je pro ně charakteristická bezprahová závislost mezi účinkem a dávkou. U stochastického charakteru nelze předpovědět účinek u konkrétního jedince. Nelze rozpoznat, zda právě v jeho případě se jedná o důsledek ozáření, lze pouze předpovědět vzestup výskytu chorobných projevů v ozářené populaci.

Zdroje ionizujícího záření

Zdroje ionizujícího záření můžeme rozdělit na přírodní a umělé. Přírodními zdroji je kosmické záření, sluneční záření a přírodní radioizotopy, mezi umělé zdroje patří urychlovače částic, terapeutická zařízení, radiofarmaka, jaderné reaktory, jaderné zbraně a další. Nejvýznamnějším umělým zdrojem jsou přístroje používané pro zdravotnické aplikace. Přírodní ionizující záření je všude kolem nás a nemá nic společného s aktivitami člověka. Mění se podle nadmořské výšky a typu horninového podloží. Ozáření závisí i na životním stylu člověka (např. cestování letadlem, větrání nebo nevětrání v radonových oblastech). Vše, co jíme a pijeme, je mírně radioaktivní. Některé potraviny obsahují více radioaktivních prvků než jiné. Tato skladba je teritoriálně závislá, za běžných podmínek však nepředstavuje nebezpečí pro populaci.

Hodnotu biologického účinku různých druhů ionizujícího záření udává dávkový ekvivalent, jehož jednotkou je Sievert (Sv). V České republice získáváme přirozeně z okolního prostředí cca 3 mSv ročně. V některých oblastech světa je to ale vzhledem ke geologickému podloží i mnohonásobně více. Smrtelná dávka záření je zhruba 7000 mSv. Limitní hodnota, kterou by člověk v České republice neměl překročit je stanovena na 50 mSv za rok, ale doporučuje se nepřekračovat 20mSv ročně.

Některé teorie tvrdí, že i malé ozáření, které je i na úrovni přírodního pozadí, může znamenat určité riziko. Proti těmto teoriím existují i teorie, podle kterých jsou malé dávky ionizujícího záření naopak organizmu prospěšné, protože stimulují v buňkách obranné mechanismy. Příkladem příznivého působení nízkých dávek je léčení pacientů v radioaktivních lázních. Některé výzkumy ukazují, že v místech s vyšší radioaktivitou, je

menší výskyt rakoviny než v místech s nižší radioaktivitou. Ionizující záření je přirozenou součástí přírody a našeho života a při správném použití je dobrým pomocníkem.

ZDROJE:

PODZIMEK, František. *Radiologická fyzika: Fyzika ionizujícího záření* [E-kniha]. 1. vydání. 336 s. Data Agentura INFOPHARM, 2013. ISBN 978-80-87727-05-8.

ULMAN, Vojtěch. *Jaderná fyzika a fyzika ionizujícího záření*. [online]. [cit. 30. 3. 2016]. Dostupné z: <http://astronuklfyzika.cz/JadRadFyzika6.htm>

Radiobiologie. [online]. [cit. 30. 3. 2016]. Dostupné z: <http://fbmi.sirdik.org/>

Posílí nás, co nás nezabije? Záhadná hormese. In *21. Století: Revue objevů, vědy, techniky a lidí*. [online]. [cit. 30. 3. 2016]. Dostupné z: <http://21stoleti.cz/2005/10/05/posili-nas-co-nas-nezabije-zahadna-hormese/>

KONTAKT

Ing. Jexová, Soňa, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: jexova@vszdrav.cz

NÁSILÍ V RODINĚ

PROCHÁZKOVÁ, R. a J. TAYBNER

Abstrakt

Fenomén násilí v rodině je v současné době velice aktuální téma a zdravotničtí lékaři a nelékařští pracovníci jsou jednou z prvních instancí, která v této oblasti mohou na oběť i agresora působit. Součástí příspěvku je kazuistika, na které ukazujeme příklad odкрыtí domácího násilí právě lékařem Zdravotnické záchranné služby.

Klíčová slova: Can syndrom. Domácí násilí. Násilí v rodině. Zdravotnická záchranná služba.

ÚVOD

Násilí v rodině a týrání definovala již Haškovcová v roce 1966 (2004, s. 13), jako:

„Úmyslné použití či hrozbu fyzické či psychické síly nebo moci proti jiné osobě, proti skupině či komunitě a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.“

O několik let později v roce 1986 definovala násilí Rada Evropy v Doporučení Rady Evropy R (85) 4 o násilí v rodině jako:

„Násilné chování v rodině, které zahrnuje jakýkoliv čin nebo opomenutí spáchané v rámci rodiny některými z jejích členů, které podkopávají život, tělesnou nebo duševní integritu, nebo svobodu jiného člena rodiny, nebo vážně poškozuje rozvoj jeho osobnosti“.

Cílem násilí je získání moci a nadvlády nad obětí. Často se v odborné literatuře setkáváme s uváděním rizikových faktorů, které poukazují na možný vznik domácího násilí. Jedná se například o dysfunkci rodiny, kriminální minulost některého z jejích členů, užívání návykových látek jako jsou drogy a alkohol, dále jde o problémy sociální a ekonomické,

soužití rodiče s dítětem a jeho nevlastním rodičem, násilné aspekty v rodině a také nerovnost pohlaví ve společnosti.

Mezi nejvíce ohrožené skupiny patří ženy a děti, také staří lidé a handicapovaní. Vhodným objektem pro násilníka jsou děti, neboť jsou ještě psychicky a sociálně nevyzrálé a závislé na dospělém - tudíž na agresorovi. Posledním vjemem, který je pro agresora důležitý, je, že děti jsou samozřejmě fyzicky slabší. Rizikovým faktorem pro týrání dítěte je například nechtěné či nevlastní dítě, což je uvedeno v níže popsané vzorové kazuistice, která se zabývá fyzickým týráním 9letého chlapce druhem matky. Rodina je romského původu. Domácí násilí na dítěti bylo odhaleno lékařem Zdravotnické záchranné služby při poskytování přednemocniční neodkladné péče a následně potvrzeno zdravotnickým personálem Emergency, kterému se chlapec detailně svěřil.

KAZUISTIKA

Indikace k výjezdu byla nahlášena posádce dispečerkou operačního střediska nejmenované Zdravotnické záchranné služby. Jednalo se o úraz hlavy, vpáčená zlomenina lebeční klenby? Dítě – chlapec, věk 9 let, při vědomí.

Posádka RLP si již při příjezdu všimá atributů okolí obydlí, které je typické pro sociálně slabé vrstvy obyvatel. Nepořádek, tuny železa a jiných kovů okolo obydlí, odpadky. Mezi těmito předměty stála matka s poraněným chlapcem, který byl vyděšený, uplakaný, při plném vědomí. Při vyšetření bez neurologického deficitu GCS 4-5-6, kardiopulmonálně plně kompenzovaný TK 100/60, P 90/min., SpO2 99%. Na hlavě v pravé T – P oblasti lékař odhalil malou minimálně krvácející ránu s prolomením kosti na spodině rány do lebeční dutiny s malým únikem mozkomíšního moku. Při celkovém vyšetření dítěte lékař na místě zjistil ojedinělé modřiny na končetinách různého stáří, zcela odpovídající věku, pohlaví a životnímu prostředí dítěte. Žádné známky násilí, svědčící pro pravidelné a dlouhodobé týrání na dítěti nebyly patrné. Lékař dále kladl dotazy týkající se mechanismu úrazu, což je velmi důležité pro zhodnocení úrazu, jeho závažnosti a odhalení eventuálních dalších možných poranění. Matka na dotaz odmítala odpovědět, doporučila lékaři, ať se zeptá muže, kterého označila za svého druha a který byl údajně u úrazu přítomen.

Druh odpověděl neochotně, nesmyslně:

„Kluk zlobil, byl potrestanej klečením v koutě, kde omdlel a spadl na zem“.

Nic přesnějšího nebyl muž schopen říci, nebyl schopen upřesnit okolnosti úrazu ani na základě cílených dotazů. Lékaři bylo jasné, že vysvětlení druhu matky je v rozporu s utrpeným poraněním. Druh buď nebyl u vzniku úrazu přítomen, nebo se vše odehrálo jinak. Z tohoto důvodu bylo ještě během transportu chlapce kontaktováno Krajské operační středisko Zdravotnické záchranné služby s žádostí o informování Policie ČR s podezřením na domácí násilí na dítěti.

Transport malého pacienta v doprovodu matky proběhl bez komplikací a vzhledem k typu poranění byl chlapec předán na Emergency v nejmenované fakultní nemocnici. Zde poté, co matka odešla telefonovat mimo příjmovou halu, následoval rozhovor mezi chlapcem a ošetřujícím personálem. Chlapec řekl, **„že dostal od druhu matky velmi silnou a prudkou facku, po které narazil hlavou na roh sekretáře. Dodal, že je bit velmi často od doby, kdy si matka přivedla tohoto muže domů. Bit je většinou do hlavy, někdy je také kopán“.**

Podezření lékaře Zdravotnické záchranné služby bylo tímto definitivně potvrzeno. Události dostaly velmi rychlý spád. Policie ČR vykazala na podnět matky druhu ze společného bydlení, což je v ČR upraveno zákonem č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, § 44 až 47, „Oprávnění vykazat z bytu nebo domu i z jeho bezprostřední blízkosti“. (ČESKO, 2008)

Matka, i když se bála, byla přesvědčena Policií i zdravotnickým personálem o nutnosti podání oznámení na podezření z týrání osoby ve společném obydlí. Samozřejmostí bylo informování Orgánu sociálně – právní ochrany dětí (OSPOD). Chlapec byl také po stabilizování zdravotního stavu vyslechnut PČR ve speciální výslechové místnosti.

Vše bohužel nasvědčovalo tomu, že matka o bití a kopancích, které prováděl druh jejímu synovi, věděla. Zřejmě díky obavám, jak finančním, tak v osobním vztahu s agresorem, vše přecházela a mlčela. V případě našeho agresora nebylo vyloučené, že neublížoval či neublíží ještě přímo matce.

V případě výše uvedené kazuistiky devítiletého chlapce nenalzáme jiné označení než „Syndrom Can“ (Child Abuse And Neglect), neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Troufáme si říci, že v tomto případě se jednalo o fyzické násilí na dítěti, jehož následkem bývá s určitostí násilí psychické, které v konečné fázi může skončit sebevraždou oběti bez vztažení ruky agresora. Ve většině případů takto zneužívaných dětí jde o trvalé poškození dítěte, tedy osobnosti, na celý život. Musíme však vzít do úvahy, že takto postižené dítě může převzít negativní vzorec chování ve věku pozdějším, osvojí si též sociálně patologické chování dle vzoru rodiny a dále je reprodukuje. V tuto chvíli se jedná o celospolečenský problém, který by s jistotou stál za obsáhlejší diskusí a odstartování preventivních programů v dané problematice. Domácí násilí je specifické zejména tím, že se odehrává za zavřenými dveřmi domovů, bez přímých svědků, tudíž se dá velmi obtížně dokazovat a odhalovat. Proto často zůstává utajeno mnoho let, což má často za následek fatální konce.

Závěrem lze vyzdvihnout pozorné vnímání celé situace lékařem Zdravotnické záchranné služby, který se svým pohotovým jednáním zasloužil o otevření případu zřejmě již déle trvajících domácího násilí na dítěti. Další vývoj životní situace týraného chlapce však zůstává otevřená a je otázkou, jak velké osobnostní postižení již chlapec utrpěl.



Obr. č. 1: Šťastná rodina

ZDROJE

ČESKO, 2008. *Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii české republiky, § 44 až 47*, „Oprávnění vykázat z bytu nebo domu i z jeho bezprostřední blízkosti“. Dostupné z: <http://www.bing.com>.

Doporučení č. R (85)4 o násilí v rodině, Rada Evropy, 1985. [online]. [cit 19-05-2016]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/victims/recR_85_4e.pdf.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-70-1339-7-X.

KONTAKT

Mgr. Procházková, Renata

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7

e-mail: prochazkova@vszdrav.cz

KARCINOM PRSU V TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

KYNDLOVÁ, K. a I. JAHODOVÁ

Abstrakt:

Příspěvek přináší informace o karcinomu prsu v těhotenství z pohledu porodní asistentky. Popisuje epidemiologii karcinomu prsu v těhotenství, diagnostiku a terapii v průběhu těhotenství, nežádoucí účinky chemoterapie a management péče o pacientku s karcinomem prsu v těhotenství. Součástí je schematická ukázka průběhu péče o pacientku s karcinomem prsu v těhotenství.

Klíčová slova: Karcinom prsu v těhotenství. Komplikace těhotenství. Nežádoucí účinky chemoterapie. Onkologické ošetřovatelství.

Karcinom prsu v těhotenství

Karcinom prsu se v České republice řadí mezi nejčastější malignity diagnostikované v těhotenství s incidencí odhadovanou na zhruba 1-3 případy na 10 000 těhotenství (ŠKULTÉTY a kol., 2014). Většina autorů popisuje karcinom prsu v těhotenství jako zhoubný nádor, který se objeví v průběhu těhotenství nebo do 1 roku po porodu.

Dle Halašky je karcinom prsu často diagnostikován až v pozdních stádiích, vzhledem k zastření klasických příznaků onemocnění těhotenskými změnami. Proto je třeba, aby každá těhotná žena byla důkladně senologicky vyšetřena na začátku těhotenství. Nejčastější je vyšetření prsů již při první návštěvě těhotné ženy v poradně v I. trimestru (HALAŠKA a kol., 2012).

Karcinom prsu vzniklý v souvislosti s těhotenstvím dělíme do třech skupin. První skupinu tvoří ženy s diagnostikovaným karcinomem prsu během těhotenství, druhou skupinu

tvorí ženy s nově zjištěným karcinomem do 1 roku po porodu a třetí skupinu tvoří ženy, které plánují těhotenství po přeléčeném karcinomu prsu. Všechny tři tyto skupiny žen by měly být předány do onkologického centra se zkušeností s léčbou těchto pacientek a léčbu by měl plánovat multidisciplinární tým zahrnující klinického a radiačního onkologa, gynekologa – porodníka, neonatologa, nastávající matku a otce nenarozeného dítěte. *Uvedené případy se označují jako s těhotenstvím asociovaný karcinom prsu – pregnancy associated breast cancer (PABC) (HALAŠKA a kol., 2015, s. 94).*

Gravidita byla považována za přitěžující faktor tohoto zhoubného onemocnění. Studie z posledních let tento dřívější názor nepotvrzují (TESAŘOVÁ, 2013). V současnosti není diagnóza karcinomu prsu v těhotenství automatickou indikací k ukončení gravidity. Pouze zánětlivý typ nádoru roste u těhotných rychleji. Zde je třeba zvážit ukončení gravidity a zahájení léčby (HALAŠKA, 2012).

Dle Skovajsové je karcinom prsu druhou nejčastější malignitou v těhotenství (SKOVAJSOVÁ, 2011). Stejný názor zastává i Tesařová, která popisuje, že v souvislosti s oddalováním těhotenství do vyššího věku značně stoupá výskyt karcinomu v graviditě. Největší výskyt je ve věku mezi 35–40 lety, kdy výrazně stoupá incidence karcinomu prsu obecně (TESAŘOVÁ, 2013).

Zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu je především u nulipar a starších prvorodiček. Na druhé straně počet porodů nemá vliv na riziko onemocnění (ŠKULTÉTY a kol., 2014). *Celkem 20 – 40 těhotenství na 100 000 těhotných žen je komplikováno maligním onemocněním. Nejčastěji jde o karcinom děložního hrdla, karcinom prsu, melanom a hematologické malignity (HALAŠKA a kol., 2015, s. 19).*

Dle Halašky je diagnostika karcinomu prsu v těhotenství obtížná. Prvním důvodem jsou hormonální změny v těhotenství, které způsobují fyziologické změny v prsní tkáni, jako je městnání v prsu, hypertrofie prsu, sekrece kolostra. Druhým důvodem je, že těhotenství dělá prsní tkáň hutnější, a proto ani vyšetření na mamografu nemusí být průkazné. Opoždění diagnózy jak ze strany pacientky, tak ze strany lékaře je běžné. Takové zpoždění samozřejmě ovlivňuje výsledky a pozdní diagnostika většinou představuje vyšší stádium a horší stupeň s častějším postižením lymfatických uzlin (HALAŠKA a kol., 2012). Shoduje se i Heroková, která tvrdí, že opožděná diagnóza způsobí, že jsou následně zjištěny velké

nádory a postiženy již bývají axilární uzliny (HEROKOVÁ a kol., 2006). Tesařová apeluje na lékaře, kteří pečují o těhotné, že je důležité mít na paměti, že každá nejasná rezistence v prsu v době těhotenství, by měla být verifikována, prověřena alespoň zobrazovací metodou a pokud by vypadala podezřele, tak i biopticky (TESAŘOVÁ, 2011).

Podle schválené koncepce oboru gynekologie a porodnictví je vyšetření prsních žláz povinnou součástí komplexního gynekologicko – porodnického vyšetření (KREJČÍ a kol., 2014, s. 75).

Nejčastějším zobrazovacím vyšetřením užívaným u prsních nálezů v těhotenství je sonografie. Mamografie je v těhotenství možná a bezpečná, pokud se provádí za doporučených kautel (TESAŘOVÁ, 2011).

Bioptické vyšetření patologického útvaru má rozhodující význam pro stanovení diagnózy. Tenkou jehlou se získá dostatečné množství nádorové tkáně k histologickému vyšetření. Biopsie se provádí za kontroly ultrazvuku, pacientka leží na zádech, nebo boku a lékař provede odběr vzorků. Popis biopsie je ale třeba svěřit zkušenému patologovi, který bezpečně rozezná změny způsobené těhotenstvím a kojením od zhoubného nádoru (HEROKOVÁ a kol., 2006). Doplnění diagnostiky biopsií je i v těhotenství zlatým standardem. Doporučuje se i zástava laktace (ledování, bromokryptin) a vyprázdnění prsů před provedením biopsie kvůli riziku vzniku píštěle (HALAŠKA a kol., 2012).

Scintigrafie skeletu výrazně zatěžuje plod rizikem vzniku vrozených malformací, spontánním potratem či intrauterinní růstovou retardací (HALAŠKA a kol., 2009).

Magnetická rezonance (MRI) může být náhradou za scintigrafii skeletu (HALAŠKA a kol., 2015). Dle Skovajsové můžeme magnetickou rezonanci bezpečně použít ve II. a III. trimestru, kdy se zatím nepodařilo prokázat negativní vliv pro plod (SKOVAJSOVÁ, 2013). Na použití magnetické rezonance v průběhu těhotenství existují různé názory, ovšem použití MRI v I. trimestru se jednoznačně nedoporučuje. Tato metoda se používá spíše pro detekci metastáz v plicích a játrech (HLADÍKOVÁ a kol., 2009).

Pro sledování dynamiky onemocnění má význam vyšetření tumor markerů CEA, CA 15-3 a TPA. Zvýšení těchto hodnot signalizuje pokročilejší onemocnění (ZIMA, 2007).

Z dalších vyšetřovacích metod k upřesnění rozsahu nemoci lze použít ultrazvuk epigastria a zadopřední rentgenové vyšetření plic. Pro doplnění diagnostiky je třeba prověřit stav uzlin v podpaží, plic, jater a kostí, k úplnému posouzení rozsahu nemoci (HALAŠKA a kol., 2012). Rentgen plic je možné provést i v těhotenství. Předpokládaná radiační zátěž se uvádí kolem 0,0001 Gy. Vyšetření lze doplnit odstíněním břicha i pánve v I. a II. trimestru (HLADÍKOVÁ a kol., 2009).

Z hlediska diferenciální diagnostiky je zhoubný nádor diagnostikovaný během těhotenství považován za rizikový faktor. Na druhé straně však nebyla nalezena prognostická výhoda v ukončení těhotenství (ROZTOČIL a kol., 2014). Zhoubné nádory jsou většinou v těhotenství diagnostikovány až v pozdní fázi a tím také ve vyšším stádiu, než je tomu u nádorů diagnostikovaných mimo těhotenství. Podezřelé nálezy zjištěné v pozdější fázi těhotenství (od 5 až 7. měsíce) by měly být vyšetřeny punkční biopsií (TESAŘOVÁ, 2013).

Hlavní úlohu také hrají genetické predispozice pro karcinom prsu. Ve zvýšené míře se vyskytuje mutace genu BRCA 2, který hraje důležitou roli při reparačních procesech DNA. Nosičky mutace BRCA 1 mají rovněž zvýšené riziko nálezu karcinomu prsu během těhotenství (CIBULA a kol., 2009).

Terapie karcinomu prsu v těhotenství

Litton ve své publikaci uvádí, že léčba nádorového onemocnění prsu v těhotenství je především multidisciplinární a představuje aktivní komunikaci mezi pacientkou – porodníkem, chirurgem a onkologem (LITTON et al., 2010). Dle Roztočila a Větra má v I. trimestru přednost radikální léčba bez ohledu na další průběh těhotenství. Ve vyšších stádiích těhotenství, je-li to možné a žádoucí, vyčkává se s léčbou do konce 32. týdne gravidity, kdy je již plod dostatečně životaschopný (ROZTOČIL a kol., 2014).

Chirurgická léčba představuje u zhoubných nádorů v těhotenství první metodu volby a neměla by se kvůli těhotenství odkládat. Zásadou je načasovat chirurgický výkon do II. trimestru těhotenství, kdy je menší riziko spontánních potratů, anesteziologických komplikací a menší riziko poškození plodu medikamentózní léčbou (CIBULA a kol., 2009). Nejsou-li metastázy, zpravidla se preferuje radikální operace se stagingem regionálních uzlin (ROZTOČIL a kol., 2014). Konzervativní, prs zachovávající operace

obvykle vyžaduje následnou léčbu – adjuvantní radioterapii. *Operace může tedy přicházet v úvahu koncem druhého nebo třetího trimestru* (HALAŠKA a kol., 2015, s. 100). Pokud jsou klinicky negativní axilární lymfatické uzliny je izotopové značení sentinelové uzliny (SLNM) v průběhu těhotenství také možné a bezpečné chirurgické řešení (TESAŘOVÁ, 2011).

Chemoterapie má své místo i v léčbě těhotných (ROZTOČIL a kol., 2014, s. 364). Je indikována u pacientek při lokálně pokročilém karcinomu prsu v podobě neoadjuvantní léčby nebo jako adjuvantní léčba k doplnění chirurgické nebo radiační léčby (HALAŠKA a kol., 2015). Pokud je to možné, je vhodné se protinádorové léčbě vyhnout v prvním trimestru, ale v pozdějším těhotenství je podání chemoterapie bezpečné, pokud se zvolí správné léky a léčebná schémata (ROZTOČIL a kol., 2014). Z hlediska načasování porodu v souvislosti s chemoterapií by neměl být porod proveden dříve než 2 týdny po poslední sérii chemoterapie, aby nedošlo k neutropenii novorozence. Laktace je po porodu zastavena a kojení je z důvodu vylučování léků do mléka kontraindikováno (TESAŘOVÁ, 2013).

Radioterapie se v těhotenství nedoporučuje. Pokud je to možné, je doporučeno radioterapii podstoupit až po porodu. Ozáření prsu také negativně ovlivňuje laktaci (TESAŘOVÁ, 2010). Hormonální terapie je v těhotenství málo prozkoumána (HALAŠKA a kol., 2012). Trastuzumab (biologická léčba) je v těhotenství kontraindikován, neboť způsobuje oligohydramnion (TESAŘOVÁ, 2011). *Nicméně ve vybraných případech, kdy je použití trastuzumabu nezbytné, je doporučeno krátkodobé podávání s pečlivou kontrolou amniální tekutiny, růstu plodu a funkce ledvin. Pokud se zjistí snížení objemu plodové vody, terapie se okamžitě ukončuje* (ZDRAVÍ E15, 2014). Trastuzumab se doporučuje začít podávat ženám s HER2 pozitivním časným či metastatickým karcinomem prsu až po porodu (TESAŘOVÁ, 2011).

Nežádoucí účinky chemoterapie u pacientky při léčbě karcinomu prsu v těhotenství

Statistických údajů o nežádoucích účincích chemoterapie v průběhu těhotenství je k dispozici velmi málo, ale obecně platí, že u podávané chemoterapie v těhotenství hrozí nebezpečí postižení plodu. V I. trimestru se chemoterapie vůbec nedoporučuje. Ve II.

trimestru je chemoterapie možná, kontraindikací ale nadále zůstává Tamoxifen a Trastuzumab, který významně ohrožuje těhotenství (TESAŘOVÁ, 2011).

Pokud se pacientka s diagnózou karcinomu prsu rozhodne zachovat těhotenství, podstupuje zpravidla neoadjuvantní chemoterapii, kterou je možné v těhotenství aplikovat 4x ve 3 týdenních po sobě jdoucích intervalech. *Eventuální neoadjuvantní chemoterapii zahajujeme až po 12. - 14. týdnu těhotenství* (HALAŠKA a kol., 2015, s. 103).

Obavy pacientek z nežádoucích účinků chemoterapie jsou velmi časté a před začátkem léčby chce většina z nich vědět, jaké nežádoucí účinky se mohou vyskytnout a jak jim případně ve spolupráci se zdravotníky čelit (VORLÍČEK a kol., 2013). Nejčastější nežádoucí účinky chemoterapie jsou: dočasný pokles krvetvorby, nevolnost a zvracení a další gastrointestinální obtíže, zánět ústní sliznice, ztráta vlasů, poškození kůže a nehtů, porucha periferních nervů, kardiovaskulární komplikace, vliv na močové ústrojí a funkci ledvin, vliv na reprodukční systém s poruchou sexuální funkce.

Chemoterapie je obecně podávána intravenózně pomocí nitrožilní infuze. Po porodu je zpravidla doporučováno zavedení katétru portu PICC implantovaného nejčastěji v oblasti mediální strany paže v. basilica, v. brachialis nebo v. cephalica. Tento port zůstává na svém místě po celou dobu trvání chemoterapie a eliminuje potřebu nalézt vhodnou žílu u každého léčebného sezení.

Po skončení protinádorové léčby rychle odezní obtíže způsobené cytostatiky. Dochází k obnově normálních zdravých buněk a tím se zlepšuje stav celého organismu. Časová osa neexistuje a odeznění nežádoucích účinků je individuální a záleží především na celkovém zdravotním stavu a druhu použitých cytostatik (VORLÍČEK, 2006a).

Prenatální, perinatální a postnatální péče o pacientky s karcinomem prsu v těhotenství

Ukončení těhotenství je možné na přání pacientky do konce prvního trimestru, na základě onkologické indikace do konce 23. týdne těhotenství (HALAŠKA a kol., 2015, s. 98).

Management péče v I. trimestru

Při diagnóze karcinomu prsu v I. trimestru těhotenství jsou možnosti omezené. Je třeba zohlednit gestační stáří, stádium onemocnění, a pokud se pacientka rozhodne zachovat těhotenství a je-li karcinom časně diagnostikovaný, připadá v úvahu operační léčba. Ve většině případů dochází k opožděné diagnóze, a proto je nutné odložit terapii do II. trimestru. Při návrhu léčby by měli být součástí multidisciplinárního týmu onkogynekolog, gynekolog/porodník, onkolog/radioterapeut, perinatolog a neonatolog (HALAŠKA a kol., 2015).

Management péče ve II. trimestru

Po 12. týdnu těhotenství, kdy končí organogeneze, je možné zahájit chemoterapii. Při nálezu v pokročilé nebo metastatické fázi je chemoterapie nezbytná (TESAŘOVÁ, 2011). Před každým cyklem chemoterapie a ideálně 10. den po chemoterapii je vhodné provést ultrazvukovou detekci anémie pomocí měření PSV k vyloučení anemizace plodu. V případě pozitivního nálezu lze léčbu odložit, případně změnit dávkování cytostatik nebo lze provést kordocentézu, eventuálně intrauterinní aplikaci transfuze (VLK a kol., 2015).

Management péče ve III. trimestru

Ve III. trimestru lze indukovat plicní zralost plodu a přistoupit k předčasnému porodu, nebo lze zvážit odložení terapie na dobu po porodu.

Porod

U těhotných žen s nádorovým onemocněním je preferován termínový porod, tj.

porod po ukončeném 37. týdnu gravidity vzhledem k neonatálním rizikům. *Načasování porodu je často ovlivněno celkovým stavem matky a nežádoucími účinky onkologické léčby. Při aplikaci chemoterapie se doporučuje podat poslední cyklus ve 34.-35. gestačním týdnu* (VLK a kol., 2015, s. 87). Pokud je porod vyvolán dříve, pak je třeba podat kortikosteroidy pro plicní zralost plodu.

Halaška ve své publikaci uvádí, že porod u těhotné pacientky s karcinomem prsu může být veden spontánně a vaginální porod má u pacientek, které podstupují chemoterapii tu výhodu, že mohou téměř ihned pokračovat v dalším naplánovaném cyklu terapie oproti císařskému řezu, kdy je doba hospitalizace delší. Císařský řez je indikován v případě patologického průběhu porodu, kefalopelvického nepoměru a při nejasném a nepřipraveném vaginálním nálezu (HALAŠKA a kol., 2015).

Kojení

Kojení je po porodu u pacientky podstupující chemoterapii v průběhu těhotenství kontraindikováno. Alkylační cytostatika se vylučují do mléka a po cyklofosfamidů byla popsána neutropenie novorozence (TESAŘOVÁ, 2010).

Tabulky 1 a 2 schematicky znázorňují diagnostické, terapeutické postupy, medikaci, výživu a ošetrovatelské problémy u 37leté pacientky s diagnostikovaným nádorem prsu ve 20. týdnu těhotenství.

Další těhotenství

Vhodný interval otěhotnění po odléčeném karcinomu prsu je stále nejasný. Obvykle se doporučuje počkat s otěhotněním alespoň 24 měsíců od diagnózy/ukončení léčby karcinomu prsu. Hlavním důvodem je, že v prvních dvou letech se vyskytuje největší relaps tumoru (TESAŘOVÁ, 2010). Litton et al., se ve své publikaci také zmiňují o problematice dalšího těhotenství po onkologické léčbě. Uvádějí, že rozhodnutí musí pečlivě zvážit žena, která na jedné straně touží po dítěti, ale na straně druhé hrozí riziko recidivy, a proto je důležité její volbu konzultovat s porodníkem a onkologem (LITTON et al., 2012).

Závěr

Součástí komplexního gynekologicko–porodnického vyšetření by mělo být klinické vyšetření prsů v prenatální poradně na začátku těhotenství a ošetřujícím lékařem či porodní asistentkou doporučen postup, jak samovyšetření prsů provádět. Léčba karcinomu prsu v těhotenství je možná i bez přerušování těhotenství. Diagnostika by však měla být provedena včas. U žen se zjištěným maligním onemocněním v průběhu těhotenství je vždy primárním cílem terapie zajistit co nejlepší profit z léčby pro matku a co nejmenší riziko pro plod.

Tabulka 1 Průběh péče o pacientku s karcinomem prsu v těhotenství 3. 2.–11. 5. 2015, grav. hebd. 22+4 - 35+4

DEN Grav. hebd. Oddělení	3. 2. 2015 22+4 gyn. odd.	5.–25. 2. 2015 22+6 - 25+6 gyn. odd. onkolog. odd.	26. 2.-18. 3. 2015 26+0 - 28+6 gyn. odd. onkolog. odd.	19. 3.-8. 4. 2015 29+0 - 31+6 gyn. odd. onkolog. odd.	9. 4.-3. 5. 2015 32+0 – 35+3 gyn. odd. onkolog. odd.	4. 5. 2015 35+4 porodní sál, operační sál JIP	5.-11. 5. 2015 JIP gyn. odd. - šestinedělí
DIAGNOSTIKA	Anamnéza FF: TK, TT, P zevní a vnitřní vyš. 1. UZ: 22+4 EKG, ECHO RTG S+P UZ jater PSV	FF: TK, TT, P Wholebody MRI 2. UZ: 25+1 (biometrie) vag. vyšetření PSV	FF: TK, TT, P PSV	FF: TK, TT, P 3. UZ: 29+0 (biometrie) vag. vyšetření PSV CTG plodu UZ prsů	FF: TK, TT, P PSV	FF: TK, TT, P vag. vyš. CTG plodu	FF: TK, TT, P involuce dělohy krvácení
TERAPIE	ONKO BOARD	1. cyklus neoadjuvatní chemoterapie	2. cyklus neoadjuvatní chemoterapie	3. cyklus neoadjuvatní chemoterapie	4. cyklus neoadjuvatní chemoterapie	POROD	zástava laktace
ODBĚRY	KO, KS, biochemie analýza moči onko markery	KO+diff. biochemie	KO+diff. biochemie, Rh- faktor, protilátky, BWR, HIV, HbsAg oGTT	KO+diff. Biochemie	KO+diff. biochemie GBS		KO+diff. biochemie koagulace
VÝKONY		Zavedení/ex PŽK	Zavedení/ex PŽK	Zavedení/ex PŽK	Zavedení/ex PŽK	Zavedení PŽK Zavedení PMK	PMK ex PŽK ex

DEN Grav. hebd. Oddělení	3. 2. 2015 22+4 gyn. odd.	5.-25. 2. 2015 22+6 - 25+6 gyn. odd. onkolog. odd.	26. 2.-18. 3. 2015 26+0 - 28+6 gyn. odd. onkolog. odd.	19. 3.-8. 4. 2015 29+0 - 31+6 gyn. odd. onkolog. odd.	9. 4.-3. 5. 2015 32+0 – 35+3 gyn. odd. onkolog. odd.	4. 5. 2015 35+4 porodní sál, operační sál JIP	5.-11. 5. 2015 JIP gyn. odd. – šestinedělí
MEDIKACE	Emend tbl. p. o.	Emend 125 mg Aloxi 1amp i.v. Doxorubicin 120mg/250ml F1/1/30 min Cyklofosfamid 1200mg/500ml F1/1/30min	Aloxi 1amp i.v. Doxorubicin 120mg/250ml F1/1/30min. Cyklofosfamid 1200mg/500ml/F 1/1/30 min.	Aloxi 1amp i.v. Doxorubicin 120mg/250ml F1/1/30min. Cyklofosfamid 1200mg/500ml/F 1/1/30 min.	Aloxi 1amp i.v. Doxorubicin 120mg/250ml F1/1/30min. Cyklofosfamid 1200mg/500ml/F1/1 /30 min.	Antibiotika Anestetika Uterotonika	Dostinex 0,5 mg tbl. p. o.
VÝŽIVA		Dieta č. 3	Dieta č. 3	Dieta č. 3	Dieta č. 3	Dieta č. 0	Rozepsaná/denně
INTERNÍ VYŠ. / edukace	Onkogynekolog Radioterapeut Perinatolog Neonatolog PA	Psycholog Onkolog Gynekolog PA	Psycholog Onkolog PA	Psycholog Onkolog Gynekolog PA	Psycholog Onkolog Gynekolog PA	Gynekolog Anesteziolog Pediatr PA	Gynekolog Psycholog Onkolog (před propuštěním)
OŠ. DIAGNÓZY	00148 Strach	00148 Strach 00045 Poškozená sliznice ústní 00134 Nauzea 00004 Riziko infekce	00093 Únava 00118 Narušený obraz těla 00004 Riziko infekce	00093 Únava 00059 Sexuální dysfunkce 00004 Riziko infekce	00093 Únava 00059 Sexuální dysfunkce 00004 Riziko infekce	00206 Riziko krvácení 00004 Riziko infekce (operační rána)	00105 Přerušené kojení 00132 Akutní bolest

(KYNDLOVÁ, 2016, s. 46-47)

Tabulka 2 Následný (poporodní) průběh péče o pacientku s karcinomem prsu 27. 5.–12. 10. 2015

DEN Oddělení	12. 5. 2015	27. 5. 2015 onkolog. odd.	3. 6. 2015 onkolog. odd.	15. 7. 2015 onkolog. odd.	17. 8. 2015 onkolog. odd.	8. 9. 2015 onkolog. odd.	6. 10. 2015 onkolog. Odd. Operační sál POOP	7. 10. 2015	12. 10. 2015
DIAGNOSTIKA		FF: TK, TT, P	FF: TK, TT, P	FF: TK, TT, P	FF: TK, TT, P ECHO UZ prsů Mamografie Dg. C504 ZN		FF: TK, TT, P	FF: TK, TT, P	FF: TK, TT, P
TERAPIE	ONKO BOARD	5. cyklus/1. v režimu Paclitaxel + Herceptin neoadjuvatní chemoterapie	6. cyklus/2. v režimu Paclitaxel + Herceptin neoadjuvatní chemoterapie	7. cyklus/3. v režimu Paclitaxel + Herceptin neoadjuvatní chemoterapie		8. cyklus/4. v režimu Paclitaxel + Herceptin neoadjuvatní chemoterapie			
ODBĚRY		KO+diff. biochemie	KO+diff. biochemie	KO+diff. Biochemie		KO+diff. biochemie		KO+diff. biochemie HISTOLOGIE	
VÝKONY		zavedení PICC					MASTECTOMIA radicalis modificata Exenteratio axillae Revisio suturae		PICC ex DIMISE

DEN Oddělení	12. 5. 2015	27. 5. 2015 onkolog.odd.	3. 6. 2015 onkolog.odd.	15. 7. 2015 onkolog.odd.	17. 8. 2015 onkolog.odd.	8. 9. 2015 onkolog.odd.	6. 10. 2015 onkolog. Odd. Operační sál POOP	7. 10. 2015	12. 10. 2015
MEDIKACE		G5% 100ml+1 amp. Dithiaden+1 amp p Granisetron Kabi i.v. na 10 min. Herceptin 144mg/250ml F1/1/30min Paclitaxel 450mg/500ml F1/1/3hod.	Dithiaden 1 amp/100ml G5% /10 min. Herceptin 144mg/250ml F1/1/30min Paclitaxel 450mg/500ml F1/1/3hod. Kytril 2mg tbl. 1-0-0 při nevolnosti	Dithiaden 1 amp/100ml G5% /10 min. Herceptin 144mg/250ml F1/1/30min Paclitaxel 450mg/500ml F1/1/3hod. Kytril 2mg tbl. 1-0-0 při nevolnosti		Dithiaden 1 amp/100ml G5% /10 min. Herceptin 144mg/250ml F1/1/30min Paclitaxel 450mg/500ml F1/1/3hod. Kytril 2mg tbl. 1-0-0 při nevolnosti	Antibiotika Anestetika	Fraxiparine 0,8 ml Augmentin 1g tbl. p.o. á 8 hod. Analgetika a infúzní terapie dle ordinace lékaře	Medikace při propuštění: 0
VÝŽIVA							Rozepsaná/ denně	Rozepsaná/ Denně	Rozepsaná/ denně
INTERNÍ VYŠ. / edukace		Onkogynekolog PA	Onkogynekolog PA	Onkogynekolog PA	Onkogynekolog PA	Onkogynekolog PA	Onkogynekolog Psycholog Anesteziolog Radioterapeut PA		Onkogynekolog (před propuštěním)
OŠ. DIAGNÓZY		00093 Únava	00093 Únava	00093 Únava	00093 Únava	00093 Únava	00206 Riziko krvácení 00004 Riziko infekce (operační rána)	00004 Riziko infekce (operační rána)	Noncompliance

(KYNDLOVÁ, 2016, s. 48-49)

ZDROJE

ABRAHÁMOVÁ, J., a kol., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3063-9.

CIBULA, D., L. PETRUŽELKA a kol., 2009. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2665-6.

DUNDOVÁ, I., 2005. Pokročilý karcinom prsu [online]. In: *Interní medicína pro praxi*. [cit. 11. 1. 2005]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/01/11.pdf>

HALAŠKA, M., 2009. Hematologické malignity a solidní nádory v těhotenství. *Gynekologie po promoci*. 9(3), s. 48-49. ISSN 1213-2578.

HALAŠKA, M., J. ŠKULTÉTY a L. ROB, 2012. Onkologická onemocnění v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 21(3), s. 334-343. ISSN 1211-1058.

HALAŠKA, M., L. ROB a kol., 2015. *Onkologická onemocnění v těhotenství*. Praha: Mladá fronta a. s. ISBN 978-80-204-3753-2.

HEROKOVÁ, J. a kol., 2006. Možnosti komplexní léčby pokročilého karcinomu prsu v graviditě. In: *Vybrané otázky: Onkologie X*. Praha: Galén, s. 98-99. ISBN 80-7262-457-1.

HLADÍKOVÁ, Z. a kol., 2009. *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2268-8.

KREJČÍ, V. a B. SRP, 2014. Porodnické vyšetření a prenatální péče. In: HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.

KYNDLOVÁ, K., 2016. *Karcinom prsu v těhotenství z pohledu porodní asistentky*. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová.

LITTON, J. K., R. L. THERIAULT a A. M. GONZALES - ANGULO, 2010. Breast cancer diagnosis during pregnancy. *PubMed Central*. 5(3), 243-249. DOI: 10.2217/whe.09.2.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

ROZTOČIL, A. a M. VĚTR, 2014. Maligní onemocnění v těhotenství. In: HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.

SKOVAJSOVÁ, M., 2011. Nádory prsu v číslech – inspirace statistikou. Mamografický screening [online]. In: *Moje medicína*. [cit. 28. 11. 2011]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro->

[lekare/vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-srpen-2011-roc-1-c-2/nadory-prsu-v-cislech-inspirace-statistikou-mamograficky-screening/](http://lekare.vzdelavani/knihovna/breast-cancer-news/breast-cancer-news-srpen-2011-roc-1-c-2/nadory-prsu-v-cislech-inspirace-statistikou-mamograficky-screening/)

SKOVAJSOVÁ, M., 2013. *Screening nádorů prsu v České republice*. Praha: Maxford. ISBN 978-80-7345-310-7.

ŠKULTÉTY, J., M. HALAŠKA, P. STRNAD a L. ROB, 2014. Karcinom prsu v těhotenství. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 18(1), s. 42-46. ISSN 1211-6645.

TESAŘOVÁ, P., 2010. Karcinom prsu v těhotenství a v době kojení [online]. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. [cit. 1. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/karcinom-prsu-v-tehotenstvi-a-v-dobe-kojeni-1/>

TESAŘOVÁ, P., 2011. Kontroverze: karcinom prsu a těhotenství [online]. In: *Moje medicína*. [cit. 22. 4. 2011]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/onemocneni/zhoubne-nadory-prsu-1/kontroverze-karcinom-prsu-a-tehotenstvi/>

TESAŘOVÁ, P., 2013. Karcinom prsu a těhotenství - stále častější problém. *Breast cancer news : časopis pro odborníky ve zdravotnictví*. 3(2), s. 25-26. ISSN 1804-8218.

VLK, R., 2015. Prenatální a porodnická péče o těhotné ženy s nádorovým onemocněním. In: HALAŠKA, M., L. ROB a kol., 2015. *Onkologická onemocnění v těhotenství*. Praha: Mladá fronta a. s. ISBN 978-80-204-3753-2.

VORLÍČEK, J. a kol., 2006a. Nežádoucí účinky chemoterapie [online]. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [cit. 26. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/nezadouci-ucinky-chemoterapie/>

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2006b. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM, L. ŠMARDOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2013. Rady pro nemocné léčené chemoterapií [online]. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. [cit. 31. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/farmakoterapie/rady-pro-nemocne-lecene-chemoterapii-1/>

ZDRAVÍ E15, 2014. Maligní tumory v těhotenství [online]. In: *Postgraduální medicína*. [cit. 14. 5. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/maligni-tumory-v-tehotenstvi-475413>

ZIMA, T., 2007. *Laboratorní diagnostika*. 2. vyd. Praha: Galén, Karolinum, s. 379-389. ISBN 978-80-7262-372-3.

KONTAKT

Bc. Kristýna Kindlová

Fakultní nemocnice Motol,

e-mail: kristina.kyndlova@gmail.com

PhDr. Ivana Jahodová,

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Dušková 7, Praha 5

e-mail: iva.jahodova@email.cz

ADAPTAČNÍ PROCES ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ V PODMÍNKÁCH ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY ČESKÉ REPUBLIKY

PEKARA, J. a R. PROCHÁZKOVÁ

Abstrakt

Sdělení se zabývá organizací adaptačního procesu zdravotnických záchranářů s vazbou na činnost a specifika poskytování přednemocniční neodkladné péče v podmínkách Zdravotnické záchranné služby České republiky. Cílem našeho průzkumu bylo porovnání realizace adaptačních procesů mezi zdravotnickými záchrannými službami v České republice. Pro sběr dat byl zvolen kvantitativní dotazník, který byl zaslán vedoucím vzdělávacích a výcvikových středisek zdravotnických záchranných služeb v ČR. Výstupem článku jsou specifická doporučení pro konkrétní potřeby adaptačních procesů Zdravotnických záchranných služeb v České republice.

Klíčová slova: Adaptační proces. Školitel. Zdravotnický záchranář. Zdravotnická záchranná služba.

Úvod

Adaptační proces (AP) by měl připravit budoucí zaměstnance na nároky budoucí organizace. Klíčovou úlohu sehrává školitel, který má na starost nového zaměstnance. Od roku 2009 je AP pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) povinný, ZZS ČR navíc od roku 2011 mají zákonně zřízena vzdělávací a výcviková střediska (VVS), pod které AP spadá. V prostředí Zdravotnických záchranných služeb v České republice (ZZS ČR) je situace jiná než ve zdravotnických zařízeních. Cílem našeho sdělení bylo prezentovat průběhy AP na jednotlivých ZZS ČR.

AP si můžeme představit jako časový úsek, který je potřeba k tomu, aby se nově příchozí zaměstnanec vyškolil a zapracoval do své pracovní pozice, seznámil se s novým pracovním prostředím (Koubek, 2005). Úkolem AP je zkrátit období, kdy ještě nový pracovník nepodává standardní výkon a nedostatečně se orientuje v pracovním prostředí. Smyslem procesu je rychlé začlenění do pracovního procesu a kolektivu. (Kociánová, 2010). Hlavním cílem AP je poznat,

prověřit, zhodnotit, doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti a dovednosti u NLZP zejména při uplatňování teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi (Kilíková, 2008).

Současnost AP v ČR

Nástupní praxe (dřívější AP) byla považována za další součást vzdělávání zdravotnických pracovníků a její délka byla různá, od 6-12 měsíců, podle individuálních schopností a znalostí zhodnocených vedoucím pracovníkem. Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2009 Metodický pokyn, kterým se AP vymežil podrobněji (Brůha, Prošková, 2011). Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definuje AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jako proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, který má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě má zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli. V průběhu adaptace by si měl zdravotnický pracovník ověřit soubor základních znalostí a získat zkušenosti pro výkon práce, seznámit se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem (ČESKO, 2009).

Metodický pokyn upravuje doporučený pracovní postup realizace a ukončení AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve všech typech zdravotnických zařízení a zároveň zaručuje jednotný postup a rovné podmínky pro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky při vstupu do nového pracovního prostředí po získání odborné způsobilosti, dále se tento metodický pokyn týká nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přerušili výkon povolání nebo přecházejí na jiná pracoviště a charakter jejich nové práce se výrazně liší. AP absolvuje nelékařský zdravotnický pracovník, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., nelékařský zdravotnický pracovník, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo nelékařský zdravotnický pracovník, který přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho nové práce se výrazně liší (ČESKO, 2009).

Kromě výše uvedeného metodického pokynu se z hlediska legislativy dotýká AP:

- zákon č. 96/2004 Sb., vyhláška č. 55/2011 Sb.,

Vlastní provedení AP

AP probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích, která poskytují NLZP možnost uplatnit základní, odborné popřípadě specializované činnosti, pro které získali odbornou způsobilost k výkonu své profese. Vedoucí pracovník daného úseku ihned po nástupu nelékařského zdravotnického pracovníka sestaví Plán zapracování adaptačního procesu na příslušném formuláři (řízená dokumentace), určí **školicího pracovníka** (školitele) a seznámí účastníka AP s jeho průběhem a organizací. Specifické dovednosti vycházejí z konkrétních potřeb a zdravotnické zařízení si je nadefinuje individuálně. **Školicím pracovníkem AP** lze určit takového pracovníka, který získal odbornou způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a získal Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuálně specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost (ČESKO, 2009). **Výsledkem tohoto doporučení pro školitele je**, zejména v prostředí zdravotnických záchranných služeb v ČR, jeho **velká zodpovědnost, protože jen na základě vlastní praxe, přesvědčení a názorů školí další nástupce ve svém oboru**. Tato úloha není jednoduchá a nabízí se otázka, zda je pouze praxe pro výkon školitele dostačující a zda by neměli mít školitelé alespoň kurz mentora pro klinickou praxi. Mentorství je jednou z forem socializace profesionálních rolí. Stručně se dá popsat, že mentorství pomáhá druhému se učit (Grindel, 2004). Cílem je podpora profesního rozvoje mentorovaného (studenta, kolegy) a základním procesem mentorství je učení se. Kurz mentora pro klinickou praxi pomáhá absolventům se připravit na klíčové dovednosti v AP a umět vytvářet optimální podmínky pro kvalitu a efektivní výuku odborné praxe, organizovat a řídit výukové procesy v souvislosti s odbornou praxí, koordinovat praktické činnosti a výkony vzdělávaných, průběžně hodnotit dosahované znalosti a provádět výstupní evaluace vzdělávacího procesu a zpracovávání závěrečného hodnocení účastníků vzdělávacího procesu. Dle výše uvedeného můžeme konstatovat, že kurz mentora pro klinickou praxi by mohl být vhodný také pro školitele adaptačních procesů ZZS v ČR (NCO NZO, 2014).

Délka AP dle Metodického pokynu pro adaptační proces (přičemž délka AP je závislá na znalostech, dovednostech a schopnostech konkrétního účastníka) je pro:

- účastníky AP/absolventy obvykle v období 3 až 12 měsíců po nástupu do zaměstnání;
- účastníky AP, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo přecházejí na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jejich nové práce se výrazně liší v období 2 až 6 měsíců po nástupu.

Průzkum

Na základě Metodického pokynu MZČR z roku 2009 jsme oslovili k dotazníkovému šetření všech 14 ZZS v ČR (účast byla dobrovolná). Dotazníky byly rozeslány 14 vedoucím vzdělávacích středisek zdravotnických záchranných služeb v České republice. Návratnost dotazníků činila 79 %, což zahrnuje odpovědi z jedenácti ZZS v ČR. Pro náš průzkum byly stanoveny cíle a průzkumné otázky.

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, zda probíhá adaptační proces na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP a komparovat jednotlivé adaptační procesy ZZS v ČR.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda je dodržována délka adaptačního procesu na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak probíhá zpětná vazba školitelů v adaptačních procesech na ZZS v ČR.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR.

Průzkumné otázky:

1. Jaká je délka adaptačního procesu nových zaměstnanců - absolventů na ZZS v ČR?
2. Jak jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR?
3. Jak probíhá zpětná vazba školitelů v adaptačních procesech na ZZS v ČR?
4. Jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR?

Metodika průzkumu

Potřebná data byla získána průzkumným šetřením pomocí kvantitativního dotazníku. V České republice se nachází 14 zdravotnických záchranných služeb. Dotazníky byly rozeslány 14 vedoucím vzdělávacích středisek zdravotnických záchranných služeb v České republice (sběr probíhal v měsících listopad 2014 - únor 2015). Návratnost dotazníků činila 79 %, což zahrnuje odpovědi z jedenácti ZZS v ČR (Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, ZZS Zlínského kraje, ZZS Středočeského kraje, ZZS Jihočeského kraje, ZZS Ústeckého kraje, ZZS Libereckého kraje, ZZS Pardubického kraje, ZZS Vysočina, ZZS Jihomoravského kraje, ZZS Olomouckého kraje, ZZS Moravskoslezského kraje). Dotazník obsahoval 10 uzavřených otázek, které sledovaly, zda adaptační proces na ZZS v ČR probíhá v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Diskuze

V souvislosti s **prvním dílčím cílem** jsme se snažili zjistit, zda je dodržována délka adaptačního procesu na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6. Zjistili jsme, že všech 11 dotazovaných ZZS v ČR (100 %) provádí AP podle výše uvedeného Metodického pokynu MZČR. Tyto zákonitosti jsme dále ověřovali v délce AP. Devět (81,82 %) ZZS v ČR z 11 dotazovaných respektovalo Metodický pokyn MZČR z hlediska obvyklé délky AP pro absolventy (3-12 měsíců), kteří získali odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. U dvou ZZS v ČR (18,18 %) je stanovena délka AP pro absolventy škol 2-3 měsíce. Tato doba nám pro nové absolventy pracující na ZZS přijde velmi krátká, protože nerespektuje minimální čas na zapracování (3 měsíce) dle Metodického pokynu MZČR (kde je uvedeno, že délka AP je závislá na znalostech a dovednostech konkrétního zaměstnance) a jak uvádí literatura (Andršová, 2012), právě první měsíce jsou nesmírně důležité pro pozitivní zapracování. Důsledkem této absence mohou nastat negativní důsledky AP.

Tabulka 1 Délka adaptačního procesu na ZZS pro absolventy škol

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 měsíc	X	0	0,00
2-3 měsíce	LK, ZK	2	18,18
3-12 měsíců	HMP, SČK, JČK, UK, PaK, KV, JmK, OK, MsK	9	81,82
Celkem		11	100,00

Stejná doba na zapracování v AP nás zajímala u zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší. Dle Metodického pokynu MZČR pro AP je tato doba stanovena na 2-6 měsíců. Zjistili jsme, že tuto dobu respektuje 9 ZZS v ČR (81,82 %) a 2 ZZS (18,18 %) mají tuto dobu pouze 1 měsíc.

Zde se na základě zkušeností z praxe dá usuzovat, že doba 1 měsíc pro zapracování zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jejich nové práce se výrazně liší, je dostatečná (s ohledem na znalosti, dovednosti a schopnosti konkrétního účastníka AP).

Tabulka 3 Délka adaptačního procesu na ZZS pro zaměstnance z jiného pracoviště

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
2 týdny	X	0	0,00
1 měsíc	LK, ZK	2	18,18
2-6 měsíců	HMP, SČK, JČK, UK, PaK, KV, JmK, OK, MsK	9	81,82
Celkem		11	100,00

Na základě zjištěných výsledků **odpovídáme, že je dodržována délka adaptačního procesu** na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Druhý dílčí cíl ověřoval, zda jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6. Zjistili jsme, že na všech 11 dotazovaných ZZS v ČR (100 %) jsou AP koncipovány jako teoretické přednášky a praktická cvičení směřující k přípravě na základní, odborné popřípadě specializované činnosti, pro které získali účastníci AP odbornou způsobilost k výkonu své profese (ČESKO, 2011). Při detailním dotazu o jaké činnosti

se jedná, jsme zjistili, že všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) aplikuje v rámci svého AP nácvik KPR, přednášky o hygienicko-epidemiologickém režimu a stáž na ZOS. Školení sebeobranu probíhá pouze na dvou ZZS (18,18 %), školení v řízení vozidel záchranné služby probíhá na třech ZZS (27,27 %) a školení profesionální komunikace na čtyřech ZZS (36,36 %). Z hlediska srovnání jednotlivých školicích aktivit mezi ZZS v ČR dominuje ZZS HMP, která provádí veškeré stěžejní činnosti k výkonu profese zdravotnického záchranáře.

Tabulka 4 Aktivita adaptačního procesu; n = 11 (100 %)

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) odborné teoretické přednášky	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
b) praktické modelové situace a výkony	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
c) nácvik KPR	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
d) hygienicko-epidemiologický režim	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
e) sebeobrana	HMP, MsK	2	18,18
f) řízení vozidel záchranné služby	HMP, LK, ZK	3	27,27
g) stáž na ZOS	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
h) profesionální komunikace	HMP, MsK, LK, JČK	4	36,36

Zajímalo nás také kritérium pro školitele AP na jednotlivých ZZS v ČR, a to z hlediska délky praxe školitele. Metodický pokyn MZČR totiž blíže nespecifikuje podmínky pro školitele AP na ZZS v ČR. Vycházeli jsme proto z podmínek ZZS HMP, která stanovuje svým interním metodickým pokynem minimální dobu pro výkon školitele v AP 5 let. Z 11 ZZS v ČR všichni dotazovaní (100 %) mají stanovenou minimální dobu praxe pro výkon školitele AP na ZZS 5 let. Na základě zjištěných výsledků konstatujeme, že AP na ZZS v ČR probíhají v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6. Z hlediska doporučení do praxe připadá v úvahu doporučení (po vzoru ZZS HMP) všem ZZS v ČR zařazení do jejich AP **výcvik profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby**.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, jak probíhá zpětná vazba školitelů v AP na ZZS v ČR. Na pozici školitele je kladena, zejména v prostředí zdravotnických záchranných služeb v ČR, velká

zodpovědnost, **protože jen na základě vlastní praxe, přesvědčení a názorů školí další nástupce ve svém oboru.** Zajímalo nás proto, jak jednotlivé ZZS v ČR pracují se svými školiteli. Zjistili jsme, že na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) nejsou stanoveny konkrétní podmínky. Dané zjištění nutí k zamyšlení, zda je pro výkon školitele u zdravotnických záchranářů v AP dostačující 5 let praxe. Z hlediska doporučení do praxe si můžeme vzít inspiraci ze systému, který je uplatňován u mentorů všeobecných sester (kurz mentora pro klinickou praxi). Mentorství je jednou z forem socializace profesionálních rolí. Stručně se dá popsat, že mentorství pomáhá druhému se učit (Grindel, 2004). Cílem je podpora profesního rozvoje mentorovaného (studenta, kolegy). Kurz mentora pro klinickou praxi pomáhá absolventům připravit se na klíčové dovednosti v AP a umět zejména vytvářet optimální podmínky pro kvalitu a efektivní výuku odborné praxe. Dále organizovat a řídit výukové procesy v souvislosti s odbornou praxí, koordinovat praktické činnosti a výkony vzdělávaných, průběžně hodnotit dosahované znalosti a provádět výstupní evaluace vzdělávacího procesu a zpracovávání závěrečného hodnocení účastníků vzdělávacího procesu. Daný kurz má dle našeho mínění, alespoň minimální požadavky, které by měl splnit každý školitel (minimálně 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v plném úvazku a specializovaná způsobilost v příslušném); (NCO NZO, 2014). **Bohužel v současné době je tento kurz přístupný pouze pro všeobecné sestry a porodní asistentky.**

Čtvrtý dílčí cíl (v návaznosti na čtvrtou průzkumnou otázku) měl zjistit jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR. Dle Metodického pokynu MZČR pro AP průběh a hodnocení adaptačního procesu má být veden vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem pohovorem nebo prověřením praktických dovedností s účastníkem adaptačního procesu, a to 1x za týden (nejméně však 1x měsíčně). Tento aspekt kontrolovala položka č. 9. K samotnému zakončení AP na ZZS v ČR byla směřována položka č. 10. AP má být zakončen pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka úseku a školícím pracovníkem. Na základě našeho průzkumu vyplývá, že na všech 11 dotazovaných (100 %) ZZS v ČR probíhá hodnocení adaptačního procesu vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem (pohovorem nebo prověřením praktických dovedností s účastníkem adaptačního procesu), **ale pouze na konci adaptačního procesu, což nerespektuje Metodický pokyn MZČR pro AP.**

Tabulka 9 Frekvence záznamu o průběžném hodnocení v rámci AP

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 x měsíčně	X	0	0,00
1x za 3-6 měsíců	X	0	0,00
pouze na konci AP	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
Celkem		11	100,00

Co se týká ukončení AP na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) probíhá ukončení adaptačního procesu odborným testem, praktickou zkouškou a pohovorem, což je dostatečné. **Z hlediska doporučení pro praxi** nalézáme možnosti zlepšení AP na ZZS, protože průběžné hodnocení (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) AP není v podmínkách ZZS prováděno. Je tak otázkou, jaká je zpětná vazba a jak probíhají pravidelná školení školitelů AP ZZS v ČR, což by mohl saturovat již výše zmíněný kurz mentora pro klinickou praxi.

Z výše uvedeného průzkumu vyplývá, že nejlepších výsledků z hlediska koncepce AP na ZZS v ČR dosahuje ZZS HMP díky velkému rozsahu školení (rozšířeno o řízení, komunikaci) během AP. I ta má však rezervy, podobně jako všechny další ZZS v ČR, především ve zpětné vazbě a školení vlastních školitelů AP.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných výsledků navrhuje doporučení pro praxi pro všechna vzdělávací a výcviková střediska ZZS v ČR:

1. Důsledné dodržování délky AP na ZZS v minimálním rozsahu 3 měsíce u absolventů škol nastupujících na ZZS.
2. Důsledné dodržování délky AP na ZZS v minimálním rozsahu 2 měsíce u zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší.
3. Zařazení povinného školení profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby do všech AP ZZS v ČR.
4. Posílit zpětnou vazbu a pravidelné vzdělávání školitelů AP na ZZS v ČR. Pro tento účel jsme vytvořili doporučení (otázky) k základní zpětné vazbě školitelů AP pro vedoucí vzdělávacích a výcvikových středisek ZZS:

- *Co je pro Vás při výkonu školitele adaptačního procesu ZZS nejnáročnější?*
 - *Jakým způsobem motivujete zdravotnické záchranáře při adaptačním procesu?*
 - *Zdravotnický záchranář, kterého máte jako školitel adaptačního procesu na starosti, nachystá jiný lék, než jste mu nařídil pro pacienta připravit. Jak budete reagovat jako školitel?*
 - *Zdravotnický záchranář, kterého máte jako školitel adaptačního procesu na starosti, při transportu pacienta do sanitního vozidla na transportní sedačce, pacienta vyklopí na zem. Jak budete reagovat jako školitel?*
 - *Které oblasti jsou stěžejní pro zdravotnického záchranáře při AP?*
 - *Jakým způsobem hodnotíte záchranáře v závěru adaptačního procesu ZZS?*
 - *Jak je koncipován Váš rozvoj jako školitele adaptačního procesu ZZS ze strany zaměstnavatele?*
 - *Jak často probíhají setkání s dalšími školiteli adaptačního procesu ZZS?*
5. Důsledné dodržování průběžného hodnocení školenců v AP (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) na ZZS v ČR.

Závěr

Hlavním cílem našeho průzkumu bylo porovnání realizace adaptačních procesů mezi zdravotnickými záchrannými službami v České republice. Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definuje AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky jako proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce.

Snažili jsme se zjistit, zda je Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definující AP na ZZS v ČR respektován, zda je dodržována délka praxe v rámci AP, jak jsou adaptační procesy na ZZS v ČR realizovány, zda a jak je pracováno se školiteli AP a jakým způsobem je adaptační proces na ZZS v ČR ukončován. Devět (81,82 %) ZZS v ČR z 11 dotazovaných respektuje Metodický pokyn MZČR z hlediska obvyklé délky AP pro absolventy, kteří získali odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (3-12 měsíců). U dvou ZZS v ČR (18,18 %) je délka AP pro absolventy škol stanovena na 2-3 měsíce. U zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší, je doba pro zapracování 2-6 měsíců. Zjistili jsme, že tuto dobu

respektuje 9 (81,82 %) ZZS v ČR a 2 ZZS (18,18 %) mají tuto dobu pouze 1 měsíc. Z hlediska podmínek nutných pro vykonávání pozice školitele AP na ZZS vychází všechny ZZS v ČR ze zkušeností ZZS HMP, která stanovuje svým interním metodickým pokynem minimální dobu pro výkon školitele v AP 5 let. Z hlediska doporučení do praxe je potřeba posílit a doporučit (po vzoru ZZS HMP) všem ZZS v ČR zařazení do jejich AP výcvik profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby. Zjistili jsme, že všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) aplikuje v rámci svého AP nácvik KPR, přednášky o hygienicko-epidemiologickém režimu a stáž na ZOS. Školení sebeobrany probíhá pouze na dvou ZZS (18,18 %), školení v řízení vozidel záchranné služby probíhá na třech ZZS (27,27 %) a školení profesionální komunikace na čtyřech ZZS (36,36 %). Z hlediska srovnání jednotlivých školících aktivit mezi ZZS v ČR dominuje ZZS HMP, která provádí veškeré stěžejní činnosti k výkonu profese zdravotnického záchranáře. Na základě našeho průzkumu bylo dále zjištěno, že zpětná vazba a pravidelné školení školitelů AP ZZS v ČR neprobíhá a doporučujeme tuto oblast posílit např. kurzem mentora pro klinickou praxi. Co se týká ukončení AP na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) probíhá ukončení adaptačního procesu odborným testem, praktickou zkouškou a pohovorem, což je dostatečné. Z hlediska doporučení pro praxi však vidíme nedostatky, protože průběžné hodnocení (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) není v rámci AP na ZZS v ČR prováděno.

Podařilo se nám tak splnit hlavní cíl sdělení a na základě formulovaných průzkumných otázek naplnit stanovené čtyři dílčí cíle. Cílem AP je poznat, prověřit, zhodnotit, doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti a dovednosti u NLZP zejména při uplatňování teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi (Kilíková, 2008). Mezi hlavní cíle integrace nového pracovníka do organizace patří pomoc překonat počáteční fázi nástupu, ovlivnit příznivý vývoj a vztah k organizaci, podávat co nejrychleji požadovaný výkon a snížit pravděpodobnost brzkého odchodu u pracovníka. Dominantní úlohu v naplnění těchto rolí sehrávají školitelé AP na ZZS v ČR. Vedle formulovaných doporučení jsme pro praxi vytvořili alespoň bazální check - list sloužící k provádění zpětné vazby a hodnocení školitelů AP na ZZS v ČR.

ZDROJE

ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

BRŮHA, D. a E. PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwers, 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

ČESKO, 2009. Metodický pokyn ze dne 12. srpna 2009 k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online]. Věstník [Ministerstva zdravotnictví](#) České republiky. Částka 6. [cit. 4. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html.

ČESKO, 2011. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. [online]. *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. [cit. 4. 10. 2014]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

GRINDEL, C., 2004. Mentorship: A key to retention and recruitment. *Medsurg Nursing* Vol. 13,(1). ISSN 1092-0811.

KILÍKOVÁ, M. a V. JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-290-8.

KOCIANOVÁ, R., 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Vyd. 1. Praha: Grada. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOUBEK, J., 2005. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 3. vyd. Praha: Management Press. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.

NCO NZO, 2014. *Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*. [online]. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. [cit. 4. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/mentor-klinicke-praxe-oseetrovatelstvi-a-porodni-asistence>

KONTAKT

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.,

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

pekara@vszdrav.cz

JE BEZPEČNÉ ODLOŽENIE OPERÁCIE PRE AKÚTNU APENDICITÍDU?

MAZALÁN, P.

Abstrakt

Štúdiá sa zameriava na skúmanie problematiky bezpečného načasovania operácie pri diagnóze akútnej apendicitídy z prizmy analýz vybraných zahraničných prehľadových štúdií dostupných v elektronických databázach EBSCO, MEDLINE, ClinicalKey, SpringerLink a Wiley v časovom rozhraní od roku 2006 do roku 2012. Špecifickú pozornosť venujeme etiológii ale i patofyziológii a diagnostike ochorenia akútnej apendicitídy. Napokon konštatujeme, že trendy zahraničných výskumov naznačujú príklon k antibiotickej liečbe pri ľahšej forme akútnej apendicitídy.

Kľúčové slová: Akútna apendicitída. Etiológia. Diagnostika. Timing apendektómie.

Úvod

Akútna apendicitída je v súčasnosti najčastejšia náhla príhoda brušná s ktorou sa chirurg stretáva na urgentnom príjme. Podľa odbornej svetovej literatúry prekoná počas svojho života akútnu apendicitídu vo vyspelých krajinách okolo 8% obyvateľstva, s vekovým rozhraním medzi 10 až 30 rokom života. Vzhľadom na frekvenciu daného ochorenia boli a stále sú prepracované nové postupy liečby akútnej apendicitídy, a to od postupného vývoja operačnej techniky klasickej apendektómie až po laparoskopiu, ktorá v súčasnosti tvorí na mnohých pracoviskách štandard chirurgickej liečby.

Súčasná doba prináša zo sebou veľmi dôležitý fakt a to, že i zdravie a jeho prinavrátenie z choroby má svoju cenu a tým myslím financie. V mnohých štúdiách z rôznych pracovísk po celom svete sa vždy neopomenie spomenúť slovo cena. Cena hospitalizácie, cena operácie a pod. V princípe aj laparoskopická apendektómia, respektíve mini invazívna chirurgia vznikla a má svoje základy položené na slove cena, ušetrení financií, prinavrátenie pacienta skôr do bežného pracovného života, aby mohol pre spoločnosť pracovať, odvádzať dane, byť cenným prínosom. Avšak i laparoskopická chirurgia má svoje úskalia, ktorými mám na mysli pooperačné

komplikácie. S nimi súvisia i neoblúbené finančné náklady, pretože komplikácie si vyžadujú predĺženie hospitalizácie pacienta, ďalšie diagnostické metódy, lieky, prácu zdravotníka, neskorší nástup do práce, a pod. Všetky tieto dodatočné náklady musia byť pochopiteľne uhradené, a práve z tohto dôvodu tak prichádza nový trend liečby akútnej apendicitídy - neoperovať. Nemyslím tým neoperovať všetkých, ktorí cítia bolesť v pravom podbrušku. Mnohé retrospektívne štúdie v súčasnosti poukazujú na spôsob liečby akútnej apendicitídy antibiotikami.

Cieľom štúdie je poukázať na aktuálny pohľad na liečbu akútnej apendicitídy, chirurgickú liečbu, antibiotickú liečbu ale predovšetkým na veľmi dôležitý poznatok, ktorý platí pre celú chirurgiu a každého chirurga, ktorý slúži v nemocnici s urgentným príjmom, a to schopnosť rozhodnúť sa koho a kedy operovať, nevynímajúc ani akútnu apendicitídu. Umením chirurga nie je len pacienta dobre zoperovať, ale pri pacientoch prijatých s diagnózou akútnej príhody brušnej je ešte väčším umením určiť, kedy vôbec s pacientom na operačnú sálu ísť. Napriek tomu, že je akútna apendicitída najčastejšia náhla príhoda brušná, ešte stále ostáva k danej problematike mnoho otázok. Existuje veľký počet odborných prác a štúdií o význame antibiotickej liečby, chirurgickej liečby, či porovnaní oboch. Avšak domnievame sa, ba sme presvedčení, že počet štúdií, ktoré by určovali kedy a koho operovať je nedostatok.

Výskyt, etiológia a patofyziológia akútnej apendicitídy

Ako bolo spomenuté vyššie, vo vyspelých krajinách je akútna apendicitída najčastejšou náhlou príhodou brušnou, vyskytujúcou sa vo všetkých vekových skupinách, postihujúcu asi 7–10 % populácie (ŠVAB, 2007). Podľa ďalšej odbornej literatúry 7 % všetkého obyvateľstva sa podrobí apendektómii pre akútnu apendicitídu (BRUNICARDI, 2007).

Príčinou môže byť zúženie lumenu červovitého príviesku ku ktorému dochádza v dôsledku náhrady lymfatického tkaniva v jeho stene väzivom počas vývoja. Zúženie vyústenia appendixu do céka môže byť až u dvoch tretín ochorenia spôsobené koprolitom, fibrózou tkaniva po zápale, parazitom a ich vajíčkami, eventuálne hyperpláziou lymfatického tkaniva appendixu. Prekážka, ako sa zdá sa podieľa na zhoršenom vyprázdňovaní lumenu appendixu, a preto dochádza k bujneniu baktérií v obsahu. Podľa skúseností autora prebieha zápal pri obštrukcii lumenu rýchlejšie a s častejšími komplikáciami ako absces alebo perforácia (ŠVAB, 2007).

I svetová literatúra uvádza ako dominantnú príčinu akútnej apendicitídy obštrukciu lumenu appendixu. Koprolity sú najčastejšou príčinou apendikálnej obštrukcie. Koprolity sú nájdené v 40 % prípadov ľahšej formy akútnej apendicitídy, v 65 % prípadov gangrenóznej apendicitídy a skoro v 90 % prípadov gangrenóznej perforovanej apendicitídy (BRUNICARDI, 2007). Obštrukcia lumenu appendixu, vedie k bakteriálnemu premnoženiu a pokračovaniu sekrécie hlienu, čo vedie k intraluminálnej distenzii a nárastu tlaku črevnej steny. Intraluminálna distenzia produkuje viscerálnu bolesť, ktorú pacient vníma ako periumbilikálnu bolesť. Ďalšie zhoršenie lymfatickej a venóznej drenáže vedie k ischémii mucosi. Tieto nálezy v kombinácii, podporujú lokalizovaný zápalový proces, ktorý môže viesť ku gangréne a perforácii. Inflammácia priľahlého peritonea znamená vzostup lokalizovanej bolestivosti do pravého podbrušia. Aj keď je značná variabilita, perforácia sa typicky objavuje po 48 hodinách od objavenia sa príznakov a je sprevádzaná abscesovou dutinou ohraničenou tenkým črevom a omentom. Raritne sa vyskytuje voľná perforácia appendixu do peritoneálnej dutiny, ktorá môže byť sprevádzaná peritonitídou a septickým šokom a komplikovaná ďalšími formáciami početných intraperitoneálnych abscesov (TOWNSEND, 2008).

Diagnostika akútnej apendicitídy

Diagnóza akútnej apendicitídy vychádza z anamnézy ochorenia a fyzikálneho vyšetrenia. Rozhodujúcim faktorom určujúcim diagnózu je pre samotného lekára vždy klinický obraz.

Diagnostický algoritmus

Skúsení chirurgovia stanovujú diagnózu akútnej apendicitídy na základe kombinácie anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia, laboratórnych výsledkov a zobrazovacích modalít (USG, event CT). Pacienti s vysokou pravdepodobnosťou apendicitídy sú podrobení chirurgickému zákroku. Pacienti s podozrením periapendikulárneho abscesu sa podstúpia ďalej zobrazovacím vyšetreniam, štandardne sonografia u detí a CT u dospelých. U pacientov s nízkou pravdepodobnosťou akútnej apendicitídy sú mnohí prepustení domov bez prijatia do nemocnice s odporúčaním nasledujúcej kontroly na druhý deň.

Terapia akútnej apendicitídy

Jednou z prvých brušných operácií bola práve apendektómia. Akútna apendicitída bolo ochorenie dlho liečené výhradne chirurgicky. Možnosti liečby akútnej apendicitídy sú nasledovné:

- chirurgicky,
- konzervatívne,

- apendektómia v intervale.

Napriek príchodu viac sofistikovaných diagnostických postupov by význam skorej operatívnej intervencie nemal byť opomenutým. Mnohé štúdie preukázali účinnosť antibiotík v predoperačnej liečbe za účelom zníženia infekčných komplikácií akútnej apendicitídy. Väčšina chirurgov pravidelne indikuje antibiotiká u všetkých pacientov s podozrením na akútnu apendicitídu. Pri náleze ľahkej formy akútnej apendicitídy nie je žiadny benefit v predĺžovaní antibiotickej liečby (ďalej ATB) nad 24 hodín. V prípade peroperačného nálezu perforovanej alebo gangrenoznej apendicitídy, antibiotická liečba pokračuje až kým pacient nie je afebrilný a má fyziologické hodnoty leukocytov (BRUNICARDI, 2007). Keď operačný výkon potvrdí ľahkú formu AA (akútna apendicitída, ďalej AA), nie je nutná pooperačná liečba ATB. Avšak ak nájdeme komplikovanú AA, pooperačná liečba ATB je indikovaná (SCHEIN, ROGERS, 2011).

Timing apendektómie pri akútnej apendicitíde

Pravidlo: operačná revízia je indikovaná vždy tam, kde sa nedá bezpečne zápal appendixu vylúčiť (ŠVÁB, 2007).

„*Kedy operovať?*“ Túto otázku si kladú mnohí chirurgia po celom svete. Existujú mnohé štúdie, ktoré zameriavajú svoju pozornosť na porovnávanie chirurgickej liečby akútnej apendicitídy vo vzťahu k laparoskopii verus klasickej operatívy, rovnako sú prítomné početné publikácie hodnotiace konzervatívnu, teda antibiotickú liečbu akútnej apendicitídy. Podobné publikácie hodnotia efekt neoperatívnej liečby AA, pozitíva aj nedostatky. Čo ale chýba vo svetovej aj našej odbornej literatúre sú jednoznačné fakty, ktoré by určovali, kedy a ako postupovať, myslíme tým tzv. smernice (z ang. guideline), hoci už badať počiatky aj tejto problematiky v literatúre (SCHEIN, ROGERS, 2011). Zatiaľ to vyzerá tak, že pre chirurga nie sú určené smernice vo vzťahu k striktnej liečbe akútnej apendicitídy. Každá krajina, pracovisko má svoje zaužívané pravidlá alebo lepšie povedené zvyklosti. Túto skutočnosť možno pozorovať i u nás. Sú pracoviská preferujúce klasickú apendektómiu pre AA a laparoskopii sa venujú výhradne len v elektívnych prípadoch pri chronickej apendicitíde. Takisto konzervatívna liečba AA je u nás skôr výnimkou, hoci podľa dostupných literárnych prameňov je v zahraničí už tendencia liečiť AA, teda najmä ľahšie formy výhradne ATB.

Na základe citácií svetových odborných publikácií a našich skúseností, by sme radi poukázali na tzv. opozitum ku citátu Švába (2007) „kedy operovať“. Našou snahou bude dokázať, že nie je potrebné indikovať u každej AA urgentnú operáciu.

Apendicitída a periapendikulárny absces sú vo svojej včasnej akútnej fáze indikované k chirurgickej liečbe. Výnimku môže tvoriť včasné štádium zápalu, bez známkov progresie a šírenia do okolia, ohraničený periapendikulárny infiltrát a výnimočne, konštitúcia chorého. Včasné štádia alebo nejasné stavy vyžadujú časté kontroly pod dohľadom skúseného chirurga v dvoch hodinových intervaloch. Pri známkach zhoršovania lokálneho nálezu (zvýrazňovanie bolestí, známky dráždenia pobrušnice, tachykardia) a známkach šírenia do okolia, je povinnosťou operačne revidovať.

V tomto kontexte uvádzame výstižnú citáciu autorov Scheina a Rgersa (2011) *„Neponáhľaj sa ihneď na operačnú sálu s každým pacientom s diagnózou AA, ako je to možné! Samozrejme, ak je tvoj pacient „systémovo rozbitý“ a jeho abdominálne príznaky sú výrazné (svedčiace pre perforáciu) operuj okamžite. Inak je prijateľný i niekoľko hodinový odstup, kedy sú aplikované antibiotiká. Ak sa neponáhľaš na operačnú sálu s nekomplikovanou akútnou divertikulitídou, tak aký je v tom rozdiel?“*

Dôležité kritériá pre odloženie operácie uvádza i Sisir (2011):

- doba trvania príznakov cez 48 hodín,
- dobre definovateľná mäkká rezistencia v pravom podbruší,
- bez príznakov difúznej peritonitídy.

Metóda

Prostredníctvom prehľadovej analýzy vedeckých štúdií vo vzťahu k načasovaniu apendektómie, publikovaných v odborných zahraničných časopisoch, dostupných v elektronických databázach EBSCO, MEDLINE, [ClinicalKey](#), [SpringerLink](#) a [Wiley](#) v časovom rozhraní od roku 2006 do roku 2012 je cieľom poukázať na veľmi dôležitý poznatok, ktorý platí pre každého chirurga a to schopnosť rozhodnúť sa koho a kedy operovať, nevynímajúc ani akútnu apendicitídu. Umením chirurga nie je len pacienta dobre zoperovať, ale pri pacientoch prijatých s diagnózou akútnej príhody brušnej je ešte väčším umením určiť, kedy vôbec s pacientom na operačnú sálu ísť.

Výsledky

V retrospektívnej štúdií autorov Ditilla, Dziuriho (2006) z *Yale Univerzity School of Medicine, New Haven publikovanej v roku 2006*, v ktorej zahrnuli 1081 pacientov, u ktorých bola vykonaná apendektómia pre akútnu apendicitídu v rokoch 1998 až 2004 bolo cieľom posúdiť, či odložený

chirurgický zákrok u dospelých pacientov s AA je bezpečný v korelácii s intervalom od nástupu príznakov do operácie (celkový interval) so stupňom patologického nálezu a výskytom pooperačných komplikácií. Sledované boli nasledujúce parametre:

- demografia,
- čas od začiatku príznakov do príchodu na pohotovosť,
- čas od príchodu na pohotovosť na operačnú sálu (nemocničný interval),
- fyzikálne vyšetrenia, počítačová tomografia,
- patologické nálezy, komplikácie, dĺžka pobytu,
- dĺžka antibiotickej liečby.

Podľa patologického nálezu boli pacienti zoradení nasledovne:

- 1 (G1) pre akútna apendicitída,
- 2 (G2) gangrénozna apendicitída,
- 3 (G3) perforácia alebo flegmona,
- 4 (G4) pre periapendikulárny absces.

Vo vzťahu k výsledkom štúdie autori zaznamenávajú, že riziko pokročilosti stupňa patologického nálezu sa zvyšuje s dĺžkou celkového intervalu. V prípade intervalu menej ako 12 hodín, riziko vzniku G1, G2, G3, G4 nálezu to bolo 94 %, 0 %, 3 %, a 3 % (napr. pre G1 – 94 %). Tieto hodnoty sa zmenil na 60 %, 7 %, 27 % a 6 %, respektíve, keď celkový interval od vzniku príznakov do operácie bol 48 až 71 hodín. U dospelých pacientov s akútnou apendicitídou sa riziko vývoja pokročilého patologického nálezu a pooperačných komplikácií zvyšuje s časom (celkový čas), a preto odložená apendektómia je nebezpečná. Vzhľadom k tomu je promptná apendektómia povinná. Celkovo vzaté, tieto zistenia naznačujú, že apendektómia by mala byť vykonaná tak rýchlo, ako je to možné vzhľadom k diagnóze AA, ktorá je stanovená u dospelých pacientov (DITILLO, DZIURA, 2006).

Chirurgická liečba akútnej apendicitídy zostáva jedným z najčastejších problémov, ktorým čelia gastrointestinálni chirurgovia. Tradičný manažment zdôrazňuje naliehavosť chirurgickej starostlivosti. Nedávna odborná literatúra uvádza, že odložená operácia pre akútnu apendicitídu nemá vplyv na výsledok.

V ďalšej retrospektívnej štúdií autorov Clyde, Baxa, Mergsa et al. (2008) s názvom „*Načasovanie intervencie neovplyvňuje výsledok akútnej apendicitídy vo veľkej komunitnej praxi*“

boli všetci pacienti retrospektívne zaradení do štúdie a podrobení apendektómii v období rokov medzi augustom 2002 a májom 2007. Dáta boli získavané z veľkej komunity chirurgickej praxe. Pacient, demografia, dĺžka liečby, chirurgické, patologické a pooperačné výsledky boli dokumentované. V danej štúdií bola vykonaná apendektómia celkovo u 1198 pacientov. U pacientov sa objavili symptómy pred vyhľadáním lekárskej pomoci v priemere 2.2 dňa (rozmedzia 0-21 dní). Priemerný čas do chirurgickej intervencie bol 7.1 hodín (rozmedzie 1–24 hod.) od vyhľadania lekárskej pomoci. Percento pacientov, ktorí boli operovaní laparoskopicky v porovnaní s klasickým spôsobom, verzus konvertovaný bolo 63 %, 33 % a 4 %. Percento pacientov s akútnou apendicitídou, oproti akútnej apendicitíde s perforáciou a oproti negatívnemu nálezu bolo 77 %, 14 % a 8,5 %. Pooperačné ranové alebo intraabdominálne komplikácie boli pozorované u 5,3 % a 2,6 % pacientov. Nebola zistená žiadna súvislosť medzi dĺžkou trvania príznakov, časovým intervalom k chirurgickému zákroku a chirurgického prístupu, patologickým nálezom, dĺžkou hospitalizácie alebo pooperačnými septickými komplikáciami. Výsledky opísané v tejto štúdií boli nezávislé na dĺžke trvania príznakov alebo času do chirurgického zákroku. To by naznačovalo, že krátke odloženie chirurgického zákroku pre akútnu apendicitídu je dobre tolerovateľné (CLYD, BAX, MERGS et al., 2008).

V nasledujúcej retrospektívnej štúdií s názvom: „*Je skorá analgézia spojená s oneskorenou liečbou apendicitídy*“? autori Frei, Bond et al. (2008) skúmajú vzťah medzi oneskorením (odložením) liečby akútnej apendicitídy a skorým užitím analgézie. Navrhli štúdiu pacientov s odloženou liečbou apendicitídy a kontrolnú štúdiu bez odloženia v liečbe akútnej apendicitídy s uzavretou kontrolou pre vek, pohlavie, Alvarado skóre a dátum diagnózy. Z 957 pacientov s AA bolo 103 prípadov s odloženou liečbou. V kontrolnej skupine bolo 103 pacientov. Avšak medián času k chirurgickému zákroku je v štúdií 398 minút, čo znamená malé oneskorenie v rozhodovaní k operácii. Skorá analgézia je definovaná ako podaná do 2 hodín od vstupného vyšetrenia. V porovnaní prípadov a kontrol na skoré užívanie opiátov (26/103 prípadov, 24/103 kontrol), nebol zistený žiadny vzťah s oneskorením liečby.

Pri porovnávaní prípadov a kontrol na skoré užívanie nesteroidných antireumatík (29/103 prípadov, 17/103 kontrol), bola zistená asociácia s oneskorením liečby. Pri skorej analgézii pri apendicitíde sa nenašiel vzťah s oneskorením liečby pri opiátovej analgézii, avšak je tu prítomná asociácia s nesteroidnými antiflogistikami (FREI, BOND, 2008).

Nasledujúca retrospektívna štúdia od autorov Dhupara, Evankovicha et al. (2011) z Pittsburgu s titulom: „*Oneskorená dostupnosť operačnej sály významne ovplyvňuje celkové nemocničné náklady na urgentný chirurgický zákrok*“ opisuje ako finančné tlaky riadia snahu optimalizovať využívanie zdrojov nemocnice čo najefektívnejšie. Autori štúdie skúmali ako operačné sály pôsobia na účinnosť a náklady na liečbu urgentných chirurgických stavov. Ide o retrospektívnu štúdiu u pacientov, u ktorých bola vykonaná apendektómia v jednej nemocnici v období rokov 2004-2009. V štúdiu bola analyzovaná demografia pacientov, charakteristiky operácie, patologické nálezy, čas hospitalizácie a náklady. Tzv. *Gap time* (čas od prijatia do nemocnice, do začiatku operácie) bol použitý na meranie času dispozície operačnej sály. Dlhší *gap time* bol spojený so zvýšením nemocničných nákladov. *Gap time* viac ako 2 hodiny bol spojený s 39% vyššími nákladmi na hospitalizáciu. Pacienti v 2 skupinách mali podobné chirurgické nálezy, rovnako ako podobné klinické výsledky a dĺžku pobytu v nemocnici.

Krátke oneskorenie v dostupnosti operačnej sály pre naliehavé prípady je spojené so zvýšenými nákladmi na hospitalizáciu. Na určenie či je rozdiel v nákladoch v skupine *Gap time* viac ako 2 hodiny spôsobený rozdielmi v charakteristike pacienta alebo výsledkov, autori štúdie porovnali vek, pohlavie, ASA klasifikáciu, potrebu krvnej transfúzie, počet komplikácií (perforácia alebo gangréna) v 2 skupinách a neboli zistené žiadne štatisticky významné rozdiely (DHUPAR, EVANKOVICH, 2011).

Štúdie uskutočnené v pediatrickej populácii naznačujú, že odloženie apendektómie pre AA do denných hodín s liečbou infúziami a antibiotikami je bezpečná (SURANA, QUINN, PURI, 2003). Podobné analýzy u dospelých priniesli zmiešané výsledky. Existujú zástancovia oboch, počiatočnej konzervatívnej liečby, rovnako ako naliehavej apendektómie (BACHOO, MAHOMED, NINAN, 2001). Publikované údaje z mestských centier naznačujú, že riziko perforácie appendixu sa zvyšuje po 36 hodinách od vzniku príznakov (BICKELL, AUFSES et al., 2006). Avšak existujú dôkazy, že progresia AA do AA s perforáciou sa mení s vekom a pohlavím. Významný podiel je napríklad u starších pacientov s perforáciou alebo s abscesovou formáciou. Vplyv pohlavia je menej jasný, ale môže byť najmä z dôvodu väčšieho diagnostického oneskorenia u žien (BICKELL, AUFSES et al., 2004).

Štúdia autorov Augustina, Cagira et al. (2011) vo svojej retrospektívnej analýze 380 pacientov, ktorí boli podrobení apendektómii od januára roku 2000 do júna roku 2005 v nemocnici *Guthrie - Robert Packer v Sayre*, skúma vzťah medzi dobou trvania choroby a perforáciou

apendixu podľa veku a pohlavia. Zo štúdie boli vyradení pacienti u ktorých bola apendektómia vykonaná ako vedľajší operačný výkon a apendektómia v intervale.

Analýzou trvania príznakov a času k perforácii vyplýva, že muži majú vyššiu prevalenciu perforovaného apendixu v porovnaní so ženami s podobným trvaním príznakov. U pacientov s podozrením na akútnu apendicitídu bolo CT vyšetrenie urobené oveľa častejšie ako u tých kde sa perforácia nepredpokladala. U pacientov starších ako 55 rokov má 29 % akútnu apendicitídu s perforáciou do 36 hodín trvania príznakov a 67 % má AA s perforáciou pri trvaní príznakov od 36 do 48 hodín. U pacientov kde bola zistená AA s perforáciou sa počas fyzikálneho vyšetrenia zistila narastajúca prevalencia bolestivosti pravého podbrušia a dysuria v porovnaní so skupinou bez perforácie apendixu. Nebol zaznamenaný rozdiel v bolestivosti brucha, nauzei, vracania, hnačky, nechutenstva, pulzu, telesnej teploty alebo hodnoty leukocytov v KO v oboch skupinách. U pacientov s perforovanou apendicitídou bolo zaznamenané, že bývajú vo väčšej vzdialenosti od nemocnice. Muži majú kratšiu dobu trvania príznakov ku vzniku perforácii v porovnaní so ženami. Bickell a kol. (2011) poznamenali, že riziko perforácie narastá o 5% každých 12 hodín po intervale 36 hod. trvania príznakov. Táto štúdia poukázala na rastúci výskyt perforovaného apendixu na dobu ešte menej ako 12 hod. trvania (AUGUSTIN, CAGIR, 2011). Na základe viacnásobnej regresnej analýzy vek vyšší ako 55 rokov, horúčka a trvanie príznakov viac ako 24 hodín boli významné prediktory akútnej apendicitídy s perforáciou (vid Graf 1 Trvanie príznakov a percento perforácií).

Graf ukazuje trvanie príznakov (os X) a percento perforácii (os Y). Čísla v zátvorkách sú celkový počet pacientov s perforovanou apendicitídou na celkový počet pacientov podstupujúcich apendektómiu v tomto príslušnom časovom intervale (AUGUSTIN, CAGIR, 2011).

Otázku typu „*Je bezpečné odložiť v noci apendektómiu?*“ si položili autori Teixeira, Sivrikoz et al. (2012) v retrospektívnej analýze s názvom „*Načasovanie apendektómie: čakanie do rana zvyšuje riziko chirurgickej ranovej infekcie*“. V nej boli skúmaní pacienti prijatí s akútnou apendicitídou od júla 2003 do júna 2011. Následne boli spracované premenné ako vek, pohlavie, hodnota leukocytov v KO, chirurgický prístup (klasicky vs. laparoskopický), čas do prijatia, patologický nález. Primárne výstupy zahŕňali perforáciu a chirurgickú infekciu. Skúmali vzťah medzi časom prijatia do nemocnice. Počas 8 rokov bolo prijatých 4529 pacientov pre apendicitídu a z toho u 4108 (91 %), bola vykonaná apendektómia. Perforácia sa vyskytla u 23 % (n 942) týchto pacientov. Podľa logistickej regresie sa identifikovali *tri nezávislé prediktory* perforácie:

- vek 55 rokov a viac,

- počet bielych krviniek viac než 16000,
- ženské pohlavie.

Odloženie apendektómie nebolo spojené s vyššou mierou perforácie. Avšak po kontrole veku, leukocytov, laparoskopického prístupu a perforácie bol čas prijatia do nemocnice viac ako 6 hod. spojený s narastajúcou chirurgickou infekciou (z ang. surgical site infection). Oneskorenie o viac ako 6 hodín viedlo k výraznému nárastu chirurgickej infekcie z 1,9 % na 3,3 %, u pacientov s AA bez perforácie, narastajúca incidencie chirurgickej infekcie pri AA bez perforácie na úroveň podobnú tým, s perforáciou (3,3 % vs. 3,9 %).

V spomenutej štúdií odložená apendektómia nezvýšila riziko perforácie, ale bola spojená s významne zvýšeným rizikom chirurgickej infekcie u pacientov s AA bez perforácie. Záver štúdie poukázal, že promptný chirurgický zákrok je zárukou, aby sa zabránilo ďalšej morbidite u tejto skupiny pacientov (TEIXEIRA, SIVRIKOZ et al., 2012).

Akútna apendicitída bola vždy indikáciou k urgentnej operácii, pretože jej odloženie viedlo k progresii ochorenia, a teda k horším výsledkom. Nedávne štúdie ukázali, že apendektómia môže byť odložená bez horších výsledkov.

Cieľom štúdie s názvom „*Odložená apendektómia: je to bezpečné?*“ bolo zistiť vzťah medzi odloženou chirurgiou a výsledkom u pacienta. V štúdií autorov Nagpala, Sharma et al. (2012) zaznamenali všetkých pacientov od januára 2009 do decembra 2010, u ktorých bola vykonaná apendektómia v danej inštitúcii. Autori štúdie zaznamenali čas chirurgickej diagnózy od okamihu, kedy bola stanovená chirurgom a CT vyšetrením.

V danej štúdií sa meralo odloženie apendektómie od stanovenia diagnózy po začatie operácie. Pacienti boli rozdelení do dvoch skupín: *skoré odloženie* (≤ 6 hodín) a *neskoré odloženie* (> 6 hodín). Boli zaznamenávané výsledky: miera komplikácii do 30 dni pooperačne, dĺžka hospitalizácie, miera perforácie, počet laparoskopických apendektomii a počet konverzii na klasickú operáciu. U 377 pacientov bola vykonaná apendektómia v danom období, 35 pacientov bolo vyradených na základe kritérií štúdie. Následne v danej štúdií ostalo 342 pacientov: 269 (78,7 %) v skupine *skorej* a 73 (21,3 %) v skupine *neskorej*. Komplikácie sa vyskytli u 21 pacientov (6,1 %), pričom nebol zaznamenaný rozdiel medzi skupinami: 16/253 (5,9 %) v *skorej skupiny* a 5/73 (6,8 %) v *neskorej skupine*. Odloženie apendektómie o viac ako 6 hodín, avšak

menej ako 24 hodín od stanovenia diagnózy je bezpečné a nevedie k horším výsledkom (NAGPAL, UDGIRI, SHARMA et al., 2012).

V ďalšej retrospektívnej štúdií autorov Gandyho, Trusketta et al. (2010) zo Sydney z obdobia apríla 2006 do marca 2007 s titulom „*Výsledky apendektómie v modeli akútnej chirurgickej starostlivosti*“ autori konštatujú, že v prípade plného vyťaženia operačných tímov, má model akútnej chirurgickej starostlivosti schopnosť úmyselne odložiť predpokladanú ľahšiu formu apendicitidy z nočných hodín do nasledujúceho dňa. S týmto konzervatívnym prístupom, nedošlo k žiadnemu zvýšeniu množstva perforácií, znížilo sa množstvo komplikácií a nedošlo k zvýšeniu dĺžky hospitalizácie.

Nárast počtu pacientov liečených konzervatívne cez noc nevedlo k celkovému zvýšeniu miery perforácie. Podľa vyššie menovaných autorov je bezpečné odložiť operáciu kde sa predpokladá neperforovaná apendicitída. Operácie po polnoci môžu byť spojené so zvýšenou chorobnosť a mortalitou. Prospektívne štúdie preukázali, že oneskorenie v príchode do nemocnice má skôr ako odloženie pacienta k operácii už počas hospitalizácie väčší podiel na vzniku akútnej apendicitídy s perforáciou (STAHLFELD, HOWER, HOMITSKY et al., 2007). Preukázali, že odloženie operácie nekomplikovanej apendicitídy znížilo mieru výskytu komplikácií, nezmenilo dĺžku hospitalizácie. Iné štúdie potvrdili, že 12-24 hodinové odloženie operácie je akceptovateľné (ABOU-NUKTA, BAKHOS et al., 2006).

Autor Yu-Bin Wang et al. (2013) vo svojej retrospektívnej analýze 257 pacientov, u ktorých bola vykonaná apendektómia pre akútnu apendicitídu medzi novembrom 2009 a októbrom 2011 hodnotí, či akútna apendicitída u dospelých pacientov si vyžaduje skutočne okamžitý chirurgický výkon. Konkrétne či apendektómia pre nekomplikovanú apendicitídu môže byť bezpečne odložená a môže byť vykonaná v priebehu dňa. Pacienti v štúdií boli rozdelení do 2 skupín (A a B). *Skupina A* sa skladala z pacientov, u ktorých sa vykonala apendektómia do 10 hodín po prijatí do nemocnice. *Skupina B* bola zložená z pacientov, kde apendektómia bola vykonaná medzi 10 a 24 hodinami po prijatí do nemocnice. Dôvody pre odloženie operácie zahŕňali oneskorenie diagnostiky z dôvodu atypických klinických prejavov, nedostupnosť operačnej sály a pacientovej voľby laparoskopickej apendektómie, ktorá nemohla byť vykonaná v nočných hodinách kvôli nedostatku vybavenia. V skupine *A* bolo 133 a v skupine *B* - 75 pacientov. Priemerný čas medzi prijatím na pohotovosť a operáciou bol $7,1 \pm 2,7$ hodín pre skupinu A, a $15,9 \pm 4,0$ hodín pre skupinu B. Nebol zistený žiadny významný rozdiel v čase operácie ($P > 0,05$) a miere perforácie appendixu ($P > 0,05$) medzi týmito skupinami. Výsledky tejto štúdie naznačujú, že 10 až 24

hodinové odloženie apendektómie pre neperforovanú AA nemá významný vplyv na samotné výsledky. V tejto štúdií doba 10 až 24 hodín do operácie a liečba antibiotikami intravenóznou formou pred začatím operácie nie je spojená s významným nárastom perforácie appendixu ani času operácie. Obe skupiny mali podobný počet komplikácií, vrátane intraabdominálnych abscesov a infekcii v operačnej rane v rozmedzí 7,5 až 8,0 percent.

Yardeni et al (19) študovali efekt odloženej apendektómie pre AA. V tejto štúdií nezistili štatistický rozdiel v miere perforácii, času operácie, alebo komplikácií medzi pacientmi u ktorých bola apendektómia vykonaná do šiestich hodín, a tými u ktorých bola apendektómia vykonaná medzi 6 až 24 hodinami od prijatia.

Fadi et al. (2013) vo svojej štúdií tiež nepreukázali žiadne štatisticky významné rozdiely v počte komplikácií medzi pacientmi, ktorí mali apendektómiu v priebehu 12 hodín od prijatia, a tými ktorí sa podrobili apendektómii medzi 12 a 24 hodinami od prijatia.

DISKUSIA

Na základe vyššie uvedených citovaných štúdií a publikovaných materiálov od zahraničných autorov si dovoľíme tvrdiť, že bezpečne načasovať operáciu je dôležité ako pre samotného chirurga, ktorý slúži operačnú pohotovosť, tak pre pacienta, ktorý zo správneho načasovania bude profitovať. Vyhnutie sa operácii v nočných hodinách môže znížiť negatívny dopad na chirurga v zmysle predĺženia aktívnej pracovnej doby. Dlhodobý nedostatok spánku môže mať nepriaznivé účinky na výkonnosť, pozornosť a kognitívne schopnosti lekára. Oddýchnutý chirurg je zárukou lepšie vykonanej operácie. Okrem toho majú ostatní členovia chirurgického tímu ako inštrumentárky, anesteziológovia nárok na oddych tým, že sa odloží operácia z nočných hodín. Takisto odloženie apendektómie do dennej pracovnej doby má výhodu v dostupnosti operačného tímu. Okrem toho poskytuje odloženie apendektómie z nočných hodín šetrenie a oddych celého chirurgického tímu pre naliehavšie prípady, než aby akútna apendektómia stratila označenie náhlej príhody brušnej.

Veľmi dôležitým aspektom, ktorý platí aj pre túto tému, bezpečného načasovania operácie AA, event. rozhodnutia liečiť sa antibiotikami sú náklady na hospitalizáciu. Viaceré z citovaných správ vyčíslujú cenu hospitalizácie pri ATB liečbe ako aj pri odložených operáciách, kde obidve liečebné modality vychádzajú pozitívne voči operácii hneď po prijatí do nemocnice. Iné je to

v USA alebo aspoň v jednej nemocnici v Californii kde pracuje náš známy ako lekár - kardiológ, ktorý pri otázke „ako to robia na chirurgii?“ hovorí: „Urobíme CT scan, keď potvrdí apendicitídu hneď operujeme. Lebo keby to prasklo, hneď by sme boli súdení o milióny dolárov. Poistené spoločnosti zaplatia iba minimálny čas na ošateru. Čím rýchlejšie vyliečime pacientov, tým viacej zarobíme.“ Tento algoritmus platí v jednej nemenovitej nemocnici v USA. V našom zdravotnom systéme je pre nemocnicu, oddelenie aj chirurga vyhovujúca hospitalizácia. Hoci u nás na Slovensku neplatí presne, striktne algoritmus, ktoré apendicitídy liečiť ATB, event. operovať v zásade platí nepísané pravidlo, peritoneálne brucho sa musí otvoriť hneď, nepresvedčivá diagnóza sa cez noc môže observovať, ráno sa urobí kontrola leukocytov v KO, porovná sa klinický stav pacienta a následne sa postupuje konzervatívne alebo sa operuje.

Samotným záverom chceme podotknúť, že výsledky väčšiny citovaných správ hodnotia odloženie operácie od prijatia pacienta do 24 hod. za bezpečné, nebezpečný je neskorý príchod pacienta na pohotovosť od začiatku príznakov. Nevyhnutné je ale zohľadniť vek pacienta. Keďže významná miera sa kladie na nákladovosť liečby dá sa predpokladať, že na budúcom smerovaní časovania samotnej operácie bude mať cena liečby posledné slovo.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ABOU-NUKTA, F., C. BAKHOS et al. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis. *Archives of Surgery* 2006; 141(3): 504–508.

AUGUSTIN, T. and B. CAGIR. Characteristics of Perforated Appendicitis: Effect of Delay Is Confounded by Age and Gender. *Journal of Gastrointest Surgery*. 2011; 15(6): 1223–1231.

BACHOO, P., A.A. MAHOMED and G.K. NINAN. Acute appendicitis: the continuing role for active observation. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001; 17(3): 125–128.

BICKELL, N.A., A.H. AUFSES et al. DHowtime affects the risk of rupture in pappendictis. *Jouernal of The American College of Surgeons*. 20006; 202 (6): 401-406.

BICKELL, N.A., A.H. AUFSES et al. Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night? *Journal of Pediatric Surgery*. 2004; 39(4): 464–469.

BRUNICARDI, F.CH. et al. *Schwartz's Principles of Surgery*. 8. vyd. New York: McGraw Hill, 2007.

CLYD, C., T. BAX, A. MERGS et al. Timing of intervention does not affect outcome in acute appendicitis in a large community practice. *The American Journal of Surgery*. 2008; 195 (3): 590–93.

DHUPAR, R., J. EVANKOVICH et al. Delayed operating room availability significantly impacts the total hospital costs of an urgent surgical procedure. *Surgery* vol. 2011; 150 (8): 299–300.

DITILLO, M.F. and J.D. DZIURA. Is It Safe to Delay Appendectomy in Adults With Acute Appendicitis. *Annals of Surgery*. 2006; 244 (5).

FREI, S.P., W.F. BOND et al. Is early analgesia associated with delayed treatment of appendicitis? *American Journal of Emergency Medicine*. 2008; 26(6): 176–180.

GANDY, R.C., P.G. TRUSKETT et al. Outcomes of appendectomy in an acute care surgery model. *Medical Journal of Australia*. 2010; 193 (5): 288-298.

NAGPAL, K., N. UDGIRI, N. SHARMA et al. Delaying an appendectomy: is it safe? *The American Surgeon*. 2012;. 78(8): 897–900.

SCHEIN, M. and P.N. ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie. Schen's Common Sense Emergency Abdominal Surgery*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 419 s.

SISIR, K.M. *Clinical practice and surgery of the colon, rectum and anus*. 1st edition. New Delhi: Ajanta Offset a Packagings Ltd. 2011. 294 s.

STAHLFELD, K., J. HOWER, S. HOMITSKY et al. *Is acute appendicitis a surgical emergency?* *The American Surgeon*. 2007; 73(2): 626–629.

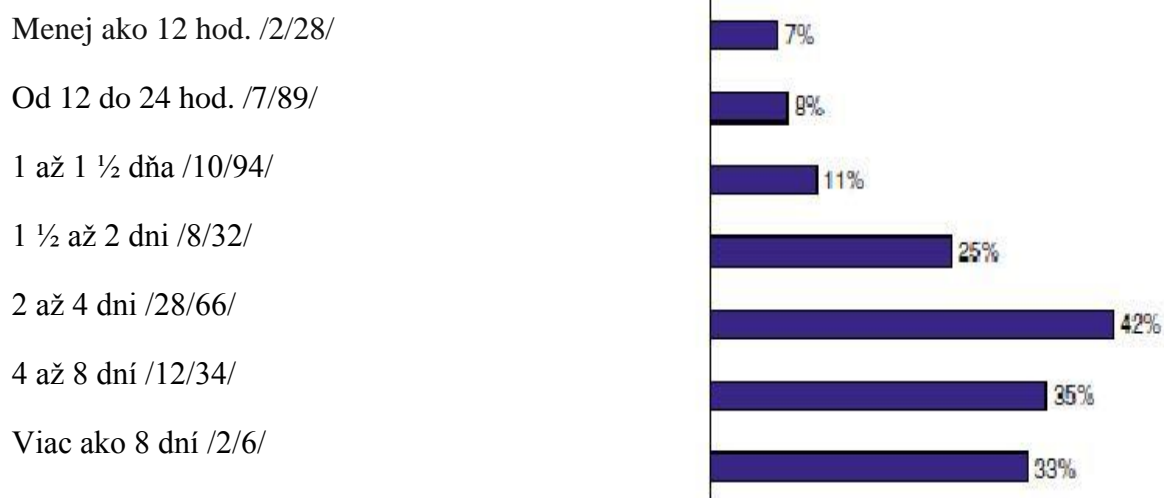
SURANA, R., F. QUINN and P. PURI. Is it necessary to perform appendectomy in the middle of the night in children? *Biomedical Journal*. 2003; 1(306): 1168–1178.

ŠVAB, J. *Náhle příhody břišní*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 199 s.

TEIXEIRA, P.G., E. SIVRIKOZ et al. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. *Annals of Surgery*. 2012; 256(3): 538–543.

TOWNSEND, C.M. *Sabiston Textbook of surgery. The Biological Basis of Modern Surgical practice*. 18. vyd. Canada: Saunders Elsevier. 2008. 2353 s.

WANG, Y.B. et al. Is it safe to delay appendectomy overnight? *The American Surgeon*. 2013; 79(2): 217–219.



Graf 1 Trvanie príznakov a percento perforácií

KONTAKT

MUDr. Pavol Mazalán

Chirurgická klinika SZU a UNB, Limbova 5, 83305 Bratislava

Telefónne číslo: 00421908 399 485

pavolmazalan@gmail.com

KOMUNIKAČNÉ BARIERY INÝCH KULTÚR V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV

MAZALÁNOVÁ, A., P. MAZALÁN a V. KITOVÁ MAZALÁNOVÁ

Abstrakt

V dnešnej dobe už nenájdeme krajinu, ktorá by bola homogénna. Z dôvodu migrácie sa zvyšuje počet cudzincov aj na našom území. Čoraz častejšie je naším pacientom človek inej kultúry. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb a rešpektovaní odlišnosti pacientov - cudzincov. Tento výsledok vyžaduje, aby zdravotnícky personál mal zodpovedajúce znalosti ako poskytovať kultúrne špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť, kedy lekáry a sestry sa stretávajú na svojich pracoviskách s pacientami iných kultúr minimálne jedenkrát mesačne a za najzávažnejšiu komunikačnú bariéru považujú jazyk. Preto je nutné klásť veľký dôraz na vzdelávanie sestier v multikultúrnom ošetrovateľstve a na samotnú jazykovú prípravu sestier.

Kľúčové slová: Komunikácia. Komunikačné bariéry. Multikultúrne ošetrovateľstvo.

Úvod

Potreba komunikovať, deliť sa o zážitky a oznamovať ich je jednou z najdôležitejších potrieb človeka. Možnosti, ktorými lekár a sestra disponuje v komunikácii a ktoré môže využiť, úzko súvisia s kvalitou ich individuálneho života, s vedomím a komunikačnými zručnosťami. Hlbšie pochopenie všeobecných zákonitostí sociálnej komunikácie je základným stavebným kameňom, na ktorom sa dá budovať vzťah medzi lekárom, sestrou a pacientom inej kultúry. Komunikácia sa síce odohráva v rovine slov, ale zároveň prebieha aj na neverbálnej úrovni, preto musí lekár a sestra vždy vnímať pacienta ako celok. Multikultúrne ošetrovateľstvo je momentálne aktuálnou celosvetovou témou a významnou súčasťou zdravotníctva. Emigranti, ktorí prichádzajú do cudzej krajiny majú odlišné zvyky, kultúru, jazyk, životné podmienky, stravovacie návyky a tiež rozdielny systém zdravotnej starostlivosti. Umenie komunikovať s pacientom zahŕňa nielen vyspelé komunikačné zručnosti, aktívne počúvanie a rozvinutú schopnosť vcítiť sa do druhej

osoby, ale aj rešpektovať hodnoty, presvedčenia a zvyklosti jedincov z rôznych kultúrnych prostredí. Multikultúra v zdravotníctve je realitou, preto je nevyhnutné, aby lekáry a sestry mali vedomosti ako správne poskytnúť kultúrne špecifickú ošetrovateľskú a odbornú lekársku starostlivosť. Preto je na mieste zaradiť multikultúru do celoživotného vzdelávania lekárov a sestier a iných zdravotníckych pracovníkov.

Komunikačné aspekty sestry a pacienta inej kultúry

Komunikáciu môžeme zjednodušene chápať ako proces predávania si informácií medzi dvoma či viacerými komunikujúcimi subjektmi. Znamená prakticky základ všetkých vzťahov (Lauková, 2016). V zdravotníctve má komunikácia s pacientmi nezastupiteľne miesto pretože bez komunikácie sa pacient stáva len objektom našej starostlivosti (Divecká, 2013). Komunikácia s pacientom je nielen veda, ale i veľké umenie zdravotníckeho personálu. Umenie komunikovať a dar aktívneho počúvania nemajú všetci zdravotníci rovnaký. Efektívna komunikácia s pacientom inej kultúry vyžaduje nielen aktívne počúvanie, ale i primerane reagovanie. Lekár ako aj sestra môžu byť schopní veľmi dobrého empatického prístupu k pacientovi, ale ak ich reakcie nie sú najvhodnejšie, komunikácia je neefektívna (Špatenková, Králová, 2009). Neadekvátne vedená komunikácia, zlý výber slov, nedôvera medzi pacientom a zdravotníckym personálom môžu mať vplyv na psychiku chorého a vyvolať až psychickú iatropatogéniu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Je známe, že účinná komunikácia blahodarne pôsobí na priebeh väčšiny telesných ochorení. Pri niektorých chorobách je komunikáciou pripisovaný rozhodujúci vplyv na stabilizáciu stavu pacienta (Vybíral, 2005). Komunikácia s pacientom by na jednej strane mala byť odborná, ale zároveň je táto komunikácia komplikovaná a náročná. Obzvlášť náročná býva komunikácia s pacientom cudzincom. Rola sestry v komunikácii s pacientom je zásadná a nezastupiteľná, pretože sestra sa stáva neoddeliteľnou súčasťou života pacienta, trávi s ním najviac času a je zasvecovaná do jeho osobných záležitostí (Divecká, 2013). Rozhovor zdravotníckych pracovníkov s pacientom inej kultúry je do značnej miery technickou zručnosťou. O to viac je potrebné si uvedomiť, že neoddeliteľnou súčasťou akéhokoľvek rozhovoru je prejavovať primeraný záujem o pacienta cudzinca ako o osobu a je potrebné prejavovať patričnú empatiu (Ptáček, 2011).

Komunikácia s pacientom cudzincom

Bez adekvátnej komunikácie, vzájomnej dôvery a porozumenia medzi zdravotníkom a pacientom nie je možné poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Schopnosť komunikovať slúži k naviazaniu a rozvíjaniu kontaktu medzi sestrou a pacientom inej kultúry. Komunikačné zručnosti je nutné neustále rozvíjať. Choroba, práceneschopnosť, hospitalizácia a odlúčenie od rodiny majú za následok zhoršenie komunikačných zručností pacientov (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). V práci sestier má výhradne miesto komunikácia s chorým. Práve prostredníctvom profesionálnej komunikácie získava sestra veľmi dôležité informácie ohľadne starostlivosti o pacientov inej kultúry. Súčasťou ošetrovateľskej anamnézy sú informácie nielen o fyzickom stave pacienta, ale tiež o sociálnom štatúte, rodine, zamestnaní. Najvýznamnejšie sú tie informácie, ktoré bezprostredne ovplyvňujú poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti ako napr. stravovacie návyky, spánok, bolesť, psychický stav, režim dňa, vierovyznanie, kultúrne zvyklosti a pod. Na základe získaných zásadných informácií je prispôbena i ošetrovateľská starostlivosť (Jurásková, 2011). Tempo moderného ošetrovateľstva nedovoľuje sestram dlhé diskusie s pacientmi. V snahe získať rýchlo veľké množstvo informácií zahlcujú zdravotnícky pracovníci pacientov uzavretými tzv. zisťovacími otázkami. V časovej tiesni pri získavaní potrebných informácií často používame celé zoznamy takýchto otázok. Niektorí pacienti nie sú schopní tomu pochopiť, preto ak je to len trochu možné mali by sme si urobiť čas na kludný rozhovor. Čím viac relevantných informácií získame a čím hlbšie pochopíme pacientovu anamnézu o to lepšie a kvalitnejšie môžeme previesť posúdenie a diagnostiku a naplánovať vhodné intervencie. Zisťovanie anamnézy je spravidla naším prvým kontaktom s pacientom. Máme jedinečnú a neopakovateľnú šancu naviazať dobrý vzťah a zmysluplný rozhovor. Informácie o aktuálnom stave, symptómoch a pocitoch sa ľahšie získavajú otvorenými tzv. doplňujúcimi otázkami. Uzavreté otázky upresňujú dane informácie a zisťujú podrobnosti o danom probléme. Sú vhodné pri sumarizovaní povedaného (Špatenková, Králová, 2009). Choroba a bolesť nie sú len biomedicínskou záležitosťou, môžu mať psychosociálne, kultúrne a náboženské korene. Subjektívne prežívanie situácie a psychický stav pacienta má na somatické zdravie obrovský vplyv. Už pri prvých sekundách stretnutia pacienta inej kultúry so sestrou a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi začne medzi nimi prebiehať interaktívna komunikácia. Každý sa nejako tvárimo, nejako sa pohybujeme, niečo robíme s rukami či niekde sedíme alebo stojíme a to všetko má vplyv na psychický rámec. Najčastejším nedostatkom vzťahu zdravotníckeho pracovníka a pacienta inej kultúry je komunikácia. Pacienti ju hodnotia prívlastkami zlá,

nedostatočná, hrubá až vulgárna, zľahčujúca, neefektívna, neprimeraná, ponížujúca. Pacienti očakávajú otvorený a rovnocenný dialóg, chcú počuť pravdu v zrozumiteľnom jazyku a dostatočné množstvo informácií. To koľko času venuje sestra pacientovi, ako s ním rozpráva, čiže komunikácia verbálna aj neverbálna, ovplyvňuje kvalitu vzájomne utváraného vzťahu. Neochota, nezáujem, arogancia, hrubosť, vulgarita a netaktné správanie do ambulancií a nemocníc nepatria. Sestry musia usilovať o profesionálne správanie a profesionálne vedenú komunikáciu, z hľadiska obsahu i formy (Linhartová, 2007).

Z médií sú známe sťažnosti na správanie, hlavne na komunikáciu zdravotníckych pracovníkov s pacientom. Sestry nie sú výnimka, nie vždy sa dokážeme správať profesionálne – konať a rozprávať podľa zásad správnej komunikácie. Podliehame momentálnej osobnej indispozícií, nálade alebo nemáme dostatok sily prekonať svoje nevhodné osobnostné črty. Sestre pripadá zásadná rola v komunikácií s pacientom. Podporuje ho, zrozumiteľne, spoľahlivo, ústretovo a taktne opakuje a objasňuje informácie oznámene lekárom. Rola sestry je nezastupiteľná. Vznik profesie sestry je odjakživa spojovaný s obetavou pomocou blížnemu, k čomu neodmysliteľne patrí odpovedajúca komunikácia (Linhartová, 2007). Efektívne komunikačné zručnosti sú pre sestry a ich právnu ochranu i etický výkon povolania mimoriadne aktuálne. Podľa odhadov až 90 % prípadov sťažností a trestných oznámení na zdravotníckych pracovníkov by sa dalo predísť účinnou komunikáciou. Komunikácia je základom ošetrovateľskej starostlivosti a je nevyhnutná všade tam, kde je potrebná spolupráca (Špatenková, Králová, 2009). Povinnosť patričnej komunikácie s pacientmi inej kultúry zo strany lekárov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov je daná zákonom, ale i Dohovorom o ľudských právach a biomedicíne (Mach, Prošková, 2011). Uspokojovanie potrieb pacientov je individuálne a úzko súvisí s kvalitou života jednotlivca. Pri neuspokojení potrieb dochádza k napätiu, podráždenosti až nepohode. Sestry ako najpočetnejšia skupina máme za úlohu mnohokrát prevziať od pacientov ich role a zaistiť ich tak, aby pacient netrpel nedostatkom. Sestra by mala byť pacientovi inej kultúry čo najviac nablízku a zaujímať sa o účinky intervencií. Mala by vedieť pacientovi načúvať, hovoriť s ním, komunikovať tichom, ale aj umožniť mu kontakt s rodinou. Sestra má pacienta rešpektovať, má mu zaistiť dostatok súkromia a dostatok priestoru na vyjadrenie svojich názorov. Dôležité je vytvorenie kladného a dôveryhodného vzťahu medzi sestrou a pacientom (Koukalová, 2006).

Rozdiely v komunikácii s pacientom cudzincom

Pri stretnutí sa s pacientmi pochádzajúcimi zo značne odlišného prostredia rýchlo zistíme, že ich uhol pohľadu na veci sa v mnohom líši od toho na čo sme zvykli (Bouzek, 2008). Každá kultúra má vlastné chápanie zdravia a choroby. Definíciu toho, čo patrí k zdravému správaniu, čo je už rizikové správanie, čo patrí medzi choroby a či sa vôbec obracať na zdravotníkov. Každá kultúra a každé etnikum má svoje chápanie toho, čo považuje za „normálne správanie“ v prípade akútnej alebo chronickej choroby, ale tiež v situáciách starostlivosti o zomierajúceho (Mareš, 2011).

Multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť nie je len teoretizovaním, ale skutočnosťou. Na územie Českej a Slovenskej republiky v súčasnosti prichádza z rozličných dôvodov stále viac a viac cudzincov. Preto dnes už nie je výnimkou, že naši pacienti pochádzajú z najrôznejšieho kultúrneho prostredia a rozprávajú rôznymi jazykmi. Starostlivosť o nich sa tak stáva veľmi dôležitým bodom. Ak pacienti z dôvodu neznalosti jazyka nie sú schopní adekvátne vyjadriť svoje problémy, opísať svoje ťažkosti a porozumieť naším inštrukciám nastáva problematická komunikácia. Deficit informácií súvisiaci s jazykovou bariérou môže u pacientov, ale aj u sestier vyvolať frustráciu, strach, úzkosť, hnev, smútok a mnoho ďalších negatívnych emócií, ktoré sú prejavom neuspokojenia základných ľudských potrieb, potreby istoty a bezpečia. Jazyková bariéra ďalej spôsobuje veľké ťažkosti pri získavaní informovaného súhlasu, komplikuje proces informovania pacienta inej kultúry, plnenie inštrukcií a požiadaviek sestier a lekárov, čo v konečnom dôsledku môže skomplikovať priebeh liečby (Špatenková, Králová, 2009).

Populácia pacientov s ktorou sa v našich zdravotníckych zariadeniach stretávame a budeme stretávať sa stáva heterogénnejšia. So vstupom SR a ČR do Európskej únie, s voľnejším pohybom osôb, so zamestnávaním cudzincov a pod. pribúda špecifických skupín pacientov. Ide o príslušníkov iných kultúr, etnických menšín, príslušníkov rôznych náboženstiev a náboženských siekt (Mareš, 2011). Poskytovanie zdravotnej starostlivosti cudzincom je založené na zohľadnení pacientových etnických a kultúrnych hodnotách, názoroch a praktikách, ktoré sa vzťahujú k vlastnému zdraviu a k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. Sesterské ošetrovateľské vstupné posúdenie je prvým krokom, ktorý zahŕňa starostlivý zber informácií o pacientovi a jeho cieľom je zistiť rozdiely v kultúrnych zvyklostiach súvisiace so zdravotnou starostlivosťou (Plevová a kol., 2011). Zdravotnícky pracovníci by mali byť pripravení komunikovať s pacientmi z rôznych etnických a kultúrnych skupín, poznať ich základné hodnoty, normy a praktiky. Iný jazyk, nie je

jediným rozdielom medzi nami a pacientmi z najrôznejších kultúr. Kultúrne rozdiely existujú v neverbálnej komunikácii, určujú, ktorého člena rodiny by sme mali pri komunikácii oslovovať a tiež kto v rodine rozhoduje. (Morovicsová a kol., 2004). Je nereálne a len málo pravdepodobné, aby zdravotnícky personál poznal všetky kultúrne odlišnosti pacientov, ktorých by eventuálne mohol ošetrovať. Na druhej strane ohľaduplnosť a ochota učiť sa zvyšuje pravdepodobnosť efektívnej komunikácie. Veľké plus je, keď sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov poznajú kultúrne prostredie svojich pacientov, majú aspoň základne informácie o rozdieloch v kultúrnych zvykoch dotýkajúcich sa ošetrovateľskej starostlivosti a poskytovaných komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť tomu prispôsobujú (Špatenková, Králová, 2009). Ak príde do nemocnice či ambulancie pacient cudzinec, je vhodné sa na spôsobe vyšetrenia a komunikácie dohodnúť vopred, aby sme predišli prípadným nedorozumeniam, najmä v neverbálnej komunikácii, napr. Vietnamec úsmevom oznamuje, že nerozumie. Čím viac nerozumie, tým viac sa smeje a nás by takáto reakcia mohla zmiast' (Linhartová, 2007).

Špecifickou záležitosťou interkultúrnej komunikácie je aj spôsob oslovovania. U jednotlivých národov sa uplatňuje vyššia či nižšia miera formálnosti a oficiálnosti v oslovovaní. Napríklad mnohí cudzinci nechápu náš spôsob formálneho oslovovanie prejavujúci sa nadmerným užívaním titulov (bežné aj v Českej republike, Rakúsku, Nemecku, Poľsku, Maďarsku). Naproti tomu v Škandinávii je oslovovanie veľmi prosté, tituly sa neužívajú (Průcha, 2004).

Pri komunikácii s pacientmi cudzincami je ideálna jazyková vybavenosť a možnosť dohovoriť sa totožným jazykom. Ak nie sme náležite jazykovo vybavení, je potrebné postupovať v pokoji. Sestry si musia uvedomiť, že pacient je v neprirodzenej situácii, v cudzom prostredí, cíti sa viac či menej ohrozený, môže mať bolesti, trápia ho neistota a strach. Veľký význam pre nich majú informácie získane z prvých okamihov našej neverbálnej komunikácie s nimi a zo spôsobu nášho správania k nim (Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006).

Pri ošetrovaní pacienta inej kultúry by mali sestry hľadať alternatívne spôsoby komunikácie – piktogramy, obrázky, slovník, pantomímu, používať primerané gestá, názorné prevedenie a pod. Aj napriek veľkému úsiliu na oboch stranách nemusí byť vzájomná komunikácia zmysluplná. Viaznuca komunikácia s pacientom cudzincom môže byť zdrojom negatívnych pocitov, frustrácie, hnevu a bezmocnosti, môže vyvolávať pocity vlastného zlyhania a neuspokojenia z práce. V niektorých prípadoch je vhodné využiť služby tlmočníka (Špatenková, Králová, 2009). Tlmočník je neoceniteľný pomocník, ak zdravotnícky personál nepozná jazyk, ktorým pacient cudzinec hovorí. Pacienti často s tlmočníkom už do nemocnice priamo prichádzajú, alebo majú

u seba na tlmočníka aspoň telefonický kontakt (Saadouni, 2008). Kompetentní tlmočník nám vie poskytnúť okrem tlmočenia aj informácie o danej kultúre a kultúrnych odlišnostiach, ktoré môžu mať vplyv na pacientove potreby ohľadne zdravotnej starostlivosti. Využitie rodinných príslušníkov ako tlmočníkov sa môže v danom momente zdať ako najrýchlejšie a najjednoduchšie riešenie. Nesmieme však zabúdať a podceňovať možné rizika, ktoré z toho vyplývajú, ako napr. skreslený preklad, príbuzný nepreloží všetko či zámerne zamlčanie informácií (Špatenková, Králová, 2009).

Komunikačné bariery

Za komunikačnú bariéru môžeme považovať všetko čo bráni správnej a efektívnej komunikácií. Z tohto pohľadu môže byť šum komunikácie pôvodu mechanického, fyzikálneho (hluk, nevhodná teplota vzduchu, zlé osvetlenie), psychického (vzťah k hovoriacemu, emočné a mentálne vzťahy, únava, inteligenčná úroveň) či fyzického (nedoslýchavosť, nevidomosť, bolesť). Pôvodcom šumu v komunikácií môže byť rovnako tak prostredie, ako i účastníci komunikácie, dokonca i téma rozhovoru. Je na hovoriacich, aby odstránili čo najviac rušivých šumov. Bežne komunikujeme bezprostredne bez toho, aby sme si zložitosť svojho vzájomného dorozumievania uvedomovali. Zmena nastáva v situáciách pre nás niečím výnimočných, kedy si uvedomíme, aké ťažké je niekedy nájsť vhodné slovo, gesto či úsmev (Linhartová, 2007).

Ďalšie faktory, ktoré vstupujú do komunikačného procesu je súčasný komunikačný kontext, minulé skúsenosti, postoje ľudí a ich hodnotová orientácia, kultúrne návyky a mnoho ďalších. Komunikačné šumy a nedostatočná spätná väzba sú často príčinou nedorozumení a konfliktov medzi ľuďmi (Quisová, 2009).

Podľa Vymětala (2008) pod pojmom komunikačné bariéry rozumieme prekážky, ktoré musia byť pri komunikácií prekonávané, alebo ktoré uskutočneniu komunikácie bránia. Jednou z hlavných príčin vzniku bariér v komunikácií je osobná individuálna vybavenosť odosielateľa alebo príjemcu. Komunikačné zručnosti, ale i prekážky môžu do rozhovoru vnášať ako pacienti, tak i sestry. Práve sestry by mali byť tým, kto rozhovor dovedie k vzájomnej kooperácii a zvládnu komunikovať s akýmkoľvek pacientom (Venglářová, Mahrová, 2006).

Vymětal (2008) uvádza, že medzi hlavné komunikačné bariéry patrí:

- nadmerná a neadekvátna komunikácia,

- nesprávne kódovanie alebo dekódovanie oznámení,
- voľba nevhodného komunikačného média,
- zlyhanie spätnej väzby – chýba istota, či bolo povedané správne pochopene a interpretované,
- nevhodný slovník – používanie slangu, žargónu, špecializované termíny, latinské výrazy,
- nesprávne, čiastočné alebo neadekvátne informácie,
- rozdiely medzi ľuďmi – rôzne interpretácie povedaného, líšiace sa vzhľadom k veku, vzdelaniu, pohlaviu, kultúre, pôvodu, jazyku i povahe komunikátorov,
- rozdiely v postavení,
- konflikty medzi jednotlivcami – emocionálny blok, vplyv minulých negatívnych skúseností,
- individuálne sklony - príjemca vidí a počuje len to čo chce, skákanie do reči, nepripravenosť na komunikáciu, nesústredenosť, stereotypizácia partnera,
- verbálne schopnosti – problémy s formulovaním myšlienok,
- obavy s nepríjemnosti a neúspechu – skresľovanie pravdivých informácií,
- nenaslúchanie,
- inkongruencia,
- emocionálne a psychologické bloky – zlosť, neúcta, povýšenectvo, antipatia, vekový rozdiel, uzavretosť,
- fyziologické vplyvy – únava, bolesť, choroba,
- fyziologické nepohodlie,
- rušenie treťou osobou,
- hluk, rozptyľovanie,
- manipulovanie,
- poučovanie – vyvoláva pocit poníženia a nechť komunikovať,
- vyhrážanie – výsledkom býva zablokovaná komunikácia,
- uzavreté otázky,
- zosmiešňovanie – vedie k trvalejšej komunikačnej bariére,
- kultúrne problémy.

Quisová (2009) definuje komunikačné prekážky nasledovne:

Na úrovni vysielateľa: zle premyslený nápad alebo myšlienka, nevyhovujúca slovná zásoba, vyčerpanie alebo choroba, chyby vo výslovnosti, nevhodný výber kódovania a pod.

Na úrovni komunikačného kanálu: veľká vzdialenosť medzi komunikujúcimi, hluk, rušivé pôsobenie iných ľudí či zvoniaci telefón, ale tiež aj nevyvetraná miestnosť a pod.

Na úrovni prijímača: pacient má zhoršený sluch, počúva rádio alebo si nás nechce teraz vypočuť, nevyhovujúci fyzický stav – bolí ho hlava, je unavený..., nerozumie slovensky.

Prevenčia: zodpovedne si premyslieť, čo chcem pacientovi oznámiť, byť oddýchnutý, v prípade choroby sestry či pacienta presunúť komunikáciu na vhodnejšiu dobu, zvoliť kódovanie primerané možnostiam pacienta a rešpektovať jeho intelektuálne možnosti, vyvetrať, zabezpečiť súkromie a vhodné miesto na rozhovor (poprosiť ostatných pacientov či návštevy o opustenie izby), ak je to možné vypnúť si telefón, nerozptyľovať sa súkromnými hovormi, motivovať pacienta inej kultúry k rozhovoru a overiť si správne pochopenie spätnou väzbou.

Záver

V dnešnom svete už nenájdeme krajinu, ktorá by bola homogénna. Dnešné spoločnosti sú príkladom spojenia rôznych kultúr. Migrácia sa preto stáva súčasným problémom našej spoločnosti ako aj celosvetovým problémom. Po otvorení hraníc v roku 1989, s rýchlejšim ekonomickým rozvojom niektorých krajín, s ponukou pracovných miest či študijných pobytov stúpa počet cudzincov v Českej i v Slovenskej Republike.

S chorobou či poranením prichádza nutnosť ich ošetrovania či hospitalizácie. To so sebou prináša okrem iného i problémy s komunikáciou a kultúrnymi odlišnosťami. Zdravotnícky systém by mal byť na takéto situácie pripravený. Sestry reprezentujú najväčšiu profesnú skupinu pôsobiacu v ošetrovatelstve, stoja po boku pacientov tesnejšie, než ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník. Preto by mali každého pacienta vnímať ako bio-psycho-sociálnu bytosť a rešpektovať jeho individualitu a odlišnosti.

Identifikovať komunikačné bariéry pri starostlivosti o pacientov iných kultúr. Vplyv na tento výsledok má dosiahnuté vzdelanie a dĺžka odbornej praxe sestier. V závere môžeme povedať, že pacienti, s ktorými sa v našich nemocniciach stretávame a budeme stretávať čoraz častejšie pochádzajú z iných zemi.

LITERATURA

- DIVECKÁ, E. Komunikace s pacientem s depresivní epizodou. *Sestra*. 2013, 2(23), s. 22-24. ISSN 1210-0404.
- JURÁSKOVÁ, D. *Etika a komunikace v ošetrovatelství*. In PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80247-3976-2.
- KOUKALOVÁ, S. Zápisky zdravotní sestřičky. [online]. 2006. [citované 2015-11-01]. Dostupné na: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-potreby.php>.
- KYMROVÁ, E., S. JEXO VÁ a J. NĚMCOVÁ. Kvalita života pod vlivem globalizace. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2010, 5(1-2), 46. ISSN 1336-9326.
- LAUKOVÁ, P. *Komunikácia vo vzdelávaní dospelých*. 1. vyd. Bratislava: STIMUL pre Katedru andragogiky FiF UK, 2016. ISBN 978-80-8127-169-4. EAN 9788081271694.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MACH, J. a E. PROŠKOVÁ. Právní aspekty komunikace v lékařské praxi. In PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- MAREŠ, J. *Interkulturní aspekty komunikace v medicíně*. In PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK, et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- MOROVICSOVÁ, E. a kol. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Bratislava: UK, 2004. ISBN 978-80-223-1940-6.
- PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vydanie. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
- PTÁČEK, R. *Význam komunikace v medicíně*. In PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473976-2.
- QUISOVÁ, S. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská univerzita v Opave, Fakulta veřejných politik v Opave, 2009. 74 s. ISBN 978-80-7248551-2.
- ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 136 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠPIRUDOVÁ, L., D. TOMANOVÁ, P. KUDLOVÁ a R. HALMO. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydanie. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 978-80-2471213-X.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydanie. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 978-80-7178-998-4.

VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, E., J. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-2472068-5.

KONTAKT

doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.

USLa LE LFUK Bratislava, Špitálska 24, 813 72 Bratislava

Tel.: 00421902 219735

E-mail: annamazalanova@gmail.com

**UPOZORNĚNÍ: AUTOŘI JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA JAZYKOVOU I OBSAHOVOU
STRÁNKU PŘÍSPĚVKŮ**

Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje

Editor

Mgr. Iveta Turečková, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, 150 00 Praha 5

Recenzenti

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, 150 00 Praha 5

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, 150 00 Praha 5

Vydavatel:

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00

IČ: 27235530

e-mail: info@vszdrav.cz

Vydání: 1. vyd., Praha 2016

Počet stran: 97 s.

Náklad: on-line publikace

ISBN 978-80-905728-2-9

