



**SBORNÍK**

**13. VĚDECKÁ MEZINÁRODNÍ KONFERENCE**

**NOVÉ TRENDY A TECHNOLOGIE  
V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**3. dubna 2018**

## Vědecký a organizační výbor:

prof. PhDr. Václav Hošek, DrSc.

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

doc. MUDr. Lidmila Hampová, PhD.

doc. JUDr. Petr Hulinský, Ph.D.

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

doc. PhDr. Markéta Švamberg-Šauerová, Ph.D.

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Ing. František Kunc, PhD.

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

PhDr. Dušan Sysel, PhD.

MUDr. Pavol Mazalán

PhDr. Karolína Moravcová

PhDr. Karolína Stuchlíková

Mgr. Renata Procházková



# PROGRAM KONFERENCE

**08:30 Registrace**

**09:00 Úvodní slovo**

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., rektorka VŠZ, o. p. s.

**09:00–12:00 Dopolnední program**

**Orgánové transplantace v ČR**

*(MUDr. Pavel Trunečka, CSc. – předseda Společnosti pro orgánové transplantace ČLS JEP)*

**Kam kráčí chirurgie?**

*(doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. – prorektor pro pedagogickou činnost VŠZ)*

**Metody v asistované reprodukci**

*(Ing. Veronika Faměrová – embryoložka)*

**Manipulace s ostrými předměty ve zdravotnictví**

*(PhDr. Dagmar Škořová, MBA – Všeobecná fakultní nemocnice)*

**Pyoderma gangenosum**

*(Andrea Šlechtová – stomická sestra)*

**Lůžko není jen nějaká postel**

*(Martin Ričl – training manager společnosti LINET)*

**12:00–12:30 Přestávka (občerstvení)**

**12:30–15:00 Odpolední program**

**Svět hospiců a vítězné medicíny**

*(PhDr. Robert Huneš – ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna)*

**Sesterská profese a boj s profesionální deformací**

*(PhDr. Dagmar Škořová, MBA – Všeobecná fakultní nemocnice)*

**Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia na Slovensku v procese zmien**

*(PhDr. Milan Laurinc, PhD. – Slovenská komora sester a porodních asistentek)*

**Výsledky realizace 2letého projektu MZ ČR „Metody krátkých intervencí v praxi“**

*(PhDr. Milan Laurinc, PhD. – Slovenská komora sester a porodních asistentek)*

**Simulace v ošetrovatelské péči**

*(Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. – vedoucí oboru Zdravotnický záchranář)*

**15:00 Závěr konference, předání certifikátů**

Registrační číslo akce u České asociace sester: **ČAS/140/2018**

**Konference určena především pro:**

nelékařské zdravotnické pracovníky, pedagogy, lektory, studenty, školitele  
a všechny profese, kteří se zabývají prevencí ve zdravotních a sociálních službách.

Konference je ohodnocena kredity celoživotního vzdělávání dle platné legislativy MZ.

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

Výstupem z konference je recenzovaný sborník.

Registrace příspěvku do sborníku do 30. 4. 2018 na mail: tureckova@vszdrav.cz.

Příspěvky do sborníku je zasílejte do 11. 5. 2018 na mail: tureckova@vszdrav.cz.

## OBSAH

---

<b>NAPLŇOVÁNÍ NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ POLITIKY REALIZACÍ PROJEKTU MZ ČR APLIKACE METODY KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V PRAXI .....</b>	<b>7</b>
HAMPLOVÁ, L., JEXO VÁ, S., PROCHÁZKOVÁ, R., MARKOVÁ, E., HLINOVSKÁ, J.	
<b>ETIKA A EKVITA .....</b>	<b>12</b>
MARKOVÁ, E., NĚMCOVÁ, J.	
<b>SESTERSKÁ PROFESE A BOJ S PROFESIONÁLNÍ DEFORMACÍ.....</b>	<b>24</b>
ŠKOCHOVÁ, D., NĚMCOVÁ, J.	
<b>TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI.....</b>	<b>28</b>
JEXO VÁ, S.	
<b>INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY VE ZDRAVOTNICKÉM TÝMU.....</b>	<b>35</b>
HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., ZEJDOVÁ, K.	
<b>STRES V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ SESTER.....</b>	<b>47</b>
STUHLÍKOVÁ, K., MĚSZÁROSOVÁ, J., PADYŠÁKOVÁ, H.	
<b>REALIZÁCIA PRINCÍPOV BOBATH KONCEPTU V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA PO NÁHLEJ CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE.....</b>	<b>58</b>
POLHORSKÁ, M., GREŽDOVÁ, I.	
<b>PSYCHOHYGIENA A ZDRAVOTNÍCKY PRACOVNÍK.....</b>	<b>73</b>
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.	
<b>MANIPULACE S OSTRÝMI PŘEDMĚTY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>85</b>
ŠKOCHOVÁ, D., NĚMCOVÁ, J.	
<b>HYGIENA RÚK ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKOV V PREVENČII NEMOCNIČNÝCH NÁKAZ – PRÁVNE ASPEKTY .....</b>	<b>89</b>
PAGÁČOVÁ, I.	
<b>LIEK V PRAXI LEKÁRA – VYBRANÉ ASPEKTY LIEKOVEJ POLITIKY A KATEGORIZAČNÉHO PROCESU V SLOVENSKEJ REPUBLIKE .....</b>	<b>103</b>
TRNOVEC, P.	
<b>VÝZVA PRE 21. STOROCIE – STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV .....</b>	<b>130</b>
LAUKOVÁ, P.	
<b>CHRONICKÉ RANY – ICH LIEČBA A OŠETROVANIE .....</b>	<b>145</b>
MAZALÁN, P., PROCHOTSKÝ, A., MAZALÁNOVÁ, A.	
<b>ORGANIZAČNÍ ASPEKTY PRAKTICKÉHO VÝCVIKU STUDENTŮ V OBORU „ZDRAVOTNÍ PÉČE“.....</b>	<b>163</b>
MITEVA, K., NIKOLOVA, M.	

<b>ZMENA STRAVOVANIA AKO JEDEN Z NÁSTROJOV ZLEPŠENIA PROGNÓZY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA.....</b>	<b>168</b>
GREŽĎOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.	

# NAPLŇOVÁNÍ NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ POLITIKY REALIZACÍ PROJEKTU MZ ČR APLIKACE METODY KRÁTKÝCH INTERVENCÍ V PRAXI

HAMPLOVÁ, L., JEXO VÁ, S., PROCHÁZKOVÁ, R., MARKOVÁ, E., HLINOVSKÁ, J.

## Abstrakt

Krátké intervence jsou praktické postupy, které s pomocí názorných obrazových karet vysvětlí pacientům vliv rizikových faktorů životního stylu na jejich zdraví. Cílem je zvýšením zdravotní gramotnosti intervenovaných pacientů eliminovat či snížit výskyt těchto rizikových faktorů. Studentky bakalářského studia oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. byly proškoleny a realizovaly intervence u pacientů ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení během ošetrovatelské praxe v rámci 2 letého projektu „*Aplikace metody krátkých intervencí v praxi*“ podpořeného Ministerstvem zdravotnictví v období 1. 1. 2016 - 31. 12. 2017. Intervenováno bylo 3 905 pacientů v 63 zdravotnických zařízeních, z toho 1 665 (42,6 %) mužů a 2 240 (57,4 %) žen, u nichž bylo zjištěno 6365 a intervenováno celkem 5 890 rizikových faktorů jejich životního stylu. Celkem 16,4 % intervenovaných ze souboru mělo základní vzdělání, 60,5 % středoškolské a 23,1 % vysokoškolské vzdělání. U nejvyššího počtu pacientů byl zjištěn rizikový faktor kouření, který byl intervenován u 1592 osob (27,0 %), nezdravá výživa byla intervenována u 1526 osob (25,9 %), nedostatečná pohybová aktivita u 1335 osob (22,7 %). Efektivita intervencí byla vyhodnocena dotazníkem, kdy pacient uvedl, zda je odhodlaný ke změně svého chování. Celkem 929 osob (45,7 %) uvedlo, že má v úmyslu na základě provedené intervence zvýšit svoji pohybovou aktivitu, 932 pacientů (49 %) uvedlo úmysl omezit kouření, 344 (18,1 %) se rozhodli zanechat kouření a 263 osob, tedy 13,8 % uvažuje o návštěvě poradny pro odvykání kouření.

## Klíčová slova

Krátké intervence, životní styl

Strategický dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR

a nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020, který byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu v září 2012. Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Strategie rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím.

Hřivnová (2017a) upozorňuje, že program Zdraví 2020 je v sektoru školství naplňován zejména realizací vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví jak v projektové úrovni kurikula Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, tak zejména v edukační realitě nižšího sekundárního vzdělávání. Problematika podpory zdraví, výchovy ke zdraví, prevence rizikového chování a formování zdravotní gramotnosti však prostupuje všemi úrovněmi vzdělávací soustavy od předškolního, přes základní, gymnaziální až po střední odborné vzdělávání (Hřivnová, 2017b) a je tak umožněna kontinuita edukace v oblasti zdraví a životního stylu současné mladé generace. Současná dospělá a starší generace možnost systematického vzdělávání v oblasti zdraví a životního stylu neměla a tak je nutné hledat a realizovat jiné edukační cesty.

Realizaci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí podpořila vláda již v roce 2014 v usnesení č. 23 ze dne 8. ledna a rovněž Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky v usnesení č. 175 ze dne 20. března 2014 jako cestu k zlepšení zdravotního stavu populace České republiky. K naplňování strategie Zdraví 2020 je určen dotační program Ministerstva zdravotnictví s názvem Národní program zdraví – projekty podpory zdraví.

Z tohoto dotačního programu sekce ochrany a podpory veřejného zdraví byl v letech 2016-2017 opakovaně finančně podpořen projekt věnovaný krátkým intervencím ve zdravotnických zařízeních. Krátké intervence jsou WHO navržené a jasně definované praktické postupy, které s pomocí názorných obrazových edukačních karet srozumitelně vysvětlí pacientům vliv rizikových faktorů životního stylu, tedy škodlivost nadměrné konzumace alkoholu, kouření, nedostatečné pohybové aktivity, nezdravé výživy a odmítání očkování proti chřipce na jejich zdraví. Aplikací krátkých intervencí do praxe dojde k zvýšení zdravotní gramotnosti intervenovaných pacientů a touto cestou je možné eliminovat či snížit

výskyt rizikových faktorů a posílit jejich zdraví. Jak uvádí Kitová a spol., velmi důležitým aspektem při intervenci je posílit pacientu motivaci ke změně životního stylu vysvětlením všech pozitiv, která s sebou změna životního stylu přináší.

Dlouhodobým cílem je snížení incidence onemocnění, na jejichž vzniku se zásadní měrou podílí nezdravý životní styl, tedy zejména kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Finanční a časová nákladnost krátkých intervencí je minimální. V rámci dotačního řízení sekce ochrany a podpory veřejného zdraví byl v letech 2016–2017 podpořen finančně projekt s názvem *Aplikace metody krátkých intervencí v praxi.*, V rámci realizace projektu byly studentky bakalářského studia oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. proškoleny vedoucí Katedry specializace ve zdravotnictví odborníky a realizovaly intervence u vybraných pacientů ve smluvních ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních po celé České republice.

Intervenováni byli pacienti, kteří byli hospitalizováni na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení nebo navštívili ambulantní zařízení v období 1. 1. 2016 – 31. 12. 2017, v nichž studentky oboru Všeobecná sestra VŠZ o.p.s. absolvovaly ošetřovatelskou praxi nebo kde pracují. Každá studentka obdržela sadu 24 edukačních karet a v rámci výuky proběhl nácvik edukace. V rámci realizace 2 letého projektu bylo edukováno celkem 3 905 pacientů z 63 zdravotnických zařízení, z toho 1 665 (42,6 %) mužů a 2 240 (57,4 %) žen, u nichž bylo zjištěno 6365 a intervenováno celkem 5 890 rizikových faktorů jejich životního stylu. Celkem 16,4 % intervenovaných ze souboru mělo základní vzdělání, 60,5 % středoškolské a 23,1 % vysokoškolské vzdělání. U nejvyššího počtu pacientů byl zjištěn rizikový faktor kouření, který byl intervenován u 1592 osob (27,0 %), nezdravá výživa, která byla intervenována u 1526 osob (25,9 %), nedostatečná pohybová aktivita u 1335 osob (22,7 %), nadměrná konzumace alkoholu u 924 osob (15,7 %) a nejméně osob bylo intervenováno v oblasti podpory očkování proti chřipce, a to 513 osob, z nichž 267 bylo v rizikové skupině (52,1 %) a 105 osob byli zdravotničtí pracovníci (20,5 %). Efektivita intervencí v rámci realizovaného projektu byla vyhodnocena na základě dotazníkového šetření po intervenci, kdy pacient odpověděl, zda je odhodlaný ke změně svého chování. Současně byl mapován názor pacienta na to, zda považuje provedenou intervenci za zásah do svého soukromí. Celkem 929 osob (45,7 %) uvedlo, že má v úmyslu na základě provedené intervence zvýšit svoji pohybovou aktivitu, 932 pacientů (49 %) uvedlo úmysl omezit kouření, 344 (18,1 %) se rozhodli zanechat kouření a 263 osob, tedy 13,8 % uvažuje o návštěvě poradny pro odvykání kouření. Omezit konzumaci alkoholických

nápojů se na základě intervence rozhodlo 417, tedy 43,8 % pacientů. Nesprávné stravování se rozhodlo upravit 1069 pacientů, tedy 48,7. Celkem 310 (60,4 %) pacientů se domnívá, že má dostatek informací o chřipce a její závažnosti a pro (29, 8 %) osob ze souboru není chřipka závažným onemocněním a z tohoto důvodu dlouhodobě odmítají očkování. Nejčastěji považovali za zásah do soukromí pacienti intervenovaní v oblasti nadměrné konzumace alkoholu 23,8 %, v oblasti kouření 19 % pacientů, v oblasti výživy 11,8 %, v oblasti pohybové aktivity 9,5 % intervenovaných a nejméně vadí pacientům propagace očkování proti chřipce, a to pouze 7 % pacientů. Realizace 2 letého projektu byla hodnocena každoročně ze strany hodnotící komise MZ ČR a projekt obdržel v obou letech hodnocení *1, projekt splněn vynikajícím způsobem, efektu bylo plně dosaženo*. Projekt přinesl pro hospitalizované i ambulantní pacienty zvýšení informovanosti o škodlivých účincích užívání alkoholu a tabáku, zásadách správné výživy a přiměřené fyzické aktivity a motivoval pacienty k očkování proti chřipce. Vedl pacienty ke změně postojů, které ovlivňují rozhodování ve prospěch zdravého životního stylu, a posílil jejich zodpovědnost za vlastní zdraví. Ve spolupráci se SZÚ bude rozšířena realizace projektu o rizikový faktor stres, který, jak uvádí ve svém příspěvku Kitová a spol. s názvem Stres a nádorová onemocnění, se významnou mírou podílí na vzniku zejména nádorových, ale i kardiovaskulárních onemocnění. Realizace projektu Vysokou školou zdravotnickou o.p.s. přispěla k naplňování národních akčních plánů, schválených vládou České republiky, zejména AP 1 Podpora pohybové aktivity, AP 2a Správná výživa a stravovací návyky, AP 2b Prevence obezity, AP 4 Omezení zdravotně rizikového chování, AP 6 Zvládání infekčních onemocnění, AP 9 Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb, AP 10 Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě zejména AP 12 Rozvoj zdravotní gramotnosti.

## LITERATURA

HŘIVNOVÁ, Michaela. 2017a. Analýza úrovně dosaženého kurikula žáky v kontextu standardu pro základní vzdělávání ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví. *ACTA HUMANICA*. 2(1), 74-93.

HŘIVNOVÁ, Michaela. 2017b. Podpora zdraví na jednotlivých úrovních kurikula vzdělávací soustavy v České republice. In CICHÁ, M. (Ed.), HŘIVNOVÁ, M., CHRÁSKOVÁ, M.,

KOČÍ, J., KURKOVÁ, P., PREISSOVÁ KREJČÍ, A., SOFKOVÁ, T., TOMÁNKOVÁ, K., TOMANOVÁ, J., ZEMÁNEK, P. *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 65-90 s. ISBN 978-80-244-5246-3.

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, Veronika, Anna MAZALÁNOVÁ, 2017. Motivácia ako významný aspekt celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. In: Evropské pedagogické fórum 2017: koncepcie vzdelávání a psychologie: mezinárodní vědecká konferencia, roč. 7 [elektronický zdroj]. - Hradec Králové: Magnanimitas. s 116-128 [CD-ROM]. - ISBN 978-80-87952-21-4.

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, Veronika, Pavol MAZALÁN, 2017. Stres a nádorové ochorenia In: Preventivní programy v ošetrovatelské péči [elektronický zdroj]. - Praha: Vysoká škola zdravotnická. s. 99-110 [online]. ISBN 978-80-905728-0-1. Dostupné z: [http://www.vszdrav.cz/userdata/files/VSZ\\_konference\\_sbornik\\_2017.pdf](http://www.vszdrav.cz/userdata/files/VSZ_konference_sbornik_2017.pdf)

## KONTAKT

**Mgr. Eva Marková, Ph.D.**

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

**doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.**

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

**PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

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

**Ing. Soňa Jexová, PhD.**

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

**Mgr. Renata Procházková**

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

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

Duškova 7, 150 00 Praha 5

# ETIKA A EKVITA

MARKOVÁ, E., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Článek se zabývá etickými aspekty v souvislosti s financováním zdravotní péče. Zamýšlíme se nad rovností zdravotní péče s ohledem na její rostoucí náklady a v souvislosti s právem na život ve zdraví a schopností platit za péči. Rozhodujícími faktory ve zdravotnictví jsou zdroje: znalosti, zdravotničtí pracovníci, vybavení zdravotnických zařízení a finance. Uvádíme názory odborníků na postavení občana-pacienta v systému zdravotní péče v České republice. Další otázkou související s financováním zdravotní péče je kvalita a dostupnost zdravotnických zařízení v pacientově regionu. Důležité místo v ochraně práv pacientů má patientská rada, která vznikla z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2017. Z uvedených argumentů v článku vyplývá, že je nutné posílit roli pacienta. V systému českého veřejného zdravotnictví se ročně zachází s více než 300 miliardami korun. Předpokládá se, že 10–20 % se ztrácí díky neprůhlednému hospodaření. I z tohoto důvodu chce ministr zdravotnictví, aby měl občan přístup k hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven pomocí otevřených dat.

## Klíčová slova

financování ošetrovatelské péče, etika ošetrovatelské péče, ekvita ošetrovatelské péče

## ÚVOD

Hrazení zdravotní péče je problém ekonomický, ale i etický, i když někteří politici by možná namítli, že ekonomika s etikou nesouvisí. Zdravotnictví je unikátní v tom, že se v něm setkáváme s rozmanitými mezilidskými interakcemi a fenomény jako je život, zdraví, bolest, nemoc a smrt. Léčíme a ošetřujeme pacienty, kteří jsou zasaženi existenciálními otázkami v mezních situacích života. Tomu odpovídá i jejich chování. Ten, kdo trpí či se bojí, se chová jinak než šťastný člověk. Proměňuje se též jeho motivace a peníze bývají to poslední, co ho zajímá. I když ve vypjatých situacích je ochoten vydat nemalé finanční částky za produkty či služby relativně laciné, ztrácí totiž smysl pro běžné proporce. Zdravotnický systém zahrnuje

odpovědnost odbornou, etickou, právní, politickou a finanční. V tomto článku se zaměřím především na aspekty etické související s hrazením zdravotní péče.

### **Rovnost ve zdravotní péči**

Lidské dějiny jsou spíše dějinami uznávané a praktikované nerovnosti. Naše křesťanská civilizace vychází z principu právní rovnosti všech lidí až v posledních stoletích. Rovnost lidí je tedy i přes pokrokové britské parlamentní, americké ústavní a francouzské revoluční deklarace konceptem historicky novým. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014, s. 42) Můžeme říci, že je všem zajištěna rovná zdravotní péče a má se právo na život ve zdraví vázat ke schopnosti platit za péči?

Nejspíš nepochybujeme o tom, že je správné poskytovat zdravotní péči všem stejně bez rozdílu pohlaví, věku, rasy, společenského postavení a ekonomického zajištění. V situacích akutního ohrožení života se tak obvykle děje. Ale je tomu tak i u chronických onemocnění? Zde se, jak uvádějí Ptáček, Bartůněk a kol. (2014) objevují pochybnosti, zda je možné udržet rovnost-ekvitu zdravotní péče s ohledem na její rostoucí náklady. Pochybnosti se týkají míry participace všech na jejím hrazení pro jednotlivce.

Možnosti medicíny jsou ohromující, o čemž se přesvědčujeme ze zpráv či odborných pojednání, jak operátor nahradil obličej, transplantoval několik lidských orgánů najednou, operoval lidský plod v matčině těle... Daří se léčit nemoci, kterým by před pár desítkami let člověk podlehl. Na první pohled se tedy může zdát, že možnosti a zdroje jsou neomezené. Haškovcová (2015) upozornila, že s ohledem na rozdíly mezi jednotlivými státy a především na jejich omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje se může prakticky aplikovat pouze redukovaná zdravotní péče. Na jedné straně jsou požadavky a očekávání lidí a na druhé straně omezenost zdrojů. V této souvislosti uvádí pojem sociální eutanázie, související s alokací zdrojů, který se stává nejenom ekonomickým, ale i etickým problémem (Haškovcová, 2015).

### **Zdroje ve zdravotnictví**

Mezi zdroje se obvykle zařazují znalosti, zdravotničtí pracovníci, vybavení zdravotnických zařízení a samozřejmě peníze. (Holčík, 2003) Pro rozvoj znalostí v medicíně a dalších nelékařských oborech je rozhodující personální zajištění, tedy výzkumníci jako nositelé odborných znalostí, intelektuálních schopností a dovedností, od kterých se navíc očekává inovační potenciál. Tito odborníci potřebují k výzkumné činnosti čas a peníze. Podařilo se, jak jsem uvedla výše, zvládnout léčbu řady nemocí, která před desítkami či

stovkami let byla nemyslitelná. Ale je to trochu jako boj s větrnými mlýny. Vzhledem ke složitosti lidského organismu a faktorům ovlivňující zdraví se v dohledné době mnohé nemoci nepodaří vyléčit. A dá se předpokládat, že se objeví nové, které bude nutné též zkoumat a hledat řešení, jak je vyléčit. V rozhovoru pro Zdravotnický deník uvedl Richard Kapsa, ředitel komunikace české biotechnologické společnosti SOTIO, patřící do skupiny PPF, že *„Ve srovnání s většinou zemí EU vydává ČR pouze podprůměrné prostředky na výzkum ve zdravotnictví. ČR zaostává dokonce i za Portugalskem, Řeckem nebo Kypr. Rozdíl ve výši investic do výzkumu a vývoje mezi ČR a srovnatelně velkým Rakouskem či Dánskem je šestinásobný, resp. osmnáctinásobný.“* (Česko vydává podprůměrné prostředky na výzkum ve zdravotnictví, 2017) Rostou ale i náklady na zdravotnická zařízení, nejen jednorázové výdaje na vybudování nových a rekonstrukci těch starých, ale zejména na nové zdravotnické přístroje a inovaci těch stávajících. A to nemluvíme o nákladech na léčivé přípravky, zdravotnický materiál atd. Poměrně nákladnou položkou jsou zdravotničtí pracovníci. Jejich odborná příprava, přecházející v průběžné celoživotní vzdělávání, trvá několik let (pregraduální studium 3–6 let). Nesmírně náročný je také samotný výkon zdravotnického povolání, spojený s fyzickou a psychickou náročností i řadou zdravotnických rizik, a který je stále finančně nedoceněn a ve srovnání s některými evropskými zeměmi značně podfinancován. Je ale nutno říci, že zdravotníci poskytují péči, která je srovnatelná s evropskou, a jsou oblasti, kde české zdravotnictví patří ke špičce. Profesor Beneš, světově proslulý neurochirurg z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, v roce 2010 představil svůj recept na změny, které by ve zdravotnictví měly proběhnout, aby se ekonomicky zefektivnilo. V rozhovoru zdůraznil, že bude nutná restrukturalizace a redukce počtu poskytovatelů zdravotní péče, směřovat k individualizované péči, neignorovat technologický vývoj, výzkum, zdravotnickou péči poskytovat ve větší míře v ambulancích, nastavit standardy péče, připravit systém připojištění. Politikům vyčetl, že přiživují ideu bezplatného zdravotnictví. A na otázku, co si přát od politiků, nejraději by prý býval řekl, aby do zdravotnictví nezasahovali. (Profesor Vladimír Beneš: Na zdraví „zadarmo“ doplatíme, 2010)

### **Financování zdravotní péče**

V červnu loňského roku se objevil ve zdravotnických novinách článek o neudržitelnosti financování zdravotnictví. Dohodovací řízení o cenách za zdravotnické služby skončilo nedohodou s většinou segmentů. Svaz zdravotnických pojišťoven České republiky (SZP ČR) varoval, „...že pokud náklady na zdravotní péči porostou podle očekávání, nebude stávající

*forma financování zdravotnictví dlouhodobě udržitelná a najít jakoukoliv dohodu bude stále těžší.*“ (Citores, 2017)

Friedrich (2017, s 4), prezident AZP ČR, uvedl, že *„Každý občan České republiky zaplatí na veřejné zdravotní pojištění v průměru ročně 28 000 korun. Někteří, obvykle zaměstnanci, samozřejmě zaplatí výrazně více a jiní, zejména děti a důchodci, méně, a to jen formou daní, ale v průměru je to pro každého částka srovnatelná například s tím, co v průměru utratíme za potraviny na celý rok.“* Řada běžných občanů tuto průměrnou částku ani nezná a může mít stále pocit, že zdravotnictví je bezplatné. A jak se chová člověk, když je něco bezplatné? Bere, co hrdlo či spíše celé tělo ráčí. Netýká se to všech lidí, ale jsou tací, kteří utíkají k lékaři s každou maličkostí. Máme to přece zadarmo! Friedrich (2017) přirovnal výdaje na zdravotní pojištění k výdajům na potraviny. Každý si asi spočítá, kolik za ně může utratit, přemýšlí, nakupuje ve slevě apod. Rozhodně tyto výdaje víc sledujeme než ty vydávané na zdravotní péči. Pro názornost dále uvádí, že teoreticky je občan v roli „oslíčku, otřes se“, ale zároveň obíhá jako občan-pacient „švédský stůl“. V pozici dodavatele na tento stůl je lékař. (Friedrich, 2017) Ten servíruje, pacient konzumuje, ale neplatí, platí zdravotní pojišťovna. Opakovaně se opírám o argumenty Friedricha, i když je prezidentem Svazu zaměstnaneckých pojišťoven ČR a tedy zcela logicky hájí jejich zájmy. Říká, že práva pacienta a tzv. bezplatná péče jsou v zákonu o veřejném zdravotním pojištění pojata velice široce a obecně (zákon č. 48/1997 Sb. zákon o veřejném zdravotním pojištění). Nárok občana stanoví zákon a politici jej průběžně upravují. Ti však jsou ve svých rozhodování ovlivňováni tím, kdo co prosazuje. O nároku z veřejného zdravotního pojištění rozhoduje také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). V obou výše zmiňovaných případech hrazení zdravotní péče jde o situace srovnatelné s ostatními zeměmi. (Friedrich, 2017) Nejpodrobnější popis hrazené péče uvádí seznam zdravotních výkonů, jehož úpravu provádí MZ ČR. Podle Friedricha (2017) tyto úpravy nejsou předvídatelné a přezkoumatelné. V klinické praxi se objevují specifické situace, týkající se vysoce specializovaných mimořádných diagnostických a léčebných postupů, o kterých spolurozhodují lékař a zdravotní pojišťovna. Je to mnohdy rozhodování pod tlakem a v časové tísní, nemusí být dostupné objektivní výzkumné studie a v takto vypjaté situaci není prostor ověřit, zda je to jediná možná péče.

Pacienti mohou ovlivnit, jakou péči ze zdravotního pojištění budou čerpat a kolik to bude stát, především svých chováním a přístupem k vlastnímu zdraví. Zde jsou ovšem mezi lidmi velké rozdíly. Každý má svoji definici zdraví. Pro někoho je normální konzumace alkoholu, jiný se úzkostlivě hlídá, aby pozřel pouze zdravé potraviny, doplnil vitaminy a cvičil.

Pokud onemocní, měl by být lékařem informován o nejvhodnější léčbě včetně ekonomických souvislostí, tedy způsobu úhrad zdravotní péče a regulací.

### **Dostupnost zdravotní péče**

Další otázkou související s financováním zdravotní péče je kvalita a dostupnost zdravotnických zařízení v pacientově regionu. Teoreticky má každý člověk-pacient ze zákona stejný nárok, ale tím jak se zcela individualizovaně pohybuje ve zdravotnickém systému, se poskytnutá péče ve výsledku může lišit. Ve hře je i pacientova vytrvalost, domoci se svých práv a nejspíš i těch „správných“ sociálních kontaktů. Již několikrát citovaný Friedrich (2017) se domnívá, že by pacientův zájem o péči o své zdraví a uvědomění si finanční náročnosti zdravotní péče, řešily regulační poplatky a jeho spoluúčast. Nástroj, který tu již byl zaveden, ale posléze zrušen (od roku 2015 byl ponechán regulační poplatek za pohotovostní službu ve výši 90 Kč). Podle Friedricha (2017) by měl být znovu zaveden především poplatek za pobyt v nemocnici jako spoluúčast na nákladech a za objektivně neindikovanou návštěvu specializovaného pracoviště. Pacient by se neměl sám pohybovat ve zdravotnickém systému, ale koordinátorem tohoto pohybu by měl být praktický lékař, který by pacienta a specializované vyšetření doporučil. A pokud by si pacient trval na svém a dokonce obešel praktického lékaře, měl by takový poplatek činit 200–300 Kč. (Friedrich, 2017) Aby to pacienta tolik „nebolelo“ má top manažer SZP ČR návrh na zlepšení oproti stávajícímu stavu, a sice, pacient by nehradil nejnákladnější materiály a komfortní léčbu sám, ale zaplatil by jen rozdíl mezi léčbou hrazenou ze zdravotního pojištění a tou nákladnou. Stačilo by zákonné vymezení v seznamu standardních bezplatných výkonů a dostatečná kontrola, uvádí Friedrich (2017). Lékař by ovšem pacientovi musel srozumitelně vysvětlit možnost bezplatné a té dražší varianty. Tolik pohled „šéfa“ zdravotních pojišťoven. Pojdme se teď seznámit s názory několika odborníků o postavení občanů-pacientů v systému zdravotní péče v ČR.

### **Postavení občana-pacienta v systému zdravotní péče v ČR**

Vepřek (2017) uvedl zcela pregnančně, že „...je zdravotnictví stále v zajetí minulosti a přímý vliv občanů na jeho fungování je mizivý.“ Ze zákona máme nárok na nejlepší péči, odpovídající našemu zdravotnímu stavu, můžeme si vybrat ošetřujícího lékaře, zvolit poskytovatele zdravotních služeb i zdravotní pojišťovnu. Ale realita není růžová, jak to na první pohled vypadá. Limity jsou stanoveny nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (Česká republika, 2012) V této vyhlášce jsou stanoveny lhůty časové dostupnosti a dojezdová doba vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb podle

oborů či služeb ambulantní i lůžkové péče. Právo na časovou a místní dostupnost služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je zakotveno v zákonu o veřejném zdravotním pojištění (Česká republika 1997, § 11) a tuto dostupnost garantuje pojištěnci jeho zdravotní pojišťovna prostřednictvím uzavřených smluv s poskytovateli zdravotních služeb (Tichý, 2015). Výkonů, u nichž nařízení vlády stanovilo nepřekročitelné lhůty časové dostupnosti, je několik, např. u náhrad kyčelního kloubu a kolenního kloubu je 52 týdnů, artroskopie 8 týdnů, operace šedého zákalu 30 týdnů, zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy musí začít do 4 týdnů po její indikaci příslušným pracovištěm, vyšetření srdce echokardiografie 10 týdnů, vyšetření angiografie nekoronárních tepen a vaskulárních intervenčních výkonů 8 týdnů, metoda denzitometrie 16 týdnů, mamografické vyšetření 6 týdnů, magnetická rezonance 5 týdnů, endoskopické vyšetření 4 týdny, počítačová tomografie 3 týdny a skiografie a sonografie 2 týdny. Uvedené lhůty se uplatňují pouze v případech plánovaných výkonů, nikoli akutních, kde by prodlení ohrozilo zdraví či život pacienta. Pokud pacient zjistí, že jinde může absolvovat plánované vyšetření, výkon či operaci v kratší lhůtě nemusí je absolvovat ve zdravotnickém zařízení, do kterého je odeslán ošetřujícím lékařem, vzhledem k právu na volbu poskytovatele zdravotních služeb. Dokonce si může vybrat i poskytovatele zdravotních služeb, se kterým nemá smlouvu jeho zdravotní pojišťovna. Zdravotní služby si pak musí uhradit sám, bez možnosti refundace. Máme právo na výběr lékaře a poskytovatele zdravotních služeb, ale aby poskytnutá zdravotní péče mohla být uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, musíme si vybrat takového, který má smluvní vztah s naší zdravotní pojišťovnou. (Tichý, 2015) V určité výhodě jsou pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny, neboť ta má smlouvy uzavřené s většinou poskytovatelů zdravotní péče v ČR.

Kromě čekacích dob se pacient setkává i s dalšími problémy související s financováním zdravotní péče, např. vyčerpané přidělené roční rozpočty od příslušných pojišťoven, kterými zdravotnická zařízení operují. Dále odvolávání se na spádovost, kdy v neakutních případech odmítají vyšetřit nemocné, kteří mají bydliště jinde. Argument tzv. spádovosti by se už dávno používat neměl. Poskytovatel zdravotní péče může odmítnout poskytnout péči pacientovi pouze, pokud by „... *bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení...*“ (§ 48 zákona č. 372/2011 Sb.). Nesmí odmítnout, pokud se jedná o akutní zdravotní potíže, porod, krizové situace, také v případě ochrany veřejného zdraví a souvislosti s výkonem ochranného léčení nařízeného soudem. Pacient se může domoci práva být ošetřen argumentováním § 11 zákona o zdravotním pojištění, kde je zakotveno právo na výběr

poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky, a § 48 zákona o zdravotních službách, který zaručuje právo nebýt bezdůvodně odmítnut. (Česká republika, 1997, 2012) Vepřek (2017) dále zdůraznil, že je důležité, aby sám pacient měl dostatek informací a to i z oblasti ekonomiky, rovněž doporučil stimulovat ho k efektivnímu čerpání zdravotní péče (ale neuvedl jak). Dalšími kroky by mělo být definování, které zdravotní výkony zahrnout do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, aby byl jasný nárok pacienta. A potom zavést konkurenci v ceně pojistného jednotlivých zdravotních pojišťoven, aby měly motivaci efektivněji hospodařit se svěřenými prostředky.

O tom, že by měla být posílena aktivní role pacienta, je přesvědčena i Plechatá (2017), ředitelka Ústavu lékového průvodce, z. ú. V zájmu všech aktérů ve zdravotnictví, především pacientů, poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven je, aby byl pacient aktivní, informovaný, formuloval jasně své potřeby, dožadoval se svých práv a uvědomoval si své povinnosti. Aktivní, dostatečně informovaný a spokojený pacient se rychleji uzdravuje, jak dokládají zahraniční studie. (Plechatá, 2007, Patient survey, AARP, populace USA, 50+) Výzkum (počet respondentů N=1037), který provedl Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú. (Kučera, Pelikan a Šteflová, 2016) prokázal, že 60 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost, necelá polovina v oblasti zdravotní péče, 54 % v oblasti prevence nemocí a 2/3 v oblasti podpory zdraví. Úroveň celkové zdravotní gramotnosti je v ČR pod průměrem EU (ve výzkumu bylo dalších 8 evropských států), je na 8. místě z 9 zemí. Úroveň zdravotní gramotnosti dramaticky klesá s věkem a zvyšuje se s vyšší vzdělání. Roste se subjektivním sociální statusem a velkou měrou ovlivňuje zdravotní gramotnost finanční deprivace. Se zdravotní gramotností pak souvisí zdravotní stav či návštěvy lékaře. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s rizikovým chováním, horším zdravotním stavem, častější hospitalizací a zvýšenými náklady na zdravotní péči. A přitom je právě zdraví pro mnohé z nás nejvyšší prioritou. Je stále ještě dost lidí, kteří přenechali péči o sebe a své zdraví systému. Konzumují ze „švédského stolu“, neptají se, nezajímají a nedbají. A přitom jde o naše zdraví i naše peníze. Paternalistický přístup zdravotníků už dnes není tak zjevný, ale občasným argumentem zdravotnického systému je, že je medicína natolik složitá a lidské tělo těž, že laik se může těžko orientovat, natož se fundovaně ptát. Na obranu tohoto systému dlužno poznamenat, že někteří lidé se nechají docela rádi vést, neboť nechtějí o sobě rozhodovat. Zdravotnický systém sám nás příliš nenutí měnit své postoje ke zdraví, být odpovědným, neboť nabízí zdravotní péči „zadarmo“. Plechatá (2017) je přesvědčena, že by pomohly motivační nástroje v podobě spoluúčasti a to i finanční.

Hroboň (2017), řídící partner Advance Healthcare Management Institute, s. r. o., shrnul postavení pacientů ve zdravotnické systému následovně: občané-pacienti si stále více zvykají, že zdravotnická péče je „zadarmo“, často s ní nejsou spokojeni a tak jsou ochotni si za ni připlatit, shánějí neoficiální informace o kvalitě léčby, bloudí po zdravotnickém systému, zvyšuje se počet osob, které jsou ochotny převzít odpovědnost za své zdraví. I zde je tedy zmíněn význam dostatečně kvalitních informací o zdravotnickém systému, zdravotní péči a zdravotních pojišťovnách, které by měl občan-pacient mít. Reálný vliv občanů na zdravotnictví a podobu zdravotní péče se podle Hroboně (2017) pohybuje od nulových hodnot až po poměrně vysoké. Občané nejsou vnějšími faktory systému motivováni ani nuceni k racionálnímu čerpání zdravotní péče. Některé vede k racionálními jednání vnitřní motivace, která bývá silnější než ta vnější. Na obě tyto složky motivace by systém zdravotní péče mohl cílit. Motivaci k péči o své vlastní zdraví je možné dosáhnout efektivní edukací (včetně využití např. mobilních aplikací). Poskytovatelé zdravotní péče by též mohli přispět k této motivaci, ale museli by dostat od zdravotních pojišťoven uhrazení péči v oblasti podpory, prevence a udržování zdraví. Zatím dostávají především zaplacenou za léčbu již rozvinutých zdravotních problémů. Hroboň (2017) jde ještě dál a uvádí, že by pomohlo i informační propojení systémů poskytovatelů zdravotní péče, aby jednotlivec nemohl duplicitně čerpat zdravotní péči u více zdravotnických zařízení, včetně second opinion (druhý názor), který by mohl být hrazen pojišťovnou. V neposlední řadě také navázáním výše zdravotní pojistky na poskytovatele zdravotní péče. Zdroje financování vidí Hroboň (2017) i ve vyšším podílu soukromých zdrojů financování. Podle něj bylo zrušení regulačních poplatků nepromyšlené a zbytečné. Nápravu vidí v zavedení nadstandardní péče a produktů zdravotních pojišťoven v různé výši při zavedené nominální složce pojistného ze zdravotního pojištění.

### **Pacientské organizace**

Aktivní a informovaní pacienti se sdružují do pacientských organizací na platformě neziskových organizací či sdružení a sami je vedou. Jejich hlavním cílem je pomáhat podobně postiženým občanům. Pacientské organizace jsou často monotematicky zaměřené na určité onemocnění (např. Revmaliga, Mamma HELP, ONKO-Naděje). Podstatnou oblastí působení pacientských organizací je též sociální podpora a pomoc s orientací v systému zdravotní a sociální péče. Vystupují i směrem k veřejnosti, kde hájí svá práva na rovný přístup ke zdravotním a sociálním službám, vystupují vůči orgánům státní správy a samosprávy, aby ovlivňovaly zákony. Překážkou v jejich snažení je nezájem relevantních orgánů jednat se zástupci pacientů. (Plechátá, 2017) Ministerstvo zdravotnictví ČR a konkrétně jeho bývalá

náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Tesca Arnoštová spustila v loňském roce společně se svým týmem projekt Forum, jehož vrcholem byl vznik Pacientské rady. Pacientská rada byla ustanovena Příkazem ministra (č. 15/2017) a její členové jsou jmenováni z řad zástupců, které navrhovali sami pacienti prostřednictvím pacientských organizací. Rada má 24 členů, vybraných podle přísných kritérií s důrazem na co nejvyrovnanější zastoupení pacientů s různými diagnózami. Pacientská rada je poradním orgánem ministra. Jejím úkolem je především zprostředkovávat hlas pacientů na ministerstvu zdravotnictví – přinášet podněty k přípravě a změnám právních a jiných předpisů, účastnit se vnitřního připomínkového řízení a vyjadřovat se k připravovaným opatřením. (Pacientská rada – jmenování členů, 2017)

## **Závěr**

Co z toho všechno plyne? Do zdravotnictví z rozpočtu ČR ročně „padá“ dané množství finančních prostředků. Často je zdravotnictví přirovnáváno k černé díře. Možná bych to přirovnala k Bermudskému trojúhelníku, jehož stranami jsou PACIENTI – POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE – ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY. Odborníci, o jejichž názory jsem se opírala, se shodují na tom, že je třeba posílit roli pacienta. Zdravotnictví vnímané jako „zadarmo“ nese nárůst spotřeby a zanedbávání vlastní zodpovědnosti o své zdraví. Zástupce zdravotní pojišťovny navrhuje, že by se mělo uhlídat a regulovat chování pacienta ve zdravotnickém systému a nastavit standardy tzv. bezplatné zdravotní péče. Variant, jak posílit práva občanů a motivovat, je řada. V článku jsem uvedla ty, které mají přímou finanční vazbu: financování výzkumu, kvalita a dostupnost zdravotnických zařízení, zavedení standardů péče, občanovi zpřístupnit maximum informací a ekonomicky stimulovat k efektivnímu čerpání zdravotní péče, možnost vybrat si ošetřujícího lékaře, zvolit poskytovatele zdravotních služeb i zdravotní pojišťovnu, regulační poplatky, definovat nárok pacienta na zdravotní péči ze zdravotního pojištění, zavést konkurenci ve výši pojistného.

Prioritami ministra zdravotnictví ČR Adama Vojtěcha, o kterém si někteří lékaři myslí, že bude stačit, když budou dobře zpívat, jsou: větší transparentnost, větší dostupnost, měření kvality zdravotní péče, užší vazba zdravotně sociálních aspektů léčby pacientů a důraz na prevenci.

V systému českého veřejného zdravotnictví se ročně zachází s více než 300 miliardami korun. Předpokládá se, že 10–20 % se ztrácí díky neprůhlednému hospodaření. Tyto ztráty se zdůvodňují problematickou kontrolou a dohledatelností užití desítek miliard korun (např. veřejné zakázky, nákupy drahých diagnostických nebo léčebných přístrojů). I z tohoto důvodu

chce ministr zdravotnictví, aby měl občan přístup k hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven pomocí otevřených dat. (Anon, 2017)

## LITERATURA

ANON, 2017a. Česko vydává podprůměrné prostředky na výzkum ve zdravotnictví. Rozhovor s Richardem Kapsou. Zdravotnický deník, 29. 5. 2017. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/cesko-vydava-podprumerne-prostredky-vyzkum-ve-zdravotnictvi/>

ANON, 2017b. V systému veřejného zdravotnictví se ztrácejí desítky miliard ročně, odhaluje Babišův expert Adam Vojtěch. *Parlamentní listy* [cit. 2017-12-07] Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/rozhovory/V-systemu-verejneho-zdravotnictvi-se-ztraceji-desitky-miliard-rocne-odhaluje-Babisuv-expert-Adam-Vojtech-505864>

CITORES, Kůt Filip, 2017. Pojišťovny varují před neudržitelností financování zdravotnictví. Zdravotnické noviny, 7. 6. 2017. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/pojistovny-varuji-pred-neudrzitelnosti-financovani-zdravotnictvi/>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb.: o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha, 1997, ročník 1997, 16/1997, číslo 48. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb.: o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha, 2011, ročník 2011, 131/2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKÁ REPUBLIKA. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb.: o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha, 2012, ročník 2012, 110/2012, číslo 307. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

FRIEDRICH, Ladislav, 2017. Jaké je postavení občanů/pacientů v našem zdravotnictví? Newsletter Občan, z. s. Občan v síti. 05/2017, s. 4–5. Dostupné z: [http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017\\_05.pdf](http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017_05.pdf)

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HOLČÍK, Jan, 2003. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. století. 2003*. Dostupné z: [http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad\\_zakladnich\\_pojmu\\_21/pdf/001-kap\\_1-6.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad_zakladnich_pojmu_21/pdf/001-kap_1-6.pdf)

HROBOŇ, Pavel, 2017. Jaké je postavení občanů/pacientů v našem zdravotnictví? Newsletter Občan, z. s. Občan v síti. 05/2017, s. 3–4. Dostupné z: [http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017\\_05.pdf](http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017_05.pdf)

KUČERA, Zdeněk, PELIKAN, Jiří a Alena ŠTEFLOVÁ, 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR. Výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. **155**(5), s. 233–241.

MZ ČR, 2017. Pacientská rada – jmenování členů, 2017. MZ ČR, 2017. [cit. 2017-12-07] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/pacientska-rada-jmenovani-clenu\\_14328\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/pacientska-rada-jmenovani-clenu_14328_1.html)

MZ ČR, 2003. Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století. MZ ČR, Praha 2003, 124 s.

MZ ČR, 2017. Pacientská rada – jmenování členů, 2017. MZ ČR, 2017. [cit. 2017-12-07] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/pacientska-rada-jmenovani-clenu\\_14328\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/pacientska-rada-jmenovani-clenu_14328_1.html)

PLECHATÁ, Ivana. Jaké je postavení občanů/pacientů v našem zdravotnictví? Newsletter Občan, z. s. Občan v síti. 05/2017, s. 2–3. Dostupné z: [http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017\\_05.pdf](http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017_05.pdf)

Prioritou nové vlády musí být setrvání v Evropské unii, žádají firmy. O odchodu nesmí ani uvažovat, zní z Hospodářské komory. *Hospodářské noviny* 24. 10. 2017 Dostupné z:

<https://byznys.ihned.cz/c1-65927130-hlavni-prioritou-nove-vlady-musi-byt-setrvani-v-evropske-unii-o-odchodu-nesmi-ani-uvazovat-zadaji-ceske-firmy-z-hospodarske-komory>)

Profesor Vladimír Beneš: Na zdraví „zadarmo“ doplatíme. Rozhovor pro Idnes.cz 19. 4. 2010. Dostupné z: [https://zpravy.idnes.cz/profesor-vladimir-benes-na-zdravi-zadarmo-doplatime-f9c-zpr\\_archiv.aspx?c=A100419\\_152156\\_kavarna\\_chu](https://zpravy.idnes.cz/profesor-vladimir-benes-na-zdravi-zadarmo-doplatime-f9c-zpr_archiv.aspx?c=A100419_152156_kavarna_chu)

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

Rybářství Třeboň: S EET by hodně klesl předvánoční prodej ryb, 7. 11. 2017. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/rybarstvi-trebon-s-eet-by-hodne-klesl-predvanocni-prodej-ryb/1548094>)

TICHÝ, Oldřich, 2015. Otázka týdne. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. Praha, 2015 [cit. 2017-12-07]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-je-to-s-cekanim-na-vysetreni>

VEPŘEK, Pavel, 2017. Úvodník – Občan v síti. Newsletter Občan, z. s. Občan v síti. 05/2017, s. 1. Dostupné z: [http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017\\_05.pdf](http://sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2017_05.pdf)

## **KONTAKT**

**Mgr. Eva Marková, Ph.D.**

Vedoucí Katedry ošetřovatelství

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

**doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

rektorka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.

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

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

Duškova 7, 150 00 Praha 5

# SESTERSKÁ PROFESE A BOJ S PROFESIONÁLNÍ DEFORMACÍ

ŠKOCHOVÁ, D., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Přednáška se zabývá náročností sesterské profese, kdy je sestra často vystavována stresujícím situacím, které nastávají v různých oblastech a z různých příčin. Nevládnuté pracovní situace mohou podpořit neprofesionální chování, jímž se sestra brání nepříjemnému psychickému napětí. Náročnou pracovní situaci zažívají sestry ve vztahu s pacientem, v pracovních vztazích a dalšími stresory mohou být materiální a organizační nedostatky. Dochází k narušení fyzické, psychické a sociální pohody. Osobnost sestry je předpokladem získání důvěry ze strany pacienta. Mění se a formuje v opakovaných střetech s náročnými životními situacemi.

**Klíčová slova:** adaptace; asertivita; náročná životní situace; osobnost; stresory.

## Úvod

Termín profesionální deformace je takový postoj zdravotníka, u kterého se vlivem návyku projevuje otupělost, netečnost až cynismus ve vztahu k nemocnému. O náročnosti sesterské profese můžeme diskutovat, ale zdravotníci v této realitě žijí. Někdy může dojít k tomu, že pracovní situace podnítlí chování, jímž se zdravotní sestra brání nepříjemnému psychickému napětí. Sestra vystupuje nepřiměřeně nebo nepřiléhavě situaci. Již v přípravě na zdravotnickou profesi se předpokládáné fyzické a psychické nároky prověřují. To proto, aby se sestry mohly zadaptovat a přijmout zodpovědnost nejen za svou práci, ale i za sebe. Pacienti ve zdravotnickém pracovníkovi a zejména zdravotní sestře vidí člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru nemocného v léčebný proces, dále pak osobu, která poskytuje oporu a pečuje o emocionální stav nemocného a v neposlední řadě i prostředníka mezi lékařem a pacientem. (Šamánková a kol., 2002; Zacharová a kol., 2007).

## Profesionalita a komunikace

Profesionální chování musí sestra zachovat i v situacích, kdy pacient vyžaduje obsluhu, kterou může zvládnout sám. V pracovních vztazích se jedná o střety mezi sestrou a lékařem, které sestra pociťuje jako nejvíce devalvující, zejména když se stanou před očima pacientů nebo

jsou do konfliktu vtaženi kolegové. Časté jsou problémy při přesunování lékařských kompetencí na sestru, ke kterým mohou být navíc nuceny okolnostmi.

Druhou otázkou je rozhodování o prioritách v ošetřování nemocných, kdy lékař vyžaduje asistenci při výkonu, když sestra vykonává jinou činnost a lékařský výkon není pro pacienta akutní. Pokud chybí vzájemná tolerance, jsou pracovní vztahy narušeny. Samozřejmě také nepřátelské vztahy mezi sestrami navzájem vedou k tíživé atmosféře, v níž se nejen špatně pracuje, ale tyto potíže vycítí i pacienti. (Mellanová, 1989)

Třetí oblastí, která v zaměstnání působí sestram potíže, jsou situace, v nichž chybí dostatek materiálu nebo čistého prádla, pracovní doba je organizována nevyhovujícím způsobem, aktivity sester jsou omezeny nedostatečnými prostory či klimatickými podmínkami v různých ročních obdobích, dále negativně působí hluk, ale i finanční podhodnocení. Musíme si přiznat i prohlubující se nedostatek sester a pomocného personálu. Všechny tyto zdroje narušují fyzickou, psychickou a sociální pohodu účastníků. (Kopřiva, 1997; Křivohlavý, 2001; Zachová, Škočová, 2007) Sociální komunikace je stavebním kamenem v ošetrovatelské péči. Sestra dostává od pacientů dotazy odborné, věcné, osobní, ale i ryze technické, na které je vhodné dát jednoznačnou odbornou odpověď. Při hledání odpovědí na ryze osobní otázky platí, že je nutné brát v úvahu že:

- každý pacient je jiný
- každá sestra je jiná
- každá situace je jiná

Snažíme se tedy jen:

- naznačit, co by pravděpodobně bylo možné, ne ale přikázat, co je nutné udělat
- nasměrovat, ne dotlačit do předem připraveného vzoru jednání
- napovědět, ne nařídit, co říci

(Křivohlavý, Pečenkova, 2005)

## **ZÁVĚR**

Sestry by měly znát příznaky syndromu vyhoření, aby se mohly účinně chránit. Je nutné, aby byly seznámeny s technikami zvládnání stresu včetně prevence tj. vlastního odpočinku. Dnešní rychlá, až hektická doba, netolerance, omezení a oploštění lidských vztahů a kontaktů klade vysoké nároky na každého z nás a především na pracovníky pomáhajících profesí. Zdravotníci se musí naučit zachovávat adekvátní odstup a přitom mít dostatek citu. Chování

zdravotníků ovlivňuje zpětně celkovou atmosféru na pracovišti, a tím i pacienty. Na odděleních, kde vládne spolupráce, vzájemný respekt či dokonce přátelské vztahy, se cítí dobře i pacienti.

Na závěr snad lze citovat z Desatera MUDr. Jana Cimického. Když vás něco zlobí, nedržte to v sobě a netrpte mlčky a ublíženě – snažte se uvolnit, zeptat se. Nežijeme ve světě vysněném, ale reálném, musíme si umět přiznat, že skutečnost je někdy krutá. Pozor: všichni nemusí jednat logicky. U většiny lidí jsou na prvním místě jejich vlastní zájmy, nezapomínejte na to. Snažte se pochopit druhé, uvažujte, proč tak jednají. Naslouchejte druhým. Věřte svým pocitům. Zvažujte své reakce – všechno je třeba řešit postupně a systematicky. Naučte se říkat NE, odmítnout, když nechcete nebo něco nedokážete. Zbytečně nespěchejte, vždy počítejte s časovou rezervou. Naučte se usmívat.

## LITERATURA

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-318-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. a J. PEČENKOVÁ, *Duševní hygiena sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

MELLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-065-1.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-2068-5.

ZACHOVÁ, V. a D. ŠKOCHOVÁ. Boj s profesionální deformací. *Interní medicína*. 2007, (12): 569–570. ISSN 1212-7299.

## **KONTAKT**

**PhDr. Dagmar Škočová, MBA**

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci

e-mail: [skochova.dagmar@vfn.cz](mailto:skochova.dagmar@vfn.cz)

**doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

rektorka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.

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

# TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

JEXO VÁ, S.

## Abstrakt

Testování hypotéz je poměrně náročný proces a je potřeba dodržet postup a pravidla. Obtížné je zvolit vhodnou testovou statistiku a test správně provést. Poměrně jednoduché je testovat nezávislost pomocí chí kvadrát testu. Testování nezávislosti může být vhodným doplněním jednoduchého statistického zpracování dat v bakalářské práci.

Díky počítačové technice máme řadu možností, jak zpracovat statisticky data a existuje řada programů, které provedou výpočty za nás. Ale je potřeba vybrat správnou metodu a správně interpretovat výsledky. Je třeba si i uvědomit, že statistické zpracování se provádí na určitém vzorku a ne vždy jde závěr šetření aplikovat jinde. Pokud dostaneme statistický výsledek, neznamená to, že je zaručeně správně.

## Klíčová slova

Hypotézy, testování, statistické zpracování

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. Toto jednoduché statistické zpracování jde obohatit o testování hypotéz. Pokud však chceme testovat hypotézy, je proces složitější a je potřeba mít určitý přehled, znalosti a dovednosti.

Testování hypotézy se skládá z několika kroků:

1. Formulace nulové a alternativní hypotézy
2. Výběr testu, výpočet hodnoty testové statistiky, stanovení kritického oboru pro zvolenou hladinu významnosti
3. Rozhodnutí o hypotéze a interpretace výsledků

## **Formulace nulové a alternativní hypotézy**

Při testování hypotéz porovnáváme dvě hypotézy. První hypotézu nazýváme nulovou hypotézu a značíme ji  $H_0$ . Druhá hypotéza je alternativní, značíme ji  $H_1$ . Nulová hypotéza obsahuje tvrzení, o kterém předpokládáme, že platí. Alternativní hypotéza platí, pokud nulová hypotéza neplatí. Testujeme nulovou hypotézu.

## **Výběr testu, výpočet hodnoty testové statistiky, kritický obor**

Vybere se testová statistika, tzv. testovací kritérium. Testovací kritérium je funkce náhodného výběru se známým rozdělením a má vztah k nulové hypotéze. Vypočte se testovací kritérium

a stanoví se hladina spolehlivosti  $\alpha$ . Hladina spolehlivosti je pravděpodobnost, že nulovou hypotézu zamítneme, ačkoliv hypotéza platí. Hladina významnosti se obvykle volí 0,05.

Obor hodnot testovacího kritéria se rozdělí na dva disjunktí (neslučitelné) obory. Jedním oborem je obor hodnot, v němž jsou všechny hodnoty testového kritéria, které svědčí pro platnost nulové hypotézy. Druhým oborem je obor hodnot, v němž jsou všechny hodnoty testového kritéria, které svědčí proti platnosti nulové hypotézy. Kritický obor je množina hodnot, do které padne výsledek náhodné veličiny s pravděpodobností  $\alpha$ , pokud platí nulová hypotéza.

## **Rozhodnutí o hypotéze a interpretace výsledků**

Pokud hodnota náhodné veličiny padne do kritického oboru, nulovou hypotézu zamítáme. Nastal jev, který za platnosti nulové hypotézy měl jen velmi nízkou pravděpodobnost. Výskyt jevu s velmi nízkou pravděpodobností svědčí proti platnosti nulové hypotézy. Výsledkem testování je rozhodnutí o platnosti nulové hypotézy. To, že nezamítáme nulovou hypotézu, znamená, že ji považujeme za možnou s určitou pravděpodobností. Pokud zamítáme nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu, opět s určitou pravděpodobností. Při testování hypotéz se na základě náhodného výběru rozhodujeme pro nulovou nebo alternativní hypotézu.

Rozhodnutí o nezamítnutí nebo zamítnutí nulové hypotézy nemusí být správné. Můžeme se dopustit chyby 1. druhu nebo chyby 2. druhu. Chyby 1. druhu se dopustíme tehdy, pokud nulová hypotéza platí, ale my ji zamítneme. Chyby 2. druhu se dopustíme tehdy, pokud nulová hypotéza neplatí, ale my ji nezamítneme.

Hladina významnosti  $\alpha$  je maximální přípustná pravděpodobnost chyby 1. druhu. Pokud je hladina významnosti 0,05, znamená to, že pravděpodobnost chyby, že nulová hypotéza platí, ale my ji zamítneme je 5 %.

S chybou 2. druhu souvisí síla testu. Síla testu je  $(1 - \beta)$ . Síla testu je pravděpodobnost, že nulovou hypotézu zamítneme, když nulová hypotéza neplatí. Je doplňkem pravděpodobnosti chyby 2. druhu do jedné. Pokud je síla testu 0,9, znamená to, že pravděpodobnost, že nulovou hypotézu zamítneme, když hypotéza neplatí, je 90 %. Chyba 2. druhu je 0,1, znamená to, že pravděpodobnost chyby, že nulová hypotéza neplatí, ale my ji nezamítneme je 10 %.

Chybu 2. druhu obvykle neznáme. Čím přísnější klademe nároky na hladinu významnosti, tím vyšší bude  $\beta$  a tím nižší bude síla testu  $(1 - \beta)$ . Čím více měření máme, tím nižší bude  $\beta$  a tím vyšší bude síla testu  $(1 - \beta)$ .

Nulová hypotéza	Je správná	Je špatná
Zamítám nulovou hypotézu	Chyba 1. druhu	Správné rozhodnutí
Nezamítám nulovou hypotézu	Správné rozhodnutí	Chyba 2. druhu

**Tab. 1** Chyba 1. a 2. druhu

Při testování je potřeba správně zformulovat nulovou a alternativní hypotézu. Dále je potřeba použít vhodnou testovací statistiku a zvolit kritický obor. Je celá řada testovacích statistik. Pro naše studenty je obtížné vybrat vhodnou testovací statistiku a použít ji ve své bakalářské práci. Nelze očekávat, že budou používat např. ANOVU (analýzu rozptylu), kdy na základě rozptylu náhodných výběrů budou usuzovat na vlastnosti výběru. Ale mohou použít jednoduchý test nezávislosti chí kvadrát a testovat nezávislost mezi dvěma výběry. V testu jsou jasně dané podmínky a postup, výpočet lze provést pomocí webových aplikací, počítačových programů nebo Excelu.

Jednoduchým příkladem je zkoumání nezávislosti mezi kouřením a pohlavím.

### **Formulace nulové a alternativní hypotézy**

Nulová hypotéza: Kouření nezávisí na pohlaví.

Alternativní hypotéza: Mezi pohlavím a kouřením existuje závislost.

## Výběr testu, výpočet hodnoty testové statistiky, kritický obor

Testujeme nezávislost pomocí chí kvadrát testu.

Testová statistika je  $\chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}$ , kde  $n_{ij}$  jsou skutečné četnosti,  $m_{ij}$  jsou očekávané četnosti. Očekávané četnosti se vypočítají na základě skutečných četností.

	0-1 malá závislost	2-4 střední závislost	5-10 silná závislost	Celkem
Muž	$n_{11}$	$n_{12}$	$n_{13}$	$\sum_j n_{1j}$
Žena	$n_{21}$	$n_{22}$	$n_{23}$	$\sum_j n_{2j}$
Celkem	$\sum_i n_{i1}$	$\sum_i n_{i2}$	$\sum_i n_{i3}$	$\sum_{ij} n_{ij}$

**Tab. 2a** Skutečné četnosti – kontingenční tabulka

	0-1 malá závislost	2-4 střední závislost	5-10 silná závislost	Celkem
Muž	236	434	922	1592
Žena	136	261	432	829
Celkem	372	695	1354	2421

**Tab. 2b** Skutečné četnosti – kontingenční tabulka

	0-1 malá závislost	2-4 střední závislost	5-10 silná závislost	Celkem
Muž	$m_{11}$	$m_{12}$	$m_{13}$	$\sum_j m_{1j}$
Žena	$m_{21}$	$m_{22}$	$m_{23}$	$\sum_j m_{2j}$
Celkem	$\sum_i m_{i1}$	$\sum_i m_{i2}$	$\sum_i m_{i3}$	$\sum_{ij} m_{ij}$

**Tab. 3a** Očekávané četnosti – kontingenční tabulka

	0-1 malá závislost	2-4 střední závislost	5-10 silná závislost	Celkem
Muž	244,62	457,02	890,36	1592
Žena	127,38	237,98	463,64	829
Celkem	372	695	1354	2421

**Tab. 3b** Očekávané četnosti – kontingenční tabulka

Hodnoty v tab. 3 jsou vypočítány následovně:

$$m_{11} = \frac{\sum_j n_{1j} \sum_i n_{i1}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{1592 \cdot 372}{2421} = 244,62$$

$$m_{12} = \frac{\sum_j n_{1j} \sum_i n_{i2}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{1592 \cdot 695}{2421} = 457,02$$

$$m_{13} = \frac{\sum_j n_{1j} \sum_i n_{i3}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{1592 \cdot 1354}{2421} = 890,36$$

$$m_{21} = \frac{\sum_j n_{2j} \sum_i n_{i1}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{829 \cdot 372}{2421} = 127,38$$

$$m_{22} = \frac{\sum_j n_{2j} \sum_i n_{i2}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{829 \cdot 695}{2421} = 237,98$$

$$m_{23} = \frac{\sum_j n_{2j} \sum_i n_{i3}}{\sum_{ij} n_{ij}} = \frac{829 \cdot 1354}{2421} = 463,64$$

Pro použití testu nezávislosti musí být v kontingenční tabulce očekávaných četností splněny podmínky. Podmínky, nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5 a žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1, jsou splněny.

$$\text{Testová statistika je } \chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}} = \frac{(236 - 244,62)^2}{244,62} + \frac{(434 - 457,02)^2}{457,02} + \frac{(922 - 890,36)^2}{890,36} + \frac{(136 - 127,38)^2}{127,38} + \frac{(261 - 237,98)^2}{237,98} + \frac{(432 - 463,64)^2}{463,64} = 7,557$$

Kritická hodnota pro hladinu významnosti 5 % je 5,991.

### **Rozhodnutí o hypotéze a interpretace výsledků**

Kritická hodnota pro hladinu významnosti 5 % (5,991) je menší než vypočtená testová statistika (7,557), zamítáme nulovou hypotézu.

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

### **Závěr**

Testování hypotéz je poměrně náročný proces. Skládá se z několika kroků. Poměrně obtížné je vybrat správnou testovou statistiku. V případě testování nezávislosti lze testovat hypotézy o nezávislosti poměrně snadno pomocí chí kvadrát testu nezávislosti a za splnění daných podmínek lze získat zajímavé výsledky. Chí kvadrát test nezávislosti je vhodným nástrojem pro statistické zpracování dat v bakalářské práci.

## LITERATURA

JEXOVÁ, S. Statistické zpracování dat – test nezávislosti chí-kvadrát ( $\chi^2$ ). In: NĚMCOVÁ, J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.*[online]. 2014. ISBN 978-80-902876-9-3, v informačním studijním systému SharePoint.

HENDL, J. a kol. *Statistika v aplikacích.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0700-9.

HENDL, J. *Přehled statistických metod.* Praha: Portál, 2015. 583 s. ISBN 978-80-262-0981-2.

ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory.* Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3416-6.

## KONTAKT

**Ing. Soňa Jexová, PhD.**

prorektorka pro rozvoj a vnitřní vzťahy

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

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

Duškova 7, 150 00 Praha 5

# INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY VE ZDRAVOTNICKÉM TÝMU

HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K., ZEJDOVÁ, K.

## Abstrakt

V zaměstnání tráví většina lidí převážnou část svého času, a proto je důležité udržovat dobré pracovní vztahy, nejen mezi nadřízenými, ale i kolegy. Zdravotnický tým je tvořen zdravotnickými pracovníky s různým odborným vzděláním. Všichni členové tohoto týmu mají stejný cíl, a tím je zdravý a spokojený pacient. Cílem průzkumného šetření bylo zmapování interpersonálních vztahů ve zdravotnickém týmu se zaměřením na aspekty mobbingu. Mezilidské vztahy ve zdravotnickém týmu jsou jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti. Kvalita těchto vztahů ovlivňuje nejen spokojenost jejich účastníků, ale také kvalitu podávaného výkonu. Vztahy mezi zdravotnickým personálem, jsou významným prvkem, který může ovlivňovat i poskytování zdravotní péče samotné.

## Klíčová slova

Interpersonální vztahy, mobbing, zdravotnický tým

## Úvod

Na pracovišti tráví lidé často většinu dne. Stává se, že jsou s činností, kterou vykonávají spokojeni, a přesto je pro ně pobyt v pracovním kolektivu spojen s problémy. Členy zdravotnického týmu jsou pracovníci s různým odborným vzděláním. Ke zdravotnickým pracovníkům patří lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové a sanitáři. Zdravotnický tým, je týmem multidisciplinárním. Všichni členové zdravotnického týmu mají stejný cíl, a tím je zdravý a spokojený pacient. Jestliže všeobecné sestry spolupracují jako tým, jsou daleko úspěšnější a produktivnější. Ve zdravotnictví se dá týmem nazývat pouze taková skupina, která se vyznačuje vysokým stupněm vzájemné závislosti a je vytvořena a sjednocena za účelem dosažení určitého cíle nebo splnění úkolu. Pro poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče jsou týmy nepostradatelné (Vytejková, 2011). Ošetřovatelský tým je součástí zdravotnického týmu.

*Ošetrovatelský tým poskytuje ošetrovatelskou péči, která je definována jako soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, rozvoj zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Vytečková, 2011, s. 15).*

V ošetrovatelství je také významným prvkem „mezi týmová“ spolupráce Příčinou je, že v sociálních vztazích mezi kolegy vzniká těžko snesitelné napětí, různé nesmyslné vazby a závislosti, strach, pomluvy, závist. Zcela extrémní situace nastává, přerostou li tyto problémy do mobbingu, tedy do dlouhodobější psychické a v krajních případech i fyzické šikany. Pro jednotlivce jsou tyto problémy málo kdy zvládnutelné a překonatelné z vlastních sil.

Mobbing - pro někoho jen slovo, pro někoho osobní zkušenost. Začíná být fenoménem dnešní doby, jehož význam s rostoucím tlakem na existenční jistoty narůstá. Konkurenční tlak a strach ze ztráty zaměstnání jsou už jen hnací silou. Dnešní uspěchaná doba a ekonomická krize nahrává šikaně na pracovištích, neboť je to jakési motto dnešních dní. Ať už jsme obětí mobbingu my, či naši blízcí - kolegyně, spolupracovníci či spoluobčané - nemůžeme a nesmíme zůstat lhostejnými. Lhostejnost je jednou z těch špatných vlastností, které lidé většinou mají. Lidé v okolí šikany se musí rozhodnout, na kterou stranu se postaví. Postaví se na stranu dobra a nahlásí šikanu, která je prováděna, s vědomím, že mohou být také šikanováni? Průzkumné šetření má pomoci rámcově zmapovat interpersonální vztahy ve zdravotnickém týmu se zaměřením na aspekty mobbingu. Zviditelnit problém mobbingu, pomoci při jeho řešení a tím zkvalitnit interpersonální vztahy a s tím související ošetrovatelskou péči.

## **Metodika**

Cílem průzkumného šetření bylo:

1. Zjistit, zda se všeobecné sestry setkávají či setkali s mobbingem - šikanou – na pracovišti.
2. Zjistit, do jaké míry má mobbing vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, kterou poskytuje oběť mobbingu (v podstatě jde o zhodnocení úrovně etiky na pracovišti).
3. Zjistit, zda oběti mobbingu mají zastání u vedoucích pracovníků (tento cíl je zaměřen na důvěru ve vedoucí pracovníky a na způsobu řešení mobbingu na pracovišti).

4. Zjistit, jak by oběť mobbingu reagovala na dlouhodobou šikanu a zda se oběti mobbingu umí bránit.

Zodpovězení těchto cílů nám napoví, zda je nutno přistupovat k mobbingu jako k problému, nad kterým bychom se měli všichni zamyslet, a který bychom se měli snažit řešit.

Po zvolení prostředí standardních oddělení okresní nemocnice jako místa průzkumu bylo uvažováno o možnostech postupu a způsobu sběru empirických dat. Dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů jsou následující data a identifikační údaje zakódované. Jako nejvhodnější se nakonec ukázalo vyplnění dotazníku. Dotazník byl položen v písemné formě, byl anonymní a dobrovolný. Za účelem co nejobjektivnějších odpovědí byla vybrána anonymní forma. Průzkum byl zaměřen na všeobecné sestry interních a chirurgických oborů, pracujících na standardních odděleních. Dotazníky byly statisticky zpracovány a následně zničeny.

Dotazník je rozdělen na 2 části:

- První část dotazníku obsahuje 16 položek, a je zaměřen na názory a postoje respondentů k mobbingu. Jednotlivé části dotazníku jsou jasně rozděleny.
- Druhá část dotazníku obsahuje 5 položek, které charakterizují respondenty a upřesňují údaje pro statistické zpracování.

### **Charakteristika výzkumného souboru**

Výběrový soubor tvoří skupina respondentů, vybraná záměrně – všichni respondenti jsou zaměstnanci okresní nemocnice v pozici všeobecné sestry či praktické sestry (zdravotnického asistenta).

Celkem bylo rozdáno 180 dotazníků. 155 dotazníků bylo vráceno a následně vyhodnoceno. Pro účely této práce byl výzkumný vzorek 155 respondentů. Dotazníky jsme rozdali následujícím způsobem:

- 20 dotazníků na oddělení jednotky intenzivní péče – návratnost 16 dotazníků
- 160 dotazníků na standardní oddělení – návratnost 139 dotazníků.

Průzkumu se zúčastnilo 100% žen. Věk respondentů: Největší skupina byly ženy ve věku 25 – 35 let, dále ženy ve věku 36 – 45 let. Nejméně sester je ve věku 16 – 24 a 46 a více (shodně 12%). Většina respondentek uvedla jako nejvyššího vzdělání Vyšší zdravotnickou školu: 105 dotazovaných (68%).

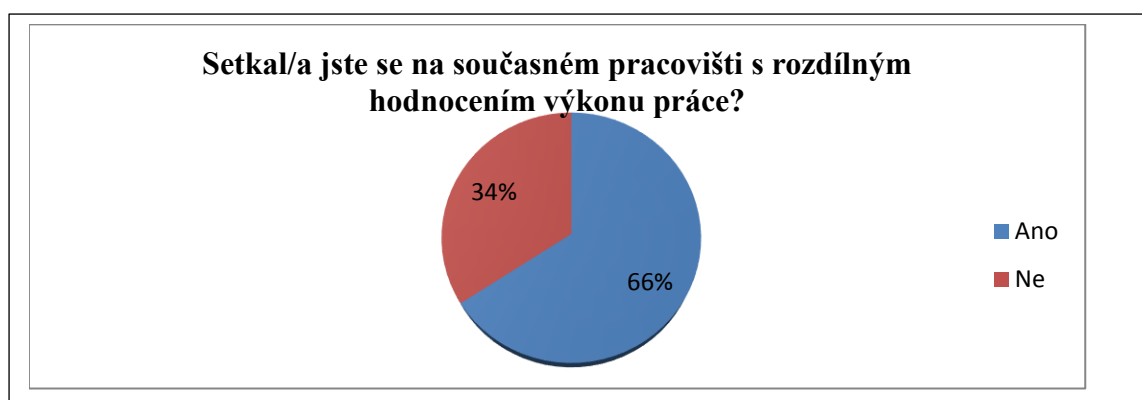
## Interpretace výsledků průzkumu

### Odpověď na položku č. 7: Setkal/a jste se na současném pracovišti s rozdílným hodnocením výkonu práce?:

Tabulka 1.: Rozdílná hodnocení pracovního výkonu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	102	66 %
Ne	53	34 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

Graf 1.: Rozdílná hodnocení pracovního výkonu



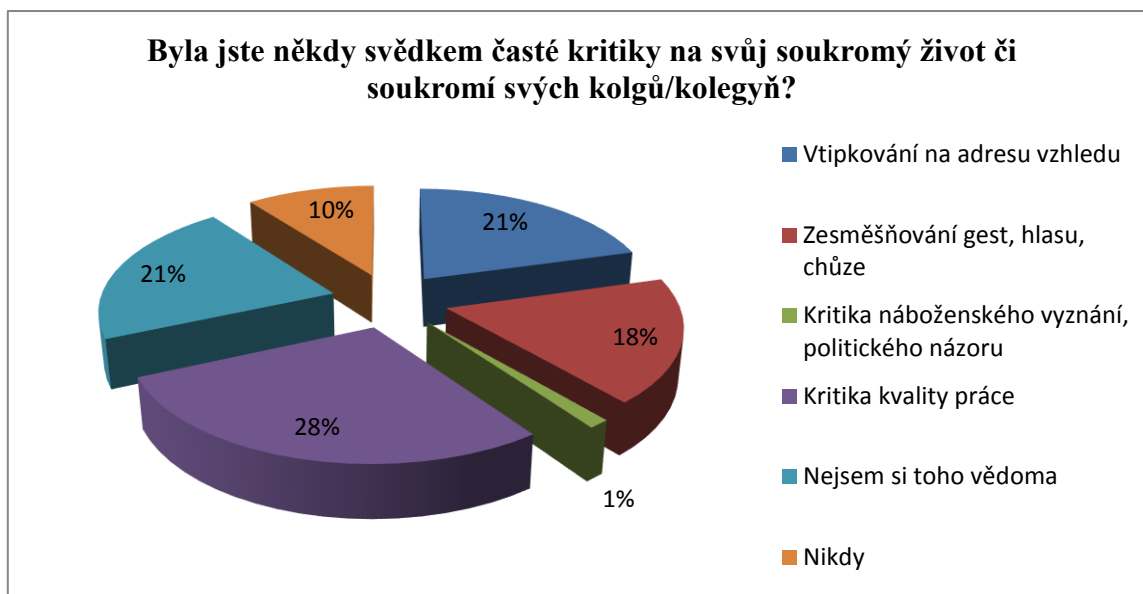
Tabulka č. 1 a graf číslo 1 znázorňují výsledek odpovědí na otázku, zda se respondenti setkali s rozdílným hodnocením výkonu práce na současném pracovišti. Ano odpovědělo 102 respondentů (66 %), Ne odpovědělo 53 respondentů (34 %).

### Odpověď na položku č. 8: Byla jste někdy svědkem časté kritiky na svůj soukromý život či soukromí svých kolegů?:

Tabulka 2: Důvody kritiky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vtipkování na adresu vzhledu	32	21 %
Zesměšňování gest, hlasu, chůze	28	18 %
Kritika náboženského vyznání, politického názoru	2	1 %
Kritika kvality práce	44	28 %
Nejsem si toho vědoma	33	21 %
Nikdy	16	10 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

**Graf 2:** Důvody kritiky



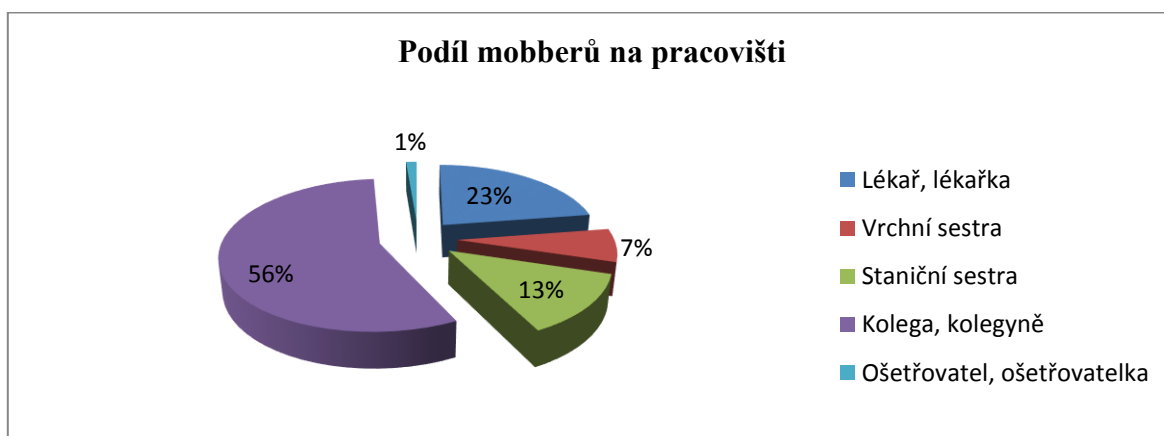
Tabulka č. 2 a graf číslo 2 znázorňují výsledek odpovědí na otázku, zda respondenti byli někdy svědkem časté kritiky na svůj soukromý život či soukromí svých kolegů. Vtipkování na adresu vzhledu označilo 32 respondentů (21 %), zesměšňování gest, hlasu, chůze označilo 28 respondentů (18 %), kritiku náboženského vyznání, politického názoru označili 2 respondenti (1 %), kritiku kvality práce označilo 44 respondentů (28 %), odpověď Nejsem si toho vědoma, označilo 33 respondentů (21 %), nikdy se s žádnou kritikou nesetkalo 16 respondentů (10 %).

### **Odpověď na položku č. 9: Kdo má na Vašem pracovišti nejvyšší podíl na mobbingu?**

**Tabulka 3:** Podíl mobberů na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař, lékařka	35	23 %
Vrchní sestra	11	7 %
Staniční sestra	20	13 %
Kolega, kolegyně	87	56 %
Ošetřovatel, ošetřovatelka	2	1 %
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100 %</b>

**Graf 3:** Podíl mobberů na pracovišti



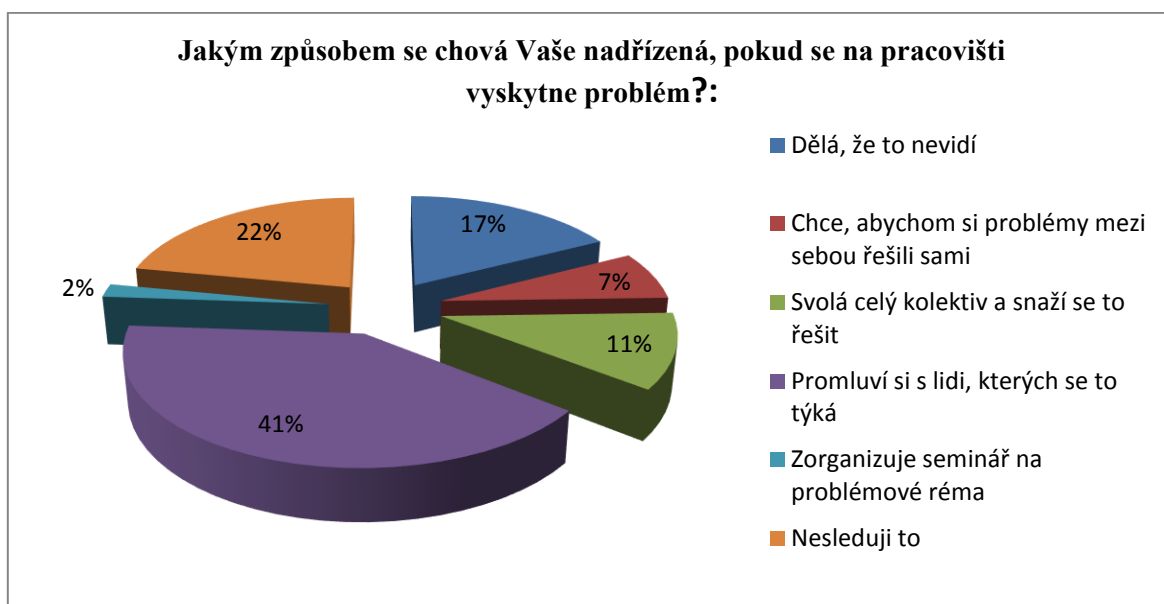
Na otázku: „Kdo má na Vašem pracovišti nejvyšší podíl na mobbingu“, označilo lékaře, lékařky 35 respondentů (23 %), vrchní sestru označilo 11 respondentů (7 %), staniční sestru označilo 20 respondentů (13 %), kolegu, kolegyni 87 respondentů (56 %) a ošetřovatele, ošetřovatelku 2 respondenti (1 %).

**Odpověď na položku č. 10: Jakým způsobem se chová Vaše nadřízená, pokud se na pracovišti vyskytne problém?:**

**Tabulka 4:** Chování nadřízených při výskytu problému

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dělá, že to nevidí	27	17%
Chce, abychom si problémy mezi sebou řešili sami	11	7%
Svolá celý kolektiv a snaží se to řešit	17	11%
Promluví si s lidmi, kterých se to týká	63	41%
Zorganizuje seminář na problémové téma	3	2%
Nesledují to	34	22%
jiná odpověď	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>

**Graf 4:** Chování nadřízených při výskytu problému



Tabulka č. 4 a graf č. 4 znázorňují výsledek odpovědí na otázku, Jakým způsobem se chová Vaše nadřízená, pokud se na pracovišti vyskytne problém?: Dělá, že to nevidí, označilo 27 respondentů (17 %), chce, abychom si problémy mezi sebou řešili sami, označilo 11 respondentů (7 %), svolá celý kolektiv a snaží se to řešit, označilo 17 respondentů (11 %), promluví si s lidmi, kterých se to týká, označilo 63 respondentů (41 %), zorganizuje seminář na problémové téma, označili 3 respondenti (2 %), tyto situace nesleduje 34 respondentů (22 %), jiná odpověď 0.

## Diskuse

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda se všeobecné sestry setkávají či setkali s mobbingem, zda oběti mobbingu mají zastání u vedoucích pracovníků a zda se oběti mobbingu umí bránit. Také, zda má mobbing vliv na kvalitu ošetrovatelské péče.

Průzkumné šetření bylo postaveno na celkem 4 průzkumných otázkách, které se snažily odhalit znalost všeobecných sester o mobbingu, důvěru ve vedoucí pracovníky, důvody, jenž vedou mobbované jednice k neřešení situace. Taktéž byla snaha zjistit, zda všeobecné sestry souhlasí s tím, že na odděleních, kde mobbing probíhá, může být podstatně zhoršená kvalita ošetrovatelské péče.

Jedna průzkumná otázka šetření byla potvrzena. Dvě z nich naopak potvrzeny nebyly a jedna se potvrdila částečně.

Průzkumná otázka označená číslem 1 byla zaměřena na předpoklad, že se s mobbingem setkalo minimálně 20 % respondentů. O mobbingu pouze slyšelo 46, dotázaných (30 %). S mobbingem z vlastní zkušenosti se setkalo 26 respondentů (17 %). Průzkumná otázka se tedy potvrdila částečně – osobní zkušenost uvedlo 17 % respondentů, ale zkušenost jiného člověka potvrdilo 42 respondentů (27 %). Z odpovědí taktéž vyplývá, že největší podíl mobberů je mezi kolegyněmi stejné pracovní pozici – 56 %, což je tzv. mobbing na stejné úrovni, který je nejčastější. Zopakujme si rozdělení mobbingu:

- **mobbing na stejné úrovni - 44 %.**
- **mobbing shora - 37 %.**
- **kombinace mobbingu na stejné úrovni a mobbingu shora - 10 %.**
- **mobbing zdola - 9 %.**

Je to přirozené, vztahy mezi zaměstnanci stejné úrovně, jsou vždy komplikovanější – je jich více se stejnými pracovními kompetencemi, a také např. se stejnou šancí na kariérní postup.

Průzkumná otázka označená číslem 2 byla zaměřená na předpoklad, že více jak 50 % respondentů si uvědomuje, že mobbing na pracovišti má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Průzkumná otázka, že více jak 50 % respondentů souhlasí s tím, že mobbing na pracovišti má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, se potvrdila, kladně odpovědělo 89 respondentů, tedy 57 % dotazovaných. Toto zjištění hodnotíme kladně. Je dobře, že si sestry uvědomují rizika.

Kvalita ošetrovatelské péče se dá pravidelně a průběžně hodnotit. Taktéž vztahy mezi všeobecnými sestrami a nemocnými, sestrami a lékaři, sestrami navzájem, organizaci práce pracovníků a spokojenost nemocných se zdravotnickou péčí, kterou nemocnice poskytuje. Pro tato hodnocení se používá objektivní i standardizované metody. Ale i přes celkem pozitivní výsledek průzkumné otázky by bylo na místě, edukovat sestry o mobbingu v celé šíři.

Průzkumná otázka označená číslem 3 byla zaměřená na předpoklad, že zastání u vedoucích pracovníků má méně než 10 % respondentů. Předpoklad vyplývá z toho, že vedoucí pracovníci nechtějí vidět problémy na svých úsecích, nebo že je nechtějí řešit. Z výsledků vyplývá, že s rozdílným hodnocením práce se již setkalo 102 respondentů (66 %), s kritikou kvality práce se setkalo 44 (28 %).

Průzkumná otázka č. 3 se sice nepotvrdila, ale ve své podstatě je to dobře. Je vidět, že v malé nemocnici probíhá komunikační proces zřetelně lépe. Z odpovědí vyplývá, že vedoucí zaměstnanec se incidenty snaží řešit. 41 % respondentů uvádí, že vedoucí pracovník si promluví

si s lidmi, kterých se incident týká. Ovšem za celkem alarmující považujeme odpovědi, z kterých vyplývá, že 66 % všeobecných sester se setkala s rozdílným hodnocením pracovního výkonu. Do budoucna by to mohlo znamenat, že takové prostředí bude „živnou půdou“ pro vznik mobbingu.

Průzkumná otázka označená číslem 4 byla zaměřená na předpoklad, že oběť mobbingu situaci neřeší nejčastěji z důvodu strachu. Průzkumná otázka se nepotvrdila, strach, jako důvod, proč oběť o incidentu nic neřekla, byl uveden pouze v 1 %. Na prvním místě, proč oběti incident neřeší, z dotazníku vyplynula odpověď: „Mělo by to negativní důsledky pro moje pracovní působení“, což označilo 12 respondentů, tedy 8 %. Tato odpověď nemusí být považována za relevantní vzhledem k tomu, že mobbovaných jedinců bylo 26. Z výsledku lze usoudit, že mobbovaný jedinec se raději svěří kolegyni (76 %), než by situaci řešil s nadřízeným.

## **Závěr**

Interpersonální vztahy ve zdravotnickém týmu, mají výrazný dopad na to, jakým způsobem je poskytována lékařská a ošetrovatelská péče. Proto by se mělo zařadit interdisciplinární vzdělávání do studia ošetrovatelství a medicíny, za účelem vytvoření pozitivního přístupu ke spolupráci všeobecných sester, lékařů a nižšího zdravotnického personálu. Jako mobbing označujeme nejrůznější formy znepríjemňování života na pracovišti. Je smutné, že oběť je nucena odejít a ten, resp. ti, kteří nesou vinu, zůstávají a ještě se často stanou hrdiny pracoviště. Propuštění ze zaměstnání se stane pro oběť nakonec úlevou a vysvobozením. Horší je, že mobbing je zejména v dnešní době živen atmosférou tržní ekonomiky, její tvrdou konkurencí a hrozbou nezaměstnanosti. Ale ruku na srdce - raději vydělám méně peněz, ale budu mít klid v práci, než se horečně snažit a bažit po kariéře, která je vykoupena naší duší. Jestliže neexistuje klima vzájemné důvěry, není možné požádat o pomoc a přidá-li se nekompetentnost, lhostejnost, zbabělost, důsledky jsou katastrofální. Na tyto násilné činy se přímo neumírá, přesto může nastartovat řadu psychických i fyziologických změn - poruch. Psychické týrání v zaměstnání probíhá v různých rovinách, všechny se ale shodují v jednom bodě, tím je odmítnutá komunikace. Vyhnout se dialogu je dobrý způsob, jak konflikt vyhrotit a zároveň jej připsat na účet oběti.

Zneužívání moci existovalo vždy, v současné době se velmi často děje skrytě. Řídící pracovník hovoří se svými zaměstnanci o jejich samostatnosti, iniciativnosti, ale zároveň požaduje bezpodmínečnou poslušnost a podřízenost. Přestože je psychické týrání v zaměstnání

jevem starým jako práce sama, teprve začátkem devadesátých let bylo skutečně pojmenováno jako jev poškozující pracovní prostředí, snižující produktivitu práce, a to v důsledku psychického týrání.

Z celé práce vyplývá, že se mobbing v našem zdravotnictví samozřejmě vyskytuje a že se s ním zdravotníci setkávají. Ale možná ho ještě neumí správně pojmenovat. Přítomnost mobbingu by nám mělo být varováním. Některým věcem není dobré „jen přihlížet“. Některé záležitosti se musíme naučit řešit. A pokud jde o mobbing na pracovišti – tak tomuto problému bychom spíše ani neměli dovolit vystoupit na povrch. V tomto směru je prvořadě věnovat se prevenci.

Na zdravotnický personál jsou v dnešní době kladeny zvýšené požadavky ze strany vrcholového i středního managementu, který má svůj jasný cíl a to především akreditaci zdravotnického zařízení. Je pravdou, že díky vypracovaným standardním postupům a daným směrnicím podávají pracovníci vysoké profesionální výkony, ale není dobré, pokud management dosahuje tohoto stavu na úkor zaměstnanců, kteří pak pod psychickým tlakem zapomínají na základy slušného chování. Ale vrcholový management nemůže dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče, pokud neposkytne možnosti pro vytvoření kvalitní organizační kultury. Vedoucí pracovník má možnosti uplatnit své manažerské schopnosti a měl by si být vědom toho, že má problematice mobbingu předcházet. Musíme si ovšem uvědomit, že jen samotný management nám správnou organizační kulturu nezajistí. Sami zaměstnanci musí k sobě navzájem přistupovat jako tým a být k sobě upřímní a shovívaví - nikoli zákeří. Nikdo z nás přece není dokonalý a neomylný. Většina z nás touží po bezproblémovém a bezpečném pracovním prostředí či atmosféře a přeje si dobře vycházet s ostatními lidmi. Výslednými efekty bezproblémového, pokojného pracovního prostředí jsou vyšší produktivita, lepší kvalita a větší radost z práce.

## **LITERATURA**

ČESKO, 2000. Zákon č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz>>.

HOLÁ M., *Mobbing, aneb šikana na pracovišti*. [online]. 2009. [cit. 2009-22-12]. Dostupné na internetu: <<http://www.zdrave.cz/magazin/psychologie-a-vztahy-14/mobbing-aneb-sikana-na-pracovisti-302/>>

JANOUSĚK V. *Mobbing*. [online]. 2007. [cit. 2009-17-12]. Dostupné na internetu: <<http://www.volny.cz/xenobit/mobbing.html>>

JANOUSĚK V. *Existují typické oběti mobbingu?* [online]. 2004. [cit. 2009-17-12]. Dostupné na internetu: <<http://zena-in.cz/clanek/existuji-typicke-obeti-mobbingu/kategorie/laska-a-vztahy>>

KOCÁBEK P. *Jak „přežít“ šikanu aneb mobbing na pracovišti*. [online]. 1994 – 2009. [cit. 2009-22-12]. Dostupné na internetu <<http://rady-a-tipy.monster.cz/v-praci/vztahy-na-pracovisti/sikana-na-pracovisti-neboli-mobbing/article.aspx>>

Kolektiv autorů, *Mobbing – nebezpečný fenomén naší doby*. [online]. 2009. [cit. 2009-17-12] Dostupné na internetu: <<http://osha.europa.eu/fop/czech-republic/cs/publikations/files/Mobbingfinal>>

Kolektiv autorů. *Psychický teror na pracovišti*. [online]. 2009. [cit. 2009-5-11]. Dostupné na internetu: <<http://dreamworx.cz/book/buzerace.html>>

Kolektiv autorů. *Šikana a její další forma – mobbing*. [online]. 2008, [cit. 2009-11-11]. Dostupné na internetu: <<http://spunt.centrum.cz/specialy/stop-sikane/141074-sikana-a-jeji-dalsiforma-mobbing.aspx>>

VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4734-194.

## **KONTAKT**

**PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

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

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

Duškova 7, 150 00 Praha 5

**PhDr. Karolína Moravcová**

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

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

Duškova 7, 150 00 Praha 5

**Mgr. Zejdová Karolína**

e-mail: [zjedovakarolina@centrum.cz](mailto:zjedovakarolina@centrum.cz)

**Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s. Zlín – interní klinika**

# STRES V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ SESTER

STUHLÍKOVÁ, K., MÉSZÁROSOVÁ, J., PADYŠÁKOVÁ, H.

## Abstrakt

Povolání všeobecných sester patří mezi jedno z nejnáročnějších. Sestry se potýkají s přímou pracovní zátěží ve svém pracovním prostředí. Vyžaduje se od nich neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Jedná se o profesi, ve které se sestra setkává se stresem neustále. Míra stresové zátěže je ve zdravotnictví jednou z nejvyšších. Stres je součástí našich každodenních životů. Stále se s ním setkáváme při denních činnostech jak v domácím, tak v pracovním prostředí. Předložený článek pojednává o problematice stresu v pracovním prostředí v profesi všeobecných sester, psychickou odezvou na pracovní zátěž, strategiemi zvládání stresu a ovlivněním zdraví sester psychickou zátěží. Poslední část je věnována doporučením pro praxi, která jsou určena všeobecným sestřám, týkající se popisované problematice.

## Klíčová slova

Pracovní prostředí, psychická zátěž, sestra, strategie stresu, stres

## ÚVOD

Profese všeobecné sestry se stala nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který poskytuje pacientům plnou medicínskou a ošetrovatelskou péči. Všeobecné sestry plní celou řadu rolí při poskytování ošetrovatelské péče. V současné době se sestry často dostávají do stresových, zátěžových, mnohdy až svízelných situací v pracovním prostředí.

Vzhledem k rozvoji medicíny a ošetrovatelství jsou na sestry kladeny vyšší nároky v oblasti vědomostí a dovedností. Profese sestry je charakterizována svou povahou jako vnitřně konfliktní. Zdrojem vnitřního konfliktu často bývá skutečnost, že zdravotníci mají přesně stanovené normy, které uplatňují v jedinečných situacích. Sestry zastávají řadu rolí, které musí naplňovat v komplikovaných pracovních podmínkách (SIKOROVÁ, 2011).

V ošetrovatelské praxi bývá plnění pracovních povinností konfrontované mnohými faktory, které v konečném důsledku ovlivňují schopnost adaptace sester a jejich subjektivní vnímání práce (OBROČNÍKOVÁ a kol., 2015).

Stárnutí populace, rostoucí každodenní tempo, organizační čas, tlakový čas a technické pokroky mají vysoké nároky na produktivitu a mnohé požadavky v pracovním prostředí se stávají příčinou stresu (OBROČNÍKOVÁ a kol., 2015).

## **1 STRES V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ**

Pracovní prostředí lze definovat jako biologické, fyzikální, chemické, sociální a kulturní činitele, které působí na pracovníky v průběhu pracovního procesu. Charakter vykonávané práce, technologické postupy, prostor, technické vybavení, hygienické vybavení i estetické řešení pracoviště určují pracovní prostředí. Je třeba dbát na příznivé podmínky prostředí, jelikož nepříznivé pracovní prostředí stupňuje pracovní zátěž. Při dlouhé expozici vlivů, které práci znesnadňují, je nutné předvídat morální nebo zdravotní poškození, proto je nutné, aby se zaměstnanec spolupodílel na překonávání těchto vlivů. Náročná adaptace na nepříznivé okolnosti vyvolává nespokojenost nebo odpor, který se odráží ve vztahu k zaměstnání. Současně klesá pracovní výkon a narůstá pracovní neschopnost (DVOŘÁKOVÁ a kol., 2012).

Přítomnost mnoha osob, změna pracovních podmínek a nedostatek soukromí jsou stresory, které se mohou negativně odrazit na pracovní výkonnosti, zvýšené únavnosti a stresovanosti v pracovním prostředí (WAGNEROVÁ a kol., 2011).

Poskytování zdravotní péče je vysoce stresující a náročná činnost. Při vykonávání práce zastupuje podstatnou roli psychologická podpora zaměstnanců, která může být zakotvena v předpisech či pravidlech organizace. V medicínských oborech se můžeme nejčastěji setkat se syndromem vyhoření, který v případě nerozpoznání může potencionálně poškodit nejen pacienty, ale i spolupracovníky (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).

Stres související s prací patří k největším výzvám v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví v Evropských zemích. Z realizovaných zahraničních studií vyplývá, že přibližně jednoho ze čtyř pracovníků postihuje stres, se kterým souvisí 50-60 % všech pracovních neschopností, což představuje obrovské dopady na náklady nejen z lidského hlediska, ale i oslabení hospodářské výkonnosti (KOMAČEKOVÁ, 2012).

## **2 PSYCHICKÁ ODEZVA NA PRACOVNÍ ZÁTĚŽ**

Sestra v každodenní praxi prožívá a řeší problémy spojené s bolestí, utrpením, nemocí a úmrtím pacientů, což představuje vysokou stresovou zátěž a riziko ohrožení vzniku syndromu vyhoření. V profesi sestry je potřebné získat zručnost a schopnosti efektivně zvládat zátěžové

situace v pracovním prostředí a ve svém životě. Zvládání stresu pomáhá sestřám nacházet správnou rovnováhu mezi tvořivostí a energií. Každý člověk je individuální a způsob získávání rovnováhy a její udržení představuje proces učení. Z tohoto důvodu je potřebné, aby si sestra uměla určit vlastní východiska stresu a aby získala schopnosti a zručnosti na zvládání stresu, ke kterým může využít tři hlavní přístupy: řídit vliv stresorů, realizovat základní zvládání stresu a vytvořit si vyrovnaný životní styl (KOMAČEKOVÁ, 2012).

Aktuální únava je fyziologický následek pracovní činnosti, která při pravidelném a správném režimu práce a odpočinku do následující směny odezní. U dlouhodobého přepětí sil dochází k chronické únavě s projevy duševní nerovnováhy (nervozita, apatie, deprese, přecitlivělost). Dlouhodobý pracovní stres může vést k psychosomatickým onemocněním, následně k pracovní neschopnosti (ŽÍDKOVÁ, 2014).

„Stres rušivě působí na psychiku jedince a znesnadňuje jedinci přirozený výkon činnosti, i když má odpovídající předpoklady ji zvládnout“ (VESELÁ, KANIOKOVÁ-VESELÁ, 2011, s. 112). Pracovní stres vede v počátcích k pocitům nepohody, při dlouhodobé zátěži až k chronické únavě a vyčerpání psychických rezerv. Každý organismus je jinak odolný v závislosti na způsobu, jakým je daná situace prožívána a momentálním fyzickým i psychickým stavem (VYSKOTOVÁ, 2011).

K nejvýznamnějším stresům v životě člověka patří stres na pracovišti, zejména v práci sester. Chronický pracovní stres může snadno ohrozit dopady na zdraví. K nejčastějším příčinám stresů na pracovišti řadíme tyto jevy:

- neadekvátní fyzické podmínky;
- interpersonální komunikace;
- nedostatečná komunikace;
- nespolehliví spolupracovníci;
- nedostatek spolupráce;
- konflikty ve vztazích;
- vysoké nároky na práci;
- nadměrné množství práce;
- časovou náročnost v práci;
- nedostatečné ohodnocení;
- nejasná očekávání;
- urgentní úkoly;
- jiné faktory (KOUBEK, 2013); (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).

## 2.1 PREVENCE STRESU

Strategie zvládání stresu se dělí do dvou skupin. Jedná se nejen o postupy řešení problémů, tedy situací, které nás zatěžují, ale taktéž se jedná o postupy, které jsou zaměřeny na zvládnutí emocionální situace, do které se člověk v průběhu stresu dostává. Při zvládání stresu je možné použít následující strategie:

- snaha vyhnout se stresovým situacím;
- distancování se od stresové situace;
- přijetí osobní odpovědnosti za vzniklou situaci;
- plánovat hledání řešení konkrétního problému;
- hledání pozitivních stránek v dané situaci;
- uklidňovat rozrušené emoce;
- soupeřit s těžkou situací;
- hledání sociální podpory (rodinní příslušníci, kamarádi, kolegové) aj.

Vedle výše uvedených strategií existují konkrétní techniky, které napomáhají zvládat stresové situace. Příkladem může být využití meditace, relaxace, imaginace (KŘIVOHLAVÝ, 2010), (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2011).

Dle Koubka (2013) patří k preventivním opatřením stresu na pracovišti například:

- Posílení rozhodovací pravomoci zaměstnanců – zaměstnanec si může sám navrhnout a upravit pracovní prostředí, má větší možnost rozhodovat o podmínkách výkonu své práce z hlediska časového rozvržení, plánování, práce, kontroly průběhu práce apod.
- Podporování pozitivního klima na pracovišti – odměny, soutěže, drobné rituály mohou dát zaměstnancům pocit, že se o ně někdo zajímá.
- Podpora vedoucích zaměstnanců k žádoucímu chování, aby byli skutečnou oporou.
- Systematicky odstraňovat zbytečné bariéry v práci – zabezpečit adekvátní fyzické podmínky, odstranit nadbytečné rutinní úkoly, přispívat ke spokojenosti, snižovat subjektivně vnímanou zátěž. Podstatnou součástí je zabezpečení ergonomických podmínek pro adekvátní výkon práce.
- Poskytování zdrojů pro snížení zátěže - relaxace, sportovní aktivity, zaměstnanecké benefity aj. (KOUBEK, 2013); (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).

V případě, že prevence stresu se zanedbává, může to vést až k vážným následkům, ke kterým patří: snížení motivace, snížená míra zaujatosti, nižší produktivita práce, nižší

efektivita samotné práce, neochota vykonat cokoli navíc, neochota rozhodovat se, zvýšená míra absence v práci, zvýšená fluktuace, verbální agrese, fyzické agrese a jiné (KOUBEK, 2013).

## 2.2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Psychická zátěž může být pro jedince i nezbytnost nalézání nových způsobů jednání či přepracování navyklých stereotypů myšlení v nových pracovních podmínkách. V případě, že je psychická zátěž potřebná a stimulující pro život daného jedince jedná se o běžné vyrovnání se s náročnými situacemi. Pokud jsou na jedince kladeny vyšší nároky na zátěž, než něžné, jedná se o zátěž limitní či zvýšenou. Pokud zátěž přesahuje schopnosti a možnosti člověka, jedná se o extrémní zátěž, se kterou nemusí dojít ke ztotožnění (VESELÁ, KANIOKOVÁ-VESELÁ, 2011).

Jedním ze zdrojů psychické zátěže jsou vnitřní konflikty, které se vyznačují neslučitelností věcí, po kterých lidé touží. Zdrojem stresu jsou vnitřní procesy, nevyřešené konflikty pramenící z neslučitelných cílů, kterých dosahování se navzájem vylučuje. Pokud naproti sobě stojí dvě stejně důležité potřeby, proces rozhodování může být bolestivý, stresující. Zdrojem mnohých stresorů je také charakter současné civilizace: stále přítomný shon, neuspokojivé mezilidské vztahy, pocit časové tísně, strach o zaměstnání apod. Různí autoři uvádějí různé vnější okolnosti stresu (například smrt partnera, živelné pohromy) anebo vnitřní okolnosti stresu (závažná choroba). Právě proto doposud neexistuje jednoznačná klasifikace zátěžových situací (HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ, 2013). Autor Mlčák (2011) správně poznamenává, že pokus charakterizovat psychickou zátěž musí narážet na problém výčtu zdrojů zátěžových situací ve své plnosti. Takto v procesu významnou roli hrají nejen objektivní vlastnosti vnějšího prostředí, ale právě i subjektivní hodnocení významu pro konkrétní osoby. Proto používá termín potenciální stresové situace, kterými naznačuje, že statisticky je v určitých stresových situacích zvýšená pravděpodobnost výskytu stresu, ale sami o sobě však nemusí zákonitě vést ke vzniku stresu u jednotlivců. Paulík (2010) doplňuje, že dalšími faktory, které mají vliv na to, že se z potenciální stresové situace stane reálná stresová situace, jsou: individuální osobnostní charakteristiky, nynější zkušenosti jedince se stresem, sociální opora a sociální status.

### 2.2.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ OVLÍVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

Dlouhodobé vystavení se stresoru může člověka natolik tělesně a psychicky vyčerpat, že lidský organismus je více náchylný k různým onemocněním, snižuje se jeho odolnost vůči

baktériím a virusům (ATKINSON, 2003). Únava je typickým projevem prožívání stresu, která v některých případech může přejít až v chronickou únavu. Jiným, velmi častým důsledkem stresu jsou poruchy spánku, jako například problémové zaspávání, lehký spánek a časté probouzení. V poslední době se dostává do popředí termín psychosomatika a psychosomatické poruchy. Jsou to tělesné poruchy, na podkladě kterých leží emoční stres a vlivy pracovního prostředí. Vznik těchto onemocnění se připisuje neadekvátní adaptační reakci organismu především na emoční stresory, které se objevují opakovaně, a při kterých se aktivuje organismus s metabolickou přípravou na akci. Tímto častým a nevhodným vyplavením hormonů, zdrojů energie a aktivací nervových impulzů může dojít k orgánovému poškození. Mezi psychosomatická onemocnění se řadí následující onemocnění:

- kardiovaskulární systém: ischemická choroba srdce, hypertenze;
- respirační systém: astma, dechová nedostatečnost, hyperventilace;
- gastrointestinální systém: gastroduodenální vředová choroba, návaly a zvracení, syndrom dráždivého střeva;
- kožné nemoci: exem, urtikaria;
- imunitní systém: snížená rezistence, zvýšená únava, letargie;
- urogenitální systém: časté nutkání na močení, impotence;
- endokrinní poruchy: některé případy obezity, diabetes mellitus, některé poruchy štítné žlázy (KŘIVOHLAVÝ, 2010); (HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ, 2013).

Velmi nepříjemným důsledkem nezvládnuté chronické psychické zátěže je syndrom vyhoření (burn-out syndrome). Jedná se o emocionální, psychické a fyzické vyčerpání, kterému předchází dlouhodobý proces důsledkem kterého je selhání osobních copingových zdrojů a strategií, při jehož vzniku stojí vlastní nároky a očekávání a také objektivní pracovní nároky. Je spojen s profesemi, které se vyznačují zmiňovanou vysokou pracovní náročností, neadekvátním ohodnocením a neustálým kontaktem s lidmi, tedy s „pomáhajícími profesemi“ (BARTOŠÍKOVÁ, 2006), (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2011).

## *2.2.2 ZÁVĚRY STUDIÍ ZABÝVAJÍCÍ SE STRESEM A SYNDROMEM VYHOŘENÍ U SESTER*

Realizované studie zabývající se stresem a psychickou zátěží sester dochází ke stejnému závěru, že stres je opravdovým negativním faktorem v práci všeobecných sester. Autorky Pavelková a Bužgová (2015) zkoumaly ve své studii syndrom vyhoření u zdravotnických

pracovníků v hospicové péči. Bylo osloveno 241 zdravotnických pracovníků pracujících v hospicové péči, z toho 139 všeobecných sester. Uvádějí, že za největším zdrojem stresu je administrativa, konfrontace s utrpením a časový tlak při práci. Z uvedených výsledků vyplývá, že míra vyhoření zdravotnických pracovníků v hospici je nízká.

V roce 2009 byly zveřejněny výsledky studie, která zkoumala stres v povolání psychiatrických sester. Cílem bylo zmapovat frekvenci a intenzitu působících pracovních stresorů a frekvenci, účinnost metod ke zvládnutí stresu u sester pracujících na psychiatrii a u sester pracujících v somatických oborech. Hlavním výsledkem šetření je skutečnost, že psychiatrické sestry jsou schopné se vypořádat s pracovním stresem lépe, nežli sestry ze somatických oddělení. Autoři vyhodnotili tuto skutečnost, že výsledek je zřejmě dán lepšími znalostmi duševní hygieny, relaxace, zásad správné komunikace a asertivní jednání u psychiatrických sester (JEČNÁ, HOSÁ, ČERMÁKOVÁ, 2009).

Milutinovič a kol. (2012) uvádějí výsledky své studie v Srbsku, jejímž cílem bylo identifikovat a analyzovat profesionální stresory, vyhodnotit úroveň stresu u sester v intenzivní péči (n=1000). Z výsledků vyplývá, že mezi vnímáním stresu v práci a psychosomatickým zdravím je úzká souvislost. Dále popisují, že vzhledem k trvalému růstu profesionálních stresorů je podstatné vytvoření pozitivního pracovního prostředí nezbytné pro pozitivní zdravotní výsledky, prevenci nemocí z povolání a lepší ochranu již nemocných sester.

### **Doporučení pro praxi**

- Solidarita a kolegiálnost na pracovišti.
- Dobrá organizace práce a management času.
- Podpora pozitivního klimatu na pracovišti.
- Vytvářet, rozvíjet a udržovat dobré personální vztahy na pracovišti.
- Vyvarovat se konfliktům na pracovišti.
- Empatický přístup ke svým spolupracovníkům, pacientům.
- Vzájemná důvěra v ošetrovatelském týmu.
- Využít strategie v prevenci stresu.
- Podílet se na preventivních opatřeních vzniku syndromu vyhoření.
- Motivace ošetrovatelského personálu.
- Posilovat sebevědomí.

## ZÁVĚR

Ošetrovatelství podléhá neustálým změnám v našich podmínkách, ať už legislativním, organizačním či procesním. Každá změna by podle předpokladu měla přinášet zlepšení, ale v současné době jsou sestry vystavovány tlaku a velkému množství stresujících faktorů. Všeobecně je práce sestry psychicky velmi náročná (OBROČNÍKOVÁ a kol., 2015).

V péči o psychické zdraví je velké pole působnosti, záleží na tom, které možnosti organizace využijí. Spolupráci s psychology či jinými odborníky je dobré navázat ve smyslu připravit programy k osvojení dovednosti jak předcházet stresu a dále vytvářet programy k nácviku relaxačních metod a osobnostnímu rozvoji. Pro spokojenost sester je dobré pravidelně pořádat neformální setkání, využít supervizi a umožnit vzájemnou výměnu zkušeností (FIALOVÁ, 2012).

Únava a stres z práce působí na všechny negativně, a pokud se k tomu dostaví i syndrom vyhoření, představuje to reálnou krizi, kterou je potřebné neodkladně řešit. Všeobecné sestry, které pracují s vysokým fyzickým a hlavně psychickým zatížením, by měly správně pracovat se svým volným časem tak, aby byly schopné eliminovat příznaky pracovního přetížení volno časovými aktivitami, jakými jsou například vycházky do přírody, výlety na kolech, využití fitness zařízení, domácí manuální práce a podobně. Zaměstnavatel by měl umožnit zdravotnickým pracovníkům zúčastnit se speciálních kurzů zaměřených na zvládání a prevenci stresu, syndromu vyhoření, zabezpečit motivující pracovní prostředí a zabezpečit benefity pro zaměstnance.

## LITERATURA

ATKINSON, Rita a kol. 2003. *Psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 80-7013-439-9.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana a kol., 2012. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vydání. V Praze: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-347-9.

FIALOVÁ, Ivana, 2012. *Zvládání zátěže*. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-118-3.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

JEČNÁ, Veronika, Ladislav, HOSÁK a Eva ČERMÁKOVÁ, 2009. stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a slovenská psychiatrie*. ISSN 1212-1383. 2009. 115 (3): 27-31.

KOMAČEKOVÁ, Dagmar, 2012. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatel'skej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry). *Prohuman* [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/print/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-pri-poskytovani-osetrovateľskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>. ISSN 1338-1415.

KOUBEK, Ladislav. 2013. *Psychologie v řízení lidských zdrojů*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6384-6.

MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2011. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Studijní texty. ISBN 978-80-7368-951-3.

MILUTOVIČ a kol., 2012. Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*. [online]. [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22728799>. 2012; 63:171-180. DOI: 10.2478/10004-1254-63-2012-2140.

OBROČNÍKOVÁ, Andrea a kol., 2015. Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. ISSN 2336-3517. 2015; 6 (4): 352-539.

PAULÍK, Karel. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

PAVELKOVÁ Helena, a Radka BUŽGOVÁ, 2015. Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. ISSN 2336-3517. 2015; 6 (1): 218-223.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Psychologie zdravotnické profese*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1. vydání. ISBN 978-80-7464-084-1.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-271-0062-0.

VESELÁ, Jana a KANIOKOVÁ VESELÁ, Petra. 2011. *Sociologické aspekty managementu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2792-9.

VYSKOTOVÁ, Jana, 2011. *Ergonomie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-836-3.

WAGNEROVÁ, Irena a kol., 2011. *Psychologie práce a organizace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3701-0.

ŽÍDKOVÁ, Zdeňka, 2014. *Psychologie práce*. In: *Hygiena práce*. 2. vydání. Praha: Sobotáles. s. 62. ISBN 978-80-86817-46-0.

## **KONTAKT**

**PhDr. Karolína Stuchlíková**

e-mail: [stuchlikovakarolina@seznam.cz](mailto:stuchlikovakarolina@seznam.cz)

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o., Bratislava  
Palackého č. 1, P. O. Box 104, 810 00 Bratislava, Slovenská republika

**PhDr. Jarmila Mészárosová**

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

**doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD., mim. prof.**

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita  
Bratislava, Slovenská republika

# REALIZÁCIA PRINCÍPOV BOBATH KONCEPTU V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA PO NÁHLEJ CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

POLHORSKÁ, M., GREŽĎOVÁ, I.

## Abstrakt

Bobath koncept, podobne ako ošetrovatel'stvo, chápe pacienta po cievnej mozgovej príhode v celej jeho bio-psycho-sociálnej komplexnosti. Cieľom výskumu bolo zistiť úroveň vedomostí a zručností o Bobath koncepte v ošetrovateľskej starostlivosti v súbore 137 sestier použitím dotazníka vlastnej konštrukcie. Analýzou Pearsonovho  $\chi^2$  – kvadrát testu na hladine významnosti 5 % sme identifikovali, že existuje závislosť medzi úrovňou vzdelania sestier a ich vedomosťou o Bobath koncepte v ošetrovateľskej starostlivosti, medzi vzdelaním a vedomosťou sestier a ich záujmom získať a prehĺbiť vedomosti o princípoch konceptu, medzi úrovňou vzdelania a vedomosťou sestier a realizáciou intervencií v rámci Bobath konceptu. Výsledky ukázali, že je potrebné implementovať Bobath koncept do klinickej ošetrovateľskej praxe v starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode, je potrebné realizovať ďalší výskum v tejto problematike, vzdelávaním sestier dosiahnuť, aby sa základné princípy konceptu stali súčinnou ošetrovateľskou intervenciou v starostlivosti o týchto pacientov.

## Kľúčové slová

Náhla cievna mozgova príhoda, Bobath koncept. ošetrovateľská starostlivosť

## ÚVOD

Cerebrovaskulárne ochorenia sú závažným sociálnym, ekonomickým, zdravotníckym, ošetrovateľským, fyzioterapeutickým a ľudským problémom. Ako príčina smrti sa cievna mozgová príhoda (CMP) posunula celosvetovo z tretieho miesta na druhé, predovšetkým v Európe a v USA, je hlavnou príčinou fyzickej invalidity u dospelých nad 65 rokov.

Takmer jedna tretina chorých s cerebrovaskulárnym ochorením zomiera do jedného roka, približne 50 % pacientov, ktorí prežijú, má trvalý neurologický deficit a viac ako 25 % je odkázaných na dlhodobú starostlivosť v rôznych sociálnych a zdravotníckych zariadeniach

alebo v rodine (Kalvach, 2010). V Slovenskej republike sa výskyt cievnych mozgových príhod odhaduje na 300-600 osôb na 100 000 obyvateľov/rok. Stúpa s vekom, ale zvyšuje sa aj v nižších vekových skupinách pred 45 rokom života (Brozman, 2007).

Slovensko sa prihlásilo k prijatiu a plneniu piatich cieľov druhej Helsinborskej konferencie v roku 2006 (v spolupráci s Európskym úradom Svetovej zdravotníckej organizácie - WHO) o Európskej stratégii v starostlivosti o pacientov s cievnu mozgovou príhodou. Kjellström et al. (2006) uvádza jednotlivé ciele nasledovne: Organizácia poskytovania starostlivosti o pacientov s CMP, Manažment akútnej cievnej mozgovej príhody, Prevencia, Rehabilitácia po cievnej mozgovej príhode, Vyhodnotenie výsledkov a hodnotenie kvality. Podobne Nathenson (2012) poukazuje na komponenty holistického prístupu v podpore a udržaní funkčnej sebestačnosti, ktoré sú kompatibilné a synergické s princípmi fyzioterapeutickej a ošetrovateľskej starostlivosti. Ako uvádza Panturin (2001), lektorka IBITA (International Bobath Instructors Training Association), úlohou ošetrovateľských a fyzioterapeutických intervencií je optimalizácia všetkých funkcií jedinca po náhlej cievnej mozgovej príhode s cieľom umožniť mu účasť na každodennom živote. Odborná zahraničná a domáca literatúra uvádza nevyhnutnú potrebu multidisciplinárnej starostlivosti, vrátane ošetrovateľských a fyzioterapeutických intervencií, v celom kontinuu holistickej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode vzhľadom na fyzické, psychické, kognitívne, emocionálne a sociálne následky postihnutia (Kirkevold, 2010, Laurenčíková, 2007; Levin, Panturin, 2011; Nathenson, 2012). V praxi to znamená, že každý člen multidisciplinárneho terapeutického tímu by mal poznať princípy 24 hodinovej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode, poznať jeho špeciálne problémy a aktuálne potreby, navzájom spolupracovať a komunikovať. To predpokladá, že realizovaním holistických princípov Bobath konceptu v starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode sestra a fyzioterapeut rovnako pochopia jeho špeciálne ošetrovateľské a fyzioterapeutické problémy.

Východiská Bobath konceptu tvoria najmä neurofyziologické teórie o plasticite mozgu, teória učenia a systémový model, ktorý predstavuje holistický prístup k pacientovi po náhlej cievnej mozgovej príhode. Bobath koncept holisticky vníma pacienta v celej jeho komplexnosti, od jeho polohy, cez sebaobslužnosť, reakcie na podnety, psychické prežívanie až po jeho učenie. Koncept je dynamický, postupne zvyšujúci náročnosť, kladie veľký dôraz na individuálne aktuálne potreby a aktívny prístup pacienta k liečbe. Zapája do činnosti celé telo chorého, vrátane vnímania, poznávania, pohybového učenia, psychických funkcií a motivácie. Ďalším znakom je zameranosť na definovaný cieľ, ktorý je pre pacienta reálny (task oriented

approach) a hľadanie riešenia a cesty, ako cieľ dosiahnuť (problem solving approach). Všetky tieto zložky by sa mali stať súčasťou komplexnej ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti o pacienta po náhlej cievnej mozgovej príhode.

Cieľom holistickej a zároveň individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode by mala byť jeho maximálne možná nezávislosť a sebestačnosť, splnenie fyzických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb pacienta. Realizáciou princípov Bobathovej konceptu v procese postupného zotavovania pacienta s cievnu mozgovou príhodou sa dosiahne zmiernenie či odstránenie funkčných obmedzení, zmiernenie či odstránenie sekundárnych zmien sprevádzajúcich ochorenie, reedukácia postihnutých funkcií, obnova telesnej zdatnosti na úroveň potrebnú pre optimálnu kvalitu života, zlepšenie kvality života, zlepšenie sebestačnosti a nezávislosti, skrátenie potreby nemocničnej starostlivosti, zlepšenie úrovne sociálnej reintegrácie, readaptácia pacienta na jeho vlastný ekosystém, zapojenie rodiny a ďalších podporných osôb do procesu uzdravovania pacienta.

Medzi základné charakteristiky konceptu patrí požiadavka 24 hodinovej starostlivosti o pacienta prostredníctvom multidisciplinárneho tímu, ktorého centrom je samotný pacient a jeho rodina, súčasťou je lekár (takmer všetky odbory), sestra, fyzioterapeut, logopéd, psychológ, ergoterapeut, zdravotnícky asistent, sociálny pracovník, asistent výživy (Tarasová et al., 2008).

Proces uzdravovania pacienta ovplyvňuje aj čas, v praxi to znamená neprerušované liečebné pôsobenie od polohovania v akútnom štádiu až po terapiu v chronickom štádiu. Pokiaľ bude na pacienta pôsobiť iba fyzioterapeut a iba vo vyhradenom čase, proces uzdravovania nebude dostatočný a plasticita mozgu pacienta bude nevyužitá. Každý člen multidisciplinárneho tímu by mal poznať princípy celodennej starostlivosti o pacienta po CMP, poznať a vážiť si prácu ostatných spolupracovníkov, poznať špeciálne problémy a aktuálne potreby pacienta, pozerat' sa na ne rovnakými očami, spolupracovať a komunikovať navzájom.

Fyzioterapeut a sestra by mali spoločne vyhodnotiť, čo pacient urobiť nedokáže, čo dokáže a akým spôsobom to dokáže, predovšetkým nájsť, získať a rozvinúť potenciál postihnutej strany tela. Hodnotenie polohových a pohybových vzorcov pacienta poskytuje informácie o jeho funkčných schopnostiach. Podstatné je zhodnotiť nielen pohybové vzorce, ktoré pacient potrebuje pre špecifické funkčné zručnosti, ale aj jeho patologické vzorce, ktoré ich narušujú. Pre ucelený prístup k pacientovi po náhlej cievnej mozgovej príhode je dôležité,

aby fyzioterapeut a sestra identifikovali všetky jeho aktuálne problémy a podľa toho priebežne prispôbovali liečebné intervencie v rámci konceptu.

Spolupráca fyzioterapeut – sestra a naopak je teda nielen želateľná, ale aj veľmi dôležitá. Mnohé problémy sú u hemiplegických pacientov rovnaké, stupeň a spôsob postihnutia je rôzny. Každý pacient po náhlej cievnej mozgovej príhode má rozdielne individuálne problémy vzhľadom aj na jeho vek, sensorický deficit, duševný a emocionálny stav. Polohová a pohybová manipulácia sestry s pacientom by sa nemala odlišovať od spôsobu, akým s ním zaobchádza fyzioterapeut.

V praxi to znamená realizovať adekvátny handling a polohovanie ako súčinnú intervenciu sestry a fyzioterapeuta.

Výsledok komplexnej multidisciplinárnej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode závisí od veľa faktorov. Je to predovšetkým rozsah, lokalizácia a typ poškodenia mozgu pacienta. Vyšší vek pacienta, pridružené zdravotné, psychické a sociálne problémy môžu spomaliť proces uzdravovania. Motivácia pacienta a jeho rodiny k uzdraveniu, podpora, trpezlivosť a povzbudenie od členov rodiny, priateľov, spolupracovníkov a ďalších podporných osôb môže len pozitívne ovplyvniť prístup pacientov k liečbe.

Výrazný vplyv na reintegráciu pacienta po náhlej cievnej mozgovej príhode má kvalita poskytovanej starostlivosti na cerebrálnych jednotkách, kvalita poskytovanej ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti, jej zameranie na prevenciu a liečbu komplikácií, jej zahájenie od prvých hodín a dní po vzniku cievnej mozgovej príhody, s využitím a stimulovaním zachovaných schopností pacienta s hemiparézou (hemiplégiou), realizácia holistických princípov Bobath konceptu v ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti, spolupráca členov multidisciplinárneho tímu v prospech nezávislosti pacienta po cievnej mozgovej príhode.

## **Cieľ**

Cieľom skúmania bolo identifikovať a objektivizovať úroveň vedomostí a praktických zručností sestier v rámci realizácie Bobath konceptu a jeho využitia v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po náhlej cievnej mozgovej príhode.

## Súbor

Sledovaný súbor respondentov tvorilo 137 sestier (návratnosť 97,85 % z celkového počtu 140 distribuovaných dotazníkov). Do výskumu boli zaradení respondenti spĺňajúci vopred určené inkluzívne kritériá: aktívna ošetrovateľská prax na lôžkovej ošetrovacej jednotke, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode, ochota respondenta spolupracovať. Z demografických údajov vyplývalo, že v intervale 20-29 rokov bolo 11 sestier, 55 respondentov bolo vo vekovom intervale od 30 do 39 rokov, v intervale 40-49 rokov bolo 57 sestier, vekové rozpätie 50 a viac rokov malo 14 sestier. Pohlavie sestier bolo 100 % ženy. Sestry so stredoškolským vzdelaním (SŠ) a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou (PŠŠ) tvorili spolu takmer ½ z celkového počtu respondentov (absolútny počet n=65 sestier). Vyššie odborné vzdelanie (VOV) uviedlo n=41 sestier a vysokoškolské vzdelanie (VŠ) n=31 sestier. Najviac dotazovaných sestier (absolútny počet n=81) pracovalo na neurologickom oddelení, na geriatrickom oddelení n=20 respondentov, na oddelení pre dlhodobo chorých n=13 sestier, na neurologickej jednotke intenzívnej starostlivosti n=10 sestier, na rehabilitačnom oddelení n=4 sestry a na internom oddelení s 2 neurologickými lôžkami n=3 sestry. Do súboru respondentov bolo zaradených aj 6 sestier, ktoré pracovali v Agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť pacientom po cievnej mozgovej príhode v domácom prostredí. Priemerná dĺžka odbornej praxe sestier bola 20,91 rokov, intervalové minimum boli 3 roky a intervalové maximum bolo 35 rokov aktívnej ošetrovateľskej praxe.

## Metodika

Vzhľadom na charakter zisťovaných informácií (názory a postoje sestier) bola použitá dotazníková metóda. Údaje boli zbierané podľa etických štandardov zberu údajov vo výskume. Sestry, spĺňajúce kritériá na zapojenie do výskumu, boli požiadané o spoluprácu a informované o povahe a celi výskumu v kontaktno-motivačnom úvode dotazníka. Účasť participantov vo výskume bola anonymná a dobrovoľná – za prejav súhlasu so zapojením do výskumu sme považovali vyplnenie a odovzdanie dotazníka. Dotazník obsahoval 33 položiek, po obsahovej stránke bola konštrukciu dotazníka rozdelená do troch skupín položiek. Do úvodu boli zaradené štruktúrované položky na zistenie postojov sestier k spolupráci s fyzioterapeutmi, k vlastnému posúdeniu vedomostí o Bobath koncepte, k získaniu vedomostí o Bobath koncepte. Jadro dotazníka tvorili štruktúrované položky týkajúce sa praktickej realizácii činností sestry podľa princípov Bobath konceptu a zisťovania vedomostí o základných princípoch Bobath konceptu

v ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode. Kategorizačné položky boli zaradené na záver dotazníka. V snahe minimalizovať problematickú konceptualizáciu a operacionalizáciu vedomostí, názorov a postojov v empirickom výskume, boli použité trichotomické, polytomické položky, 4- stupňová škála na posúdenie výskytu jednotlivých činností sestier v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode (veľmi často realizujem-často realizujem-zriedka realizujem-nerealizujem). Na štatistické spracovanie a vyhodnotenie dát sa použili štatistické metódy, z deskriptívnej štatistiky absolútna (n) a relatívna (%) početnosť. Na zistenie štatistickej závislosti medzi stupňom vzdelania sestier, dĺžkou odbornej praxe, hodnotením vedomostí sestier o Bobath koncepte a praktickou realizáciou Bobath konceptu v starostlivosti sestier o pacientov po cievnej mozgovej príhode bola použitá metóda dvojrozmernej deskriptívnej štatistiky Pearsonov chí-kvadrát test. Štatistická analýza bola zrealizovaná pomocou programu R 2.14.1 (R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/> na hladine významnosti 5 % ( $p < 0,05$ ).

## Výsledky

V súbore sestier bola zistená významná závislosť vedomostí sestier o Bobath koncepte vzhľadom na úroveň ich vzdelania,  $p=0,0015$ . Zistilo sa, že 70,76 % sestier so stredoškolským vzdelaním a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou označilo v dotazníku odpoveď, že nemá vedomosť o Bobath koncepte. V súbore sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním uvádzalo nevedomosť o Bobath koncepte 38,88 % sestier z celkového počtu sestier v tejto skupine a 61,12 % odpovedalo, že poznajú princípy Bobath konceptu v ošetrovateľskej starostlivosti.

Zistila sa štatistickú preukázateľnosť vzájomnej závislosti vzdelania sestier a ich záujmu mať vedomosti o Bobath koncepte,  $p=0,0040$ . Zo zistených údajov vyplýva, že o ďalšie vzdelávanie v Bobath koncepte malo záujem 85,56 % sestier s VOV a VŠ vzdelaním. V súbore respondentov so stredoškolským vzdelaním a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou záujem uviedlo 59,67 % sestier a nevedelo sa vyjadriť 41,53 % sestier.

Identifikovali sme významné rozdiely v realizácii činností sestier v závislosti na stupeň ich vzdelania a vzhľadom na vedomosť sestier o základných princípoch Bobath konceptu v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode. Štatistickú závislosť medzi realizáciou činností sestier a dĺžkou ich praxe nebola potvrdená (viď. Tab 1).

V Tabuľke 1 sú uvedené p-hodnoty chí-kvadrát testov jednotlivých činností sestry, ktoré sú súčasťou Bobath konceptu, v závislosti na stupeň vzdelania, vedomosť o BK, dĺžku odbornej praxe. Medzi dotazníkové činnosti 1-17 boli zaradené aj činnosti, ktoré priamo nesúvisia s konceptom, ale sestry ich vykonávajú v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode (položky 2, 8, 9, 10, 17). V položke 5 sme zisťovali, či sestry realizujú v starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode činnosť, ktorá sa podľa princípov Bobath konceptu neodporúča realizovať v komplexnej starostlivosti o pacienta po náhlej cievnej mozgovej príhode. V súbore boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely v realizácii činností sestier v závislosti na stupeň ich vzdelania v položkách dotazníka 1, 2, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17. V položkách 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 je štatistická preukázateľnosť v realizácii činností sestier vzhľadom na vedomosť respondentov o základných princípoch Bobath konceptu v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode (viď. Tabuľka 1).

**Tabuľka 1** P-hodnoty Chí-kvadrát testov realizácie činností sestry podľa princípov Bobath konceptu v ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti na nezávisle premenné – vzdelanie, dĺžka praxe, hodnotenie vedomostí o Bobath koncepte (BK)

Činnosti sestry	Vzdelanie sestier p-hodnota	Dĺžka praxe sestier p-hodnota	Vedomosť o BK p-hodnota
1. Umiestnenie nemocničného stolíka	0,0010	0,4368	0,0005
2. Komunikácia s pacientom	0,0005	0,0540	0,0005
3. Polohovanie na prevenciu kontraktúr	0,3833	0,1274	0,0005
4. Polohovanie na prevenciu spasticity	0,1534	0,9625	0,0005
5. Nácvik používania hrazdičky	0,0715	0,2799	0,0215
6. Asistencia pri aktívnom pohybe	0,0355	0,1174	0,0250
7. Nácvik sebaobsluhy pacienta postihnutou stranou	0,5152	0,6717	0,0005
8. Zamestnávanie pacienta	0,3123	0,8706	0,0220
9. Získavanie informácií od fyzioterapeuta	0,0120	0,6057	0,0005
10. Edukácia pacienta o správnom pohybe	0,0145	0,3298	0,0225
11. Zmena polohy pacienta	0,0085	0,1214	0,0010
12. Polohovanie na postihnutej strane	0,1944	0,1385	0,0005
13. Polohovanie na zdravej strane	0,0510	0,6212	0,0010
14. Sed pri stole	0,0220	0,6062	0,0010
15. Chôdza s pacientom	0,0220	0,3028	0,0190
16. Realizácia OŠE činností	0,0005	0,7751	0,0005
17. Aplikácia injekcií	0,0005	0,0155	0,0010

Zisťovali sme, či sestry stimulujú postihnutú stranu tela pacienta jednoduchými činnosťami ako je umiestnenie nemocničného stolíka, zvolenie správnej strany vzhľadom na postihnutie pacienta pri komunikácii s pacientom, pri chôdzi s pacientom, pri realizácii ošetrovateľských intervencií. Komparáciou relatívnych početností odpovedí respondentov sa zistilo, že väčší počet sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním volí správnu stranu tela pacienta pri umiestňovaní predmetov (napr. nemocničný stolík) v porovnaní so sestrami so stredoškolským vzdelaním a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou.

Analýza odpovedí sestier potvrdila, že 48,30 % sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním komunikuje s pacientom na správnej strane, na strane postihnutia. Viac ako polovica sestier so stredoškolským vzdelaním a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou (70,38 %) nepokladá za dôležité, na ktorej strane komunikujú s pacientom po cievnej mozgovej príhode. Zistilo sa, že 95,22 % sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním asistuje pacientovi po cievnej mozgovej príhode pri chôdzi na postihnutej strane. Sestry so stredoškolským vzdelaním a vzdelaním so špecializáciou uviedli túto odpoveď v 73,44 %.

Analýzou výsledkov sa zistilo, že viac ako polovica sestier s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním uviedlo realizáciu ošetrovateľských činností zo strany postihnutia pacienta a iba 12,24 % sestier so stredoškolským vzdelaním a vzdelaním so špecializáciou odpovedalo, že ošetrovateľské činnosti realizujú zo strany postihnutia a 56,61 % respondentov s týmto vzdelaním uviedlo, že nie je dôležité, z ktorej strany realizujú ošetrovateľské činnosti.

V súbore respondentov s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním 81,42 % sestier uviedlo, že pacientovi po cievnej mozgovej príhode aplikujú injekcie alebo infúzie do zdravej končatiny, čo je v súlade so zásadami konceptu. V skupine respondentov so stredoškolským vzdelaním a so špecializáciou zvolilo túto odpoveď 47,43 % sestier. Odpoveď, že nie je dôležité, do ktorej končatiny aplikujú injekcie alebo infúzie, uviedlo v súbore sestier so stredoškolským vzdelaním a stredoškolským vzdelaním so špecializáciou 50,49 % respondentov. Analýzou výsledkov sa zistilo ( $p=0,0010$ ), že 83,74 % sestier s vedomosťou princípov Bobath konceptu uviedlo aplikáciu injekcií alebo infúzií do zdravej končatiny pacienta po cievnej mozgovej príhode. Sestry bez vedomosti konceptu uviedli túto možnosť v 49,95 % odpovediach. V súbore bez vedomosti konceptu 44,55 % sestier nepokladá stranu aplikácie za dôležitú.

Podľa princípov Bobath konceptu by sa poloha pacienta s hemiparézou až hemiplégiou mala meniť každých 40 minút, túto odpoveď respondenti neuviedli ani v jednom prípade. Sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním v 71,76 % uviedli odpoveď, že menia polohu pacienta každé 2 hodiny, v skupine sestier so stredoškolským vzdelaním a vzdelaním so špecializáciou to bolo 42,84 % odpovedí. Odpoveď - vtedy, keď mám čas - zvolilo 15,30 % respondentov so stredoškolským vzdelaním a vzdelaním so špecializáciou a 4,14 % s vyšším odborným a vysokoškolským vzdelaním.

Prevenčia spasticity a kontraktúr u pacienta po cievnej mozgovej príhode patrí k základným kompetenciám sestry. Porovnávaním relatívnych početností sa zistilo, že 60,04 % sestier s vedomosťou o BK realizuje polohovanie pacienta na prevenciu kontraktúr často. Bez vedomosti o Bobath koncepte až 64,80 % sestier uviedlo, že realizujú polohovanie pacienta na prevenciu kontraktúr zriedka. Ďalej sa zistilo, že 16,20 % sestier bez vedomosti BK nerealizuje polohovanie na prevenciu spasticity a túto intervenciu zriedka realizuje 67,50 % sestier, to znamená, že neriešia základný problém pacienta. Viac ako polovica sestier s vedomosťou konceptu odpovedalo, že preventívne antispastické polohovanie realizujú často a veľmi často.

Realizácia nácviku používania hrazdičky pri pohybe pacienta nie je v súlade s princípmi Bobathovej konceptu. Ak túto intervenciu sestry realizujú, zvyšujú u pacienta spasticitu a tým aj jeho neschopnosť riadiť vôľový pohyb. Analýzou relatívnych početností sa zistilo, že 31,60 % sestier s vedomosťou BK realizujú nácvik používania hrazdičky veľmi často.

## **Diskusia**

Na základe zistených výsledkov môžeme konštatovať, že sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom po náhlej cievnej mozgovej príhode by mali mať vedomosť o princípoch a realizácii Bobath konceptu v klinickej praxi. Emanuelová et Crossová (2012) uvádzajú, že aj keď sestry majú najlepšie predpoklady na uspokojovanie potrieb pacientov po cievnej mozgovej príhode, dôkazy naznačujú, že na túto úlohu nie sú dostatočne pripravené. Jednou z príčin uvedeného stavu je nepoznanie alebo nepochopenie významu a benefitov, ktoré má aplikácia konceptu v ošetrovateľskej praxi pre sestru a pacienta. Sama Bobathová (1997) zdôrazňuje, že koncept má význam pre sestru a všetkých členov multidisciplinárneho terapeutického tímu, podporuje vzájomnú spoluprácu podľa princípov konceptu, ktoré sú súčasťou celodenného režimu pacienta a 24 hodinovej starostlivosti o neho.

Bobath koncept je výhodný aj z ekonomického hľadiska. Podľa Friedhof et Schieberle (2007), správny handling a manipulácia s pacientom znižuje počet ošetrojúceho personálu, sestry šetrí čas a fyzické sily. Aplikácia konceptu je šetrná ku chrbtici sestry, pretože s telom pacienta sa nepohybuje ako s celkom, ale vo fyziologických segmentoch. Z toho vyplýva, že väčšiu pozornosť je potrebné venovať teoretickému a najmä praktickému vzdelávaniu sestier v tejto oblasti, čo nám potvrdili aj výsledky výskumu.

Výsledky, ktoré sme zistili v položkách o polohovaní pacienta po cievnej mozgovej príhode, nie sú pozitívne. Jednou z príčin uvedeného stavu je zaužívaný stereotyp práce sestier, nerozlišovanie individuálnych potrieb pacientov po cievnej mozgovej príhode, slabá úroveň vedomostí o koncepte a hlavne jeho významu pre pacienta. Viacerí autori považujú polohovanie pacienta po cievnej mozgovej príhode za dôležitú časť ošetrovateľskej starostlivosti (Bobathová, 1997; Friedlová, 2003; Gúth, 2004; Lay, 2007; Slezáková, 2006). Podľa Koláča (2009) je polohovanie pacienta po cievnej mozgovej príhode dôležitou súčasťou rehabilitačného ošetrovateľstva, a to ako prevencia vzniku muskuloskeletálnych deformít, prevencia vzniku dekubitov, prevencia obehových problémov, rozvoj fyziologických informácií pre CNS, podpora poznávania a uvedomovania si postihnutej strany.

Vo svojej výskumnej štúdií Hafsteinsdottir et Grypdonck (2004) konštatovali, že Bobath koncept je najčastejšie používaný princíp v ošetrovaní pacientov po cievnej mozgovej príhode v západných krajinách, aj napriek nedostatku dôkazov o jeho účinnosti. Cieľom ich výskumu bolo overiť a merať kompetencie sestier v ošetrovaní pacientov po cievnej mozgovej príhode podľa princípov konceptu (napr. polohovanie). Ich štúdiá ukazujú, že sestry, pracujúce v nemocniciach, kde je koncept implementovaný, majú vedomosti a zručnosti realizovať ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov po cievnej mozgovej príhode podľa princípov Bobath konceptu.

## **Záver**

Empirické výsledky nášho výskumu nám otvorili nové otázky a pomohli identifikovať nasledujúce závery a odporúčania: implementovať princípy Bobath konceptu do komplexnej klinickej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode, realizovať výskum zameraný na zisťovanie účinnosti Bobath konceptu v ošetrovateľskej a fyzioterapeutickej starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode, rozšíriť takto obsahovo zameraný výskum o ďalšie výskumné problémy – komparácia s tradičnou ošetrovateľskou starostlivosťou, spolupráca sestier a fyzioterapeutov, multidisciplinárny

prístup k pacientovi po cievnej mozgovej príhode, prevencia komplikácií u pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Podobne, ako mnohí autori (Geets et al., 2011; Goulding, 2004; Nathenson, 2012; Seneviratne et Reimer, 2004), sme chceli vyzdvihnúť úlohu sestry v realizácii Bobath konceptu v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode a zdôrazniť potrebu uplatnenia princípov multidisciplinárnej starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode. Aj podľa cieľov Európskej stratégie v starostlivosti o pacientov s cievnu mozgovou príhodou (Kjellström et al., 2006) všetci členovia multidisciplinárneho tímu potrebujú poznať základné znaky starostlivosti o pacienta po cievnej mozgovej príhode a pochopiť kľúčové aktivity všetkých členov tímu tak, aby bola dodržaná kontinuita a kvalita starostlivosti o pacienta s cievnu mozgovou príhodou.

## LITERATURA

BOBATHOVÁ, B. 1997. Hemiplégia dospelých. 1. slov. vyd. Bratislava: Liečreh Gúth, 1997. 177 s. ISBN 80-967383-4-8.

BROZMAN, M. 2007. Cerebrovaskulárne ochorenia v ambulancii praktického lekára. In *Via practica*. 10, s. 459–464. ISSN 1336-4790.

EMANUEL, V. - CROSS, V. 2012. Using vignettes to teach stroke care. In *Nursing Times*. [online]. 2012, 108(9), p. 20-22. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22479769>. ISSN 0954-7762.

FRIEDHOF, M. – SCHIEBERLE, D. 2007. *Praxis des Bobath Konzepts. Grundlagen-Handlings-Fallkeispiele*. Verlag: Thieme, Stuttgart, 2007, 216 s. ISBN 978-3-13-142781-6.

FRIEDLOVÁ, K. 2003. Bobathův koncept v ošetrovateľskej praxi (časť 1.). In *Sestra*, 2003, 13, č. 6, s. 19. ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, K. 2003. Bobathův koncept v ošetrovateľskej praxi (časť 2.). In *Sestra*, 2003, 13, č.7/8, s. 25-26. ISSN 1210-0404.

GEETS, E. et al. 2011. Nursing care in a rehabilitation department. In Soins. [online]. 2011 Jul-Aug, p. 32-4. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1945934>. ISSN 1558-1357.

GOULDING, R. et al. 2004. Caring for patients with hemiplegia in an arm following a stroke. In British Journal of Nursing. [online]. 2004, 13, 9, p. 534-9. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15215730>.

GÚTH, A. 2004. Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava: LiečReh Gúth 2004, 468 s. ISBN 80-88932-16-5.

HAFSTEINSDÓTTIR, T. B. - GRYPDONCK, M. 2004. NDT Competence of Nurses Caring for Patients with Stroke. In Journal of Neuroscience Nursing. [online]. 2004, 36(5), p. 289-294. Dostupné na internete: <http://journals.lww.com/jnnonline/pages/default.aspx>. ISSN 1945-2810.

KALVACH, P. et al. 2010. Mozkové ischemie a hemoragie. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

KIRKEVOLD, M. 2010. The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. In Advances Nursing Science. [online]. 2010, 33, 1, p. 27-40. Dostupné na internete: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20154522](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20154522). ISSN 1550-5014

KJELLSTRÖM, T. Et al. 2006. World Health Organization Regional Office for Europe. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. [online]. Dostupné na internete: <http://www.euro.who.int/en/home>.

KOLÁŘ, P. et al. 2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

LAURENČÍKOVÁ, E. 2007. Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. In Diagnóza v ošetrovatelství, 2007, 2, s. 66-67. ISSN 1801-1349.

LAY, R. 2007. Was gibt es Neues im Bobath-Konzept? In Die Schwester. Der Pflege. 2007, 46, 06/07, s. 488-494. ISSN 0340-5303.

LEVIN, M. - PANTURIN, E. 2011. Sensorimotor integration for functional recovery and the Bobath approach. In Motor Control. [online]. 2011, 15, 2, p. 285-301. Dostupné na internete: <http://journals.humankinetics.com/mc>. ISSN 1543-2696.

LUDVOVÁ, J. 2011. Sledování funkční nezávislosti u pacientu po akútní cévní mozkové příhodě: diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita, LF, 2011, 116 s. [online]. Dostupné na internete: [http://is.muni.cz/th/175776/lf\\_m/](http://is.muni.cz/th/175776/lf_m/).

NATHENSON, P. 2012. Application of Holistic Nursing in the Rehabilitation Setting. In Rehabilitation Nursing. [online]. 2012, 37, 3, p. 114-118. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/RNJ.00028/full>. ISSN 2048-7940.

PANTURIN, E. 2001. The Bobath concept. In Clinical Rehabilitation. [online]. 2001, 15, p. 111–113. Dostupné na internete: <http://cre.sagepub.com/content/15/6.toc>. ISSN 1477-0873.

SENEVIRATNE C. - REIMER M. 2004. Neurodevelopmental treatment stroke rehabilitation: a critique and extension for neuroscience nursing practice. In AXON. [on line]. 2004, 26, 2, p.13-20. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663315>. ISSN 0834-7824.

SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. Neurologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 80-8063-218-9.

TARASOVÁ, M. et al. 2008. Effectiveness of Physiotherapy in acute phase of stroke. In Scripta medica. [on line]. 2008, 81, 3, p. 185-194. Dostupné na internete: <http://www.med.muni.cz/biomedjournal/2008/2008-3.html>.

**KONTAKT:**

**PhDr. Polhorská Miriam, PhD.**

e-mail: [miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

**PhDr. Grežd'ová Iveta, PhD.**

e-mail: [iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

**USL a LE LFUK Bratislava**

Špitálska 24, 813 72 Bratislava, Slovenská republika

# PSYCHOHYGIENA A ZDRAVOTNÍCKY PRACOVNÍK

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.

## Abstrakt

Potreba psychohygieny je stále aktuálnou a v dnešnej dobe naliehavou témou. Je určená pre všetkých jednotlivcov bez ohľadu na vek, národnosť, vzdelanie či profesiu, ktorej sa venujú. Psychohygienu by mala byť každodennou súčasťou života a predstavovať tak účinnú prevenciu civilizačných ochorení. Cieľom príspevku je poukázať na význam a princípy psychohygieny pre každého jednotlivca, najmä však zdravotníckeho pracovníka.

## Kľúčové slová

Psychohygienu, duševná hygiena, civilizačné ochorenia, prevencia a prostriedky duševného zdravia

## ÚVOD

Duševná hygiena je interdisciplinárny odbor zahŕňajúci praktické záležitosti života jednotlivca so zameraním na uchovávanie si fyzického a duševného zdravia aj napriek nepriaznivým dopadom prostredia či iným podnetom a situáciám. Duševnú hygienu možno chápať v užšom alebo širšom zmysle a zdôrazňovať v nej viac fyziologické alebo naopak hlbšie filozofické súvislosti. V rámci širšieho chápania pojmu sa duševná hygiena spája so socializáciou jednotlivcov, ktorá môže predstavovať významný zdroj alebo limit jeho optimálneho uplatnenia v živote (Bedrnová, 2009).

Potreba psychohygieny je stále aktuálnejšou. Zásadnou príčinou je hektickosť doby a stúpajúce nároky na človeka. Základ slova tvorí hygiena. Hygiena je lekárskeho odboru zaoberajúci sa vplyvmi pôsobiacimi na zdravie človeka. Osobná ale aj mentálna hygiena je dôležitým atribútom v živote ľudí ale aj celej spoločnosti, je preto potrebné prehlbovať jej priaznivé návyky. Zdravý jedinec dbá o svoj zovňajšok, fyzické zdravie ale neopomína ani zdravie psychické. V otázkach hygieny platí známe heslo v zdravom tele, zdravý duch (Křivohlavý 2013).

Psychohygienu napokon predstavuje spôsoby ako žiť plnohodnotný život pomocou starostlivosti o duševné a fyzické zdravie. Kombinuje fyzickú aktivitu, dôraz na správne

stravovanie, vedomú relaxáciu spolu s prácou na sebarozvoji, sebvzdelávaní a efektívnom riadení a plánovaní denných aktivít metódou time- managementu. Cieľom psychohygieny je duševne aj fyzicky zdravý a aktívny jedinec, schopný zvládať požiadavky života a správne sa vyrovnávať so stresom.

Psychohygienu nie je určená len pre ľudí, ktorí nezvládajú požiadavky života ale aj pre zdravých ľudí ako prevencia pred mnohými fyzickými aj psychickými ochoreniami. Je určená pre všetkých jedincov bez ohľadu na vek, národnosť, vzdelanie či povolanie, ktorému sa venujú. Psychohygienu by mala byť každodennou súčasťou života a predstavovať tak účinnú prevenciu civilizačných ochorení ako je obezita, cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, depresia, schizofrénia a iné poruchy. Ľuďom poskytuje návod na zdravý spôsob života, posilňuje ich duševné a telesné zdravie, ale aj ich sebazpoznanie, sebavedomie a pocity spokojnosti. Je prevenciou pred mnohými psychosomatickými a duševnými ochoreniami. Podľa viacerých odborníkov je úloha psychohygieny v prevencii somatických a psychických chorôb nepopierateľná. Duševne zdravý a vyrovnaný človek je odolnejší proti telesným chorobám a najmenej jedna tretina všetkých somatických chorôb vzniká primárne poruchou duševnej rovnováhy (Ďurdiak, 2010).

V problematike rozpracovania oblasti psychohygieny v odbornej literatúre a vedeckého záujmu uvádza Gáborová (2008, s.6) „ V poslednom období možno badať zvýšenie záujmu o uvedenú problematiku ako z vedeckého hľadiska, tak aj u bežnej populácie. Vedci zisťujú a popisujú procesy a javy, ktoré sa podieľajú na vzniku, priebehu a zvládaní stresu a záťaže. Táto problematika sa stáva aktuálnou hlavne od osemdesiatych rokov 20. Storočia a na svojom význame nestratila dodnes. V súčasnosti sa v problematike stresu a záťaže preferuje hlavne koncepcia copingu (zvládania).“

## **1 PSYCHOHYGIENA A CIVILIZAČNÉ OCHORENIA**

Psychohygienu predstavuje významný prostriedok v prevencii civilizačných ochorení a duševných problémov jedincov vyplývajúcich zo stresujúceho spôsobu života. V profesii zdravotníckeho pracovníka dochádza často k rozličným neštandardným situáciám, ktoré kladú na jednotlivca a jeho správanie vyššie nároky. Tieto situácie nie je možné vždy optimálne vyriešiť, čo v praxi znamená, že problém zostáva a fixuje sa vo vedomí alebo podvedomí. Táto nedoriešená stresujúca situácia môže mať za následok narušenie psychickej rovnováhy a následne spôsobiť rôzne psychické poruchy, ktoré sa premietnu nielen do výkonu a výkonnosti jedinca ale aj do jeho správania a konania. Medzi psychické poruchy, ktoré môžu

vznikať v profesii zdravotníckeho pracovníka patrí najmä psychická záťaž, frustrácia a stres. Podstatou ich vzniku je buď krátkodobá osobnostná indispozícia alebo dlhodobejšie trvajúca nedostatočná osobnostná pripravenosť vyriešiť vonkajšie alebo vnútorné konfliktné situácie, ktoré sa postupne fixujú v pocitovej rovine cez vznik pocitu bezmocnosti, nezvládnuteľnosti či beznádejnosti. Zároveň dochádza k narušeniu adaptačných osobnostných mechanizmov a určitým signálom porušenia psychickej rovnováhy. Výsledkom môže byť psychické zlyhanie alebo rozvinutie psychickej poruchy (Szárková, 2007).

## 1.1 AFEKTÍVNA PORUCHA

Chorobná nálada, ktorá nezodpovedá reálnej životnej situácii chorého a narušuje jeho uvažovanie, jednanie i somatické funkcie, v dôsledku čoho vznikajú adaptačné poruchy a sociálne zlyhanie. Sú spojené s narušením štandardných regulácii aktivačnej úrovne a so zmenou motivácie či deformácie väčšiny potrieb (Gáborová, 2008).

Afektívna porucha postihne aspoň jedenkrát za život asi 25% populácie, pričom má povahu jedného z extrémne emočného ladenia depresia alebo mánia. Depresia patrí k najčastejším duševným poruchám a je tiež geograficky podmienená, vyskytuje sa viac v krajinách, kde je menej svetla a viac chladu (Vágnerová, 2004).

## 1.2 NEUROTICKÉ PORUCHY

Úzkosť je nepríjemný citový stav, kedy prevažuje napätie a za normálnych okolností má funkciu prípravy na blížiaci sa nebezpečenstvo alebo ohrozenie. Pokiaľ sa úzkosť stane maladaptívna, ľudia reagujú na bežné situácie ako na ohrozenie. Tento spôsob reagovania, kedy sú pocity úzkosti tak negatívne, že človeku spôsobujú utrpenie a narušujú jeho fungovanie patrí do kategórie porúch (Vágnerová, 2004). Neurotické poruchy sú funkčné poruchy, ktoré nesúvisia s nálezom v oblasti nervového či iného orgánového systému. Choroba je podmienená multifaktoriálne a to dedičnosťou a následnou zmenou v mozgových funkciách. Prejavujú sa navonok ako znížená tolerancia záťaže. Príznakmi sú tiež poruchy emócií, myslenia, pamäti, pozornosti, autoregulácie (nutkavé jednanie), poruchy spánku a somatické poruchy. Medzi neurotické poruchy patrí úzkostná porucha, panická porucha, fóbická úzkostná porucha a obsedantne - kompulzívna porucha, pre ktorú je typický dlhodobý výskyt vtieravých myšlienok, predstáv a nepotlačiteľných impulzov k jednaniu. Nutkavé myšlienky a predstavy vyvolávajú pocity viny, úzkosti a napätia. Pomocou rituálov a opakovaných vzorcov správania sa snažia týmto nepríjemným pocitom vyhnúť. Mnohé z nich trvajú i niekoľko hodín, sú

zdlhavé a znepríjemňujú pacientom normálny sociálny život. Niektoré psychologické školy zdôrazňujú význam nevedomých konfliktov z raného detstva a používania obranných mechanizmov ku zvládaniu úzkosti (psychoanalytický prístup). Iné školy považujú neurotické správanie za nevhodne naučený spôsob zvládania stresu (kognitívne - behaviorálny prístup). Cieľom terapie je rozvoj alternatívneho myslenia, skúšanie nových spôsobov uvažovania, ktoré povedú k novým vzorcom správania (Vágnerová, 2004).

### 1.3 SYNDRÓM CHRONICKEJ ÚNAVY

Syndróm chronickej únavy z ang. Chronic Fatigue Syndrom (CFS) je typickou civilizačnou chorobou tretieho tisícročia. Predpokladá sa, že naň trpia milióny ľudí a ich počty stále rastú. Prejavy postihnutých sú rôzne, patria medzi ne telesná a duševná vyčerpanosť, únava, bolesti hlavy, chrbtice, zápaly hltanu, zvýšené teploty. Nastáva problém so sústredením, prejavuje sa potreba spánku, aj keď spánok býva prerušovaný a povrchný. Pri ťažkých prípadoch dochádza k výpadkom pamäti. Pri CFS nejde o dôsledok depresie, naopak, vyčerpaný pacient je čoraz unavenejší a z toho rastie jeho stres aj depresia. Tie pocit únavy a mizernú náladu opäť prehľbujú. Odhady pôvodu CFS sa z 32 percent pripisujú stresom v súkromnom živote a v zamestnaní, 27 percent dôsledkom chorôb, 18 percent podvýžive respektíve nesprávnej výžive, 13 percent prerušovanému spánku, 9 percent kritickým situáciám (úmrtia v rodine, autonehody, apod.) a pri 1 percente nebola zistená nijaká zjavná príčina. Syndróm CFS bol dlho považovaný za simuláciu únavy a popisoval sa ako typ účelového správania a konania. Vyplývalo to hlavne z toho, že nebola dodnes zistená žiadna organická zmena alebo poškodenie centrálnej nervovej sústavy, ktorá by súvisela s jeho vznikom. Dospelí ľudia trpiaci týmto syndrómom sú v podstatne nezamestnatelní a v prípade, ak sa tento syndróm u nich rozvinul počas pracovného procesu, je potrebné ich liečiť (Gáborová, 2008).

## 2 PREVENCIA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Duševná hygiena sa v súčasnej dobe neobmedzuje len na prevenciu ale svoje hľadisko rozširuje aj o individuálne nazerania. Ukazuje sa, že vzhľadom na individualitu človeka neexistuje všeobecne aplikovateľný spôsob riešenia stresových situácií. Tento prístup podporuje a rešpektuje individualitu každého jedinca osobitne. Uvádzame dva najrozšírenejšie alternatívne prístupy (Bedrnová, 2009):

1. do úvahy berie fyziologické zázemie, prejavy organizmu (prikláňa sa k prevencii duševného zdravia),
2. sa sústreďuje na široký okruh problémov, vychádzajúcich z praktického života (fyziologické, sociálne, ekonomické, filozofické, psychologické).

Podľa Jahodovej (Hartl, Hartlová, 2010, s. 702) pre udržanie pozitívneho duševného zdravia platí nevyhnutnosť dodržiavania nasledujúcich kritérií:

- optimálny postoj k sebe samému,
- integrácia,
- seberealizácia, rast a vývoj,
- autonómia, sebaurčenie,
- adekvátne percepcie reality,
- zvládnutie okolitého prostredia.

Psychohygiena dáva odporúčania a rady ako žiť spokojný život. Odporúčania na dosiahnutie šťastného života pochádzajú však už zo staroveku. Jedným z nich bola euthýmia, ktorej zmyslom bolo užívať pôžitky s mierou a tým si udržať dobrú myseľ. Za umenie duševnej uvoľnenosti sa považovala ataraxia. Išlo o vyrovnanosť mysle a ľahostajnosť k ranám osudu. Sokratovo a Demokritovo známe heslo „Poznaj sám seba“ bolo tiež cestou k dosiahnutiu šťastia. Pre iných bolo dosiahnutie blaha o niečo trpkejšie. V takomto prípade išlo o askézu. Asketický spôsob života spočíval na báze odriekania si niektorých ľudských potrieb a dokonca aj v nebezpečných prejavoch sebatrýznenia. Stav spokojnosti a vyrovnanosti hľadali ďaleko od spoločnosti, v samote bez príjmu potravy a tekutín. Aristoteles za šťastný a zmysluplný život považuje život plný cností naplnený pravdou a prácou. Je samozrejmé, že mentalita dnešného moderného človeka s takýmto spôsobom života nebude súhlasiť. Práve naopak, pocit spokojnosti dnes pre mnohých znamená vlastniť majetky, mať spoločenský vplyv a prestíž. Pre dnešnú dobu je kariérny rast ideálny príklad seberealizácie (Křivohlavý, 2013).

## 2.1 PROSTRIEDKY PSYCHOHYGIENY

Riešením možných zdrojov a príčin stresu je využívanie prostriedkov psychohygieny medzi ktoré je možné zaradiť relaxáciu, fyzickú aktivitu a šport, správne stravovacie návyky a doplnkové alternatívne metódy. Pre každého jedinca je prístup k životospráve individuálny, predovšetkým v závislosti na celkovom spôsobe života v primárnej rodine, kde sa získavajú mnohé návyky, ktoré sa môžu zafixovať na celý život aj napriek tomu, že môžu byť nesprávne

a obmedzujúce. Problém spočíva v tom, že nevhodné spôsoby sa môžu stať súčasťou životných stereotypov skôr, ako je jedinec schopný racionálne situáciu vyhodnotiť a v prípade nepriaznivých dopadov aj včas zo života vylúčiť a nahradiť správnym návykom (Bedrnová, 2009).

### *Životspráva*

Strava je pre človeka životne dôležitou súčasťou života, no je dôležité prijímať stravu vyváženú a vhodne poskladanú. Strava plná aditív a chudobná na čerstvé a prírodne potraviny časom vedie k prepuknutiu civilizačných ochorení, ľudia trpia zníženou imunitou a spolu so stresom je to krok k zvýšeniu pravdepodobnosti ochorenia. Preto má zdravá výživa nepopierateľný význam v živote každého človeka. Stravou a tým, čo v nej daná osoba prijíma, je možné tiež ovplyvňovať náladu, odolnosť voči stresu, no aj závažnejšie ochorenia akým je napríklad depresia (Kuczmarski, 2005, in Křivohlavý, 20). Určité mikroživiny dokážu pomáhať pri duševnom vyčerpaní či strese a súvisia teda úzko s psychohygienou a sú jedným z jej prostriedkov.

Vitamín C pomáha znižovať hladinu stresu a po prežití stresovej situácie vracia tlak a hladiny kortizolu do normálu. Vitamín C sa vo veľkej miere podieľa na zvyšovaní odolnosti voči infekciám a podporovaní imunitného systému.

Omega-3 a Omega-6 mastné kyseliny. **V populácii sa často objavuje veľký nedostatok omega-3 tukov a zároveň nerovnováha medzi tukmi typu omega-3 a omega-6. Nedostatok** tukov typu omega-3 je spojený so zvýšeným rizikom civilizačných chorôb a to najmä kardio- vaskulárnymi, obezitou a duševnými ochoreniami.

Vitamíny skupiny B ovplyvňujú duševné zdravie. Nedostatok vitamínov skupiny B môže viesť k vážnym psychickým ochoreniam a poruchám funkcie nervového systému. Nízka hladina thiamínu sa spája s pocitmi strachu, úzkosti, podráždenosti a zhoršenou kvalitou spánku. Riboflavín a jeho nedostatok v strave je zodpovedný za depresie a psychózy.

Zinok je významný najmä pri štiepení enzýmov. Má vplyv na prenos nervových vzruchov v nervovej sústave a činnosť štítnej žľazy. Pri nedostatku zinku sa môžu objavovať poruchy správania, sklony k depresívnym náladám a únava.

Horčík sa pri zvýšenej psychickej záťaži vylučuje z tela rýchlejšie a preto je potrebné dbať na jeho príjem. Nízka hladina v organizme spôsobuje náročnejšie prežívanie stresu a povinností a dôsledkom dlhodobého nedostatku magnézia sa môžu prejavovať zmeny osobnosti, pocity precitlivelosti a úzkosti.

Konzumácia potravín bohatých na uvádzané vitamíny a minerálne látky je prevenciou proti stresu a z neho plynúcich duševných problémov či iných ochorení. Medzi významné komponenty súvisiace so zdravou výživou patria aj tekutiny. Voda je nevyhnutne dôležitá pre fungovanie ľudského organizmu no výrazne pomáha aj pri predchádzaní a zvládaní stresu. Odstraňuje toxické látky z tela, je potrebná na obnovu telesných tekutín a zachovanie správnych koncentrácií v organizme. Človek by mal počas jedného dňa vypiť minimálne 1,5 litra vody (Curgy, 2001).

Správnu výživou v kombinácii s dostatočným pitným režimom je možné nielen upevniť duševné zdravie ale aj zvýšiť odolnosť voči infekciám, zvýšiť pracovnú výkonnosť či predĺžiť a skvalitniť život človeka (Míček, 1984).

### *Zdravý spánok*

Spánok je nevyhnutný pre každodennú obnovu schopností mozgu, kognitívnej činnosti a riadenie organizmu. Fyziologický spánok dostatočnej dĺžky a kvality je základným faktorom určujúcim pocit „dobrého zdravia“, výkonnosť i pohodu a výraznou mierou sa podieľa aj na hodnotení kvality života. Uspokojovanie potreby spánku je v každom veku iné. Človek by mal priemerne spať šesť až osem hodín, no individuálne rozdiely sú veľké a správna dĺžka plynie z dlhodobej individuálnej skúsenosti, návykov ale aj dedičnosti (Bartko, 1990).

Hĺbka spánku býva najväčšia v prvých dvoch až troch hodinách. Hlboký spánok trvá zvyčajne tridsať až štyridsať minút. Po ňom nastupuje krátky návrat k ľahšiemu spánku, po ktorom nastupuje fáza REM, v rozpätí desať až pätnásť minút. REM fázu prežívame subjektívne ako sen. Príznačné sú pre ňu opakujúce sa rýchle horizontálne a vertikálne pohyby očí a drobné svalové šklbnutia na končatinách a v tvári. Zdravý spánok si vyžaduje splnenie základných podmienok prostredia, v ktorom sa uskutočňuje. Miestnosť na spanie by mala byť tichá, vzdušná, nie priveľmi chladná, ani priveľmi prehriata (šestnásť až osemnásť stupňov Celzia). Lôžko by nemalo byť priveľmi tvrdé, ale ani priveľmi mäkké. Pred spánkom je potrebné uvoľnenie od všetkých starostí. V opačnom prípade obavy a starosti majú tendenciu zafixovať sa a pretrvávajú aj počas spánku. So správnym odpočinkom úzko súvisí telesné cvičenie. Človek, ktorý pravidelne cvičí, je schopný lepšie odpočívať. Má nižšiu pokojovú tepovú frekvenciu, čo pomáha srdcu rýchlejšie sa zotaviť. Ľudia, ktorí sa pravidelne venujú pohybovým aktivitám, ľahšie zaspávajú a majú hlbší spánok. Na obnovenie síl im stačí menej hodín spánku. Dostatočné množstvo spánku a jeho hĺbka je nevyhnutným predpokladom k načerpaniu nových fyzických a psychických síl. Ak spíme príliš krátko a plytko, dostane sa do pohybu nežiadúci kolotoč únavy a podráždenosti a s tým súvisiaca znížená odolnosť organizmu voči stresu. Podľa

dlhodobého výskumu v USA ľudia vo veku 40 -80 rokov spali priemerne viac ako 10 hodín denne ,umierali skôr ako ľudia s normálnym 6 -8 hodinovým spánkom (Míček, 1984).

### *Fyzická aktivita*

Pohyb vo všetkých jeho formách je najdôležitejší prvok autoregulácie pre zachovanie telesného a duševného zdravia. Telesná aktivita zvyšuje prirodzenú pružnosť tela, posilňuje svalstvo, upokojuje, znižuje pocity úzkosti, pôsobí proti depresii a podráždenosti a zlepšuje spánok. Dobíja ľudský organizmus energiou a zohráva významnú úlohu pri uzdravení, organizmu pomáha mnohými spôsobmi: zlepšuje krvný obeh, podporuje činnosť srdca a udržiava pružnosť tepien, podnecuje činnosť čriev a reguluje látkovú premenu, povzbudzuje dýchací systém a pomáha telu zbavovať sa škodlivých látok (Míček, 1984). Podobne aj fyzická námaha a šport patria medzi prostriedky tlmiace nežiaduce duševné aktivity. Pohyb je základom zdravých ciev a zdravého srdca. Ak ho nemáme, musíme ho umelo vyhľadávať (Bartko, 1990). Pravidelný telesný pohyb nesmie chýbať v živote človeka, pretože hrá veľkú úlohu vo zvládaní stresu, a to z nasledujúcich dôvodov:

- pohyb odbúrava city, blokády a fyzické napätie podmienené stresom,
- umožňuje redukciu nadváhy,
- spôsobuje pokles hladiny cholesterolu v krvi,
- reguluje krvný tlak,
- posilňuje činnosť srdca a obehového systému,
- upevňuje pocit pohody a vyrovnanosti,
- poskytuje možnosť, aby sme sa podľa potreby pohybovali sami alebo v kontakte s ostatnými,
- zvyšuje odolnosť organizmu voči záťaži,
- posilňuje imunitný systém,
- prehľbuje dýchanie.

Aktívny pohyb je prirodzeným efektívnym prostriedkom neutralizácie stresových hormónov a prevenciou tzv. civilizačných ochorení. Primeraná a pravidelná pohybová aktivita má mnoho predností a pomáha aj pri znižovaní stresu. Ľudia, ktorí ním trpia, väčšinou zanedbávajú telesné cvičenie a majú problémy so spánkom. Normálny ľudský organizmus by sa mal pravidelne zaťažovať telesnou prácou, alebo športom (Drotárová, 2003).

## *Relaxačné techniky*

Hlavnou príčinou stresu a syndrómu vyhorenia býva neschopnosť odpočívať. Na základe chronického podráždenia a nadmerných požiadaviek, dominuje v riadení organizmu sympatikus, aktivizujúca časť vegetatívneho nervového systému. Dôsledkom je podráždenosť, nervozita, nepokoj, vyčerpanie, poruchy koncentrácie a zvýšená náchylnosť k chorobám (Miček, 1984). Významnú úlohu v prevencii stresu hrá aj týždenný odpočinok, potreba odpočívať jeden deň v týždni je prirodzenou súčasťou človeka. Relaxácia je jeden zo spôsobov, ako načerpať znova telesné i duševné sily, aby boli jedinci opäť schopní dlhší čas vykonávať svoju prácu kvalitne a zvládať ju v plnom rozsahu. Pracovný neúspech je fenomén postihujúci ľudí vo všetkých povolaniach a v každom postavení. Nervozita, zúfalstvo a letargia sa najčastejšie prejavuje u ľudí, ktorí pracujú so skupinou alebo kolektívom iných ľudí, alebo u tých jedincov, ktorí svoju činnosť vykonávajú v časovom strese. Preto je potrebné naučiť sa aktívnej relaxácii.

Medzi najčastejšie využívané relaxačné a autoregulačné techniky patrí:

- Jacobsonova progresívna relaxácia,
- Machačová relaxačno-aktivačná metóda,
- Jóga.

### *Jacobsonova progresívna relaxácia*

Jacobsonova relaxácia je založená na uvedomení si súvislostí somatického a psychického. Podobne ako J. Schultz v Nemecku, prišiel s myšlienkou v Amerike Edmund Jacobson, ktorý vypracoval metódu ovplyvňovania psychiky prostredníctvom vlastného tela. Základom tejto metódy je postupný nácvik uvoľnenia vlastného svalstva vo všetkých častiach tela, rozdelený do niekoľkých úrovní. Pozornosť je venovaná oproti ostatným metódam najmä partii hlavy, krku a krčnej chrbtice. Každé cvičenie začína cieleným napnutím svalov pre možnosť lepšieho a intenzívnejšieho pocitu relaxácie (Nešpor, 1998).

### *Machačová relaxačno-aktivačná metóda (RAM)*

Metóda, ktorá je najpodobnejšia autogénnemu tréningu. Jej autormi sú Machač a Machačová. K prednostiam RAM metódy patrí fakt, že jej cieľom nie je len zoslabenie a odstránenie negatívneho napätia, ale umožňuje zmenu, preladenie psychického stavu na stav, pre ktorý je charakteristické pozitívne emocionálne ladenie, pohotovosť a pripravenosť pre výkon (Machačová- Machač, 1991) RAM je charakterizovaná primeranou a žiaducou

psychickou aktivitou s pozitívnym emocionálnym ladením stimulujúcim vnútorné nabudenie. Priebeh regulačných úloh má podľa autorov metódy nasledujúcu podobu:

- svalová relaxácia,
- psychická relaxácia( zrušenie vonkajších väzieb a citové preladenie),
- aktivačný záber.

### *Jóga*

Predstavuje indické duchovné hnutie, ktorého podstatou je snaha napomôcť človeku prostredníctvom sústavy telesných a duchovných cvičení k získaniu dokonalejšieho sebauvedomenia a oslobodenia od vplyvu vonkajšieho sveta (Lindermann,1973). Existuje niekoľko modifikácii tohto, viac ako dve tisíc rokov starého indického hnutia. Jóga sa vymedzuje tiež ako sústava cvičení vedúcich k odolnosti organizmu voči záťaži a vzniknutý ustálený stav nie je stresovými podnetmi rušený tak, ako u človeka, ktorý necvičí (Votava, 1988). Autorova definícia jogy predstavuje hathajógu, ktorá obsahuje relaxačné ako aj aktivačné cvičenia. Využíva účinky negatívnej indukcie, spočívajúce v skutočnosti, že podráždenie jedného telesného orgánu vyvoláva útlm v inom orgáne podľa klasického podmieneného reflexu. Hathajóga je dnes v klasickej medicíne využívaná v oblasti rehabilitácie a v psychoterapii ako prostriedok k ovplyvňovaniu správania.

### **Záver**

Psychohygienu v spojitosti so zdravotníckym pracovníkom predstavuje aktuálnu problematiku. Stres a z neho plynúce civilizačné ochorenia sú čoraz častejšou súčasťou nášho života a vďaka dodržiavaniu pravidiel psychohygieny môže jednotlivec žiť kvalitnejší, zdravší a spokojnejší život. Duševné zdravie je významnou a neoddeliteľnou súčasťou celkového zdravia jednotlivca a závisí na ňom celková kvalita jeho života. Ovplyvňuje myslenie, schopnosť komunikácie, nadväzovanie sociálnych vzťahov ale aj samotné fungovanie človeka v spoločnosti a v jeho profesii. Pre docielenie úplného zdravia je potrebné zdravie fyzické, psychické aj sociálne. Oblasť psychického zdravia sa vo všeobecnosti venuje menšia pozornosť, no v súčasnej dobe je starostlivosť a prevencia duševných ochorení kľúčová. Psychohygienu v tejto oblasti poskytuje návody a spôsoby vyrovnávania sa so stresom, zvládania náročných požiadaviek života a v neposlednom rade je prevenciou duševných porúch. Ľudské zdravie je nevyhnutné pre plnohodnotné vykonávanie profesijných činností

a zastávanie sociálnych rolí. Zdravý človek, je pre štát spoločensky aj ekonomicky potrebný, čo je v konečnom dôsledku v záujme celej našej spoločnosti.

## LITERATÚRA:

BARTKO, D. *Moderná psychohygienu*. Bratislava: Obzor, 1990. 537s.

BEDRNOVÁ, E. *Management osobného rozvoje*. Praha: Management Press, 2009. 359s.  
ISBN 978-80-7261-198-0.

CURGY, CH. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001.

DROTÁROVÁ, E. *Relaxační metody*. Praha: Epoque, 2003. 247s. ISBN 80-85609-13-4.

ĎURDIÁK, L. 2001. *Psychohygienu mladého človeka*. Nitra: ENIGMA, 2001. 149 s.  
ISBN 80-85471-84-1.

GÁBOROVÁ, L. *Psychohygienu*. Prešov: Prešovská tlačiareň, 2008. 116 s.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Veľký psychologický slovník*, Praha: Portál, 2010, 800 s.  
ISBN 978-80-7367-686-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada, 2013. 131s.  
ISBN 978-80-247-4436-0.

MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984. 208s.

NEŠPOR, K. *Uvolnění a s přehledem: relaxace a meditace moderního človeka*. Praha: Grada, 1998. 96s. ISBN 8071696528.

SZARKOVÁ, M. *Psychológia pre manažérov a podnikateľov*. Bratislava: SPRINT, 2007.  
288s. ISBN 80-89085-77-6.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, 870s. ISBN 978-80-7367-414-4.

## **KONTAKT**

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánova, PhD.**

e-mail: [veronika.mazalanova@uniba.sk](mailto:veronika.mazalanova@uniba.sk)

**Filozofická fakulta UK, Katedra pedagogiky a andragogiky**

Gondová 2, 814 99 Bratislava

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

e-mail: [annamazalanova@gmail.com](mailto:annamazalanova@gmail.com)

**Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK**

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

# MANIPULACE S OSTRÝMI PŘEDMĚTY VE ZDRAVOTNICTVÍ

ŠKOCHOVÁ, D., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Príspevek se zabývá výsledky části průzkumného šetření, které bylo prováděno Pracovní skupinou Bezpečnosti personálu při Aesculap Akademii. Průzkumu se zúčastnili nelékařští zdravotničtí pracovníci v sedmi zdravotnických zařízeních a studenti v pěti zdravotnických školách, kde se připravují na zdravotnická povolání.

Zmapování oblasti ochrany zdraví zdravotnických pracovníků je jedním z aktuálních témat nejen v České republice, ale i v celé Evropské unii. Jedním z důležitých témat je právě problematika poranění zdravotnických pracovníků ostrým předmětem při výkonu povolání.

Nejvíce ohroženou skupinou jsou všeobecné sestry, i když vysoká míra rizika je též u lékařů a ošetřovatelů, nicméně je důležité upozornit, že do ohrožené skupiny je nutné zahrnout též studenty zdravotnických škol a lékařských fakult a dále studenty jiných středních, vyšších a vysokých škol, kteří se připravují na práci v zařízeních sociálních služeb.

## Klíčová slova

Ochrana zdraví, pracovní úraz, prevence, poranění ostrým předmětem, profesionální nákaza

## ÚVOD

Zabránit zbytečným poraněním přijetím příslušných opatření o ochraně zdraví pracovníků je cílem činnosti managementu zdravotnických zařízení, i samotného zdravotnického personálu. Bezpečnost a ochrana zdraví zaměstnanců jsou prvořadé a úzce souvisí i se zdravím pacientů, neboť výkon pracovníka je v souvislosti s okolnostmi poranění při výkonu povolání narušen.

V reakci na zkušenosti s ochranou zdraví pracovníků ve zdravotnictví se tato problematika dostává do popředí zájmu nejen z hlediska vzniklých pracovních úrazů a následných onemocnění z povolání, ale zejména z hlediska předcházení negativním vlivům na zdraví pracovníků. V rámci činnosti Pracovní skupiny Bezpečnost personálu Aesculap

Akademie bylo opakovaně organizováno (2010, 2012, 2016) průzkumné šetření zjišťující stav ochrany zdraví, úrazovosti, zejména bodných poranění a nemocnosti nelékařských zdravotnických pracovníků s ohledem na profesionální nákazy. Poslední průzkum (2016) byl unikátní, vzhledem k tomu, že bylo možné porovnat názory na uvedené téma jak mezi zdravotnickými pracovníky, tak mezi studenty, kteří se připravují na zdravotnická povolání. V souvislosti s poraněním ostrým předmětem je zdravotnický personál v České republice ohrožen nejčastěji infekcemi jako je mononukleóza, cytomegalovirová infekce, syfilis, virová hepatitida a HIV infekce. (Zachová, Škočová, 2011; Škočová, Zachová, 2013; Zachová, Škočová, 2013)

### **Metody a cíle průzkumu**

Data získaná průzkumem mají za cíl porovnat stav výskytu poranění ostrými předměty a související problematiky záznamu pracovních úrazů, včetně informovanosti nelékařských zdravotnických pracovníků o problematice bezpečnosti práce a ochrany zdraví. Cílem bylo také zjistit jaké osobní ochranné pracovní prostředky a zdravotnické prostředky s bezpečnostními prvky jsou dostupné na testovaných pracovištích a v jaké míře je prováděna teoretická výuka s tématem ochrany zdraví a minimalizace rizik při práci u studentů nelékařských zdravotnických oborů i zdravotnických profesionálů.

Průzkum byl realizován mezi zdravotnickými pracovníky nelékařských profesí a studenty nelékařských zdravotnických oborů, pomocí nestandardizovaného dotazníku od června do listopadu 2016. Bylo rozdáno celkem 3 510 dotazníků s návratností 65,3 %.

Předpokládali jsme, že nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávající profesi mají větší znalosti o zdravotních rizicích povolání než studenti nelékařských zdravotnických oborů. Rovněž jsme předpokládali, že mají větší znalosti o rizicích profese i možnostech ochrany zdraví při práci než studenti, a že znalosti NLZP o správném postupu v případě poranění o ostrý předmět jsou větší než u studentů. Jedním z cílů bylo zjistit šíři teoretické výuky s tématem ochrany zdraví a minimalizace rizik při praktické výuce u studentů a jaké OOPP a zdravotnické prostředky s bezpečnostními prvky jsou dostupné na testovaných pracovištích. Jedním ze zkoumaných faktorů byl možný vliv stresu na zvýšené riziko poranění.

## Výsledky

Zpracovaná data upozorňují na skutečnost, že manipulace s ostrými předměty ve zdravotnictví je všemi účastníky ankety jednoznačně považována za rizikovou činnost a rozdíly v názorech mezi věkovými, vzdělanostními i oborovými skupinami jsou minimální. Vliv stresu, zejména časovou tíseň v souvislosti se zvýšeným rizikem vzniku bodných poranění uvedlo 57 % dotázaných. Na otázku, zda ovlivňuje délka praxe počet poranění ostrým předmětem, odpovědělo záporně 67 % zaměstnanců a 60 % studentů, nicméně souvislost mezi stresem a délkou praxe, tedy zvýšené riziko vzniku poranění se ukázala být významnější u zaměstnanců v rozmezí praxe 15–20 let, nikoliv po ukončení studia, při začleňování do pracovního procesu. Bezmála tři čtvrtiny účastníků průzkumu (74 %) považují za nejrizikovější činnost vracení ochranných krytů na jehly a více než polovina respondentů (53 %) označila za nejvíce rizikové nepoužívání osobních ochranných pracovních prostředků. Přibližně stejně velká skupina účastníků průzkumu (54 %) pak jako nejrizikovější vnímá nevhodnou likvidaci ostrých zdravotnických nástrojů a dvě pětiny respondentů pak považují za největší riziko nepoužívání zdravotnických prostředků s bezpečnostní funkcí.

## ZÁVĚR

Průzkum je možno vnímat rovněž jako prostředek rozšíření problematiky bezpečnosti práce mezi nelékařské zdravotnické pracovníky. Tento vliv se prostřednictvím pozitivního vývoje dat v rámci opakování průzkumu s odstupem čtyř let potvrdil. Nicméně i nadále je třeba apelovat na dodržování bezpečnostních opatření, která jsou zakomponována ve standardních pracovních postupech. Je vhodné zde upozornit na používání zdravotnických prostředků s bezpečnostní funkcí.

## LITERATURA

ŠKOCHOVÁ, D. a V. ZACHOVÁ, 2013. Bezpečnost práce NLZP při manipulaci s ostrými předměty. *Sestra*, **23**(6), 14–15. ISSN 1210-0404.

ZACHOVÁ, V. a D. ŠKOCHOVÁ, 2013. Situace bezpečnosti práce nelékařských zdravotnických pracovníků se zaměřením na bodná poranění. *Diagnóza v ošetrovatelství*, **9**(1), 13-16. ISSN 1801-1349.

ZACHOVÁ, V. a D. ŠKOCHOVÁ, 2011. Bezpečnost personálu. Anketa mezi zdravotnickým personálem v českých nemocnicích. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*, 9(4), 10-12. ISSN 1336-183X.

## KONTAKT

**PhDr. Dagmar Škochová, MBA**

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci

e-mail: [skochova.dagmar@vfn.cz](mailto:skochova.dagmar@vfn.cz)

**doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

rektorka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.

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

# HYGIENA RÚK ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKOV V PREVENCII NEMOCNIČNÝCH NÁKAZ – PRÁVNE ASPEKTY

PAGÁČOVÁ, I.

## **Abstrakt**

Svetový deň hygieny rúk si od roku 2009 každoročne pripomíname 5. mája. Vyhlásila ho Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá ho na globálnej úrovni aktívne presadzuje. Tento deň je zväčša spojený s aktivitami, ktoré majú viesť k správne a pravidelnému umývaniu rúk a zlepšovaniu hygieny rúk v zdravotníckych zariadeniach, s cieľom znížiť infekcie a zvýšiť bezpečnosť pacienta. Viacero štúdií potvrdzuje, že správna hygiena rúk zdravotníckeho personálu znižuje výskyt nemocničných infekcií v zdravotníctve a patrí medzi najjednoduchší a zároveň najdôležitejší spôsob ich prevencie. S účinnosťou od 1. septembra 2015 je povinnosť dodržiavania hygieny rúk v zdravotníctve zakotvená aj v právnom poriadku Slovenskej republiky. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 192/2015 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia ustanovuje zásady, ktoré je potrebné dodržiavať pri ošetrovaní pacienta zdravotníckym pracovníkom, súčasťou ktorých je aj dôkladná hygiena rúk. Predložený príspevok sa zaoberá aktuálne platnou a účinnou právnou úpravou povinností zdravotníckych pracovníkov vo vzťahu k prevencii nemocničných nákaz prostredníctvom hygieny rúk zdravotníkov na Slovensku.

## **Kľúčové slová**

Hygiena rúk, nemocničná nákaza, prevencia, povinnosti zdravotníckeho pracovníka, právne aspekty

## **ÚVOD**

Hygiena rúk v živote každého jednotlivca patrí medzi základné opatrenie v prevencii mnohých infekcií. V zdravotníctve, kde dochádza k dennodennému kontaktu zdravotníckeho personálu pri ošetrovaní pacientov, to platí bez výnimky. Nedostatočná hygiena rúk zdravotníckych pracovníkov sa podieľa na vzniku a prenose niektorých pôvodcov

nemocničných infekcií. (ECDC, 2013) Nemocničné infekcie, alebo aj nozokomiálne nákazy, či infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou, predstavujú verejno-zdravotný, ošetrovateľský, ale i ekonomický problém aj v súčasnosti. Pre jednotnosť v terminológii bude v tomto príspevku používaný pojem *nemocničné nákazy*. Vyskytujú sa celosvetovo a postihujú vyspelé i rozvojové krajiny. Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2009) vo vyspelých krajinách ochorenie na nemocničné nákazy 5-15 % hospitalizovaných pacientov, v ostatných krajinách je to viac ako 15 až 20 % pacientov. Toto číslo však môže byť vyššie vzhľadom k tomu, že nie všetky nákazy pacientov získané v nemocničnom prostredí boli diagnostikované ako nemocničné nákazy, alebo neboli hlásené poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti do epidemiologických informačných systémov. Závažnosť nemocničných nákaz je obvykle spájaná s predlžovaním hospitalizácie pacientov, narastaním antibiotickej rezistencie voči väčšine baktérií, a z hľadiska ekonomického, sú významnou finančnou záťažou pre zdravotnícke zariadenie. Vznik nemocničných nákaz je podmienený multifaktoriálne, no najčastejšou a najľahšie ovplyvniteľnou príčinou sú ruky zdravotníckych pracovníkov. (MZ ČR, 2011) **Zdravotnícke zariadenia majú povinnosť** vytvoriť také podmienky, aby bol minimalizovaný výskyt nákaz súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. V Slovenskej republike platí právna úprava, podľa ktorej **sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní systematicky** predchádzať nemocničným nákazám, ich výskyt vyhodnocovať a prijímať preventívne opatrenia. Parciálnou súčasťou prevencie je dôsledné dodržiavanie hygieny rúk zdravotníkov, ktorej zásady majú byť implementované predovšetkým do vnútorných smerníc, napr. prevádzkový poriadok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (zamestnávateľa) a tak zaväzujú zdravotníckych pracovníkov (zamestnancov) k ich dodržiavaniu.

## 1 NEMOCNIČNÉ NÁKAZY - POJEM

Všeobecnú definíciu a význam pojmu nemocničnej (nozokomiálnej) nákazy nájdeme vo viacerých odborných dokumentoch a materiáloch rôznych autorov. Za nemocničnú nákazu sa považuje taká nákaza, ktorá sa spája so zdravotnou starostlivosťou alebo vzhľadom na inkubačný čas sa prejaví po prepustení pacienta zo zdravotníckeho zariadenia do domácej starostlivosti alebo po preložení do iného zdravotníckeho zariadenia. (Šrámová, 2001) **Legálna definícia nemocničnej nákazy** je obsiahnutá v ust. § 2, ods. 1 písm. l) zákona NR SR č. 355/2007 Z. z.: „*nemocničná nákaza je nákaza vnútorného alebo vonkajšieho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom alebo výkonom v zdravotníckom zariadení alebo*

v zariadení sociálnych služieb.“<sup>1</sup> Z obsahu tejto definície vyplýva, že nemocničná nákaza nie je striktne naviazaná na splnenie podmienky pobytu a hospitalizácie pacienta v nemocničnom prostredí. Za nemocničnú nákazu bude považovaná aj nákaza, ktorá vznikne u pacienta po absolvovaní diagnostického alebo terapeutického zdravotníckeho úkonu (pozn. najčastejšie invazívny diagnostický alebo liečebný zákrok vykonaný pacientovi v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, bez potreby hospitalizácie), ktorá však musí mať príčinnú súvislosť s absolvovaným zdravotníckym výkonom. Za nemocničnú nákazu v zmysle uvedenej definície sa považuje aj nákaza, ktorá vznikla v zariadení sociálnych služieb či už pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti alebo pri inom zdravotnom úkone v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Podľa WHO sa nemocničnou nákazou rozumie nákaza exogénneho i endogénneho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom osoby v ambulantnom alebo v ústavnom zdravotníckom zariadení. Nemocničné infekcie sú aj „*ochorenia alebo patológie vyvolané prítomnosťou infekčného agensa alebo jeho produktov v súvislosti s pobytom v zdravotníckom zariadení alebo pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo ošetrovania*“. (Odporúčanie Rady 2009/C 151/01). Podľa Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb v USA (CDC) nozokomiálne nákazy sú infekcie, ktoré vznikli až v zdravotníckom zariadení, neboli prítomné pri prijatí a pacient nebol v inkubačnej dobe príslušnej infekcie.

Keď inkubačná doba nie je známa, sú za nozokomiálne nákazy považované tie, ktoré vzniknú po viac ako 48-72 hodinách od prijatia do zdravotníckeho zariadenia. Infekcia prítomná v čase prijatia môže byť považovaná za nozokomiálnu len vtedy, keď je epidemiologicky spojená s predchádzajúcou hospitalizáciou. Všetky ostatné infekcie sú považované za infekcie získané v komunite. (Kelčíková, 2013, s. 22) Výskyt nemocničných nákaz<sup>2</sup> v zdravotníckom zariadení je významne ovplyvnený tým, ako sa dodržia zásady

---

<sup>1</sup> Pozn. Zariadeniami sociálnych služieb sú napr.: *zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb*. (Zák. NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov)

<sup>2</sup> Pozn.: Špecifické a exogénne nemocničné nákazy sú spájané s prostredím zdravotníckeho zariadenia a diagnostickými či terapeutickými výkonmi, pri ktorých zohrávajú úlohu najmä ruky zdravotníckeho pracovníka. Prenos kontaminovanými rukami môže byť priamy a nepriamy. Priamy prenos je charakteristický kontaktom s kontaminovanými rukami ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. Nepriamy kontakt sa uskutočňuje prostredníctvom napr. infúzných roztokov, vyšetrovacích nástrojov, ktoré boli kontaminované rukami a došlo v nich k pomnoženiu patogénnej mikroflóry.

hygienicko-epidemiologického režimu, postupy dezinfekcie, sterilizácie a v neposlednom rade od postavenia a rešpektu vedúcich pracovníkov (primárov oddelení, vedúcich sestier).

## 1.1 NEMOCNIČNÉ NÁKAZY A HYGIENA RÚK OŠETRUJÚCICH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce nemocničné nákazy patria najmä infekcie urologického traktu, respiračné infekcie (zápaly pľúc), infekcie rán a krvného riečiska (sepsy) a infekcie tráviaceho traktu. Nesprávnou alebo nedostatočnou hygienou rúk zdravotníckych pracovníkov dochádza k prenosu pôvodcov nemocničných infekcií, pri ktorých je nevyhnutný priamy kontakt. Infekcie kože a slizníc, krvného riečiska, respiračné infekcie a infekcie urogenitálneho traktu sú častokrát spájané s nedostatočnou alebo nedôslednou hygienou rúk zdravotníkov. Viaceré zdroje uvádzajú, že viac ako 60 % nemocničných infekcií je prenesených rukami zdravotníckych pracovníkov, ktoré sú kontaminované nemocničnou mikroflórou. (WHO, 2009) Najzávažnejším a najrizikovejším aspektom v kontexte kontaminovaných rúk zdravotníkov je antibiotická rezistencia a odolnosť voči niektorým dezinfekčným prípravkom. Zanedbanie zodpovedajúcej hygieny rúk je považované za prvotnú príčinu nemocničných infekcií a šírenie multirezistentných mikroorganizmov. Na ich vznik a šírenie majú nepochybne vplyv aj ďalšie faktory, no dôsledné dodržiavanie hygieny rúk zdravotníckych pracovníkov patrí medzi ovplyvniteľný faktor, ktorým možno značne prispieť k efektívnemu predchádzaniu mnohých nemocničných infekcií.

Kontaminované ruky zdravotníkov sú významný faktor pri prenose pôvodcov infekčných ochorení na pacienta. Prenos prostredníctvom kontaminovaných rúk sa najčastejšie realizuje v týchto krokoch:

- mikroorganizmy sú prítomné na pacientovej pokožke alebo boli prenesené na predmety v bezprostrednej blízkosti pacienta;
- mikroorganizmy sú prenesené na ruky zdravotníckych pracovníkov;
- mikroorganizmy musia byť schopné prežiť na rukách zdravotníckych pracovníkov aspoň niekoľko minút;
- umývanie rúk alebo dezinfekcia rúk zdravotníckych pracovníkov sú nedostatočné alebo nedôsledné alebo je používaný k hygiene rúk nevhodný prípravok;

- kontaminovaná ruka alebo ruky ošetrojúceho zdravotníka prídu do priameho kontaktu s ďalším pacientom alebo predmetom, ktorý sa dostane do priameho kontaktu s pacientom. (MZ ČR, 2011, s. 15)

Hygiena rúk vyjadruje všetky činnosti spojené s dekontamináciou rúk a starostlivosťou o ruky. Dôležitosť správne vykonávanej hygieny rúk v zdravotníckych zariadeniach bola potvrdená v mnohých štúdiách. (MZ ČR, 2011, s.5) Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je dodržiavať zásady pri ošetrovaní pacienta zamerané na čistotu pokožky rúk s cieľom predchádzania nemocničných nákaz. Dodržiavanie zásad hygieny a dezinfekcie rúk má priamy vplyv na zníženie počtu nemocničných nákaz, čo vedie k zníženiu chorobnosti, úmrtnosti pacientov, skráteniu hospitalizácie a k zníženiu nákladov na ošetrovanie pacienta. Povinnosti by sa však mali stať neodmysliteľnou a rutinnou súčasťou bežnej práce zdravotníka a nemajú byť vnímané ako ohrozenie či represia uplatňovaná štátnymi orgánmi. Medzi časté príčiny nedodržiavania hygieny rúk patrí vlastné pohodlie, časová tieseň, nedostatočná znalosť zásad starostlivosti o hygienu rúk a nedostatok dezinfekčných prípravkov. (Francová, 2011)

## **2 PRÁVNE ASPEKTY HYGIENY RÚK V ZDRAVOTNÍCTVE**

### **2.1 MEDZINÁRODNÉ ASPEKTY**

#### *SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA (WHO)*

Podľa WHO (2009) infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou postihujú každý rok vo svete stovky miliónov pacientov. Zlepšovanie hygieny rúk v zdravotníctve a prevenciu infekcií prispievajúcu k bezpečnej starostlivosti pacientov, preto aktívne presadzuje aj Svetová zdravotnícka organizácia. V roku 2009 bola prijatá a do praxe zavedená Smernica WHO „Hygiena rúk v zdravotníctve - Nová globálna výzva k zvýšeniu bezpečnosti pacientov“. Smernica bola vytvorená za účasti medzinárodných expertov, testovaná a experimentálne overovaná v rôznych častiach sveta a v rôznych menej či viac vybavených, či skôr nevybavených zdravotníckych zariadeniach. Cieľom Smernice WHO je poskytnúť zdravotníckym pracovníkom, administratívnym pracovníkom nemocníc a orgánom pôsobiacim v zdravotníctve prehľad vedeckých poznatkov z oblasti hygieny rúk v zdravotníctve a konkrétne odporúčania k zlepšeniu praxe v snahe znížiť riziko prenosu patogénnych mikroorganizmov. (MZ ČR, 2011, s.9) Smernica WHO nie je právne záväzná, no má osobitý

politický význam. Predstavuje súbor zásad, opatrení a odporúčaní, ktoré boli v praxi otestované a experimentálne overené v zdravotníckom prostredí a vyzýva všetky krajiny sveta k podpore tejto stratégie, k nepretržitému zabezpečovaniu preventívnych opatrení vedúcich k bezpečnosti pacientov prostredníctvom nemocníc a zdravotníckych zariadení. (MZ ČR, 2011, s. 5)

## *EURÓPSKA ÚNIA*

*SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2011/24/EÚ z 9. marca 2011, o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti*

Cieľom tejto Smernice je, aby členské štáty zabezpečili a garantovali čo najvyššiu bezpečnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti na vnútroštátnej úrovni. Smernica **vo vzťahu k prevencii nemocničných nákaz zdôrazňuje najmä bezpečnosť pacientov, zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti a profesionálny rozvoj zdravotníkov.**

Smernica bola na vnútroštátnej úrovni transponovaná do právneho poriadku SR cez viaceré právne predpisy (najmä zákony) upravujúce poskytovanie zdravotnej starostlivosti a bezpečnosť pacientov, z ktorých vyplynuli niektoré povinnosti zdravotníckych pracovníkov zamerané na prevenciu nemocničných nákaz v zdravotníckych zariadeniach.

*ROZHODNUTIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY č. 1082/2013/EÚ z 22. októbra 2013, o závažných cezhraničných ohrozeniach zdravia, ktorým sa zrušuje Rozhodnutie č. 2119/98/ES*

Týmto Rozhodnutím sa ustanovujú pravidlá epidemiologického dohľadu, monitorovania závažných cezhraničných ohrození zdravia, včasného varovania v prípade ich vzniku a boja proti nim. Rozhodnutie definuje kategórie závažných cezhraničných ohrození zdravia a podmienky epidemiologického dohľadu nad prenosnými ochoreniami a súvisiacimi osobitnými zdravotnými problémami. V kontexte nemocničných nákaz, ich kontroly a prevencie sa toto rozhodnutie týka najmä zabezpečenia primeraného epidemiologického dohľadu nad výskytom **osobitných zdravotných problémov**, za ktoré sa v zmysle tohto rozhodnutia považujú *infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou*. Cieľom Rozhodnutia je podporiť spoluprácu a koordináciu medzi členskými štátmi v záujme zlepšenia prevencie a kontroly šírenia závažných ochorení ľudí cez hranice členských štátov a boja proti iným závažným cezhraničným ohrozeniam zdravia (napr. aj nemocničných infekcií) a prispieť k vysokej úrovni ochrany verejného zdravia v EÚ. (Rozhodnutie EP a Rady č. 1082/2013/EÚ) Ide o individuálny právne záväzný akt, ktorý je určený členským štátom EÚ, a ktorý bol

na európskej úrovni prijatý za účelom zabezpečenia jednotných podmienok a koordinácie opatrení a postupu v prípade vzniku závažného ohrozenia verejného zdravia, ktoré má cezhraničný rozmer. Rozhodnutie je priamo uplatniteľné a aplikovateľné v celom rozsahu vo všetkých členských štátoch.

*ODPORÚČANIE RADY z 9. júna 2009, o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií (2009/C 151/01)*

Rada Európskej únie vydala v júni 2009 Odporúčanie Rady z 9. júna 2009 o bezpečnosti pacientov vrátane prevencie a kontroly infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou (2009/C 151/01), v ktorom nabáda členské štáty k tvorbe, rozvoju a realizácii národných politík a programov k bezpečnosti pacienta, k prevencii a kontrole nemocničných infekcií. **Odporúčanie vychádza z výsledkov činnosti Svetovej zdravotníckej organizácie** v oblasti bezpečnosti pacienta, ktorú realizuje prostredníctvom jej Svetovej aliancie pre bezpečnosť pacienta, ako aj z úsilia, ktoré vyvíja Rada Európy a Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD), a tvorí ich doplnenie. Tento dokument má nezáväzný charakter pre členské štáty, je preto na vôli príslušných národných orgánov či odporúčanie zapracujú a implementujú do vnútroštátneho právneho poriadku.

## 2.1 VNÚTROŠTÁTNA PRÁVNA ÚPRAVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Na vnútroštátnej úrovni SR je hygiena rúk ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckom prostredí a povinnosti zdravotníckych pracovníkov v prevencii nemocničných nákaz upravená najmä nasledovnými právnymi predpismi:

- **Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z.** o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z. z.“);
- **Vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z.** ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia v znení vyhlášky MZ SR č. 192/2015 Z. z. (ďalej len „vyhláška č. 553/2007 Z. z.“).

V Slovenskej republike bol v roku 2015 prijatý vykonávací právny predpis vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 192/2015 Z. z. ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorý s účinnosťou od 1.9.2015 záväzným spôsobom upravuje hygienu rúk

zdravotníckych pracovníkov a jednotlivé spôsoby ošetrovania rúk. Vyhláška ustanovila konkrétne zásady a postupy vykonávania hygieny rúk zdravotníckych pracovníkov. Pri ošetrovaní pacienta musí byť pokožka rúk zamestnanca zdravotníckeho zariadenia bez poranení a infekcií, nechty musia byť krátke, upravené, čisté, nenalakované, nesmú byť gélové alebo umelé, na rukách nesmú byť prstene a náramky. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník musí vykonávať umývanie rúk, hygienickú dezinfekciu rúk, chirurgickú dezinfekciu rúk, predoperačnú prípravu rúk, starostlivosť o pokožku rúk a používať ochranné rukavice podľa pracovných postupov. (Vyhláška č. 553/2007 Z.z.)

V **prílohe č. 1a** vyhlášky sú ustanovené jednotlivé spôsoby a postupy umývania rúk, dezinfekcie a ošetrovania rúk zdravotníckych pracovníkov. Pracovné postupy sa rozlišujú podľa indikácie nasledovne:

- **umývanie rúk**

Cieľom je mechanické odstránenie viditeľného znečistenia rúk, organických a anorganických nečistôt. Umývanie rúk je indikované ako bežná súčasť dodržiavania osobnej hygieny zdravotníkov pri príchode na pracovisko a vždy pred jedlom a po použití toalety. Bežné umývanie rúk musí zdravotnícky pracovník vykonať aj vtedy, ak dôjde k viditeľnému znečisteniu rúk špinou, krvou alebo inými telesnými tekutinami a po takom úkone, pri ktorom mohlo dôjsť ku kontaminácii rúk zdravotníka mikroorganizmami tvoriacimi spóry (napr. *Clostridium difficile*).

- **hygienická dezinfekcia rúk**

Cieľom je rýchla redukcia prechodnej mikroflóry kože rúk ako prevencia prenosu mikroorganizmov. Hygienická dezinfekcia rúk je indikovaná najmä pred a po každom kontakte s pacientom v rámci diagnostiky a ošetrovania vrátane podania ruky, pomáhania v pohybe, pred a po invazívnych zákrokoch, ako sú napr. odbery krvi, podávanie injekcií a infúzných roztokov, manipulácia a odstraňovanie močových katétrov, manipulácia s invazívnymi pomôckami, a to aj pri použití ochranných rukavíc, pred manipuláciou s liekmi a prípravou infúzných roztokov. Hygienickú dezinfekciu rúk musia zdravotníci vykonať aj po kontakte s akýmkoľvek predmetom alebo povrchom v bezprostrednom okolí pacienta a po kontakte s biologickým materiálom (napr. krv, telesné tekutiny, exkrementy) i po kontakte so sliznicami, krytou ranou či porušenou kožou pacienta.

- **kombinované ošetrovanie rúk**

Cieľom je redukcia prechodnej mikroflóry kože rúk a odstránenie spór mikroorganizmov, ktoré tvoria spóry. Indikované je pri dokázanej alebo možnej kontaminácii rúk mikroorganizmami tvoriacimi spóry.

- **chirurgická dezinfekcia rúk**

Cieľom je odstránenie prechodnej a redukcia trvalej mikroflóry kože rúk a predlaktí ako prevencia kontaminácie operačnej rany mikroflórou kože rúk. Chirurgická dezinfekcia rúk sa vykonáva ako súčasť predoperačnej prípravy rúk pred chirurgickým výkonom a pred použitím jednorazových sterilných rukavíc pri chirurgických výkonoch, pôrodoch, invazívnych rádiologických výkonoch, zabezpečení centrálného venózneho a arteriálneho prístupu, pri zavádzaní močových katétrov a pri zabezpečení invazívnych vstupov do sterilných dutín a priestorov. Pri výkonoch, pred ktorými sa vykonáva chirurgická dezinfekcia rúk, nesmú byť na rukách hodinky.

- **ošetrovanie pokožky rúk**

Cieľom je zabrániť stratám vody z pokožky a udržiavať pokožku jemnú, pružnú a neporušenú, aby bola zachovaná jej prirodzená ochranná bariéra proti vplyvom prostredia a predchádzalo sa osídľovaniu pokožky rúk patogénnymi mikroorganizmami. Ošetrovanie pokožky rúk tvorí súčasť predoperačnej prípravy rúk medzi operačnými výkonmi a po skončení operačného programu a vykonáva sa aj v priebehu dňa podľa stavu pokožky.

- **predoperačná príprava rúk**

Cieľom je príprava rúk pred operačným výkonom, eliminácia prechodnej a redukcia trvalej mikroflóry kože rúk a predlaktí ako prevencia kontaminácie operačnej rany mikroflórou kože rúk.

- **používanie ochranných rukavíc**

Cieľ je zabrániť kontaminácii operačnej rany trvalou mikroflórou kože rúk a kontaminácii rúk zdravotníckych pracovníkov mikroorganizmami, ktoré sú prenosné krvou pacienta. Preto sú indikované pri takých úkonoch, kde dochádza ku kontaktu s otvorenými ranami, príp. môže dôjsť ku kontaktu s krvou.

- **zásady starostlivosti o pokožku rúk**

Cieľom je zabezpečiť vyhovujúci stav pokožky rúk zdravotníkov a najmä celistvosť pokožky rúk. Správnou starostlivosťou sa má zabrániť vzniku dermatitíd a najmä drobných

defektov, ktoré sa môžu veľmi ľahko kolonizovať patogénnou mikroflórou a spôsobovať zdravotné komplikácie samotných zdravotníkov.

### 3 DOHĽAD NAD DODRŽIAVANÍM HYGIENY RÚK V ZDRAVOTNÍCVE

Vykonávať dohľad nad hygienou rúk v rámci prevencie nemocničných nákaz v zdravotníckych zariadeniach v SR **patrí medzi primárnu povinnosť a zodpovednosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**. V zmysle **ust. § 52 ods. 5 písm. b) zák. č. 355/2007 Z. z.** „*poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a zdravotnícki pracovníci sú povinní predchádzať nemocničným nákazám, výskyt nemocničných nákaz zaznamenávať do zdravotnej dokumentácie, vykonávať analýzu ich výskytu a príčin ich vzniku a prijímať opatrenia na zníženie výskytu a zabránenie šíreniu a v oblasti prevencie nemocničných nákaz zabezpečovať sústavné vzdelávanie zamestnancov.*“ Bližšie tieto povinnosti a postup pri monitorovaní a analýze nemocničných nákaz konkretizuje vyššie spomínaná **vyhláška č. 553/2007 Z.z.** V zariadení ústavnej starostlivosti a v zariadení ambulantnej starostlivosti vrátane zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti **sa povinne vykonáva kontrola nemocničných nákaz**. Kontrolu nemocničných nákaz musí zdravotnícke zariadenie vykonávať **priebežne a mesačne analyzovať** výskyt nákaz a prijímať opatrenia na predchádzanie ich vzniku a šíreniu. Dôsledné sledovanie počtu a výskytu nemocničných nákaz a ich analýza umožňuje objektívne vyhodnotiť aktuálny stav a posúdiť efektivitu preventívnych opatrení a dodržiavania hygienicko-epidemiologického režimu. Na kontrolu a analýzu výskytu nemocničných nákaz si zdravotnícke zariadenia zriaďujú komisie pre nemocničné nákazy, súčasťou ktorej musí byť aj odborný pracovník - epidemiológ.<sup>3</sup> Prax však ukazuje, že činnosť týchto komisií je na rôznej úrovni a niektoré komisie sú zriadené a fungujú „pro forma“. Je potrebné zdôrazniť, že **zodpovednosť** za prevenciu nemocničných nákaz a kontrolu dodržiavania plnenia požiadaviek prevádzkového poriadku či hygienicko-epidemiologického režimu, ktorého súčasťou sú i zásady hygieny rúk, má **poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (zdravotnícke zariadenie)**.

---

<sup>3</sup> „*Na sledovanie, analýzu a prevenciu nozokomiálnych nákaz ústavné zariadenie zamestnáva epidemiológa.*“ (Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení).

**Porušením povinností** ustanovených v § 52 ods. 5, písm. b) zák. č. 355/2007 Z. z. sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti **dopúšťa správneho deliktu**, za ktorý príslušný orgán verejného zdravotníctva<sup>4</sup> (najčastejšie je to príslušný regionálny úrad verejného zdravotníctva) **uloží pokutu** vo výške **od 150 do 20.000 Eur. Dohľad na plnením povinností** poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci prevencie nemocničných nákaz, ktoré vyplývajú zo zákona č. 355/2007 Z. z. a vykonávacích predpisov k tomuto zákonu, **vykonávajú orgány verejného zdravotníctva** v rámci štátneho zdravotného dozoru. Keďže spomenuté prevádzkové dokumenty tvoria súčasť vnútorných pracovných smerníc, ich nedodržanie má za následok i sankciu voči zamestnancom, ktorí povinnosti v nich uvedené neplnia. Za porušenie vnútorných smerníc môže zamestnávateľ (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti), uplatniť voči zamestnancovi sankciu vyplývajúcu z neplnenia pracovnoprávných povinností (porušenie pracovnej disciplíny). Zlepšenie dodržiavania pravidiel hygieny rúk by malo byť teda prioritou nielen zdravotníckeho zariadenia, ale rovnako aj zdravotníckych pracovníkov. Údaje o výskyte nemocničných nákaz v zdravotníckych zariadeniach zisťujú regionálne úrady verejného zdravotníctva na základe hlásenia od jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. **Incidenca nemocničných nákaz sa vyhodnocuje** len na základe hlásenej povinnosti zdravotníckych zariadení, ktorá však nie je na požadovanej úrovni a údaje tak nie sú presné a relevantné. Hoci badať mierny nárast v počte nahlásených nemocničných nákaz, nejde o skutočný výskyt nemocničných infekcií. Mnohé zdravotnícke zariadenia berú povinnosť hlásenia na ľahkú váhu, zatajujú informácie o nemocničných nákazách a v skutočnosti ich nenahlásia v presvedčení, že za výskyt nemocničných nákaz a ich nahlásenie sú vystavení peňažným sankciám zo strany Regionálneho úradu verejného zdravotníctva.

V rámci **európskeho dohľadu (EÚ) nad nemocničnými infekciami** má osobitné postavenie *Európske centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb (ECDC)*, ktoré vzniklo ako nezávislá európska agentúra Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 851/2004 z 21. apríla 2004, ktorým sa zriaďuje Európske Centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb. V oblasti dohľadu zriadilo sieť nad nemocničnými infekciami (HAI) a koordinuje postup jednotlivých členských štátov pri zavádzaní alebo upevňovaní systémov aktívneho dohľadu nad prevenciou a kontrolou nemocničných infekcií.

---

<sup>4</sup> Orgánmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike sú: Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad verejného zdravotníctva SR a Regionálne úrady verejného zdravotníctva. Mimo rezortu zdravotníctva orgánmi verejného zdravotníctva sú: Ministerstvo obrany SR, Ministerstvo vnútra SR, Ministerstvo dopravy a výstavby SR, Slovenská informačná služba.

Hlavným poslaním ECDC je najmä poskytovanie odborných stanovísk, odbornej a technickej pomoci a informácií členským štátom, inštitúciám v oblasti verejného zdravia a koordinácia európskej siete nad prenosnými chorobami a závažnými cezhraničnými ohrozeniami verejného zdravia. ECDC **nie je právotvorný orgán EÚ, v žiadnom prípade nedisponuje regulačnými právomocami.** Centrum ECDC do tohto času vypracovalo niekoľko dokumentov s usmerneniami v oblasti primeranej antibiotickej profylaxie zdravotníckym personálom v záujme prevencie infekcií v mieste chirurgického výkonu a v oblasti programov kontroly nemocničnej infekcie stanovil súbor desiatich hlavných prvkov programov kontroly nemocničnej infekcie. Pre zariadenia opatrovateľskej starostlivosti (zariadenia sociálnych služieb) a iné zariadenia dlhodobej starostlivosti boli tiež vypracované požiadavky výkonu pre prevenciu a kontrolu infekcií a dohľad nad antimikrobiálnymi látkami, keďže v týchto zariadeniach je realizácia kontroly a dohľadu nad výskytom nemocničných infekcií nedostatočná, resp. absolútne absentuje. (EK, 2014, s. 7-8)

## ZÁVER

Hygiena rúk je kľúčovým preventívnym opatrením, ktorého účinnosť bola v prevencii nemocničných nákaz a šírení antimikrobiálnej rezistencie preukázaná. Nemocničné nákazy ovplyvňujú bezpečnosť pacienta a sú odrazom kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Požiadavky na hygienu rúk zdravotníckych pracovníkov sú upravené právne záväzným spôsobom najmä na úrovni vnútroštátnych politík jednotlivých členských štátov. Hoci v poslednom období došlo k zvýšeniu preventívnych a kontrolných činností v oblasti kontroly nemocničných nákaz a hygieny v niektorých nemocniciach na Slovensku, manažment nemocníc nie vždy vie, alebo môže alokovať viac zdrojov na účinnú prevenciu a kontrolu nemocničných nákaz. No nie je to len o finančných zdrojoch. Elementárnou súčasťou sú samotní zdravotnícki pracovníci, ktorí častokrát prehliadajú zásady prevencie a nedbajú na dôsledné dodržiavanie a realizáciu preventívnych opatrení, najmä tých, ktoré sa dotýkajú samotnej hygieny rúk. Buď ju nevykonávajú správne, alebo vôbec. Represia nie je vždy účinná forma, preto je nevyhnutné pracovať na ovplyvnení ľudského správania a motivácie zdravotníkov k proaktívnemu riešeniu prevencie. Nemenej dôležité je zvyšovanie povedomia samotných pacientov o ich bezpečnosti v súvislosti s infekciami súvisiacimi so zdravotnou starostlivosťou a najmä potrebou dodržiavania vlastnej osobnej hygieny. Pretože sa mi zdá, že hoci sa nachádzame v modernom a vyspelom 21. storočí, neraz sme svedkami až hygienického nihilizmu. To však je už téma na iný príspevok.

## LITERATURA

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union*. [online]. Stockholm: ECDC, 2013. 19 s. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na internete: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>>

EURÓPSKA KOMISIA. *Druhá správa Komisie Rade o vykonávaní odporúčania Rady 2009/C 151/01, o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií*. Brusel: EK, 2014. 14 s.

FRANCOVÁ, M. Význam mytí a hygieny rukou. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 9, s. 34-35.

KELČÍKOVÁ, S. *Koncept hygieny rúk - implikácia do vzdelávania a ošetrovateľskej praxe*. Martin: UK JLF, Ústav ošetrovateľstva, 2013. 121 s. ISBN 978-80-89544-60-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVÍ ČR. *Souhrn: Smernice SZO. Hygiena rukou ve zdravotnictví*. [online]. Praha: MZ ČR, 2011. 64 s. [cit. 2018-02-20]. Dostupné na internete: [http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena\\_rukou/Hygiena\\_rukou\\_ve\\_zdravotnictvi\\_Prvni\\_globalni\\_vyzva.pdf](http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena_rukou/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi_Prvni_globalni_vyzva.pdf).

NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (ES) č. 851/2004 z 21. apríla 2004, ktorým sa zriaďuje Európske Centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb.

ODPORÚČANIE RADY z 9. júna 2009, o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií (2009/C 151/01).

ROZHODNUTIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY č. 1082/2013/EÚ z 22. októbra 2013, o závažných cezhraničných ohrozeniach zdravia, ktorým sa zrušuje rozhodnutie č. 2119/98/ES.

SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2011/24/EÚ z 9. marca 2011, o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

ŠRÁMOVÁ, H. a kol. *Nozokomiální nákazy II*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2001. 303 s. ISBN 80-85912-25-2.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Výročná správa o činnosti Úradov verejného zdravotníctva v SR podľa jednotlivých odborov verejného zdravotníctva za rok 2016*. Bratislava : ÚVZ SR, 2016. 788 s.

TÓTH, K. a kol.: *Právo a zdravotníctvo II*. 2. dopl. vydanie. Bratislava : Herba, 2013, s. 432. ISBN 978-80-89631-08-7.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. Geneva: WHO, 2009. 270 s. ISBN 9789241597906.

ZÁKON NR SR č. 355/2007Z. z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

## **KONTAKT**

**RNDr. Ivana Pagáčová, PhD.**

Lekárska fakulta, Katedra medicínskeho práva

e-mail: [ivana.pagacova@szu.sk](mailto:ivana.pagacova@szu.sk)

**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**

Limbová 14, 833 03 Bratislava 37, Slovenská republika

# LIEK V PRAXI LEKÁRA – VYBRANÉ ASPEKTY LIEKOVEJ POLITIKY A KATEGORIZAČNÉHO PROCESU V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

TRNOVEC, P.

## Abstrakt

Cieľom príspevku bolo zhodnotiť a porovnať smerovanie liekovej politiky a trendov liekových trhov v európskych krajinách a krajinách OECD so Slovenskou republikou, zhodnotiť vplyv vybraných európskych a národných právnych predpisov na proces kategorizácie humánných liekov s dôrazom na ekonomickú udržateľnosť zdravotníckeho systému a na verejné zdravie. Osobitne som sa venoval procesu kategorizácie, hlavne s ohľadom na dopad na verejné zdravie a ekonomickú udržateľnosť zdravotného systému. V závere navrhujem odporúčania pre slovenskú liekovú politiku z pohľadu jej tvorby, monitorovania jej efektivity, vplyvu na verejné zdravie a ekonomickú udržateľnosť zdravotníckeho systému. Odporúčania vychádzajú z analýzy európskeho a slovenského trendu a prístupu ku zdravotnej a liekovej politike.

## Kľúčové slová

Liek, právo, proces stanovenia ceny a úhrady liekov, zdravotná politika, lieková politika

## ÚVOD

Liek vo všeobecnosti má v živote ľudí, v ľudskej spoločnosti svoje dôležité a opodstatnené miesto. Hlavným cieľom humánneho lieku je ochrániť človeka pred chorobami, liečiť alebo zlepšiť kvalitu života pacienta. Liek musí spĺňať požadované kritériá na bezpečnosť a účinnosť, aby bola pacientovi zabezpečená kvalitná liečba prostredníctvom lieku, pričom pacient sám nemá možnosti overiť kvalitu a jeho bezpečnosť. Preto regulácia a kontrola liekov podlieha právomociam a kompetenciám štátu.

Slovenské zdravotníctvo v súčasnosti „bojuje“ s viacerými vážnymi problémami, ktoré sa dotýkajú mnohých oblastí a subjektov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ako aj

s nepriaznivým zdravotným stavom našej populácie. Fenoménom zdravotníctva, ktorý prináša globalizácia, zlepšovanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ale aj predlžovanie ľudského života a starnutie populácie, a ktorý nesie v sebe riziká, je obmedzenie zdrojov až deficit prostriedkov určených na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a ochranu verejného zdravia. Na druhej strane však, máme tu ďalší trend zvýšenej spotreby liekov vyžadujúcich vysoké náklady rezortu zdravotníctva.

Nájsť určitú rovnováhu medzi dostupnosťou bezpečného a kvalitného lieku, jeho používaním a efektívnosťou vynaložených finančných prostriedkov, by malo byť primárnou úlohou liekovej politiky, ktorá tvorí integrovanú súčasť štátnej zdravotnej politiky. Základné ciele národnej liekovej politiky spočívajú najmä v zabezpečení prístupu obyvateľstva k základným liekom v zmysle ich rovnakej fyzickej a ekonomickej dostupnosti, kvality, bezpečnosti a účinnosti liekov a v racionálnej spotrebe v zmysle účelnej a nákladovo efektívnej preskripcie a spotreby. Každý zodpovedný štát však neraz rieši dilemu otázky lekárskej etiky, t.j. požiadavky poskytovania tej najlepšej možnej zdravotnej starostlivosti každému občanovi, každému pacientovi, „etickú“ mieru zaťaženia pacienta zodpovednosťou za svoje zdravie a otázky ekonomické v zmysle zodpovedajúcej výške nákladov na poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Nevyhnutné je zdôrazniť, že práve v oblasti zdravotníctva sa „veľmi ťažko“ realizujú a implementujú optimalizačné opatrenia a reformy s cieľom prenesenia zodpovednosti na pacienta, pretože táto téma je aj silne politicky motivovanou témou, a vlády či už pravicové alebo ľavicové nechcú dopustiť stratu svojich voličov a stúpencov, na základe nepopulárnych opatrení.

Súčasťou spomínanej globalizácie je aj slovenský trh s liekmi, ktorý je otvorený, a ktorý sleduje globálny trend sústredenia sa výskumu a marketingu hlavne na biologicky aktívne látky, na menej časté a zriedkavé ochorenia, zdôvodňujúc týmto vysoké požadované ceny za liečebné cykly. Zdravotné systémy aj vyspelých krajín hľadajú cesty, ako tieto tendencie farmaceutického priemyslu usmerniť, ako predvídať možný dopad na financovanie zdravotníctva a pripraviť sa naň. Aj to môžu byť niektoré z dôvodov, prečo sa doteraz nepodarilo nájsť ideálny model fungovania efektívneho zdravotníckeho systému a odvahu ho aj úspešne realizovať.

Základy liekovej politiky tvorí niekoľko zložiek a oblastí, ktoré sú regulované a právne upravené množstvom právnych predpisov s rôznym stupňom právnej sily. Dynamickosť

odvetvia, ale aj nadnárodná právna regulácia v oblasti liekov neraz spôsobujú nejednotnosť právnej úpravy, jej časté zmeny vedúce k právnej neistote zainteresovaných subjektov a chaosu. V príspevku som sa zaoberal najmä trendom vývoja liekovej politiky a prioritami na Slovensku.

## **1 TRENDY A PRIORITY SLOVENSKEJ LIEKOVEJ POLITIKY V POROVNANÍ S INICIATÍVAMI V EÚ**

Medzi *hlavné faktory ovplyvňujúce aktivity regulačných orgánov v liekovej politike* v EÚ patria:

- starnutie populácie,
- zmena štruktúry chorobnosti a úmrtnosti,
- stredná dĺžka života,
- dĺžka života v plnom zdraví,
- množstvo disponibilných zdrojov v zdravotníctve,
- kvalita a rozsah zdravotnej osvetly a účinných preventívnych programov a programov verejného zdravia,
- najnovšie i dostupnosť inovatívnych, finančne náročných postupov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V kontexte vývoja liekovej politiky v európskom priestore Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) reflektuje na potrebné zmeny, ktoré nasledujú skúsenosti a odporúčania iných krajín.

V línii s nimi už v súčasnom znení a vo svojej novele zák. č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov rieši (viď Tab. 1).

Tab. 1 Aktuálne priority liekovej politiky SR.

Porovnanie súčasného stavu pred novelou a stavu po prijatí novely zák. č. 363/2011 Z.z.  
Porovnanie s trendmi liekovej politiky v krajinách EÚ.

	Súčasn <sup>é</sup> znenie	Novela č.363/2011 Z.z
<ul style="list-style-type: none"> <li>• uvedenie metodík a mechanizmov referencovania cien a úhrad liekov, striktnejšia revízia cenotvorby a úhrad liekov na úrovni porovnávania cien a úhrad v terapeutických referenčných skupinách, prípadne na medzinárodné porovnanie cien, či úhrad liekov,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvorenie legislatívnych možností a mechanizmov znižovania maximálnych hodnôt obchodných výkonov (marží) na úrovni distribútorov, či lekární,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvorenie legislatívnych možností a mechanizmov povinných rabatov z cien liekov pre výrobcov,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvorenie legislatívnych možností a mechanizmov centrálnych nákupov pre špeciálne skupiny liekov – onkolytiká – cytostatiká, biologické látky, vakcíny, rastový hormón, ale i bežné antihypertenzíva, antibiotiká pre ambulantnú prax,</li> </ul>	+/-	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• racionálne znižovanie výšok úhrad pre lieky na liečenie nie kritických ochorení, zvyšovanie spoluúčasti pacientov,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• uvedenie metodík a mechanizmov na tvorbu zoznamov uhrádzaných liekov na podklade EMB (Evidence Based Medicine – Medicína založená na dôkazoch),</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vylúčenie liekov bez adekvátnych medicínskych dôkazov z úhrad,</li> </ul>	+/-	+/-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvorenie reštriktívnejších úhradových kritérií pre skupiny liekov na pohľade porovnávania ich účinnosti a bezpečnosti,</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zohľadňovanie nákladovej efektivity pri zaraďovaní a revízií úhrad,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvorenie legislatívnych možností, metodík a mechanizmov na zlepšenie kvality preskripcie – edukácia lekárov, stanovenie indikátorov kvality, kontrolná činnosť,</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>• podporu rozsiahlejšieho používania lacnejších generík a biosimilarov,</li> </ul>	+	+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• redukcia, zoštíhlenie úhradových zoznamov, s cieľom pokryť iba najdôležitejšie potreby ambulantnej starostlivosti.</li> </ul>	-	-

Zdroj: Vlastné spracovanie

Základným predpokladom týchto iniciatív bolo zachovať a znížiť náklady na lieky bez ohrozenia zdravotnej starostlivosti. S rastom nákladov na lieky a príchodom nových finančne náročných liečebných postupov, si mnohé regulačné orgány uvedomujú **nevyhnutnosť plánovať** možný dopad dostupnej a v dohľadnej dobe dostupnej liečby. Pri plánovaní zohľadňujú **ekonomickú udržateľnosť zdravotného systému, zdravotný stav cieľovej populácie, prípadne dopad na verejné zdravie.**

Správny odhad vývoja trendu chorobnosti a úmrtnosti, ich príčin a dostupných riešení, by malo byť kľúčové pre tvorcov zdravotných a liekových politík, zdravotných plánov, ako aj pre ekonómov. Toto platí hlavne v kontexte dôležitosti dopadu neprenosných ochorení na zdravotný stav populácie, ktoré sú jednou z kľúčových výziev zdravotnej starostlivosti v EÚ a na Slovensku. Patria medzi ne **srdcovocievne ochorenia, rakovina, duševné poruchy, chronické ochorenia dýchacích ciest a choroby pohybového ústrojenstva**. Zdravotný systém Slovenskej republiky je nástroj na pozitívne ovplyvňovanie zdravotného stavu občanov Slovenskej republiky s cieľom predchádzať vzniku ochorení, liečiť vzniknuté ochorenia a riešiť ich následky. Občania solidárne prispievajú do systému verejného zdravotného poistenia a s dôverou vyplývajúcou z informačnej asymetrie, očakávajú, že **zdravníctvo im poskytne službu efektívne, rýchlo podľa súčasných poznatkov medicíny**.

Slovensko, podobne ako mnohé európske krajiny **nemajú nastavené a implementované priority v zdravotných politikách**, v procesoch prístupu k liekom, v úhradových systémoch, prípadne na pravidelnej báze **nemonitorujú efektívnosť** nastavených procesov, programov a pohľad verejného zdravia je do rozhodovacích procesov zaradený iba okrajovo. Mnohé krajiny však začínajú chápať, že stanovovanie priorít založené na kredibilných údajoch, ovplyvňujúcich verejné zdravie je cestou ku zlepšeniu efektivity vynakladania prostriedkov. Slovensko nie je osamotené v problémoch, pred ktorými stojí pri tvorbe aktuálnych zdravotných a liekových politík ako udržať rovnováhu medzi vstupom nových liekov na trh a tlakom na rozpočet zdravotníctva.

Výzvou je aj schopnosť vyhodnotiť reálnu hodnotu nových liekov pri obmedzených dostupných údajoch a dôkazoch o nich, schopnosť stanoviť cenu a adekvátnu úhradu pre nové lieky v kontexte medzinárodného referencovania cien, či úhrad, zodpovedať na otázku ako byť transparentný v systéme verejného zdravotníctva a súčasne realizovať potrebu neverejných dohôd z výrobcami, ako vytvoriť flexibilný systém rozhodovania, v ktorom pri nových dostupných dátach by bolo možné zmeniť úhradu lieku, či mať možnosť rýchlo zareagovať v situácií prudkého nárastu predpisovania nového lieku.

**Väčšina z týchto problémov by mala byť vyriešená novelizáciou zák. č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“), ale až reálne uplatnenie tohto zákona a jeho vykonávacích predpisov nám povie, či toto riešenie bude efektívne.**

Žiadna zo v súčasnosti platných a plánovaných právnych noriem však nerieši stanovovanie priorít zdravotnej a liekovej politiky, transparentný monitoring efektivity zdravotných intervencií na Slovensku, monitoring liečebných intervencií, ktoré vstúpia na trh v krátkom časovom horizonte a môže mať zásadný vplyv na zdravotný systém. Úprava zák. č.363/2011 Z. z. a zák. č.362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „*zákon č. 362/2011 Z.z.*“) je preto potrebná.

Na Slovensku **chýbajú jasné na reálnych a relevantných dátach založené** a otvorene komunikované **priority zdravotnej a liekovej politiky** a riešenia šité na mieru pre potreby občanov Slovenskej republiky, zamerané na príčiny, liečbu hlavných ochorení zásadným spôsobom ovplyvňujúcich chorobnosť a úmrtnosť na Slovensku. Práve jasná, otvorená komunikácia by mala viesť ku zvýšeniu prijatia zdravotnej a liekovej politiky odbornou verejnosťou, ako i širokou populáciou občanov s cieľom zdôrazniť sociálny aspekt, spravodlivosť, solidaritu, udžateľnosť a rozhodovanie založené na dôkazoch.

Slovenská lieková legislatíva má odzrkadľovať potreby verejného zdravia Slovenskej republiky. Aspekt verejného zdravia má byť vnesený, formalizovaný a akcentovaný v procese úhrad z verejného zdravotného poistenia a mal by byť založený na kredibilných klinických dôkazoch a kvalitných epidemiologických údajoch. Na zváženie je zapojenie verejného zdravotníctva, expertov v danej oblasti do rozhodovacích procesov kategorizácie liekov a následne aj hodnotenie jej dopadu na stav verejného zdravia.

MZ SR, tvorcovia zdravotných politík Slovenska by mali do svojich plánov **zakomponovať vyhodnocovanie dopadu politík na pravidelnej** ročnej (krátkodobé ciele) a štvorročnej **báze** (volebný cyklus – odpočet). Cieľom je spresniť a urýchliť možné potrebné úpravy, či zmeny zdravotných cieľov, politík, stratégií, programov. Toto vyhodnocovanie by ideálne bolo založené na vopred danom dizajne a plánovanom využívaní štatistických metód ako aj možným dizajnovaním štúdií, napr. observačných štúdií. MZ SR, zdravotné poisťovne, Štátny ústav na kontrolu liečiv, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, Národné centrum zdravotníckych informácií, výrobcovia, nezávislí výskumníci by mali tesne spolupracovať na výmene údajov, zlepšiť kvalitu epidemiologických, klinických údajov, ideálne skoordinať zber údajov pri zachovaní všetkých legálnych aspektov ochrany osobných údajov. Bez správnych, relevantných údajov a ich analýzy je akákoľvek snaha o nastavenie systému zdravotníctva odsúdená na náhodu a relevantné hodnotenie nie je možné.

Výrobcovia medicínskych technológií, liekov musia byť transparentní ako a na čom stavajú svoju cenotvorbu inovatívnych intervencií. Výrobcovia by mali sprístupniť všetky ich dostupné údaje pre potreby HTA analýz a hodnotenie reálnej pridanej hodnoty inovácie. Je skutočne imperatívne, aby výrobcovia zväžili ich súčasnú cenovú stratégiu pri niektorých citlivých liekových skupinách ako napríklad onkologické lieky. Za úmyselnú netransparentnosť, zavádzanie by sme odporúčali úpravu zák. 363/2011 Z. z. s cieľom zvýšiť postihy a previnilcov zverejniť na relevantných platformách vrátane medzinárodných. Bez zapojenia lekárov je akákoľvek iniciatíva na zlepšenie liekovej politiky odsúdená iba na čiastočný úspech, či neúspech. Súčasťou zapojenia je vzájomné načúvanie, správna komunikácia cieľov, nastavenie procesov, postupov a vzdelávania lekárov. Preto je nevyhnutné iniciovať vytváranie nezávislých, expertných skupín lekárov zúčastnených na tvorbe a šírení odporúčaní, liečebných protokolov, či patientskych registrov. MZ SR v súčasnej dobe intenzívne pracuje na tvorbe odporúčaní. Aspekt ich transparentnej tvorby a správnej komunikácie bude pre ich úspech esenciálny, preto komunikačná stratégia musí byť ich nevyhnutnou súčasťou podobne ako ich pravidelné vyhodnocovanie a prehodnocovanie.

Vzdelaní, motivovaní lekári, ktorým sú odporúčania venované s cieľom liečiť *lege artis* a *efektívne* sú predposledným článkom zmeny. Na zváženie je koordinácia, zlepšenie, kontinuálneho vzdelávania lekárov pod dohľadom nezávislých odborných spoločností (nie farmaceutických spoločností) s jasnou deklaráciou konfliktu záujmov. Na diskusiu je zväžiť cielenosť vzdelávania a intervencií na zlepšenie efektivity preskripcie liekov na cieľové skupiny lekárov využívajúce systém najintenzívnejšie, prípadne kde dochádza ku koncentrovaniu polymorbídnych, polypragmatických pacientov – všeobecní lekári, psychiatri.

V súčasnej dobe vstupuje na trh viacero nových liekov, ktoré prinášajú zásadný obrat v liečbe niektorých ochorení. V prípade, ak tieto nové technológie majú potenciál ovplyvniť aj verejné zdravie, ideálne cestou riešenia pre chronické neprenosné ochorenia, ide o ideálnu kombináciu v prípade, ak si ich individuálni pacienti, alebo zdravotný systém môžu dovoliť z finančného hľadiska.

Mnohé z týchto nových liekov, z ktorých niektoré vytvárajú nové kategórie, či skupiny liekov vytvárajú tlak na zdravotné systémy európskych štátov po stránke ekonomickej a klinickej. **Ekonomickým problémom** je jednak ich jednotková cena, jednak celkový dopad na rozpočet v prípade ochorení so širokou populáciou.

Mnohokrát spúšťajú vytváranie nových skupín liečiv, ktoré začínajú súťažiť o rozpočet s už etablovanými liečbami, a tak zásadným spôsobom zvyšujú tlak na zdravotný systém. Z klinickej stránky mnohé z nových liečebných modalít nútia zdravotný systém k novým postupom, pri ktorých je potrebné edukovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, či vo zvýšenej miere vyžívajú diagnostické – laboratórne, alebo zobrazovacie kapacity, alebo ambulantné, nemocničné, resp. operačné kapacity zdravotných systémov.

Preto je nevyhnutné nastaviť procesy vstupu nových liekov do systému úhrad z verejného zdravotného poistenia.

- Základom je jasne stanoviť priority liekovej politiky a procesov prístupu k liekom
  - klinické, z pohľadu verejného zdravia, ekonomické, sociálne, etické – solidarita,
  - efektívne ich komunikovať odbornej i širokej verejnosti,
- Transparentne nastaviť metodiku hodnotenia inovácie, prinášajúcej pridanú klinickú hodnotu,
- Nastaviť metodiku pravidelného hodnotenia súčasnej liekovej politiky a jej úpravy na základe jasných kritérií. Tieto by mali flexibilne reagovať na vývoj v systéme vstupu nových liekov a medicínske potreby populácie.

**Tab. 2 Aktuálne priority liekovej politiky Slovenskej republiky I.**

Porovnanie súčasného stavu pred novelou a stavu po prijatí novely zák. č. 363/2011 Z.z. Porovnanie s trendmi liekovej politiky v krajinách EÚ.

	Pred novelou	Novela	Ideálny stav
1. Nastaviť, odkomunikovať a implementovať priority v procesoch prístupu k liekom - klinické, z pohľadu verejného zdravia, ekonomické, sociálne, etické - solidarita.	-	-	+
2. Transparentne nastaviť metodiku zhodnotenia, odlišenia a ohodnotenia zmysluplnej inovácie, prinášajúcej pridanú klinickú hodnotu.	+/-	+/-	+
3. Nastaviť metodiku pravidelného prehodnocovania súčasnej liekovej politiky a jej úprava na základe jasných kritérií. Tieto by mali flexibilne reagovať na vývoj v systéme vstupu nových liekov a medicínske potreby populácie.	+/-	+/-	+

Zdroj: Vlastné porovnanie

Pozn. Ideálny stav = realizácia jednotlivých iniciatív z krajiny EÚ.

Slovensko, podobne ako mnohé európske krajiny nemajú nastavené, odkomunikované a implementované priority v procesoch prístupu k liekom, v úhradových systémoch, zdravotných politikách. Mnohé krajiny však začínajú chápať, že stanovovanie priorít je cestou ku zlepšeniu efektivity vynakladania prostriedkov.

V roku 2014 PPRI (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Network*) uverejnil štúdiu, v ktorej **analyzoval problémy**, ktorým čelia európske krajiny pri tvorbe aktuálnych zdravotných a liekových politik :

- udržať rovnováhu medzi vstupom nových liekov na trh a tlakom na rozpočet zdravotníctva,
- schopnosť vyhodnotiť reálnu hodnotu nových liekov pri obmedzených dostupných údajoch a dôkazoch o nich,
- schopnosť stanoviť cenu a adekvátnu úhradu pre nové lieky v kontexte medzinárodného referencovania cien, či úhrad,
- zodpovedať na otázku ako byť transparentný v systéme verejného systémov zdravotníctva a súčasne realizovať potrebu neverejných dohod z výrobcami, MEA – riadených schém vstupu nových liekov,
- ako vytvoriť flexibilný systém rozhodovania, v ktorom pri nových dostupných dátach by bolo možné zmeniť úhradu lieku, či mať možnosť rýchlo zareagovať v situácií prudkého nárastu predpisovania nového lieku,
- ako riadiť zvýšené používanie biologickej liečby v rozrastajúcich sa oblastiach medicíny a súčasne zvýšiť tlak na vytvorenie súťaže u biologicky podobných liekov (biosimilarov).

**Tab. 3 Aktuálne priority liekovej politiky Slovenskej republiky II.**

Schopnosť liekovej politiky riešiť aktuálne potreby. Porovnanie stavu pred novelou, stavu po prijatí novely zák. č. 363/2011 Z.z. Porovnanie s trendmi liekovej politiky v krajinách EÚ.

	Súčasný stav	Novela	Ideálny stav
1. Udržať rovnováhu medzi vstupom nových liekov na trh a tlakom na rozpočet zdravotníctva.	-	+/-	+
2. Schopnosť vyhodnotiť reálnu hodnotu nových liekov pri obmedzených dostupných údajoch a dôkazoch o nich.	-	+/-	+
3. Schopnosť stanoviť cenu a adekvátnu úhradu pre nové lieky v kontexte medzinárodného referencovania cien, či úhrad.	+/-	+	+
4. Zodpovedať na otázku ako byť transparentný v systéme verejného systémov zdravotníctva a súčasne realizovať potrebu neverejných dohôd z výrobcami, MEA – riadených schém vstupu nových liekov.	-	+	+
5. Vytvoriť flexibilný systém rozhodovania, v ktorom pri nových dostupných dátach by bolo možné zmeniť úhradu lieku, či mať možnosť rýchlo zareagovať v situácií prudkého nárastu predpisovania nového lieku.	-	+/-	+
6. Riadiť zvýšené používanie biologickej liečby v rozrastajúcich sa oblastiach medicíny a súčasne zvýšiť tlak na vytvorenie súťaže u biologicky podobných liekov (biosimilarov).	-	+/-	+

Zdroj: Vlastné spracovanie

## 1.1 SÚČASNÝ STAV

Tvorba zdravotných politík, tvorba odporúčaní, rozhodovanie o úhradách, liečba je v európskych zdravotných systémoch zvyčajne **založená na medicíne** založenej na dôkazoch, na zdravotných potrebách obyvateľstva a finančných možnostiach zdravotného systému. V súčasnej dobe si riadiaci pracovníci v zdravotníctve a plánovači začínajú uvedomovať rozsah možného dopadu a implikácie plynúce zo vstupu nových drahých liekov.

Jednou z kľúčových aktivít tvorcov zdravotných politík v období pred uvedením lieku na trh (18 – 24 mesiacov pred vstupom) je takzvaný „*horizon scanning*“ - **snímanie horizontu** a odhadovanie pravdepodobného finančného a zdravotného dopadu vstupu nových liekov na trh. Snímanie horizontu predstavuje **systematické zhodnotenie relatívnych výhod, strát, a nákladov v súvislosti s príchodom novej technológie**. Má súčasne analyzovať aj iné zdroje

– ľudské, priestorové, nové zručnosti, vedomosti potrebné k efektívnemu uvedeniu nového lieku do praxe. Horizon scanning má zadefinovať aj prípadnú potrebu vytvorenia nových, či úpravy jestvujúcich odporúčaní v konkrétnej terapeuticknej oblasti, ako aj zváženie okolností a podmienok cenotvorby, či úhrady v verejných zdrojov. Súčasťou týchto zvažovaní môžu byť aj risk-sharing schémy, či všeobecné MEA – managed entry agreement (dohody medzi výrobcom a platcom o podmienkach vstupu novej technológie na trh a podmienky jej uhrádzania z verejných zdrojov. Nové lieky okrem toho, že pri uvedení na trh majú **obmedzené údaje z reálnej**, rutinnej praxe, zvyčajne nemajú údaje porovnávajúce ich klinickú efektivitu z inými liečebnými modalitami – liekovými i neliekovými terapeutickými alternatívami. Nevieme zhodnotiť ich reálnu pridanú hodnotu zdravia a musíme investovať do adekvátneho vzdelávania lekárov – kritické zhodnotenie, či patientskych registrov.

V rozhodovacích procesoch sa čoraz viac využívajú *HTA metodiky* – nákladová efektivita, dopad na rozpočet, ale zvyčajne chýba analýza rozhodovania. Ako náhle systém súhlasí, že intervencia prináša klinickú hodnotu a je vyhodnotená jej nákladová efektivita, používajú sa veľmi hojne nástroje na jej zlepšenie a zníženie dopadu na rozpočet ako: *rabatové schémy, clawbacks and paybacks, MEA*.

Všetky hore uvedené postupy by mali byť legislatívne ukotvené a podobne sa zvažuje ukotvenie postoja, že liekové politiky by nemali byť striktné založené na registračných údajoch, ale na dôkazoch.

Toto by umožnilo širšie využívanie v mnohých v súčasnej dobe off label liečebných režimov, ktoré majú potvrdenú účinnosť, bezpečnosť. (*pozn.* Tento postoj definuje aj WHO, EML). Cena a úhrada liekov by mala byť stanovená na základe ich pridanej terapeutickej hodnoty s jasnými pravidlami vo vyhodnocovaní a rozhodovacom procese. Je zaujímavé porovnanie, že niektoré systémy uprednostňujú plnú transparentnosť cenotvorby, zatiaľ čo iné systémy argumentujú pri nezverejňovaní ceny zvýšením dostupnosti, implikujúc, že dohodli s výrobcom nízku cenu. Isteže dopad nízkych cien na dostupnosť kvôli paralelnému dovozu a vývozu liekov v dôsledku veľkých cenových rozdielov spôsobených aj medzinárodným referencovaním cien a úhrad sú kľúčové, avšak transparentnosť procesov zo strany výrobcov musí byť zaručená.

**Vytváranie diagnostických a terapeutických klinických odporúčaní** (guidelines) je veľmi efektívny nástroj na ovplyvňovanie správneho využívania nových liekov, za predpokladu, že sú jasne naformulované, vychádzajú z praxe, sú založené na dôkazoch, majú

v sebe zakomponované indikátory kvality, sú transparentné v tvorbe a sú správne odkomunikované odbornej i širokej verejnosti. Správna komunikácia znamená včasne komunikovať dôvody, podporené údajmi pre potrebnú zmenu, zapojenie odbornej verejnosti do ich tvorby, edukáciu odbornej verejnosti a informovanie širokej verejnosti. Práve správne odkomunikovaná tvorba odporúčaní, ich zdôvodnenie, motívy vrátane konfliktov záujmov, so zapojením odborníkov na tvorbe a implementácií sú základom úspechu.

**Tab. 4 Transparentné komplexné nastavenie metodiky hodnotenia liekov.**

Porovnanie stavu pred novelou, stavu po prijatí novely zák. č. 363/2011 Z.z.

	Stav pred Novelou	Novela	Ideálny stav
1. Horizon scanning	-	-	+
2. Klinické hodnotenie - dáta z klinických skúšok	+	+	+
3. Klinické hodnotenie -dáta z reálnej praxe	-	-	+
4. Klinické hodnotenie -porovnanie inými liečebnými modalitami (nie lieky)	-	-	+
5. Klinické hodnotenie -tvorba a hodnotenie patientskych registrov	-	-	+
6. Zhodnotenie inovatívnosti lieku a jeho potrebnosti pre SR	-/+	-/+	+
7. Dopad na rozpočet	+	+	+
8. Zmluvná spolupráca so zahraničnými partnermi	-/+	-/+	+
9. HTA	+	+	+
10. Priama nadväznosť na tvorbu diagnostických a liečebných odporúčaní	-	-	+
11. Priama nadväznosť na vzdelávanie lekárov	-	-	+
12. Sociálny dopad	-	-	+
13. Bioetické zhodnotenie	-	-	+

Zdroj: Vlastné spracovanie

## 1.2 ĎALŠIE SMEROVANIE LIEKOVEJ POLITIKY V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Spravodlivosť v dostupnosti liekov musí byť naďalej kľúčovou hodnotou liekovej politiky a v kontexte drahých liekov je tento imperatív ešte výraznejší. Nové lieky a liečebné technológie ponúkajú pacientom nádej na kvalitnejší a niekedy aj dlhší život, ale pri súčasnej cenovej stratégii výrobcov bude čoraz menší počet pacientov uberať čoraz väčší podiel zo zdravotníckeho rozpočtu.

Rozhodovacie systémy bez tesnej spolupráce a transparentného rozhodovania prinášajú riziko nefér a svojvoľných rozhodnutí s otáznymi motívmi a budú viesť k neutržateľnému, neefektívnemu systému. Doterajšie diskusie o nových liekoch sa viedli hlavne cez témy ako efektívne vytvoriť nové prekážky vstupu, obmedziť vstup nových liekov na trh (napr. aj cestou HTA). Tieto témy sa rozširujú o úplne novú dimenziu, a to ako férovo ohodnotiť a zaplatiť za inováciu vo farmácii s súčasne zabezpečiť univerzálnu, spravodlivú dostupnosť liekov. Námety na kritické premýšľanie ponúkajú cenové stratégie výrobcov onkologických liekov, liekov pre zriedkavé ochorenia, či na hepatitídu C. Súčasnú situáciu najlepšie popisuje potreba správne ohodnotiť reálnu inováciu prinášajúcu viac zdravia pri súčasnom uvedomení si toho, že farmaceutické spoločnosti investovali nemalé prostriedky do vedy a výskumu so značným rizikom neúspechu:

- Zo štátov strany je to uvedomenie si, že nechcú obmedziť dostupnosť skutočne inovatívnych liekov z dôvodu, že si ich nemôžu dovoliť zaplatiť.
- Zo strany výrobcov je dôležité, aby nezneužívali situáciu neuskutočnenej medicínskej potreby a nežiadali ceny, pri ktorých predstavuje výrobná cena iba zlomok zo žiadanej.

### **Ďalšie smerovanie:**

- zintenzívnenie medzinárodnej spolupráce v procese vyhodnocovania klinických a nákladovej efektivity – v EÚ i mimo nej;
- individualizácia potrieb jednotlivých krajín v zmysle jasnej otvorene komunikovanej prioritizácie a riešení šitých pre potreby občanov by mali viesť ku zvýšeniu prijatia zdravotnej a liekovej politiky širokou populáciou občanov s cieľom zdôrazniť sociálny aspekt, spravodlivosť, solidaritu, udžateľnosť a rozhodovanie založené na dôkazoch;
- zlepšenie procesov na odlišenie zmysluplnej inovácie, založenej na dôkazoch a výhodách v kontexte potrieb zdravotných systémov;

- výrobcovia medicínskych technológií, liekov musia byť transparentní ako a na čom stavajú svoju cenotvorbu inovatívnych intervencií; je skutočne imperatívne, aby výrobcovia zvážili ich súčasnú cenovú stratégiu pri niektorých citlivých liekových skupinách ako napríklad onkologické lieky;
- národné liekové legislatívy, by mali odzrkadľovať potreby verejného zdravia. Aspekt verejného zdravia by mal byť akcentovaný v procese úhrad z verejného zdravotného poistenia a mal by byť založený na všeobecných klinických dôkazoch, nie iba na registračných údajoch výrobcov;
- transparentnosť a etika výskumu a publikovania by mali limitovať hrozbu „bias“ a výrobcovia by mali sprístupniť všetky údaje pre potreby HTA analýz a zhodnotenia reálnej pridanej hodnoty inovácie;
- tvorcovia zdravotných politík by mali do svojich plánov zakomponovať vyhodnocovanie dopadu politík na pravidelnej báze, s cieľom urýchliť možné potrebné úpravy zmeny. Toto vyhodnocovanie by ideálne bolo založené na vopred danom dizajne a plánovanom vyžívaní štatistických metód, ako aj možným dizajnovaním štúdií napríklad aspoň observačných štúdií;
- štátne inštitúcie, výrobcovia, nezávislí výskumníci by mali tesne spolupracovať na výmene údajov, zlepšiť ideálne skoordinať zber údajov pri zachovaní všetkých legálnych aspektov ochrany osobných údajov;
- tesnejšia spolupráca medzi európskymi zdravotníckymi systémami by sa mala sústrediť na komplexnosť starostlivosti o pacienta od prevencie po chronickú liečbu, hlavne pre chronické neprenosné ochorenia a mala by ovplyvniť prioritizáciu pri zachovaní diskusie na tému skutočnej pridanej hodnoty akejkoľvek intervencie;
- vytvoriť sieť medzi všetkými zúčastnenými stranami v štátoch EÚ s cieľom zdieľať informácie o nových liekoch – cenotvorbu, liečebné protokoly a liečebne odporúčania, princípy a detaily tvorby protokolov – inklúzne, exklúzne kritéria, účinnostné kritéria, kritéria začatia a ukončenia liečby;
- zlepšiť kontinuálne vzdelávanie lekárov – pod dohľadom nezávislých odborných spoločností s jasnou deklaráciou konfliktu záujmov;
- vytváranie nezávislých expertných skupín lekárov zúčastnených na tvorbe a šírení odporúčaní, liečebných protokolov, či patientskych registrov;
- zvážiť zacielenie vzdelávania a intervencií na zlepšenie efektivity preskripcie liekov na cieľové skupiny lekárov využívajúce systém najintenzívnejšie, prípadne kde

dochádza ku koncentrovaniu polymorbídnych, polypragmatických pacientov – všeobecní lekári, psychiatri;

- zlepšiť využívanie existujúcich, či vytvoriť nové jednoduché IT systémy, ktoré budú navádzať lekárov ku adekvátnemu využívaniu dostupných liekov pri súčasnom využívaní motivačných metód.

## **2 ODPORÚČANIA PRE ĎALŠIE SMEROVANIE LIEKOVEJ A ZDRAVOTNEJ POLITIKY V SR**

Zdravotný systém Slovenskej republiky je nástroj na riešenie zdravotného stavu občanov SR s cieľom predchádzať vzniku ochorení, liečiť vzniknuté ochorenia a riešiť ich následky. Občania solidárne prispievajú do systému zdravotného poistenia a s dôverou vyplývajúcou z informačnej asymetrie očakávajú, že zdravotníctvo im poskytne službu efektívne, rýchlo podľa súčasných poznatkov medicíny.

Pre demografický vývoj v Slovenskej republike je príznačné starnutie populácie v dôsledku dlhodobej klesajúcej pôrodnosti a stabilizácii mier úmrtnosti v posledných rokoch. Napriek tomu sa priemerný občan Slovenskej republiky dožije v priemere o 3,7 rokov menej ako priemerný Európan (muži o 4,7 roka menej).

Priemerný občan Slovenska navštívi lekára v priemere 11,3 krát do roka a slovenský lekár ošetrí za rok 3297 pacientov, čo je druhý najvyšší počet v EÚ.<sup>5</sup> Občania Slovenskej republiky zomierajú predčasne hlavne na ochorenia srdcovo-obehového systému, na rakovinu a ochorenia respiračného systému. Slovensko zaostáva v parametri rokov života prežitých v plnom zdraví, v predčasných úmrtiach na neprenosné chronické ochorenia a stratených produktívnych rokoch života u 25–64 ročných občanoch.<sup>6</sup> Občania SR žijú kratšie, žijú kratšie v plnom zdraví, viac navštevujú so svojimi ochoreniami lekárov, ktorí sú viac vyťažení ako ich európski kolegovia. Problémy a výzvy slovenskej zdravotnej a liekovej politiky sú z veľkej časti podobné ako v iných, hlavne okolitých krajinách Európskej únie, ale ciele vyplývajúce zo zdravotných potrieb obyvateľstva a disponibilných zdrojov sú odlišné. Nástroje na dosiahnutie týchto cieľov sú tiež veľmi podobné.

---

<sup>5</sup> MZ SR, 2013. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030.

<sup>6</sup> Tamtiež.

## **Odporúčania pre ďalšie smerovanie:**

1. **Spolupráca.** Zintenzívnenie spolupráce MZ SR, Inštitútu zdravotnej politiky, Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv s ich partnerskými organizáciami v rámci krajín EÚ, predovšetkým krajín V4 plus Rakúsko a Slovinsko – s cieľom *zdieľať informácie v procese tvorby zdravotných a liekových politík a ich hodnotenia, vyhodnocovania klinických údajov a nákladovej efektivity v procese hodnotenia liekov.*
2. **Medzinárodné zdieľanie informácií o liekoch.** MZ SR by malo podporiť vytvorenie siete medzi všetkými zúčastnenými stranami v štátoch EÚ s cieľom *zdieľať informácie o nových liekoch* – cenotvorbu, liečebné protokoly a liečebne odporúčania, princípy a detaily tvorby protokolov – inklúzne, exklúzne kritériá, účinnostné kritériá, kritériá začatia a ukončenia liečby.
3. **Zjednotenie hodnotiacich procesov.** MZ SR by malo perspektívne zvážiť *zjednotenie hodnotiacich procesov hodnotenia liekov medzi krajinami V4, prípadne tesnú spoluprácu, preberanie klinického hodnotenia liekov, plánovania štúdií reflektujúcich reálnu klinickú prax s európskou, či štátnou inštitúciou členského štátu EÚ s dobrou reputáciou, dostatočným personálnym vybavením napr. Nemecko.*
4. **Zlepšenie technických zručností.** MZ SR by mali intenzívne pracovať na *zvýšení formálnych i praktických zručností členov hodnotiacich komisií* v rámci kategorizačného procesu – odborná a jazyková zdatnosť zástupcov SR, úprava legislatívy, komunikácia s odbornou i širokou verejnosťou.
5. **Otvorená a zrozumiteľná komunikácia s odbornou i širokou verejnosťou.** Jasné a otvorene komunikované priority zdravotnej a liekovej politiky a riešení šitých pre potreby občanov SR zameranú na príčiny, liečbu hlavných ochorení zásadným spôsobom ovplyvňujúcich chorobnosť a úmrtnosť na Slovensku. Práve otvorená komunikácia by mala viesť ku *zvýšeniu porozumenia a prijatia zdravotnej a liekovej politiky širokou populáciou občanov* s cieľom zdôrazniť sociálny aspekt, spravodlivosť, solidaritu, udžateľnosť a rozhodovanie založené na dôkazoch.
6. **Odlíšenie zmysluplnej inovácie.** Zlepšenie kritérií hodnotenia a procesov na odlíšenie *zmysluplnej inovácie, založenej na dôkazoch a výhodách v kontexte potrieb Slovenska.*

7. **Legislatívny rámec má odzrkadľovať potreby verejného zdravia.** Slovenská lieková legislatíva, by mala odzrkadľovať potreby verejného zdravia SR. *Aspekt verejného zdravia by mal byť akcentovaný v procese úhrad z verejného zdravotného poistenia a mal by byť založený na všeobecných klinických dôkazoch, nie čisto iba na registračných údajoch výrobcov.*
8. **Pravidelné verejné hodnotenie efektivity liekovej politiky.** MZ SR, tvorcovia zdravotných politík Slovenska by mali do svojich plánov zakomponovať *vyhodnocovanie dopadu politík na pravidelnej ročnej (krátkodobé ciele), štvorročnej báze s cieľom spresniť, zadresniť a urýchliť možné potrebné úpravy, či zmeny.* Toto vyhodnocovanie by ideálne bolo založené na vopred danom dizajne a plánovanom využívaní štatistických metód, ako aj možným dizajnovaním štúdií napr. aspoň observačných štúdií.
9. **Dostupnosť zdravotníckych informácií.** MZ SR, zdravotné poisťovne, Štátny ústav na kontrolu liečiv, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, Národné centrum zdravotníckych informácií, výrobcovia, nezávislí výskumníci by mali *tesne spolupracovať na výmene údajov, zlepšiť kvalitu zbieraných údajov, ideálne skoordinať zber údajov* pri zachovaní všetkých legálnych aspektov ochrany osobných údajov. Bez správnych, relevantných údajov a ich analýzy je akákoľvek snaha o nastavenie systému zdravotníctva odsúdená na náhodu a relevantné hodnotenie nie je možné.
10. **Transparentnosť cenotvorby - výrobcovia.** Výrobcovia medicínskych technológií, liekov musia byť transparentní ako a *na čom stavajú svoju cenotvorbu* inovatívnych intervencií. Navrhujeme výrazné postihy pre výrobcov nedodržiavajúcich pravidlá a etiku – zverejňovanie, pokuty pre previnilcov.
11. **Transparentnosť klinických údajov – výrobcovia.** Výrobcovia by mali *sprístupniť všetky ich dostupné údaje pre potreby HTA analýz a zhodnotenia reálnej pridanej hodnoty inovácie.*
12. **Dostupnosť relevantných údajov pre HTA analýzy.** Výrobcovia by mali mať k dispozícii všetky relevantné údaje potrebné pre HTA analýzy – napr. epidemiologické dáta, náklady na liečbu.

13. **Cenová stratégia – výrobcovia.** Je skutočne imperatívne, aby výrobcovia zväžili ich súčasnú cenovú stratégiu pri niektorých citlivých liekových skupinách ako napr. onkologické lieky.
14. **Tvorba nezávislých, expertných skupín odborníkov.** MZ SR by malo iniciovať vytváranie *nezávislých, expertných skupín lekárov* zúčastnených na tvorbe a šírení odporúčaní, liečebných protokolov, či patientskych registrov.
15. **Kontinuálne vzdelávanie lekárov.** Zlepšiť, zacieliť kontinuálne vzdelávanie lekárov pod dohľadom nezávislých odborných spoločností (nie farmaceutických spoločností) s jasnou deklaráciou konfliktu záujmov.
16. **Cielenosť vzdelávania – všeobecní lekári.** Zväžiť cielenosť vzdelávania a intervencií na zlepšenie efektivity preskripcie liekov na cieľové skupiny lekárov využívajúce systém najintenzívnejšie, prípadne kde dochádza ku koncentrovaniu polymorbídnych, polypragmatických pacientov – všeobecní lekári, psychiatri.
17. **E-zdravie ako pomocník.** Zlepšiť využívanie existujúcich, či vytvoriť nové jednoduché IT systémy, ktoré budú navádzať lekárov ku adekvátnemu využívaniu dostupných liekov pri súčasnom využívaní motivačných metód.

**Tab. 5 Lieková politika v kontexte zdravotnej politiky štátu. Návrh procesu.** Porovnanie stavu pred novelou, stavu po prijatí novely zák. č. 363/2011 Z. z. vs ideálny stav

		Pred novelou	Novela	Ideálny stav
<b>Priority zdravotnej politiky SR</b>	• Horizon scanning	-	-	+
	• Nastavenie priorít/cieľov krátkodobé/dlhodobé	+/-	+/-	+
	• Stanovenie hodnotiacich kritérií	+/-	+/-	+
	• Implementácia - stratégie, nástroje	+/-	+/-	+
	• Komunikácia - kľúčový partneri, verejnosť	-	-	+

<b>Pravidelne hodnotenie výkonnosti zdravotníctva a výsledkov zdravotnej a liekovej politiky SR</b>	Pravidelné hodnotenie vývoja	-	-	+
	• stavu verejného zdravia	-	-	+
	• ekonomických parametrov	-	-	+
	• porovnanie s KPI	-	-	+
	• návrh na úpravu, zmenu komunikácia	-	-	+
<b>Priority liekovej politiky SR</b>	• Horizon scanning	-	-	+
	• Nastavenie priorít/cieľov krátkodobé/dlhodobé	+/-	+/-	+
	• Stanovenie hodnotiacich kritérií - KPI	-/+	-/+	+
	• Implementácia - stratégie, nástroje	+	+	+
	• Komunikácia - kľúčový partneri, verejnosť	-/+	-/+	+
<b>Transparentne nastaviť metodiku hodnotenia liekov</b>	• Horizon scanning	-	-	+
	• Klinické hodnotenie - dáta z klinických skúšok	+	+	+
	• Klinické hodnotenie - dáta z reálnej praxe	-	-	+
	• Zhodnotenie inovatívnosti a jej potrebnosti pre SR	-/+	-/+	+
	• Dopad na rozpočet	+	+	+
	• Zmluvná spolupráca so zahraničnými partnermi	-/+	-/+	+
	• HTA	+	+	+
	• Sociálny dopad	-	-	+
	• Bioetické zhodnotenie	-	-	+

<b>Pravidelne hodnotenie výkonnosti liekovej politiky</b>	Pravidelné hodnotenie vývoja	-	-	+
	• stavu verejného zdravia	-	-	+
	• ekonomických parametrov	-	-	+
	• porovnanie s KPI	-	-	+
	• návrh na úpravu, zmenu komunikácia	-	-	+

Zdroj: Vlastné spracovanie

### 3 DISKUSIA

Zdravotný systém Slovenskej republiky je nástroj na riešenie zdravotného stavu občanov SR s cieľom predchádzať vzniku ochorení, liečiť vzniknuté ochorenia a riešiť ich následky. Občania solidárne prispievajú do systému verejného zdravotného poistenia a s dôverou vyplývajúcou z informačnej asymetrie, očakávajú, že zdravotníctvo im poskytne službu efektívne, rýchlo podľa súčasných poznatkov medicíny. Charakteristickým javom demografického vývoja v SR je starnutie populácie, ktoré je dôsledkom hlavne výrazne dlhodobej klesajúcej pôrodnosti a stabilizácii miery úmrtnosti v posledných rokoch. Občania SR žijú kratšie, žijú kratšie v plnom zdraví, viac navštevujú so svojimi ochoreniami lekárov, ktorí sú viac vyťažení ako ich európski kolegovia.

Slovensko, podobne ako mnohé európske krajiny nemajú nastavené a implementované priority v zdravotných politikách, v procesoch prístupu k liekom, v úhradových systémoch prípadne na pravidelnej báze nemonitorujú efektivitu nastavených procesov, programov a pohľad verejného zdravia je do rozhodovacích procesov zaradený iba okrajovo. Mnohé krajiny však začínajú chápať, že stanovovanie priorít založené na kredibilných údajoch, ovplyvňujúcich verejné zdravie je cestou ku zlepšeniu efektivity vynakladania prostriedkov. Slovensko nie je osamotené v problémoch, pred ktorými stojí pri tvorbe aktuálnych zdravotných a liekových politik ako udržať rovnováhu medzi vstupom nových liekov na trh a tlakom na rozpočet zdravotníctva.

Ďalej je to schopnosť vyhodnotiť reálnu hodnotu nových liekov pri obmedzených dostupných údajoch a dôkazoch o nich, schopnosť stanoviť cenu a adekvátnu úhradu pre nové lieky v kontexte medzinárodného referencovania cien, či úhrad, zodpovedať na otázku ako byť transparentný v systéme verejného systémov zdravotníctva a súčasne realizovať potrebu

neverejných dohôd z výrobcami, ako vytvoriť flexibilný systém rozhodovania, v ktorom pri nových dostupných dátach by bolo možné zmeniť úhradu lieku, či mať možnosť rýchlo zareagovať v situácií prudkého nárastu predpisovania nového lieku. Väčšina z týchto problémov by mala byť vyriešená novelizáciou zák. č. 363/2011 Z.z., ale až reálne uplatnenie tohto zákona a jeho vykonávacích predpisov nám povie, či toto riešenie bude efektívne.

Žiadna z aktuálne platných a plánovaných právnych noriem však nerieši stanovovanie priorít zdravotnej a liekovej politiky, transparentný monitoring efektivity zdravotných intervencií na Slovensku, monitoring liečebných intervencií, ktoré vstúpia na trh v krátkom časovom horizonte a môže mať zásadný vplyv na zdravotný systém. Úprava zák. č. 363/2011 Z.z. a zák. č. 362/2011 Z.z. je nevyhnutná. Na Slovensku totiž chýbajú jasné a otvorene komunikované priority zdravotnej a liekovej politiky a riešení šitých na mieru pre potreby občanov SR, zameranú na príčiny, liečbu hlavných ochorení zásadným spôsobom ovplyvňujúcich chorobnosť a úmrtnosť na Slovensku. Práve jasná, otvorená komunikácia by mala viesť ku zvýšeniu prijatia zdravotnej a liekovej politiky odbornou verejnosťou, ale i širokou populáciou občanov s cieľom zdôrazniť sociálny aspekt, spravodlivosť, solidaritu, udzateľnosť a rozhodovanie založené na dôkazoch. Slovenská lieková legislatíva má odzrkadľovať potreby verejného zdravia SR. Aspekt verejného zdravia má byť vnesený, formalizovaný a akcentovaný v procese úhrad z verejného zdravotného poistenia a mal by byť založený na všeobecných klinických dôkazoch a kvalitných epidemiologických údajoch.

Na zváženie je zapojenie verejného zdravotníctva, expertov v danej oblasti do rozhodovacích procesov kategorizácie liekov a následne aj hodnotenie jej dopadu na stav verejného zdravia. MZ SR, tvorcovia zdravotných politík Slovenska by mali do svojich plánov zakomponovať vyhodnocovanie dopadu politík na pravidelnej ročnej (krátkodobé ciele) a štvorročnej báze (volebný cyklus – odpočet). Cieľ je spresniť a urýchliť možné potrebné úpravy, či zmeny zdravotných cieľov, politík, stratégií, programov. Toto vyhodnocovanie by ideálne bolo založené na vopred danom dizajne a plánovanom využívaní štatistických metód, ako aj možným dizajnovaním štúdií napríklad observačných štúdií. MZ SR, zdravotné poisťovne, Štátny ústav na kontrolu liečiv, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, Národné centrum zdravotníckych informácií, výrobcovia, nezávislí výskumníci by mali tesne spolupracovať na výmene údajov, zlepšiť kvalitu epidemiologických, klinických údajov, ideálne skoordinať zber údajov pri zachovaní všetkých legálnych aspektov ochrany osobných údajov. Bez správnych, relevantných údajov a ich analýzy je akákoľvek snaha o nastavenie systému zdravotníctva odsúdená na náhodu a relevantné hodnotenie nie je možné.

Výrobcovia medicínskych technológií, liekov musia byť transparentní ako a na čom stavajú svoju cenotvorbu inovatívnych intervencií. Výrobcovia by mali sprístupniť všetky ich dostupné údaje pre potreby HTA analýz a hodnotenie reálnej pridanej hodnoty inovácie. Je skutočne imperatívne, aby výrobcovia zvažili ich súčasnú cenovú stratégiu pri niektorých citlivých liekových skupinách ako napríklad onkologické lieky.

Za úmyselnú netransparentnosť a zavádzanie je na mieste uvažovať o úprave zák. č. 363/2011 Z.z. s cieľom zvýšiť postihy a previnilcov zverejniť na relevantných platformách vrátane medzinárodných. Bez zapojenia lekárov je akákoľvek iniciatíva na zlepšenie liekovej politiky odsúdená iba na čiastočný úspech, či neúspech. Súčasťou zapojenia je vzájomné načúvanie, správna komunikácia cieľov, nastavenie procesov, postupov a vzdelávania lekárov. Preto je nevyhnutné iniciovať vytváranie nezávislých, expertných skupín lekárov zúčastnených na tvorbe a šírení odporúčaní, liečebných protokolov, či patientskych registrov. MZ SR v súčasnej dobe intenzívne pracuje na tvorbe odporúčaní. Aspekt ich transparentnej tvorby a správnej komunikácie bude pre ich úspech esenciálny, a preto komunikačná stratégia musí byť ich nevyhnutnou súčasťou podobne ako ich pravidelné vyhodnocovanie a prehodnocovanie.

Vzdelaní, motivovaní lekári, ktorým sú odporúčania venované s cieľom liečiť lege artis a efektívne sú predposledným článkom zmeny. Na zváženie je koordinácia, zlepšenie, kontinuálneho vzdelávania lekárov pod dohľadom nezávislých odborných spoločností (nie farmaceutických spoločností) s jasnou deklaráciou konfliktu záujmov. Na diskusiu je zväžiť cielenosť vzdelávania a intervencií na zlepšenie efektivity preskripcie liekov na cieľové skupiny lekárov využívajúce systém najintenzívnejšie, prípadne kde dochádza ku koncentrovaniu polymorbídnych, polypragmatických pacientov – všeobecní lekári, psychiatri. Je nevyhnutné, aby tvorcovia zdravotných politík na európskej úrovni, ako aj na Slovensku prostredníctvom MZ SR, Inštitútu zdravotnej politiky ako aj Zdravotníckeho výboru NR SR začali diskusiu a následne vytvorili odporúčania pre prioritné okruhy výskumu a vývoja ohľadom špecifických potrieb občanov EÚ či SR. Tieto by mali definovať prioritné oblasti, ktoré v plnej miere reflektujú kľúčové trendy v chorobnosti a úmrtnosti s cieľom ovplyvniť odvrátiteľnú chorobnosť a úmrtnosť.

Zdravotná starostlivosť je kontinuum. Je nepretržitá, spojená vo vzťahu ku konkrétnemu občanovi, voči ktorému má z ústavy a zákonov plynúce povinnosti od narodenia až po smrť, ale aj vo vzťahu ku spoločnosti, ku striedaniu generácií a riešeniu ich špecifických potrieb. Ako

na kontinuum sa na zdravotnú starostlivosť treba pozerat' hlavne z pohľadu tvorcov politik, ktorí by nemali iba riešiť problémy včerajška, cez dnešné riešenia, ale byť schopný predvídať a zakladať svoje rozhodnutia na relevantných údajoch, na kolektívnych analýzach a odporúčaníach v prospech dnešných, ale hlavne budúcich generácií. A politici aj zdravotní, by nám to mali povedať spôsobom, ktorý presvedčí o zmysle, ideálne nadchne v prospech mňa ako človeka, mojej rodiny, mojej komunity, mojich pacientov, či celého Slovenska

## **ZÁVER**

Občania Slovenskej republiky žijú kratšie, žijú kratšie v plnom zdraví, viac navštevujú so svojimi ochoreniami lekárov, ktorí sú viac vyťažení ako ich európski kolegovia. Hlavnými príčinami morbidita a mortality sú hlavne chronické neprenosné ochorenia, ktoré spolu s determinantami zdravia a rizikovými faktormi majú aj svoj ekonomický dosah, keďže vedú ku zníženej produktivite práce. Občania s chronickými ochoreniami pracujú menej a zarábajú menej.

Pracujúci s chronickým ochorením často predčasne opúšťajú trh práce kvôli invalidite, sú častejšie prepúšťaní, či odchádzajú do predčasného dôchodku, čo samozrejme vedie ku zvýšeným nákladom sociálnej sféry. V európskom priestore platí, že náklady sociálnej sféry na pokrytie invalidizácie, platenej práceneschopnosti sú vyššie ako náklady na nezamestnaných.

Vyššie uvedené poukazuje na užitočnosť integrácie sociálnej a zdravotnej sféry, nakoľko ich prepojenie v reálnom živote občanov, pacientov a lekárov je neoddiskutovateľné. Zdravotný systém SR je nástroj na riešenie zdravotného stavu občanov Slovenskej republiky s cieľom predchádzať vzniku ochorení, liečiť vzniknuté ochorenia a riešiť ich následky. Občania solidárne prispievajú do systému verejného zdravotného poistenia a s dôverou vyplývajúcou z informačnej asymetrie, očakávajú, že zdravotníctvo im poskytne službu efektívne, rýchlo podľa súčasných poznatkov medicíny. Vývoj v medicíne, dostupnosť nových technológií v liečbe, otvorenie trhu ako aj vytváranie obchodných vzťahov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti viedlo ku zvyšovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Trend nárastu nákladov sa dostal do konfliktu s dostupnými zdrojmi a schopnosťou štátneho rozpočtu kryť tieto nároky. Rozdiel medzi reálnymi nákladmi a disponibilnými zdrojmi vedie k zadlžovaniu sa, a tak rezort zdravotníctva hľadá možnosti ako neudržateľný stav zastaviť. Problémy a výzvy slovenskej zdravotnej a liekovej politiky sú z veľkej časti podobné ako

iných, hlavne okolitých krajinách Európskej únie, ale ciele vyplývajúce zo zdravotných potrieb obyvateľstva a disponibilných zdrojov sú odlišné. Pri stanovovaní cieľov je nevyhnutné vychádzať z dohodnutej metodiky, hodnoverných údajov a pre ich pravidelné hodnotenie je nevyhnutné stanoviť si kritériá. Nástroje na dosiahnutie týchto cieľov sú tiež veľmi podobné a ich použitie musí byť komplexné. Generická preskripcia liekov, ktorá sa na Slovensku uviedla do života ako súčasť právneho poriadku, je iba jedným zo spôsobom znižovania výdavkov na lieky.

**Kategorizácia liekov je jedným z najdôležitejších nástrojov zdravotnej politiky štátu s masívnym dopadom na stav verejného zdravia obyvateľov Slovenskej republiky.** Slovensko je nie zdravé a má pred sebou dlhú cestu ako predĺžiť život jeho občanov, predĺžiť ich život v plnom zdraví a diskusie o disponibilných zdrojoch sú relevantné, ale majú sa viesť v kontexte zdravotných parametrov populácie. Táto téma je horúcejšia v kontexte starnutia populácie, chýbajúcej pracovnej sily, či dokonca v kontexte migrácie.

Zdravie je bohatstvo. Zdravie je aj ekonomická hodnota a ako takú ju treba strategicky zhodnocovať, pravidelne hodnotiť, prioritizovať, prioritizovať oblasti s najväčšou pridanou hodnotou, naplánovať a realizovať programy podpory zdravia, zmysluplne investovať a monitorovať výsledok programov a správne a pravidelne komunikovať.

## LITERATÚRA

COMA, A.- ZARA, C.- GODMAN, B.- AGUSTI, A.- DIOGENE, E.- WETTERMARK, B. et al. 2009. Policies to enhance the efficiency of prescribing in the Spanish Catalan region: impact and future direction. In *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2009; 9(6): p.569–581.

DOLEŽAL, T. - HUMENÍK, I. 2010. *Vybrané otázky zodpovednosti za škodu spôsobenú nesprávnym profesijným postupom.* Košice : UPJŠ, 2010. s. 152 - 166. ISBN 978-80-89284-54-2.

DRUMMOND, F. M. et al. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Third Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2005, 379 s. ISBN 019-852944-9.

LUBY, Š. 1958. *Prevenia a zodpovednosť v občianskom práve II*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1958. 507 s.

MAZALÁN, P., 2017 *Antibiotiká jako „single“ terapia akútnej apendicitídy*. Sborník z 12 vědecké Medzinárodní konference. Preventivní programy v ošetrovateľskej péči. s.185, Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s.VŠTVS Palestra, EUC klinika Ústí nad Labem, Státní zdravotní ústav, Praha 2017. ISBN 978-80-9059728-0-1.

MF SR. 2017. Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2018 až 2020. [online]. Bratislava: MF SR, 2017. [cit. 2017-10-18]. Dostupné na internete: <[http://www.finance.gov.sk/Components/CategoryDocuments/s\\_LoadDocument.aspx?categoryId=11521&documentId=15833](http://www.finance.gov.sk/Components/CategoryDocuments/s_LoadDocument.aspx?categoryId=11521&documentId=15833)>.

MZ SR. 2014. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. [online]. Bratislava: MZ SR, 2014. [cit. 2017-10-18]. Dostupné na internete: <<http://www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/Sekcie/IZP/strategicky-ramec-starostlivosti-o-zdravie-2014-2030.pdf>>.

OECD. 2014. Health. OECD data. [online]. Paris: OECD Publishing; 2014. [cit. 2017-10-14]. Dostupné na internete: <<http://data.oecd.org/health.htm>>.

OECD. 2016. Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle. Joint publication of the

OECD - EUROPEAN COMMISSION. 2016. [online]. Paris: 2016. [cit. 2017-10-14]. Dostupné na internete: <<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>>.

OECD. 2017. What has driven life expectancy gains in recent decades? A cross-country analysis of OECD member states. OECD Indicators. [online]. Paris: 2017. [cit. 2017-11-17]. Dostupné na internete: <[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-5-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-5-en)>.

PAGÁČOVÁ, I. 2013. Verejná správa na úseku zdravotníctva. In *Právo a zdravotníctvo 2*: Tóth, K. a kol.. Bratislava. Herba, 2013. ISBN 978-80-89631-08-7. s. 167-170.

PAGÁČOVÁ, I. 2013. Ochrana, podpora a rozvoj verejného zdravia. In *Právo a zdravotníctvo* 2: Tóth, K. a kol.. Bratislava. Herba, 2013. ISBN 978-80-89631-08-7. s. 170-194.

SMITH, M.D. a kol. 2003. *Zdravotná starostlivosť. Náklady, kvalita a výsledky*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research. Lawrenceville: ISPOR, 2003, 238 s. ISBN 978-80-969903-1-3.

STOLÍNOVÁ, J. - MACH, J. 1998. *Právni odpovědnost v medicíne*. Praha: Galén, 1998. 313 s.

ŠTETKA, R. - PŠENKOVÁ, M. - ONDRUŠOVÁ, M. - HLAVINKOVÁ, L. - TRNOVEC, P. 2014. Cost-utility analysis of dolutegravir compared to raltegravir in treatment naive and treatment experienced patients in Slovak settings. In *Value in Health*, 2014, vol. 17, Issue 7, p. A679.

ÚVZ SR. 2015. Aktualizácia Národného programu podpory zdravia v Slovenskej republike, rok 2014. [online]. Bratislava: ÚVZ SR, 2015. [cit. 2017-10-18]. Dostupné na internete:<[http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Aktualizacia\\_Narodneho\\_programu\\_podpory\\_zdravia\\_2014.pdf](http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Aktualizacia_Narodneho_programu_podpory_zdravia_2014.pdf)>.

TORDRUP, D. - ANGELIS, A. - KANAVOS, P. 2013. Preferences on policy options for ensuring the financial sustainability of health care services in the future: results of a stakeholder survey. In *Appl Health Econ Health Policy*. 2013, 11(6): p.639–652.

WHO. 2015. Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research. [online]. Copenhagen: WHO Europe, 2015. [cit. 2017-11-17]. Dostupné na internete: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21793en/s21793en.pdf>>.

ZÁKON č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

## **KONTAKT**

**MUDr. Pavol Trnovec, PhD.**

e-mail: [pavol.trnovec@medicajur.sk](mailto:pavol.trnovec@medicajur.sk)

**MEDICA JUR, s.r.o.**

Hergottova 2, 900 21 Svätý Jur, Slovenská republika

# VÝZVA PRE 21. STOROCIE – STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

LAUKOVÁ, P.

## Abstrakt

Štúdia sa venuje aktuálnej problematike populačného starnutia a aktívnej starobe nie ako hrozbe, ale výzve jednotlivých spoločností pre dosahovanie vyššej úrovne ich rozvoja, súdržnosti a medzigeneračnej udržateľnosti s akcentom na formulovanie cielených podporných politík k aktívnemu starnutiu, zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Na výsledkoch výskumu demonštruje postoje seniorov k starobe, ako „ k tretiemu, štvrtému veku života“.

## Kľúčové slová

Senior, staroba, aktívne starnutie, zdravie, starostlivosť

## ÚVOD

Politiky aktívneho starnutia v súčasnosti formulujú všetky prestížne medzinárodné organizácie v snahe pozitívne ovplyvniť vývoj na národných úrovniach. V septembri 2012 zverejnil Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu *Stratégiu a akčný plán pre zdravé starnutie v Európe na roky 2012-2020*, rada Európy *Odporúčania na podporu ľudských práv starších ľudí*, v marci 2013 zverejnila UNECE expertná skupina pre aktívne starnutie výsledky projektu zameraného na vypracovanie *Indexu aktívneho starnutia*, ktorý slúži na monitoring progresu v národných politikách, zameraných na oblasť podpory aktívneho starnutia a Slovenská republika v roku 2013, po ukončení národného projektu *Stratégia aktívneho starnutia*, vypracovala *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020* (NPAS). Programový dokument obsahuje nielen politiky v oblasti zamestnanosti a zamestnateľnosti starších ľudí, ale aj oblasť celoživotného vzdelávania, občianskych a sociálnych aktivít, podpory ich nezávislosti, dôstojnosti, ekonomickej a sociálnej bezpečnosti, vrátane ochrany pred zlým zaobchádzaním vo všetkých spoločenských sférach. Významné je taktiež stanovenie *Národných priorít rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020* s cieľmi zabezpečenia dostupnosti, kvality a finančnej udržateľnosti sociálnych služieb, rozvojom terénnych a ambulantných sociálnych služieb, podporujúcich zotrvanie starších ľudí v prirodzenom rodinnom prostredí.

Základnými doménami merateľnosti progresu NPAS boli stanovené štyri domény, ktoré napĺňajú aktívne starnutie, vrátane merateľných indikátorov:

- Predpoklady pre aktívne starnutie v rámci podporujúceho prostredia (indikátory: vek dožitia v 55. roku života, roky zdravého života po 55. roku veku, duševné zdravie, sociálne vzťahy, používanie IKT, úroveň vzdelania),
- Príspevok starších ľudí v rámci platenej práce (indikátory: miera zamestnanosti vo vekových skupinách 55-59 rokov, 60-64 rokov a 70-74 rokov),
- Sociálne aktivity a participácia starších ľudí (indikátory: miera dobrovoľníckej práce, starostlivosť o vnúčatá, politická participácia),
- Nezávislý a autonómny život starších ľudí (indikátory: fyzická výkonnosť, dostupnosť služieb, finančná a osobná bezpečnosť a celoživotné vzdelávanie).

Najdôležitejším predpokladom na úspešné zvládnutie procesu globálneho starnutia populácie, ktorý nemá v dejinách obdobu je poznanie úrovne a tempa starnutia populácie. Demografická revolúcia je pomenovanie pre celosvetový trvalý trend v poklese pôrodnosti vo vyspelých krajinách. Zároveň s demografickou revolúciou súvisí predĺženie života a nárast počtu starších ľudí v spoločnosti. Vývoj medzigeneračných vzťahov je významný pre analýzu stavu populácie a generácia, pokolenie predstavuje súhrnné označenie pre ľudí narodených v pomerne rovnakom časovom období (spravidla 30 rokov) či roku a/alebo ľudí s rovnakými záujmami vyplývajúcimi z ich narodenia v pomerne rovnakom časovom období, ako aj označenie príslušného časového úseku ako takého. Najznámejšie je členenie generácie na: stratenú generáciu, silnú generáciu, mlčiacu generáciu, baby boom a generáciu X. Stratená generácia známa najmä v Európe predstavuje ľudí, ktorí sa zúčastnili prvej svetovej vojny, narodení pred rokom 1914. Silná generácia predstavuje hlavne generáciu v USA, ktorá bojovala v druhej svetovej vojne, narodení pred rokom 1925. Tretie generácia nazývaná mlčiaca, predstavuje ľudí, ktorí sa narodili v rokoch 1925 až 1945 čo znamená, že boli príliš mladí na vstup do vojenskej služby počas vojny. Štvrtá generácia označovaná ako baby boom je generácia, ktorá sa narodila v rokoch 1946 až 1964, po druhej svetovej vojne. Na západe to boli silné populačné ročníky, ktoré vďaka hojnosti vytvorili svoju vlastnú generačne orientovanú subkultúru. Piata generácia sa nazýva generácia X a označuje ľudí, ktorí sa narodili po baby boome, čiže v roku 1960, najneskôr 1982. Potom nasleduje generácia Y známa ako generácia nového milénia (Hrapková, Babinský, s. 59-60).

Populačné starnutie na Slovensku predstavuje jednu z najväčších výziev 21. storočia, ktorá nezvratne zasiahne všetky sféry fungovania spoločnosti.

Prognostický ústav SAV (2013) uvádza, že sa počet obyvateľov Slovenskej republiky do roku 2030 mierne zvýši na približne 5,56 mil. osôb. Avšak v ďalšom období sa očakáva mierny pokles obyvateľstva. Prognostický ústav SAV ďalej uvádza, že je jednoznačne možné povedať, že Slovenskú republiku v najbližších rokoch čaká dynamické starnutie populácie spôsobené predovšetkým posúvaním početných generácií do seniorského veku. Podľa prognózy priemerný vek obyvateľstva presiahne v roku 2015 hodnotu 40 rokov a do roku 2025 sa priblíži k hodnote 43 rokov. Odhaduje sa, že od roku 2018 budú v Slovenskej republike prevažovať seniори nad detskou zložkou obyvateľstva a tento trend by sa mal udržať do roku 2030 (NPAS, 2014, s. 7-13).

Ako uvádza NPAS, základné princípy verejných politík podpory aktívneho starnutia sa stavajú na princípoch:

- Dôstojnosti – vychádza z nevyhnutnosti rešpektovať potreby ľudí každého veku u seniorov taktiež ochranu pred zlým zaobchádzaním,
- Rovnakého zaobchádzania – zákaz diskriminácie v oblastiach zamestnanosti, zdravotnej starostlivosti, celoživotného vzdelávania, bývania, sociálnych a finančných väzieb,
- Rodovej rovnosti – posilňuje význam dôstojnosti človeka bez ohľadu na pohlavie,
- Nezávislosti – vychádza z práva na sebaurčenie a zotrvanie čo najdlhšie v domácom prostredí,
- Seberealizácie – základom je chápanie aktívneho starnutia ako dlhodobého procesu a aktívneho prístupu k vlastnému životu, pričom podmienkou je celoživotné vzdelávanie,
- Solidarity – vychádza z potreby vyrovnanej medzigeneračnej výmeny,
- Subsidiarity – základom je potreba zdieľanej zodpovednosti aktérov na rozličných úrovniach (národná, regionálna, miestna, komunitná, rodinná a individuálna) pri napĺňaní cieľov a zámerov podpory aktívneho starnutia ako verejného záujmu,
- Účasti na správe vecí verejných – podporuje právo starších ľudí a seniorov uplatňovať svoj vplyv pri rozhodovaní o rozvoji a smerovaní krajiny, regiónu, obce aj prostredníctvom svojpomocných skupín a spolkov,
- Zamestnanosti – vychádza z práva starších ľudí a seniorov pracovať aj po dovŕšení dôchodkového veku,
- Starostlivosti – súvisí s princípom solidarity a predstavuje základnú spoločenskú hodnotu vyplývajúcu zo vzájomnej závislosti ľudí v komplexe spoločenských vzťahov.

## *Starí ľudia a spoločnosť*

Staroba je modelovaná spoločnosťou. Vzťah spoločnosti k starnutiu, dichotómia, získala za celý čas vývinu ľudstva archetypálny charakter a zachovala si svoju podobu až dodnes. V prehistorických obdobiach postoj k starým jednotlivcom vo veľkej miere ovplyvňovali sociálne podmienky a základné spôsoby každodenného života. Prvé pozitívne zmienky vzťahu k starobe a starnutiu sa objavujú v období mladšej doby kamennej. Sú spájané so vznikom agrárnych komún na blízkom Oriente. Starí členovia komunity v ňom zohrávali dôležitú úlohu práve na základe svojich celoživotných skúseností a vedomostí. Predstavovali akúsi „pamäť kmeňa“, ktorej sa prisudzovala vysoká vážnosť a úcta. Samozrejme, je potrebné brať do úvahy, že staroby sa dožilo len pomerne málo ľudí (Golecká, 2007). V starovekom Grécku a Ríme sa starostlivosť o starších stala dokonca povinnosťou, ale aj tu možno badať znaky ageizmu, nevládni starí ľudia boli hádzaní z mosta (deportatur). V stredoveku, v období temna dochádzalo k celkovému úpadku vo všetkých oblastiach. Priemerná dĺžka života skrátila v dôsledku zlej hygieny, starostlivosti, či stravovania. V období novoveku, pri prudkom rozvoji priemyslu a poľnohospodárstva staroba nebola vítaná, prevažoval kult mladosti, pretože starnutie so sebou prinášalo obmedzenie výkonnosti, neproduktívnosť. Začiatok minulého storočia bol venovaný starostlivosti o dieťa a mládež, čo sa prejavilo znížením detskej úmrtnosti, celkovým zlepšením hygieny a životného štandardu a v konečnom dôsledku výrazným nárastom počtu ľudí vyšších vekových kategórií.

V seniorskom veku sa predpokladá vznik problémov súvisiacich s obmedzeniami kvôli strate sebestačnosti, zníženie mentálnych funkcií, obmedzenie sociálnych kontaktov, strata možnosti sebarealizácie. Staroba je životná fáza človeka ohraničená dvoma časovými bodmi. Horná veková hranica je ostro vymedzená smrťou. Spodná veková hranica je daná tým, že životné procesy, ktoré tvoria starnutie vstupujú do života človeka postupne. Každý z procesov má svoj čas, kedy začne v živote človeka pôsobiť a je individuálne posilňované jedinečnosťou každého človeka. Časová diferenciácia nástupu zmien tvoriacich starobu vzniká na základe individuálnej genetickej vybavenosti každého jedinca, jeho spôsobu života, spoločenských a kultúrnych faktorov.

V starobe životný priestor seniora, jeho čas, je produktom jeho predchádzajúceho života, vrcholom životnej fázy, kde sa spája minulosť, prítomnosť aj budúcnosť. Človek si začína uvedomovať starobu vo veku okolo päťdesiat rokov, intenzívnejšie to pociťuje okolo šesťdesiatky a najviac si uvedomuje starobu vo veku okolo sedemdesiat rokov. V tejto

poslednej fáze sa pre seniorov stáva veľmi dôležitá ich minulosť, vďaka čomu sa ľahšie zmierujú a prijímajú starobu ako skutočnosť.

Starnutie nie je len individuálny problém človeka, ale najmä spoločenský. U nás sa ešte stále preferujeme stereotypné vnímanie a myslenie starších ľudí ako neproduktívne. Preto je potrebné hľadať pozitíva, ktoré seniори prinášajú do spoločnosti.

### *Senior a aktívny prístup k životu*

Hlavnou úlohou v starobe je podľa E. Ericsona dosiahnutie integrity vlastného života, ktorá sa prejavuje prijatím svojho života ako celku a pochopenie jeho zmyslu. Vyrovnanie sa so životom a jeho prijatie následne uľahčuje i vyrovnanie sa so smrťou ako s nevyhnutným dôsledkom. Podmienky dosiahnutia integrity možno zhrnúť do 4 hlavných bodov:

- Pravdivosť – v tomto období by mal by človek sám k sebe úprimný, už nie je potrebné niečo predstierať. Človek by mal brať život taký ako bol.
- Zmierenie – súvisí so spomínaným prijatím života.
- Stabilizácia a generalizácia postoja k životu – skúsenosti, ktoré človek nadobudol počas života mu umožňujú nadhľad, mení sa aj pohľad na život všeobecne.
- Kontinuita – znamená uvažovanie o vlastnom živote ako o súčasť väčšieho celku, t.j. celej spoločnosti vo vzťahu k minulosti aj k budúcnosti.

Integrita staroby a zhodnotenie života závisí od zvládnutia úloh v predchádzajúcich obdobiach. V tomto procese senior zhodnocuje všetky ciele a úlohy, ktoré si počas jednotlivých období dával. Mal by sa zamerať na to, čo je skutočne významné, naučiť sa tešiť z toho, čo zostalo zachované a akceptovať to, čo sa nedá zmeniť.

Aby sa človek cítil šťastný a spokojný nielen v starobe, ale celý život, potrebuje mať pocit, že je potrebný, že má svoje miesto v živote. K spokojnosti a šťastiu je veľmi potrebná aktivita, ktorú by si mal každý jedinec a v seniorskom veku zvlášť udržať čo najdlhšie, pretože aktivita spomaľuje starnutie a človek sa stáva spokojným a vyrovnaným. Významným prvkom v starobe sú sociálne vzťahy. U seniorov je veľmi časté, že odchodom do dôchodku strácajú sociálne väzby a vzťahy a preto je dôležité, aby si udržiavali, alebo vytvárali sociálne väzby, aktivity, aby predchádzali pocitu osamelosti, nepotrebnosti. Ak si starší ľudia nenájdu alternatívnu činnosť namiesto zamestnania, postupne sa izolujú, nastupuje pasivita, apatia, lenivosť. Nečinnosť vedie k poklesu vnímavosti, nezaujmu o okolie. Pre seniorov je mimoriadne dôležité udržiavať kontakty so svojimi najbližšími, susedmi a hlavne s rovesníkmi. Mýtus, že staroba je choroba, ktorá je sprevádzaná spomalením pohybu a myslenia je už

prekonaný. Rheinwaldová (1999) tvrdí, že telo aj myseľ sa dajú vytrénovať aby fungovali lepšie a zdravšie aj v neskoršom veku. Telo aj myseľ dokážu opätovne obnovovať svoje schopnosti. Medzi faktory zachovania zdravia a aktívneho starnutia patrí intenzívna duševná činnosť, edukácia seniorov. „*Výskumy uskutočnené na univerzitách a akadémiách tretieho veku potvrdzujú, že i človek po šesťdesiatke je, za splnenia istých didaktických podmienok spôsobilý učiť sa*“ (Schwarc, In: Čornaničová, 2007, s. 78). Podľa psychologických a sociologických výskumov, na základe vedeckého poznania morfológie mozgu bola rozpracovaná teória aktivity, ktorá potvrdzuje skutočnosť, že používanie nervových spojení v procese tvorivej aktivity vedie k udržaniu funkcií mozgu a naopak, neaktívne prostredie má za následok výrazný úpadok synapsí v mozgovej kôre. Vzdelávanie seniorov patrí medzi významný nástroj ich participácie a mobilizácie vlastného potenciálu (Lauková, 2013).

Pri vymedzení funkcií edukácie seniorov je podstatné upriamiť pozornosť na edukačné aktivity, ktoré by sa mohli stať prínosom, stať sa významnými pre kvalitu ich života. Funkcie edukácie seniorov delíme na dve základné oblasti. Podľa primárneho cieľa edukácie seniorov a podľa jej špecifického zamerania na niektorú z osobnostných stránok seniora je možné funkcie deliť na *vzdelávaciu funkciu*, ktorá je zameraná na získavanie poznatkov, informácií a zručností, na *kultúrno-kultivačnú funkciu*, ktorá je orientovaná na rozvoj osobnosti človeka prostredníctvom umenia, kultúry, pohybových aktivít a činností v rámci záujmových voľnočasových aktivít, *sociálno-psychologická funkcia*, ktorá sa zameriava na udržanie primeranej kvality života v oblasti sociálnych vzťahov a psychického rozvoja. Dôležité je tiež predchádzanie, oddiaľovanie a prispôsobovanie sa obmedzeniam vyplývajúcim zo starnutia. Ďalšie delenie funkcií podľa špecifického zamerania je na *preventívnu funkciu*, *anticipačnú*, *rehabilitačnú*, *adaptačnú*, *posilňovaciu*, *komunikačnú*, *kompenzačnú*, *aktivizačnú*, *relaxačnú* a *funkciu medzigeneračného porozumenia*. *Preventívna funkcia* predstavuje edukačné aktivity, ktoré sú realizované s dostatočným predstihom a kladne ovplyvňujú priebeh starnutia a kvalitu života v starobe. *Anticipačná funkcia* je zameraná k pozitívnej pripravenosti na zmeny v životnom štýle, ktoré nastávajú v prechode do dôchodkového veku. *Rehabilitačná funkcia* je spojená s udržiavaním psychických a duševných síl. *Adaptačná funkcia* zabezpečuje rovnováhu medzi sociálnym prostredím a človekom. *Posilňovacia funkcia*, nazývaná tiež aj stimulačná, prispieva k rozvoju záujmov, potrieb a schopností seniorov. *Komunikačná funkcia* súvisí s faktom, že seniori aj v neskoršom veku života aktívne využívajú komunikáciu so svojim okolím a celou spoločnosťou. *Kompenzačná funkcia* súvisí s ubúdaním sociálnych kontaktov a stratou profesijnej roly. Tento dôsledok sa kompenzuje možnosťou edukácie, tiež sa nahrádza

nedostatok možností študovať v predchádzajúcich etapách života. *Aktivizačná funkcia* prispieva k začleneniu do spoločnosti, k fyzickému a duševnému zdraviu. *Relaxačná funkcia* prispieva k celkovej vnútornej harmónii seniora, ku kultivovanému tráveniu voľného času. Medzigeneračná funkcia má za úlohu zmiernovať napätie medzi generáciami a zároveň slúži na prehĺbenie medzigeneračného porozumenia (Čornaničová, 2008 s. 68 – 70).

Pri edukácii seniorov je dôležité rešpektovať fakt, že sa jedná o vyzreté osobnosti, ktorých názory sú už niekoľko rokov v ustálenej podobe. Potreba sociálneho kontaktu a sebarealizácie vyplýva zo základného pocitu – pocitu zbytočnosti. Vzdelávanie dáva životu zmysel, zamestnanosť a predovšetkým možnosť kontaktu s ľuďmi rovnakého hodnotového zamerania. Aktivita pomáha rozvíjať sebadôveru. Na priebeh vzdelávania seniorov má vplyv taktiež prostredie, osobnosť andragóga a kolektív vzdelávaných.

#### *Typy inštitúcií a programov edukácie seniorov*

*Seniorské centrá* - sú charakterizované ako miesta na poznávanie, stretávanie sa a aktívne prežívanie seniorského veku, ale aj miesta na formovanie modelov pozitívneho starnutia ľudí v pred dôchodkovom veku. V porovnaní s inými inštitúciami pre seniorov, seniorské centrá majú dve základné špecifické úlohy. Prvá úloha je sústrediť potenciál starších a vytvoriť podmienky na využitie ich vedomostného potenciálu v každodennom živote a v prospech celej spoločnosti. Druhá úloha je sprostredkovať tieto vedomosti a zručnosti tým, ktorí ich potrebujú a ktorí majú o ne záujem a tak prispievať k vytváraniu podmienok na zmysluplné zapájanie sa populačnej skupiny seniorov do spoločenského diania. Rozsah edukačných foriem realizovaných seniorskými centrami je veľmi bohatý. Predstavujú ho ucelené kurzy, jednotlivé prednášky, časopisecké, rozhlasové a televízne seriály, odborné semináre, príprava a vydávanie brožúrok, ale aj priame poradenstvo v krízových životných situáciách. (Čornaničová, 2008, s. 98-99)

*Kluby dôchodcov* - sa zameriavajú na organizovanie široko chápanej záujmovej činnosti dôchodcov. Vytvárajú priestor na stretávanie sa dôchodcov, na hodnotné vyplnenie ich voľného času, na styk s rovesníkmi, so spoločnosťou rovnako starých ľudí s podobnými záujmami. Činnosť klubov dôchodcov je zameraná na organizovanie širokého spektra aktivít záujmoveho charakteru. Sú to napríklad spoločné návštevy kultúrnych podujatí, nacvičovanie scénok a ľudových zvykov, vzdelávacie aktivity, besedy s lekárom, výstavy ručných prác alebo poznávacie zájazdy. Edukačná činnosť klubov dôchodcov má široký charakter a predstavuje stálu a významnú súčasť aktivít klubov dôchodcov. Výchovno-vzdelávacie aktivity v kluboch

dôchodcov majú výrazne záujmový charakter. Vzdelávacie podujatia bývajú zvyčajne jednorazové, uskutočňované formou prednášok s besedami. Pre mnoho starších ľudí je klub dôchodcov druhým domovom. Možnosť vstupu do seniorského klubu má každý senior, ktorý má záujem plnohodnotne využívať svoj voľný čas (Čornaničová, 2008, s. 97-98).

*Akadémie tretieho veku* - predstavujú program vyhradený pre cykly prednášok, diskusií a seminárov, ktoré zahŕňajú najmenej desať spoločných stretnutí v určitých intervaloch. Do vzdelávacieho programu Akadémií tretieho veku sa môžu zaradiť aj iné aktivity ako sú exkurzie, pohybovo-turistické programy, práce v záujmových krúžkoch. Obsahové zameranie vzdelávacích cyklov zvyčajne máva niekoľko línií : medicínsko-gerontologická orientácia zameraná na informácie podporujúce zdravé starnutie, zdravú a vyváženú životosprávu, predchádzanie chorobám; občiansko-sociálne vzdelávanie, ktorej cieľom je podporovať porozumenie dôchodcov sociálnym zmenám v súčasnosti a ich aktívne zapájanie sa do diania; línia obľúbených tém ako kultúra, história, literatúra, umenie a ekológia; nasledujú hobby aktivity; príprava na starší vek; cvičenie, rekondičné cvičenie a jogy pre starších. Výučba na Akadémiách tretieho veku má črty záujmového vzdelávania a ako vzdelávacie inštitúcie majú stredne náročnú formu vzdelávacích aktivít pre seniorov, ktorá by v súčasnosti mala byť dostupná v každom väčšom meste (tamtiež, s. 95-97).

*Univerzity tretieho veku* - najznámejšie vzdelávacie ustanovizne pre seniorskú vekovú skupinu. Samotný termín univerzita tretieho veku sa v začiatkoch svojho používania vnímal širšie ako v súčasnosti. Univerzity tretieho veku ako vzdelávacie inštitúcie sa od svojho vzniku zamerali na záujmové vzdelávanie, ktoré bolo od začiatku pripravované pre špecifickú skupinu ľudí – pre seniorov. Už začiatky pôsobenia prvej Univerzity tretieho veku v Toulouse /1973/ určili základný cieľ univerzít tretieho veku, zlepšiť kvalitu života ľudí tretieho veku prostredníctvom vzdelávacích programov. V práci univerzít tretieho veku sa stretávajú dva základné prístupy; prístup, ktorý preferuje intelektuálnu aktivitu účastníkov, upriamuje pozornosť najmä na vysokoškolský charakter študijných aktivít a druhý prístup, ktorý je tradičný osvetový s najmä kompenzačnými funkciami. Obsah štúdia na univerzitách tretieho veku korešponduje s obsahovým zameraním materskej vysokej školy, s jej odborným intelektuálnym a priestorovým potenciálom. Na Slovensku rozšírený typ univerzít tretieho veku možno definovať vo viacerých rovinách. Prvé je, že univerzity tretieho veku predstavujú jeden z článkov siete inštitúcií a zariadení, ktoré slúžia starším ľuďom a zabezpečujú im právo na vzdelanie. Univerzitu tretieho veku môžeme charakterizovať ako inštitúciu pôsobiacu na najvyšších stupňoch výchovno-vzdelávacej sústavy, ktorá má starších ľudí vzdelávať

a uskutočňovať výskum a kooperovať s inými inštitúciami v prospech starších ľudí. Ďalšie charakteristiky hovoria o tom, že univerzity tretieho veku sú špecifické inštitúcie, ktoré sú príznačné pre seniorov, ktorí majú potrebu alebo túžia študovať odbornú problematiku na vysokoškolskej úrovni a inštitúcie, ktoré prispievajú k formovaniu nového vzťahu spoločnosti k starším ľuďom (Čornaničová, 2008, s. 90- 94).

Prvá univerzita tretieho veku bola založená v roku 1973 vo Francúzsku v Toulouse na Univerzite spoločenských vied. Za zakladateľa a tvorca nových vzdelávacích metód je považovaný Pierre Vellas. Postupne sa tento program pre seniorov rozšíril po celom svete. Do koncepcie celoživotného vzdelávania sa zapojili UNESCO aj Európska únia. Pierre Vellas spolupracoval s profesormi, so zástupcami profesorov, študentov a s administratívnymi pracovníkmi. Spolupracovali aj s externými členmi s významnými medzinárodnými povinnosťami: zástupca generálneho riaditeľa Svetovej zdravotníckej organizácie, Medzinárodnej organizácie práce a UNESCO. Cieľom bolo zistiť, na základe skúseností a bez predpojatosti aké možnosti by mohla priniesť Univerzita tretieho veku pre zlepšenie kvality života starších ľudí s prihliadnutím na všeobecné starnutie populácie. Tento program mal veľmi neobvyklý charakter. Bol však jednomyseľne prijatý aj keď bez akýchkoľvek špecifických rozpočtových prostriedkov. Zamerali sa na štyri hlavné ciele. Prvým cieľom bolo prispieť k zvyšovaniu fyzického, duševného a sociálneho zdravia a kvality života prostredníctvom telesnej výchovy, duševnej aktivity, otvoreniu sa k dnešnej spoločnosti, sociálnym vzťahom, umeleckej tvorivosti a pomoci druhým. Druhý cieľ bol zaistiť trvalý vzdelávací program pre starších ľudí v úzkej spolupráci s ostatnými vekovými skupinami (hudba, umenie, folklór, poézia, divadlo a rovnako aj akademické predmety. Tretím cieľom bolo podporiť výskum s vekovou problematikou. Štvrtý cieľ predstavoval nastavenie vzdelávacích programov v edukácii seniorov pre súčasné a budúce rozhodovacie právomoci. Programy Univerzít mali veľký úspech po celom svete.

Súhlasiac s Hatarom (2011), na základe viacerých výskumných zistení možno konštatovať, že význam edukácie pre staršieho človeka a jeho okolie spočíva v nasledovnom:

- edukácia ako prevencia sociálnej segregácie seniorov;
- edukácia ako prevencia psychosomatických chorôb a nástroj eliminácie dôsledkov chorôb v starobe;
- edukácia ako nástroj budovania spoločnosti založenej na vedomostiach;

- edukácia ako nástroj osobnostného rozvoja, resp. stabilizácie (udržiavania) osobnostného potenciálu seniorov;
- edukácia ako zmysel života seniorov.

Súčasná doba je veľmi rýchla a plná zmien. Tieto zmeny pôsobia na vnútorné prežívanie seniorov, ktorí sa už tak flexibilne nevedia orientovať vo víre nových udalostí, prežívajú pocit neistoty, bezradnosti a strachu. A práve celoživotné vzdelávanie a edukácia na univerzitách tretieho veku môžu pomôcť seniorovi zvládnuť všetky tieto zmeny a dať jeho životu zmysel a kvalitu (Žumárová - Balogová, 2010).

#### *Senior a sociálna a zdravotná starostlivosť*

Základnou a určujúcou dimenziou staroby a starnutia je premena biologického systému človeka. Po prekročení stavu, kedy všetky telesné orgány fungujú optimálne a telesné funkcie sú uspokojované, dochádza k postupnému zhoršovaniu stavu človeka, nárastu chorôb a s tým spojenou potrebou zdravotnej, ale aj sociálnej starostlivosti.

Balogová (2009) uvádza, že pod starostlivosťou o seniorov si môžeme predstaviť širší význam ako liečba. Starostlivosť zahŕňa v sebe úkony od hygieny, stravovania, ošetrovania, až po lekársku starostlivosť. Je to tímová práca. Podľa miesta, kde sa starostlivosť vykonáva ju delíme na:

- nemocničnú starostlivosť,
- ambulatnú starostlivosť,
- domácu starostlivosť.

Podľa náplne starostlivosti na:

- základnú,
- komplexnú,
- špeciálnu.

Zdravotná starostlivosť je obsiahnutá v premise žiť nezávislý, bezpečný a kvalitný život starších ľudí. Úspešnosť aktívneho starnutia je podmienená zdravotným stavom človeka. Zdravotný stav obyvateľstva je výsledkom súhry genetického vybavenia, ekonomickej a psychosociálnej situácie, kvality životného prostredia, výživy a životného štýlu, ako aj dostupnosti a úrovne zdravotnej starostlivosti vrátane preventívnych programov.

Ako uvádzajú výsledky výskumu, medzi zdravím populácie, kvalitou jej života a jej pozitívnym rozvojom existujú tesné vzťahy. Čím je človek zdravší a vzdelanejší, tým má väčšie predpoklady na dosiahnutie vyššej kvality svojho života a súčasne rast kvality života spôsobený

rastom ekonomiky a vzdelanosti je spojený so zlepšovaním zdravotného stavu jedinca a spoločnosti. V roku 2009 Štatistický úrad SR vykonal na základe metodiky Eurostatu zisťovania o zdravotnom stave obyvateľstva SR. Na základe zistení možno konštatovať, že vzrástol podiel obyvateľstva, ktoré hodnotilo svoj zdravotný stav ako zlý. Vo veku 60-74 rokov 31.9 %, vo veku 75-89 rokov 51 % (NPAS, 2014, s. 36). Taktiež sa potvrdilo, že čím boli osoby staršie, tým boli vyššie výdavky domácnosti na zdravie (nákup tovarov a služieb súvisiacich so zdravím). Uvedené skutočnosti potvrdzuje výskum realizovaný v roku 2014 na vzorke 181 seniorov v Košickom kraj. Kým 101 zo 181 respondentov považuje pevné zdravie v dôchodkovom za nevyhnutnosť, iba 37 z nich je s touto oblasťou života úplne spokojných. Seniori sú taktiež prevažne spokojní s fyzickou sebestačnosťou, viac výhrad ale majú k psychickej vyrovnanosti a rodinným vzťahom. Zo zistení vyplýva, že respondenti vnímajú svoju životnú situáciu veľmi individuálne a rôznorodo. V súlade s výsledkami výskumu možno konštatovať, že pre vnímanie spokojnosti a kvality života, sú pre respondentov spoločné zásadné oblasti, a to najmä rodina, zdravie a práca. Jedným z podstatných faktorov, ktorý zásadne ovplyvňoval vnímanie životnej situácie u respondentov bola pociťovaná finančná nedostatočnosť. Najčastejšie respondenti v súvislosti s celkovou životnou spokojnosťou považovali význam rodiny a lásky, taktiež záľuby a záujmy. Hodnoty well-being (životná pohoda) merané štandardizovaným dotazníkom WHO poukázali na znižovanie subjektívneho vnímania životnej pohody.

Na základe uvedených skutočností, ktoré boli podkladom pre vypracovanie zdravotnej politiky je hlavný cieľ syntetizovaný do čiastkových cieľov:

- zníženie úmrtnosti na srdcovo – cievne ochorenia,
- zlepšenie diagnostiky kolorektálneho karcinómu, prevencie karcinómu prsníka, krčka maternice, vytvorenie národného skriningového centra,
- zabezpečenie geografickej dostupnosti a kvality dlhodobej zdravotnej starostlivosti o seniorov v súlade s demografickým vývojom,
- zlepšenie zdravotného uvedomenia starších ľudí v oblasti preventívneho očkovania s dôrazom na zlepšenie zdravia, kvality života pomocou výchovy k zdraviu, podpory zdravia a iných intervencií,
- vypracovanie metodických usmernení o postupe zdravotníckych pracovníkov o poskytovaní zdravotnej starostlivosti seniorom ohrozovaným domácim násilím,
- podporovať aktívne starnutie, zdravý životný štýl a celkové zdravie seniorov formou edukačných aktivít zamestnancami regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR

prostredníctvom poradenstva,

- zachovať dotácie na podporu rekondičných aktivít seniorov podľa §6, odsek 1 písm. b) zákona č. 544 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti MPSV a SR.

Sociálna starostlivosť o seniorov sa javí v súčasnosti vysoko aktuálna. Platná legislatíva na Slovensku nemá upravenú koordináciu sociálnych služieb. Veľmi podstatnú úlohu zohráva sociálny pracovník, ktorý vykonáva sociálne poradenstvo a zapája do sociálnej terapie všetky potrebné inštitúcie na riešenie sociálnych problémov. Spolupracuje so zdravotníckymi zariadeniami, zariadeniami sociálnych služieb, s úradmi, cirkvami, Vyššími územnými celkami, úradmi práce sociálnych vecí a rodiny, Sociálnou poisťovňou a ďalšími inštitúciami. Takmer každý senior chce zostať tam, kde prežil väčšiu časť života, kde ho viažu spomienky, kde sa cíti doma. Tam, kde môže sám, alebo so svojím partnerom žiť bežný život so všetkým, čo k nemu patrí. Problém však nastáva, keď senior stratí sebestačnosť a potrebuje pomoc. V prvom rade by mu mala pomôcť rodina. Platí, že ak má byť senior ošetrovaný v rodine, tak rodina musí chcieť, vedieť a môcť potrebnú starostlivosť poskytnúť. Ak sa chce rodina postarať o chorého seniora, tak zvládne aj to, ako sa má starostlivosť realizovať. O skutočnosti či sa deti alebo vnúčatá budú starať o seniora v rodine, rozhoduje mnoho faktov už dávno predtým, než vôbec nastane potreba starostlivosti. Už v pôvodnej rodine sa formuje vzťah k prarodičom. Malé deti vidia a vnímajú, ako sa ich rodičia starajú o svojich rodičov a vznikajú vzorce správania (Haškovcová, 2010). V súčasnosti sa v rodinách osamostatňujú jednotlivci, viacgeneračné spolužitie je skôr výnimkou. Rodina súčasnosti sa vyznačuje štyrmi základnými faktormi:

- vysoká rozvodovosť,
- menej detí v rodinách,
- rozpad viacgeneračného súžitia,
- predlžovanie veku.

Rodina oproti minulosti je menšia nielen počtom členov v nej, ale aj počtom a intenzitou vzájomných vzťahov medzi jej členmi.

Keď sa zdravotný stav seniora zhorší a vyžaduje si intenzívnejšiu starostlivosť, nie každý chce alebo môže nechať u seba svojich rodičov. Väčšina seniorov túži zostať doma, kde ich majú radi, kde sa o nich starajú. Takáto situácia stavia jej členov pred závažný problém. Nie každá rodina si môže najatť opatrovatelku z ekonomických dôvodov (Hrozenská, 2008).

Senior sa stále viac cíti osamelý. Hlavne po strate životného partnera sa pocit osamelosti stupňuje. Často sa nemá kto o starého človeka postarať. Nastupuje štát, samospráva a sociálne služby. Tie majú za úlohu postarať sa o starého človeka, zabezpečiť mu ošetrovateľské a opatrovateľské služby a starostlivosť, opatrovateľskú službu v domácom prostredí, sociálne poradenstvo, denné stacionáre. Pokiaľ to nestačí, nasleduje umiestnenie seniora v zariadení pre seniorov, alebo v zariadeniach DSS. Doba sa zmenila. Podmienky sa zmenili, ale nezmenila sa prirodzená potreba starého človeka žiť pokojným a spokojným životom vo svojom domove so svojou rodinou. Pokiaľ je to možné, nie je pre starého človeka žiadne lepšie riešenie. Vyžaduje si to pochopenie a obetavosť rodiny. Starostlivosť detí o svojich rodičov je veľmi pozitívnym javom, ktorý je nesporne tým najlepším pre seniora. Súčasťou navrhovanej koncepcie sociálno-edukačnej starostlivosti o seniorov v sociálnych zariadeniach by sa mali stať i medzigeneračné programy ako súčasť (alebo nástroj) medzigeneračného učenia, ktoré sa stáva v ostatnej dobe u nás populárnou témou (Határ, 2011). Medzi výhody medzigeneračných programov patrí spájanie segregovaných generácií a zlepšenie porozumenia medzi nimi, podpora aktívneho občianstva a sociálnej participácie, podpora medzigeneračnej spolupráce, zdieľanie spoločenských a profesionálnych zdrojov, zdieľanie vedomostí a zručností medzi generáciami, čo vedie k podpore celoživotného a všestranného učenia všetkých zúčastnených a k udržiavaniu a rozvíjaniu ľudského i sociálneho kapitálu (Rabušicová - Kamanová – Pevná, 2011, s. 167). Žumárová a Balogová (2010) uvádzajú, že sociálna práca ponúka riešenie seniorskej problematiky v troch paradigmách:

- Reformná – spája sa s víziou spoločenskej rovnosti. V prípade seniorov je táto koncepcia rešpektovaná práve požiadavkou celoživotného vzdelávania zakotvenou v Lisabonskej stratégii, ktorú naša krajina ratifikovala a v jej zmysle vytvára aj jej inštitucionálne zabezpečenie, do ktorého patria aj univerzity tretieho veku.
- Terapeutická – medzi hlavné priority tu patrí duševné zdravie a subjektívna pohoda. Dôraz sa kladie na komunikáciu a interakciu v kontexte Rogerovskej humanistickej koncepcie. Univerzity tretieho veku sú vhodnou pôdou pre vytváranie sociálnych väzieb a zabránenie izolácie, ktorá je pomerne častým javom v seniorskom veku.
- Poradenská – je najčastejšie realizovanou paradigmou. Hlavným prvkom tejto paradigmy je potreba osobného a komunitného rastu. V seniorskej problematike je základom tohto procesu sociálne učenie. Autorky uvádzajú, že v procese výučby sa dôraz kladie na socializáciu a spôsob odovzdávania vedomostí viac, než na samotný obsah učenia.

## Záver

Aktívne starnutie predstavuje v 21. storočí výzvu pre spoločnosť, v ktorej seniori starobu nebudú vnímať tak negatívne ako v minulosti. Nebude predstavovať chvíle samoty, nepotrebnosti a opustenosti. Aj vďaka edukácii a Univerzitám tretieho veku si seniori uvedomia, že prechodom do dôchodku nekončí ich spoločenský život, majú možnosť stretávať sa s ľuďmi v podobnom veku, s podobnými záujmami a skúsenosťami, ďalej rozvíjať svoje schopnosti, zručnosti, či už na úrovni psychomotorických aktivít, kognitívnych alebo afektívnych a v tomto zohráva významné postavenie štát, ktorého úroveň sa posudzuje najmä podľa toho, ako sa vie postarať o najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva.

## LITERATÚRA

BALOGOVIÁ, B. 2009. *Seniori v spektre súčasného sveta*. 2. dopl. vyd. - Prešov : Pavol Šidelský - Akcent Print, 2009. - 103 s. - ISBN 978-80-89295-19-7.

ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Polygrafické stredisko UK v Bratislave 1998. ISBN 80-223-1206-1

ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov : vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007, s. 150.

HATÁR, Ctibor. 2011. *Seniori v systéme rezidenčnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Praha: Rozlet a Česká andragogická spoločnosť. 132 s. ISBN 978-80-904824-1-8.

GOLECKÁ, L. 2007. *Akomodačná flexibilita vo zvládaní involučných zmien: Tri sondy*. Dizertačná práca. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2007, 158 s. <http://www.psychologia.sav.sk/akomod.pdf>.

HRAPKOVÁ, N., BABINSKÝ, M. *Dvadsať rokov univerzitného vzdelávania starších študentov na slovenských univerzitách*. In *Vzdelávanie dospelých 53*, Bratislava, 2010. ISSN 1335-2350

HROZENSKÁ M. et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008, s. 180. ISBN 9788080632823.

Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020. SR, 2014, 72 s. ISBN 978-80-89125-18-0.

LAUKOVÁ, P. a G. PETROVA, 2013. *Edukacia-facilitacny cinitel individualneho rozvoja seniorov*. In Zborník Individualne planovanie a individ.plan v soc.sluzbach, Osadne 2013, VSZaSP sv.Alzbety, Ústav soc.vied a zdrav. bl. P.P.Gojdica v Presove, 2013. s.81-89, ISBN 987-80-8132-091-0.

RABUŠICOVÁ, M. - KAMANOVÁ, L. - PEVNÁ, K. 2011. *O mezigeneračným učení*. Brno: MU, 208 s. ISBN 978-80-210-5750-0.

RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Grada Praha, 1999. s. 88. ISBN 80-7169-828-8

ŽUMÁROVÁ, M. a B. BALOGOVÁ, 2010. *Medzigeneračné mosty*. Vydavateľstvo: Menta Media, Košice, 2010. 143 strán. ISBN: 978-80-89392-23-0.

## **KONTAKT**

**doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.**

e-mail: nela.laukova@ gmail.com

**Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave**

Katedra pedagogiky a andragogiky

# CHRONICKÉ RANY – ICH LIEČBA A OŠETROVANIE

MAZALÁN, P., PROCHOTSKÝ, A., MAZALÁNOVÁ, A.

## Abstrakt

V posledných rokoch sa zvýšili vedomosti o faktoroch spojených s hojením rán. Zdokonalili sa konzervatívne a radikálne spôsoby ošetrovania rán. Do liečby sa zavádzajú nové chirurgické a chirurgicko – plastické metódy. Vo zvýšenej miere sa začali používať rozmanité biologické krytia, bioinžinierske tkanivá. Platí pravidlo, že starostlivosť o rany, najmä chronické, musí mať v dnešnej dobe multidisciplinárny charakter.

## Kľúčové slová

Hojenie rán, konzervatívne, chirurgické metódy, biologické krytie

## ÚVOD

Rozvíjajúci sa farmaceutický priemysel priniesol nové krycie a obvazové materiály tzv. materiály vlhkého hojenia rán, ktoré sa pozitívne uplatňuje v jednotlivých fázach hojenia. Toto krytie je spojenie s novým a celkom odlišným spôsobom ošetrovania rán, postupne nahrádza a vytlača doteraz používanú klasickú metódu ošetrovania rán. Na základe nových poznatkov o patofyziológii hojenia rán a objavov v oblasti bunkovej a molekulárnej biológie, rozvojom vedomostí účinku jednotlivých krytí a moderných spôsobov liečby, je potrebné koncipovať rozsiahlu problematiku hojenia rán a starostlivosti o ranu. Starostlivosť o ranu každého druhu musí mať v dnešnej dobe multidisciplinárny charakter. Zahŕňa činnosť odborných lekárov, fyzioterapeutov, špecializovaných sestier, bakalárok a všeobecných sestier. Významné miesto majú praktickí lekári a sestry domácej starostlivosti, ktoré sa denne stretávajú s pacientmi trpiacimi chronickými ranami. Liečba chronických rán je dlhodobá, vyžaduje veľa trpezlivosti, psychickej podpory, pomoci a tolerancie ako od zdravotníckeho personálu, tak od rodinných príslušníkov.

## **História ošetrovania rán**

Písomné doklady o niektorých kožných ochoreniach siahajú do predhistorickej doby, napr. z roku 2 637 pr. n. l. v zbierke čínskych lekárskejších vedomostí. Stredovek neprispel k rozvoju dermatológie. Veľký záujem o kožné choroby mal Ján Jesenský. V dobe svojej profesúri usporiadal verejnú rozpravu o kožných ochoreniach.

Koncom 18. a začiatkom 19. stor. získava medicína nové možnosti metódami prírodovedeckého skúmania. Je to hlavne zlepšenie mikroskopických a histologických techník, presné klinické pozorovania a pokusy na zvieratách. Začiatky dermatológie sú v Anglicku a sú spojené s menom Roberta Willana. Na základe prác Domagha a Fleminga pokračuje dermatológia spolu s inými odborními medicíny na ďalšom výskume a praktickom použití poznatkov chemoterapeutík, antibiotík, vitamínov, antihistaminík, hormónov, fermentov, alergie a vírových ochorení.

## **Koža**

Koža je považovaná za najväčší ľudský orgán, ktorý súvisle pokrýva povrch celého tela s výnimkou telesných otvorov. U dospelého jedinca je plocha kožného povrchu až 2 m<sup>2</sup> a tvorí 15 % telesnej váhy. Kožný povrch nie je rovný, je prestúpený vyvýšeninami, zriasnený ryhami a záhybmi. Je pokrytý tzv. kožným biofilmom, ktorý tvorí ochranný kožný plášť proti chemickým, mikrobiálnym a niektorým fyzikálnym účinkom vonkajšieho prostredia. Kožný povrch má ľahko kyslé pH 5.5. Koža sa skladá z troch základných vrstiev, pokožky (epidermis), dermy (korium, dermis) a podkožného tkaniva (tella subcutanea).

## **Funkcia kože**

Medzi základné funkcie kože patrí tvorba pigmentu. Ďalej má koža ochrannú funkciu proti baktériám, mykotickej a vírusovej infekcii, chemickým látkam, fyzikálnym vplyvom a dehydratácii. Medzi termoregulačné funkcie kože patrí sekrécia potu, vazodilatácia a vazokonstrikcia podkožného tuku. Termoreguláciu zaisťuje taktiež ochlpenie a vlasová pokrývka. Do senzitivnej funkcie kože zaraďujeme nervové receptory pre bolesť, hmat, tlak, teplo, chlad a vibrácie. Metabolická funkcia obsahuje syntézu melanínu a vitamínu D. Do sekrečnej funkcie kože zaraďujeme produkciu potu a mazu. Medzi ďalšie funkcie patrí schopnosť resorpcie vody, tukov a liečebných prostriedkov k vonkajšiemu použitiu. Koža má tiež účasť na tvorbe protilátok a samočistiacu schopnosť (Stryja, 2011; Dylevský, 2000).

## **Definícia, rozdelenie a hojenie rán**

Pod pojmom rana sa rozumie porušenie integrity kožného krytu, ktorý tvorí bariéru medzi vonkajším a vnútorným prostredím. Každé narušenie kožného krytu je spojené so stratou kožného tkaniva, ktoré môže zasahovať rôzne hlboko do podkožných tkanív a postihnúť svaly, šlachy, kĺbne púzdra, kosti a rôzne vnútorné orgány (Zeman, 2000).

Z hľadiska mechaniky vzniku rozdeľujeme rany na mechanické, termické (popáleniny, omrzliny), aktinické (radiácia) a chemické (poleptanie chemikáliami, zvieracie jedy). Mechanické rany rozdeľujeme do niekoľkých skupín. Rana rezná (vulnus scissum), rana sečná (vulnus sectum), rana bodná (vulnus punctum), rana strelná (vulnus sclopetarium), rana kusnutím (vulnus morsum), rana tržná (vulnus lacerum), rana kontuzná (vulnus contusum).

Z hľadiska rozsahu poškodenia kože a tkanív rozdeľujeme rany na zavreté, povrchové, perforujúce a komplikované, kedy sú už poškodené dôležité vnútorné orgány (Zeman, 2000; Pospíšilová, Švestková, 2001).

## **Rozdelenie rán podľa charakteru rany**

1. Rany nekrotické - nekróza zabraňuje hojeniu rany a môže byť zdrojom infekcie. Je ideálnou živnou pôdou pre patogény. Zneprehľadňuje spodinu rany, môže byť povrchová, hlboká, suchá, exsudujúca, zápachajúca. Nekróza znamená mŕtve tkanivo, preto je potrebné ho odstrániť. Medzi základné možnosti patrí odstránenie enzymatické (rozpúšťanie nekrózy pomocou enzýmov) alebo chirurgické.
2. Rany povlečené - povlak zabraňuje hojeniu rany, zneprehľadňuje spodinu rany, môže byť zdrojom infekcie, niektoré baktérie prítomné v povlaku môžu spôsobovať zápach. Povlečená rana môže byť povrchová alebo hlboká, slabo alebo silno exsudujúca. Cieľom liečby je odstránenie, odlučovanie povlaku a podporenie rastu granulačného tkaniva. Odstránenie povlaku sa robí pomocou vlhkej terapie, enzymaticky alebo chirurgicky.
3. Rany komplikované zápachom – zápach je vyvolaný prítomnosťou proteolytických baktérií v rane, zhoršuje kvalitu pacientovho života.
4. Infikované rany – prítomnosť veľkého množstva patogénnych mikroorganizmov, dochádza k poškodeniu vitálneho tkaniva, infekcia zabraňuje hojeniu rany a môže viesť k septickému stavu. Infikované rany môžu byť spojené s tvorbou povlakov a zápachom. Pri ošetrovaní infikovanej rany si musíme uvedomiť edém v okolí rany, začervenanie, zápach, teplotu a bolesť. Infikovaná rana môže byť povrchová, hlboká, suchá a secernujúca. Pri liečbe je

nutné odstrániť infekciu a zápach. Infekčný agens v rane je možno spoznať aj podľa sfarbenia sekrétu: ak je v rane sekrét smotanovo žltý bez zápachu, je v rane prítomný stafylokokus, ak je sekrét riedky a žltošedý, je v rane streptokok, sekrét modrozelený a zelený, sladko zapáchajúci je v rane infikovanej pseudomonas aeruginosa, ak je sekrét hnedkastej farby a zápacha po fekáliach, sú v rane escherichia coli.

5. Granulujúce rany – nahrádzajú deficitné tkanivo, vyplňajú ranu. Ide o novo vznikajúce, dobre vaskularizované červené tkanivo, ktoré je nutné chrániť pred traumatizáciou a infekciou. Može byť povrchová, hlboká, slabo alebo silne exsudujúca.
6. Epitelizujúce rany – epitel je ružovobiela vrstva tkaniva, ktorá vznikla delením a migráciou epiteliálnych buniek z takzvaných epitelizačných ostrovčekov a je základom pre vytvorenie epidermálneho tkaniva. Premosťuje granulačné tkanivo, uzatvára a chráni ranu. Môžu byť suché alebo mierne secernujúce.

### **Rany akútne a chronické**

Akútne rany sú defekty v normálnom zdravom tkanive hojace sa primárne v krátkom čase a bez komplikácií.

Chronické rany sú sekundárne rany a hoja sa výstavbou nového vaskularizovaného granulačného tkaniva. Ako chronickú ranu označujeme sekundárne sa hojacu ranu, ktorá i napriek adekvátnej terapii nevykazuje po dobu 6 - 9 týždňov tendenciu k hojeniu. V praxi vznikajú chronické rany prechodom akútnej rany do chronicity v dôsledku pridružených ochorení alebo infekcie, ďalej mikrotraumatizácia kože, ktorá je predisponovaná k sťaženému hojeniu.

Treťou možnou príčinou vzniku chronickej rany je prehĺbenie nekrózy kože na podklade základného ochorenia. Chronická rana môže vzniknúť tiež ako následok celkového ochorenia organizmu ako je cukrovka, obezita, kardiopulmonálne komplikácie. Najčastejšie chronické rány sú: syndróm diabetické nohy, bércove vredy a preležaniny (Hartmann-Rico, 2002, Stryja, 2011).

Klasifikácia chronických rán zohľadňuje charakter spodiny rany. Jedným z klasických delení je klasifikácia chronických rán podľa Knightona (Knighton et al. 1986)

štadium I: povrchová rana (epidermis, dermis)

štadium II: hlboká rana (zasahuje do subcutis)

štadium III: postihnutie fascie

štadium IV: postihnutie svalstva

štadium V: postihnutie šliach, väzov, kostí

štadium VI: postihnutie veľkých dutín

## **Fázy hojenia rany**

Hojenie rán je zložitý biologický proces, ktorý začína zrážaním krvi a pokračuje katabolickými pochodmi, ktoré očisťujú ranu od odumretého tkaniva, cudzích telies a choroboplodných zárodkov a končí výstavbou nového tkaniva. Toto tkanivo vyplňuje defekt a časom sa premieňa v odolné jazvovité tkanivo. Tieto deje vyžadujú od organizmu veľkú reparačnú schopnosť. Zvláštnou problematikou procesu hojenia rán sú chronické rany – vredy, ktoré väčšinou nevznikajú pôsobením vonkajších traumatických faktorov, ale lokálnymi poruchami výživy kože, ktoré môžu byť vyvolané cievnyimi alebo neurologickými ochoreniami. Ulkus môže byť tiež prejavom nádorového procesu, infekčného ochorenia kože alebo ochorenia krvi. Podľa stupňa závažnosti môže poškodenie postihovať všetky vrstvy kože a zasahovať až ku kostiam. Nezávisle na druhu rany a rozsahu straty tkaniva prebieha proces hojenia v etapách, ktoré sa časovo prekrývajú, a nie je ich možné od seba oddeliť. Pri chronických procesoch je možné pozorovať rozdielny proces hojenia, ktorý je ovplyvnený hemodynamickými a metabolickými poruchami, prítomnosťou bunkového detritu, hnisu, nekrotického a devitalizovaného tkaniva v rane, ďalej osídlením spodiny baktériami, vírusmi a plesňami. Hojenie pozostáva zo štyroch fáz: zápalová (exsudatívna), proliferačná, diferenciačná a reepitelizačná. Zápalová fáza začína v okamihu poranenia a trvá za fyziologických podmienok asi tri dni. Proliferačná fáza je druhá fáza hojenia rán. Prevažuje v nej proliferácia buniek s cieľom vytvoriť nové cievy a vyplniť defekt granulačným tkanivom. Táto fáza začína asi 4. deň po vzniku rany. Cytokíny a rastové faktory stimulujú a regulujú migráciu a proliferáciu buniek, ktoré sú zodpovedné za novotvorbu tkaniva a ciev. Fáza diferenciačná a reepitelizačná, dochádza v nej k vyzretiu kolagenných vlákien. Rana sa kontrahuje, granulačné tkanivo sa stáva chudobnejším na vodu a cievy, spevňuje sa a mení v jazvovité tkanivo. Epitelizácia, ktorá v sebe zahrňuje tvorbu nových epidermálnych buniek mitózou a bunkovou migráciou prebieha prednostne z okrajov rany (LEMON, 1997; Pospíšilová, Švestková, 2011).

## **Faktory ovplyvňujúce hojenie rany**

Faktorov, ktoré ovplyvňujú hojenie rán je niekoľko. Rozoznávame faktory systémové, miestne, psychologické a kvalitu ošetrovania. Do systémových faktorov patrí vek pacienta,

ktorý je veľmi dôležitý. S pribúdajúcim vekom nastáva redukcia všetkých fyziologických pochodov. Ďalším faktorom sú pridružené ochorenia, ktorými trpí mnoho chorých s bércovými vredmi, zvlášť osoby staršieho veku. Medzi najčastejšie sprievodné ochorenia patrí ICHS, DM, hypertenzná choroba, artróza kĺbov dolných končatín. Porucha výživy, nedostatočná výživa, nedostatok jednotlivých zložiek potravy, obzvlášť proteínov, vitamínov, minerálov a stopových prvkov, negatívne ovplyvňuje hojenie rany. Medzi systémové faktory patrí ďalej anémia, ochorenia charakterizované nedostatkom červených krviniek, resp. nedostatok hemoglobínu zapríčiňuje tkanivovú hypoxiu. Z tých istých dôvodov má anémia inhibičný efekt na hojenie. Centrálna hypoxia, postihnutie CNS je väčšinou spojené s navodením hypoxického stavu a so znížením pohyblivosti postihnutého. Imunita, znížená obranyschopnosť jedinca, sa negatívne podieľajú na všetkých pochodoch organizmu. Sú náchylné k infekciám bakteriálneho, vírusového a plesňového pôvodu. Pridružená infekcia rany môže nepriaznivo ovplyvniť jej hojenie. Nádorové ochorenia majú vplyv na imunitný stav organizmu a tým nepriamo i na hojenie rany. Mnohé farmaká, akokoľvek priaznivo ovplyvňujú niektoré ochorenia, môžu mať priamo negatívny vplyv na hojenie rany (glukokortikoidy, imunosupresíva, cytostatika), takisto ako nedostatok spánku a odpočinku v nočných hodinách pôsobí inhibične na hojenie rany. Takisto tak návyk na drogy, nikotín, abusus alkoholu. Medzi miestne faktory patrí porucha hemodynamiky, ktorá sa negatívne prejavuje v hojení rany. Obtiažne bude hojenie prebiehať pri ulcerácii vzniknutej na podklade arteriálneho uzáveru, takisto obtiažne sa bude hojiť posttrombotická ulcerácia bez jednoznačnej kompresie. Hĺbka rany je tiež dôležitým faktorom. Hlboká rana potrebuje viac času k vytvoreniu vaskularizovaného granulačného tkaniva ako povrchová rana. Veľkosť rany, kde väčšia spodina rany potrebuje dlhšiu dobu na hojenie, nadmerná sekrécia, povlaky, krvné zrazeniny, nekróza majú negatívny vplyv na hojenie rany. Niektoré typy patogénov pri mikrobiálnej infekcii dráždia nervové zakončenia a sú príčinou bolesti rany a predlžujú proces hojenia. Pokiaľ je rana v oblasti so zníženou výživou tkaniva, vykazuje zlé známky hojenia. Pod podmíňovanými okrajmi je vhodné prostredie pre nežiadúcu mikrobiálnu flóru. Ulcerácie s tuhými, kalóznymi okrajmi majú zlú tendenciu k hojeniu. Lokálna hypoxia rany pôsobí inhibične na jej hojenie. Do psychologických faktorov patrí úzkosť, anxiozita, depresia, motivácia chorého, strach z recidívy, sociálna izolácia, narušená kvalita života, stresová situácia. Fázový priebeh hojenia nie je vždy ideálny. Vo všetkých štádiách hojenia sa môžu vyskytnúť abnormality celkového i lokálneho charakteru. Poruchy hojenia sa môžu prejaviť stagnáciou čistiacej fázy, spomalenou granuláciou, komplikujúcou infekciou mikrobiálnou, plesňovou, vírusovou. Ďalej nedostatočnou epitelizáciou alebo tvorbou hypertrofických jaziev. Je veľmi dôležité myslieť

na celkovú reakciu organizmu na poranenie. Reakciou organizmu na poranenie je: snaha o prežitie (reakcia stimulovaná vyplavením adrenalínu), snaha o zachovanie funkcií, zhojením. Vyšetrený a liečený by mal byť celý človek, nie len viditeľné poranenia (Hartmann-Rico, 2002; Pospíšilová, Švětková, 2011).

### **Ošetrovanie rán**

Celková starostlivosť o pacienta by mala byť zameraná na prevenciu vzniku rán. Napríklad na prevenciu vzniku dekubitov pravidelným polohovaním, používaním vhodných pomôcok k polohovaniu. Pre podporu hojenia rán je nutné pôsobiť na ranu lokálne a vytváraním vhodného vnútorného a vonkajšieho prostredia (zvládnutie ochorenia, znižovať riziko infekcie, udržiavať ideálnu mikroklímu pre hojenie rany). Tradičná starostlivosť v ošetrovaní rán je zameraná na udržanie rany v čistote a suchu, predchádzanie prípadnému šíreniu infekcie. Táto metóda spomaľuje hojenie rany a spôsobuje zlé kozmetické výsledky. K ošetrovaniu rany a jeho okolia sa používajú antiseptické látky a rana sa udržuje suchá. Tam, kde došlo k strate tkaniva, sa vkladajú do ranovej plochy liečebné prostriedky, ktoré zabráňujú predčasnému uzatváraniu povrchu rany. Moderná starostlivosť v ošetrovaní rán sa zameriava na vlhké prostredie, kde dochádza k urýchleniu zápalovej a proliferáčnej fázy hojenia. Teplé a vlhké prostredie sa vytvára pod polopriepustnými obväzmi. Tým sa vytvárajú optimálne podmienky pre reepitalizáciu povrchu rán. Lokálne použité roztoky obsahujúce bielkoviny podporujú výživu spodiny rany. Obe opatrenia umožňujú vytvorenie vhodného prostredia pre rast tkaniva, hlavne u čistých rán. Pokiaľ sú rany infikované, môže byť táto metóda použitá len obmedzene, pretože výživné roztoky zároveň vyživujú aj infekčný agens (Neuwirth, Fiferová, 1996).

### **Starostlivosť o pacienta zameraná na podporu hojenia rany**

Psychologická podpora napomáha pacientovi vyrovnáť sa s procesom hojenia po emocionálnej a somatickej stránke. Rany môžu spôsobiť zmenu životného štýlu, kozmetické poškodenie, znižovať sebavedomie. Pokiaľ je rana spôsobená sprievodným ochorením (diabetická gangréna, karcinom) je psychologická podpora a edukácia pacienta veľmi dôležitá. Napomáha k spolupráci a tým k vytvoreniu vhodných podmienok k procesu hojenia. Počas previazovania rany musíme postupovať tak, abysme pacientovi spôsobili čo najmenšiu bolesť, a zároveň sledovať jeho prejavy behom výkonu. Výživa je základným predpokladom k hojeniu rany. Dôsledne sledujeme a hodnotíme príjem potravy. Veľmi dôležité je poznať všetky pacientove ochorenia. Hypoxia tkanív spôsobuje, že sa rany nehoja. Vyskytujú sa hlavne u chorých s diabetom, kardiopulmonálnym ochorením, venostázou, radioteraiou, u fajčiarov.

Prevenencia je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o rany. Farmakoterapia – pokiaľ je to z terapeutického hľadiska možné, nepodávajú sa lieky spomalujúce hojenie rán. Tekutiny podporujú dobré hojenie rán, pôsobia proti odumieraniu tkanív a minimalizujú hypovolémiu. Infekcia predlžuje hojenie. Dôležitá je jej prevencia, prípadne liečba lokálna i celková (Pospíšilová, Švestková, 2001).

### **Čistenie rany**

Čistenie rany je potrebné pre vytvorenie optimálnych lokálnych podmienok pre hojenie rany. Z rany sa odstraňuje nadbytočné nekrotické tkanivo, exsudát, cudzorodý materiál, toxické zložky, výživné látky pre potenciálne infekčné mikroorganizmy, baktérie a ďalšie mikroorganizmy.

### **Krytie rán**

Krytie priložené na povrch rany vytvára vhodné prostredie pre najrýchlejšie hojenie. Pokiaľ je rana uzavretá, prebieha hojenie omnoho rýchlejšie. Pri veľkej strate tkaniva sa rana vyplňuje do zhojenia povrchu. Najčastejším dôvodom pre krytie rany je ochrana postihnutého miesta, dochádza k urýchleniu hojenia vytvorením vlhkého prostredia. Pokiaľ je rana prekrytá, dochádza predovšetkým k obmedzeniu zápachu. Správne urobené krytie odstraňuje nadbytočný exsudát a toxické látky, udržiava vysokú vlhkosť, umožňuje výmenu plynov. Správne urobené krytie je nepriepustné pre baktérie, neobsahuje žiadne toxické látky, umožňuje výmenu krytia bez toho, aby bola rana traumatizovaná, dochádza k minimalizácii bolesti, zápachu a krvácania. Predovšetkým je správne urobené krytie pohodlné a prijateľné pre pacienta (Pospíšilová, Švestková, 2001).

### **Lokálna liečba**

Cieľom je predovšetkým sanácia spodiny rany, podpora granulácie a epitelizácie vhodným krytím rany. Dôležitá je tiež starostlivosť o okolie rany. Do liečby bércových vredov vstúpili nové krycie prostriedky, označované ako „moderné, ktoré postupne vytlačujú klasickú terapiu. Ku klasickej terapii patria obklady s dezinfekčným účinkom, masti s antibiotikami, farebné tinktúry, masti a pasty s obsahom kovov. Výmena obväzov sa uskutočňuje často, a tým je rana vystavovaná riziku bakteriálnej infekcie. Dochádza k znižovaniu teploty kože, a tým sa hojenie rany predlžuje. Moderné krytie je používané v súlade s fázovým hojením rany. Správny výber krycích materiálov rešpektujúcich spodinu rany a intenzitu sekrécie vedie k vytvoreniu

fyziologického prostredia, v ktorom sa rozvíjajú reparačné procesy. Predpokladom pre úspešné hojenie rány je nekrektomia a vyčistenie rany (débridement), odumreté tkanivo zabraňuje hojeniu. Cieľom prevázov je vytvorenie adekvátneho vlhkého prostredia rany pod priloženým obvazom (preto najčastejšie používaný názov - metódy Vlhkého hojenia rán), (HARTMAN-RICO, 2002; Stryja, 2011).

### **Celková liečba**

Celková liečba je podmienená pôvodom chronickej rany. Venózný pôvod bérkových vredov je liečený venofarmakami alebo operačnou liečbou. Bércove vredy arteriálneho pôvodu pomocou vazodilatancií alebo revaskularizáciou (PTA, stenty, operácia). Pokiaľ sú bércove vredy či chronické rany iného pôvodu, je vždy potrebu systémovej liečby podriadiť príčine ochorenia. Rovnako dôležitá je i liečba pridružených ochorení, ako je ischemická choroba srdca, hypertenzia, diabetes, kĺbne obťažie, infekcia, ale i psychický a somatický stav. Nerozdeliteľnou súčasťou je takisto liečba bolesti.

### **Kompresívna liečba**

Štandardnou liečbou ochorenia venózneho a lymfatického systému končatín je liečba vonkajšou kompresiou. Má za úlohu kompenzovať cieвне riečište. Indikáciami pre použitie z kompresívnej liečby sú povrchová flebitita, hlboká žilová trombóza a posttrombotický syndróm, prejavy chronickej žilovej insuficiencie, stav po sklerotizácii či operácii varixov, opuchy lymfatického a opuchy iného pôvodu (posttraumatické, pozápalové, lipedém). Účinkov kompresívnej terapie na žilný systém je niekoľko. Patrí medzi nich zníženie venoznej hypertenzie, zvýšenie rýchlosti krvného toku, vstrebávanie opuchov, zúženie patologicky rozšírených žil a ďalšie. Vhodne a dôsledne zvolená kompresia môže zabrániť vzniku a rozvoju lymfatického opuchu. Udrží zmenšený objem a stabilizovaný stav končatiny. Ako kompresiu možno používať ovínadla a elastické pančuchy. Nie menej dôležité je tiež správne naloženie kompresívneho obväzu. Kompresívna liečba je kontraindikovaná pri ischemickej chorobe dolných končatín.

### **Fyzikálna liečba**

Fyzikálna liečba je kompresívneho charakteru za využitia prístrojov s automatickými zmenami tlaku a tým dochádza k ovplyvneniu lymfatického systému, žilného a arteriálneho obehu (Stryja,2011).

## **Moderné obvazové materiály vlhkého hojenia rán**

Moderné obvazové materiály sa rozdeľujú do niekoľkých skupín, kde každá má svoje indikácie a vlastnosti. Pre možnosti použitia posudzujeme charakter rany, fázu hojenia, množstvo sekrécie, prítomnosť infekcie. Toto hodnotenie uskutočňujeme pri každom preväze a podľa toho volíme typy krytia (Pokorná, Mrázová, 2012; Sryja, Říha, 2010).

### **Hydrogély**

Hydrogély používame pri dehydratácii rany k odlučovaniu suchých nekróz, povlečených či granulujúcich rán s miernou sekréciou. Kontraindikáciou je nulové krytie priamo na gél. Používajú sa v kombinácii s filmovými obvazmi, neadherentnými obvazmi, Aktisorb Plus, Inadine, hydropolymery. Využívame ich na abscesy, dekubity, povrchové i hlboké defekty. Preväzy robíme jedenkrát za 2 – 4 dni. Do tejto skupiny patria Nu-gel – hydrogél s alginátom, Normgel, Hypergel, Granugel, Flamigel, Purilon gel, Urgohydrogel, Intrasite gel, Suprasorb G, Hydrosorb.

### **Obväzy s aktívnym uhlím**

Obväzy s aktívnym uhlím používame na silne a stredne secernujúce rany, rany zapáchajúce, rany so známkami infekcie. Používame ich na dekubity, bércove vredy, exulcerácie nádorov. Špecifické vlastnosti obvazov s aktívnym uhlím: Actisorb Plus obsahuje prvky striebra, ktoré má baktericídne účinky. Podľa typu defektu robíme preväzy v intervale 2 – 5 dní. Do tejto skupiny patrí Actisorb Plus – obsahuje striebro, Carboflex – obsahuje aktívne uhlie a alginát. Obväzy sa používajú v kombinácii s hydrogélmi a neadherentnými obvazmi.

### **Antiseptické obvazy**

Antiseptické obvazy používame ako prevenciu pri riešení infekcie u mierne secernujúcich rán. Kontraindikáciou je alergia na jód. Využívame ich na akútne a chirurgické rany, popáleniny, drenáž, vlhké gangrény. Špecifické vlastnosti antiseptických obvazov: Inadine po určitej dobe zbelavie, obvaz nie je nutné meniť. Jeho aktivita zostáva v rane najmenej 24 hodín. Sem zaraďujeme: Inadine, Bactigras, Braunovidon, Betadine masť. Ide o obvaz napustený antiseptickou zložkou, pletená mriežka napustená Povidon jódom alebo Chlorhexidinom. Kombinujú sa s hydrogélmi.

## **Algináty**

Algináty používame na stredne až silne secernujúce rany bez príznakov infekcie. Kontraindikáciou sú rany infikované, rany s malou sekréciou. Interval medzi preväzmi by mal byť 2 – 5 dní. Špecifické vlastnosti: algináty sa vplyvom sekrécie rozpúšťajú na kašovitú hmotu, podľa množstva exsudácie sa postupne menia v gél.

Do tejto skupiny patria Suprasorb A, Caltostat, Sorbalgon, Tegagen, Urgosorb, Melgisorb, Kalginate, Algisite M, Flaminal – obsahuje enzýmy. Ide o suchú substanciu s obsahom nátria a kalcia alginátu. Používajú sa v kombinácii s neadherentným obvazom, Actisorbe Plus.

## **Hydrokoloidy**

Hydrokoloidy používame na mierne secernujúce rany vo fáze granulácie a epitelizácie, bez známok infekcie, s minimálnou kolonizáciou. Kontraindikáciou pre použitie sú rany s infekciou, vyššou sekréciou a viac kolonizované rany. Intervaly medzi preväzmi sú podľa exsudácie 3 – 7 dní. Využívame na povrchové defekty, bércove vredy, dekubity, sutúry. Skladujeme pri izbovej teplote. Špecifické vlastnosti tejto skupiny: pri sekrécii uvoľňujú skvapalnené masy do rany. Do tejto skupiny patrí Granuflex, Suprasorb H, Tegatorb, Algoplaque, Hydrocoll, Comfeel ulcer dressing. Používame ich v kombinácii s hydrokoloïdnou pastou, hydrokoloïdným zásypom, hydrogélom.

## **Hydropolyméry**

Hydropolyméry používame na povrchové i hlboké defekty bez infekcie a väčšej kolonizácie, mierne secernujúce, k podpore granulácie a epitelizácie. Kontraindikáciou pre použitie sú infikované rany a rany so silnou sekréciou. Intervaly medzi preväzmi volíme podľa secernácie v rozmedzí 3 – 7 dňov. Využívame na exkoriácie, dekubity, odbery kožných štepov, bércove vredy, popáleniny. Špecifické vlastnosti tejto skupiny: obvaz po aplikácii kopíruje reliéf rany, jemne mechanicky masíruje spodinu, absorbuje prebytočný exsudát. Do tejto skupiny patria Tielle, Biataine, Cutinova foam, Suprasorb p, Curofoam, Syspurderm, PermaFoam (penové polyuretanové obvazy). Obvazy sú zložené z hydropolymérových – penových obvazov. Kombinujeme s hydrogélmi Inadine, Aktisorb Plus.

## **Mäkké silikóny**

Mäkké silikóny používame na rôzne typy rán od nesečernujúcich až po stredne secernujúce. Kontraindikáciou pre použitie sú infikované rany. Intervaly medzi preväzmi

volíme podľa stavu rany. Využívame na traumatické rany, popáleniny, dekubity, epidermolysis Bullosa, chronické rany, fixácie štepov, bérceve vredy, jazvy, onkologické rany. Skladujeme pri izbovej teplote. Špecifické vlastnosti tejto skupiny: mäkká silikónova vrstva Safetac umožňuje výmenu krytia bez bolesti pre pacienta a bez traumatizácie rany a jeho okolia. Prilne k okrajom rany a zabraňuje tak prenikaniu exsudátu na okolitú kožu. Dobre sa prispôsobuje kontúram tela. Udržiava v rane vlhké prostredie. Na rane môže zostať niekoľko dní v závislosti na stave rany. Do tejto skupiny patria Mepitel, Mepilex, Mepilex Border, Mepilex Transfer, Mepoform. Obväzy sú zložené z mäkkej silikónovej vrstvy samostatne alebo spolu s absorpčnou poduškou.

### **Neadherentné obväzy**

Neadherentné obväzy používame na granulujúce rany so strednou a miernou sekréciou, epitelizujúce rany. Kontraindikáciou pre použitie sú infikované rany. Intervaly medzi preväzmi volíme podľa stavu rany 2 – 5 dňových intervaloch. Využívame na rezné rany, popáleniny, dekubity, bérceve vredy, exulcerované nádory. Špecifické vlastnosti tejto skupiny: obväz Adaptic je napustený špeciálnou vazelínou. N – A Ultra je vyrobený zo silikónu, má dobrý účinok na hypergranuláciu. Release obsahuje savé jadro – nie je nutné ho kryť ďalším sekundárnym materiálom. Medzi zástupcov tejto skupiny patrí Adaptic, Urgotul, N – A Ultra, Release, Tegapore, Urgotyl, Atrauman, Lomatuel, Comprigel. Obväzy sú zložené z pletenej alebo tkanej mriežky umožňujúcej ľahké odnímanie. Používajú sa v kombinácii s hydrogélmi.

### **Filmové obväzy**

Filmové obväzy používame na epitelizované rany. Intervaly medzi preväzmi volíme podľa stavu rany. Využívame na krytie sutúr, prevenciu dekubitov, krytie kanyl, odreniny. Špecifické vlastnosti sú: fólia je priedušná pre vodné pary a kyslík. Medzi zástupcov tejto skupiny zaraďujeme Bioclusive, Hydrofilm, Tegaderm, Suprasorb F, Opsite. Obväz je zložený z polopriepustnej transparentnej fólie, celoplošne adhezívnej. Kombinujú sa s hydrogélmi.

### **Bioaktívne preparáty**

Bioaktívne preparáty používame na granulujúce rany so strednou a miernou sekréciou, epitelizujúce rany. Kontraindikáciou pre použitie sú infikované rany. Intervaly medzi preväzmi volíme podľa stavu rany v rozmedzí 2 – 3 dní. Využívame na rany, popáleniny, dekubity, bérceve vredy, exulcerované nádory. Špecifické vlastnosti tejto skupiny: remodelácia

patofyziológie rany. Medzi zástupcov tejto skupiny zaraďujeme Promogran. Kombinujeme s obväzmi s aktívnym uhlím a striebrom.

### **Dezinfekčné a oplachové roztoky**

Roztoky k dezinfekcii a k toalete rany sú indikované hlavne pri preväzoch nekrotických rán, rán infikovaných či povlečených. Výplach rany napomáha pri čistení rany, kedy dochádza k odplavovaniu zvyškov ranového exsudátu, povlakov, hnisu, krvných koagúl alebo zvyškov bakteriálneho biofilmu. Výplachom rany môžeme tiež doceliť znižovanie stávajúcej bakteriálnej kolonizácie a skrátiť tak dobu hojenia.

V súčasnosti možno k toalete rán používať veľké množstvo roztokov. Roztoky vhodné k aplikácii do rany majú antimikrobiálny účinok. Tento účinok je v mnohých prípadoch širokospektrálny, vrátane pôsobenia na kmene MRSA. Používajú sa na infikované rany, kriticky kolonizované rany alebo na rany, kde hrozí vznik infekcie. Vo forme obkladov sa používajú na rozsiahle plošné rany. Do tejto skupiny dezinfekčných a preplachových roztokov patria napr.: Chlorhexidin, Prontosan, Jod-povidon, Dermacyn, Lavanid, Octenisept, Octenilin. Menej vhodné roztoky, používané k aplikácii do rany, môžu pri dlhodobom používaní pôsobiť alergizujúco a cytotoxicky. Do tejto skupiny roztokov patrí Bórová voda, Hypermangan, F1/1, Chlorhexidin. Roztoky nevhodné k aplikácii do rany majú vo väčšine prípadov cytotoxické účinky, pôsobia agresívne. Majú minimálne alebo žiadne antimikrobiálne účinky. Pri dlhšie trvajúcom použití môžu pôsobiť karcinogénne. Do tejto skupiny roztokov zaraďujeme Persteril, Chloramin, Peroxid vodíka, Rivanol, Jodisol, Genciánová vianoť, Novikov (Stryja, 2008; Stryja, 2011).

### **Larvoterapia**

Je jedna z metód debrimentu rán. K larvoterapii sú užívané larvy *Lucilia sericata* (bzučivka zelená). Tie svojimi tráviacimi šťavami selektívne rozrušujú nekrotický materiál, ktorým sa následne živia. Zdravé tkanivo, granulačné tkanivo i spodina rany však zostávajú nepoškodené. Spodina rany je larvami stimulovaná, dochádza k jej lepšiemu prekrveniu a stimulácii tvorby granulačného tkaniva. Sekrét, ktorý larvy produkujú je alkalickéj povahy a obsahuje látky s baktericídnyimi účinkami, dokáže narušiť i štruktúru biofilmu. Tie sú účinné i u kmeňov, ktoré sú rezistentné voči liečbe antibiotikami (MRSA).

Larvoterapia sa používa na infikované a nekrotické rany, ktoré nekomunikujú s telesnými dutinami alebo orgánmi. Nesmú byť v blízkosti veľkých ciev alebo rany so sklonom k masívnemu krvácaniu. Vzhľadom k agresívnemu vlhkému prostrediu bohatému

na proteolytické enzýmy, ktoré larvy produkujú, je vhodné chrániť pred maceráciou zdravú okolitú kožu vhodným okluzívnym krytím, napr. hydrokoloidmi alebo filmovým krytím.

Larvy sa aplikujú voľne priamo na spodinu rany alebo sú uzavreté v jemných sáčkoch tzv. tea bags forma. Počet lariev aplikovaných na ranu závisí na množstve nekróz a ploche rany. Orientačne sa odporúča aplikovať asi 10 lariev na 1 cm<sup>2</sup>. Jedna dávka obsahuje približne 300 lariev. Voľne vložené larvy sa prekrývajú jemnou sieťkou, ktorá zabráni ich úniku mimo ranu. Ako sekundárne krytie sa používa vlhká gáza, ktorá zabraňuje vysychaniu spodiny rany s larvami. Je nutné zabrániť vzniku prostredia s nedostatkom kyslíka na spodine rany. Krytie je nutné po 3 - 4 dňoch odstrániť. Plne vyvinutá larva dosahuje dĺžku asi 8 mm (Novotný, 2009. Stryja, 2011)

### **Terapia riadeným podtlakom**

Podtlaková terapia využíva k hojeniu rán kontrolovaný podtlak, ide o neinvazívnu metódu aktívneho uzáveru rany (Stryja, 2011).

Výhodou využitia podtlaku v liečbe rán je zlepšenie lokálnej cirkulácie krvi, zníženie opuchu tkanív, stimuláciu proliferácie granulačného tkaniva, obmedzenie bakteriálneho zápalu a odstránenie inhibítorov hojenia rany. Systém kontrolovaného podtlaku je indikovaný u pacientov, u ktorých je nutné odvádzať z rany vzniknutý exsudát, napríklad dehiscentné rany, dekubity, ulcerácie, diabetické nohy, bérce vrede, popáleniny. Systém je naopak kontraindikovaný u malígnych rán, u neliečených fistúl, pri osteomyelitíde a pri nekrotickom tkanive v rane. Pri aplikácii peny je treba dávať pozor, aby táto nebola vložená do rany v blízkosti obnažených nervov, šliach, ciev vrátane cievnych anastomóz. Ďalej je potrebné dbať o zvýšenú opatrnosť pri pacientoch s koagulopatiou, kde v momente náhle vzniknutého krvácania z rany musí byť podtlaková terapia prerušená a krvácanie zastavené.

Metódu riadeného podtlaku je vhodné skombinovať s ultrazvukovou hydrochirurgiou. V dobe výmeny po odstránení starej peny, pred aplikáciou novej sa odporúča urobiť debritment ultrazvukom, ktorý napomáha v deštrukcii bakteriálnej bunečnej steny (Smolár, 2011).

### **Hydrochirurgia a ultrazvuková hydrochirurgia**

Hydrochirurgia a ultrazvuková hydrochirurgia patria k novým metódam debritmentu chronických rán. Cieľom je naštartovať proces hojenia, vyčistiť spodinu rany, odstrániť z rany nekrózu, povlaky a prípadný biofilm. Nahradzuje debritment prevedený klasickou chirurgickou

nekrektómiou, ktorá sa vykonáva na operačnej sále a často v celkovej anestézii. Hlavným prínosom hydrochirurgie a US hydrochirurgie je minimálna traumatizácia spodiny rany s vitálnym tkanivom, kedy na rozdiel od klasickej nekrektómie je selektívne oddelené odumreté tkanivo. Hydrochirurgia a ultrazvuková hydrochirurgia využíva k čisteniu rany tekuté prúdiace médium, najčastejšie fyziologický roztok. Prúd tekutiny, ktorý vychádza zo špeciálnej trysky, dopadá na ranu, táto tekutina so sebou strháva a odplavuje avitálne tkanivo a infekčný exsudát. Indikácie pre využitie hydrochirurgie a ultrazvukovej hydrochirurgie sú všetky typy ulcerácií, ďalej traumatické exkoriácie s možným rizikom vzniku tetováže, nekrotické, otvorené a infikované rany (Stryja, 2011).

## **Diskusia**

Zo svojej chirurgickej praxe viem, že nie všetci pacienti, ktorí majú a liečia sa s chronickou ranou, poznajú a dodržiavajú prevenciu vzniku chronických rán. Z uvedených poznatkov vyplýva, že dochádza k výraznému skracovaniu doby ošetrovania chronických rán. Z vlastnej skúsenosti vieme, že chronická rana a jej hojenie je veľmi komplikované a veľmi často sa opakujú fázy, kedy dôjde k výraznému zlepšeniu, ale za krátku dobu sa stav opätovne zhoršuje. Tieto prostriedky vlhkého hojenia rán sú na chronické rany vymieňané menej často ako prostriedky klasickej terapie. Viaceré podobné postupy liečby boli porovnávané a zhodujú sa v menšom počte preväzov chronických rán modernými preväzovými prostriedkami. Menej časté preväzy sú pre pacienta komfortnejšie vo všetkých smeroch. Úspora je takisto vo finančnej otázke. Menej časté preväzy znamenajú znížené náklady na obvazový materiál ako pre pacienta, tak pre jednotlivé zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa preväzy vykonávajú.

Z analýz iných postupov liečby vyplýva, že hojenie chronických rán pri použití klasických prostriedkov obvazového krytia trvá dlhšie ako hojenie chronických rán pri použití moderných metód obvazového krytia, pri ošetrovaní chronických rán za použitia moderných metód obvazového krytia sú preväzy menej časté ako pri ošetrovaní chronických rán klasickou metódou obvazového krytia, liečba chronických rán pomocou moderných metód je efektívnejšia ako liečba za použitia klasických metód, napriek tomu, že prostriedky vlhkého hojenia rán sú nákladnejšie, je ošetrovanie rán s nimi v konečnom dôsledku menej nákladné ako u klasických metód obvazového krytia.

## ***Doporučenia pre prax***

Vo svojich podnetoch pre prax sme vychádzali z výsledkov skúmania a z vlastných skúseností. Je dôležité s pacientom počas preväzu viac rozoberať postup a spôsob ošetrovania. V súčasnej dobe sú vypracované nové štandardy na tému: Preväz chronickej rany a edukácia pacientov s chronickou ranou.

## **Záver**

Táto práca je zameraná na chronické rany a prostriedky určené k jej ošetrovaniu. Napriek tomu, že nákupná cena preparátov vlhkého hojenia rán je vyššia a zaistenie prostriedkov pre moderné krytie je zložitejšie ako u prostriedkov klasickej terapie, skratením liečby a menej častými preväzmi dôjde k veľkej finančnej a časovej úspore. Domnievame sa, že prevencia má veľkú úlohu vo vzniku chronických rán a preto je nutné klienta neustále informovať a pripomínať mu všetky možné riziká.

Edukácia by mala primárne prebiehať v ordináciach praktických lekárov, v diabetologických poradniach či v ordináciach angiológov. V časti práce bolo tiež krátko popísané ošetrovanie chronickej rany pomocou larvoterapie, kedy sa do rany vkladajú larvy bzučivky zelenej. Ide o rýchlo sa rozvíjajúcu metódu, ktorá má veľmi dobré výsledky. Táto terapia je na preväz časovo náročná, ale i napriek tomu by bolo dobré rozšíriť jej používanie, a to predovšetkým u hospitalizovaných pacientov.

Žiť s chronickou ranou nie je jednoduché. Mnohokrát sa vyžaduje od pacientov, ale i od ich blízkých zmena životného štýlu, časté návštevy lekára a opakujúce sa hospitalizácie.

Prístup všetkých, ktorý s takýmto pacientom prichádzajú do kontaktu, by mali byť ohľaduplný, povzbudivý. Pacient by sa mal na liečbe a ošetrovaní chronických rán aktívne podieľať. Práve pacient musí s chronickou ranou žiť a riešiť každodenné problémy spojené s týmto ochorením a úlohou zdravotníckeho pracovníka je vychádzať v ústrety.

## **LITERATÚRA**

BUREŠ, I. a kol. 2006. *Léčba rány*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-413-X.

DYLEVSKÝ, I. 2000. *Somatologie*. 2 vyd. Olomouc: Epava, 2000. s. 480. ISBN 80-86297-05-5.

HARTMAN - RICO. 2001. *Diagnostika, léčba a prevence syndromu diabetické nohy*. První vydání. Veverská Bítýška: Paul Hartmann AG, červen 2001. s. 106. ISBN 80-238-6799-7.

HARTMAN – RICO. 2002. *Kompendium ran a jejich ošetřování*. 2. vyd. Veverská Bítýška: Paul Hartmann AG, srpen 2002. s. 123. ISBN 3-929870-18-5.

NEUWIRTH, J. FIFERNOVÁ, G. 1996. *Ošetrovatelství II*. 3.Vyd. Praha: Informatorium, 1996. s. 205. ISBN 80-85427-88-5.

NOVÁK, K. - CHUDÁČEK, Z. - NEORAL, Č. 2001. *Infekce v chirurgii: miniinvazivní, radiodiagnostické a chirurgické trendy a další aktuální pohledy*. 2001. Praha: Grada. ISBN 80-247-0229-0.

NOVOTNÝ, K. 2009. *Bioknife. Léčba larvami*. [cit. 2012-11-26]. [online] dostupné z <http://www.larvy.cz/index.html>.

POKORNÁ, A. - MRÁZOVÁ, R. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

POSPÍŠILOVÁ, A. – ŠVESTKOVÁ, S. 2001. *Léčba chronických ran*. 1. Vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-348-1.

SMOLÁR, M. 2011. *Komplexný pohľad na liečbu chronických rán. Hojení ran*. 2011. roč. 5. č. 1. str. 2-5. ISSN 1802-6400.

STRYJA, Jan. 2008. *Repetitorium hojení ran*. 1. Vyd. Semily: GEUM. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, Jan. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. Vyd. Semily: GEUM. ISBN 978-80-86256-79-5.

STRYJA, Jan a Daniel ŘÍHA. 2010. *Možnosti hydrochirurgie v rámci komplexní léčby ischemické choroby dolních končetin. Hojení ran.* 2010. roč. 4. č. 3. str. 11-19. ISSN 1802-6400.

ZEMAN, Miroslav a kol. 2000. *Chirurgická propedeutika. 2, přepracované, doplněné.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

## **KONTAKT**

**MUDr. Pavol Mazalán**

e-mail: [pavolmazalan@gmail.com](mailto:pavolmazalan@gmail.com)

II. chir. kl LF UK a UNB, nemocnica sv. Cyrila a Metoda

**doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.**

e-mail: [prochotsky@pe.unb.sk](mailto:prochotsky@pe.unb.sk)

II. chir. kl LF UK a UNB, nemocnica sv. Cyrila a Metoda

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

e-mail: [annamazalanova@gmail.com](mailto:annamazalanova@gmail.com)

USLa LE LFUK Bratislava, Špitálska 24, 813 72 Bratislava

# ORGANIZAČNÍ ASPEKTY PRAKTICKÉHO VÝCVIKU STUDENTŮ V OBORU „ZDRAVOTNÍ PÉČE“

MITEVA, K., NIKOLOVA, M.

## **Abstrakt**

Optimální organizace praktického výcviku ve strukturách zdravotnických zařízení je předpokladem pro vytváření odborných kompetencí studentů oborů "porodnictví" a ošetrovatelství". Klinická praxe vytváří podmínky pro formování a zlepšování jejich kompetencí, jakož i pro vytváření profesionálně významných osobních kvalit a chování.

Cílem této studie je odhalit organizační rezervy pro optimalizaci klinické praxe při výcviku studentů porodních asistentek a zdravotních sester. Výsledky studie byly analyzovány podle následujících hlavních ukazatelů: spokojenost studentů s rozdělením hodin pro klinickou praxi; spokojenost studentů s organizací průběhu klinické praxe.

## **Klíčová slova**

Organizace, klinická praxe, studenti

Organizační aspekty praktického výcviku jsou důležitou součástí celkového vzdělávacího procesu na Vysoké škole lékařské. Optimální organizace výcviku v klinické praxi ve strukturách zdravotnických zařízení je předpokladem pro vytváření odborných kompetencí studentů oborů "porodnictví" a "ošetrovatelství".

Klinická praxe je specifickou organizační formou pro výcvik studentů z oboru "Zdravotní péče". Podle Jednotného státního standartu na školení porodních asistentek a sester v Bulharsku, klinická praxe probíhá na fakultách a /nebo v pobočkách vysokých škol v souladu s učebními osnovami a v nemocnicích, které obdržely kladné akreditační hodnocení. Praktický výcvik probíhá pod vedením lektorů / mentorů / obor „porodní asistentka“ / „zdravotní sestra“ s dosaženým stupněm „bakalář“ nebo „magistr“ v oboru „Řízení zdravotní péče.“ Klinická praxe probíhá od prvního do šestého semestru včetně a trvá nejméně 1140 hodin [1].

Hlavním cílem praktického výcviku je přispět k tvorbě kvalitních odborných znalostí, dovedností a kompetencí, které se zaměřují na uspokojení potřeb pacientů ohledně zdravotních péče. V klinických základnách studenti přímo sledují proces léčby, zjišťují povahu odborných povinností zdravotnického personálu, koordinaci opatření mezi jednotlivými nemocničními jednotkami, povinnosti a odpovědnost členů týmu, podílejí se na péči o pacienta. K tomu klinická praxe vytváří optimální podmínky pro získání a zdokonalování kompetencí zdravotnického pracovníka, taktéž pro vytváření profesionálně významných osobních kvalit a chování.

### **Materiál a metody:**

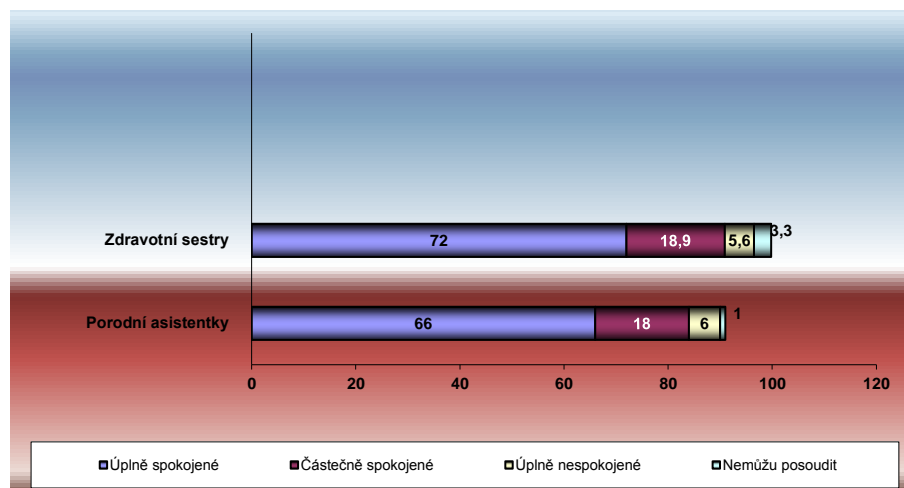
Cílem této studie je odhalit optimalizační rezervy pro organizaci klinické praxe při výcviku studentů porodních asistentek a zdravotních sester. Pro její zpracování jsme provedli anonymní anketu se 140 studenty z druhého, třetího a čtvrtého ročníku z obou oborů, které studují na Lékařské fakultě Thracian University ve Staré Zagoře. Průzkum byl proveden ve školním roce 2017/18.

Výsledky průzkumu byly analyzovány podle následujících hlavních ukazatelů: spokojenost studentů s rozdělením hodin klinických praxí v jednotlivých odděleních/klinikách; spokojenost studentů s organizací průběhu klinické praxe. Data jsou zpracovávána s počítačovým programem SPSS.

### **Výsledky a diskuse:**

Rozdělení hodin klinické praxe v odděleních/klinikách by mělo poskytovat plánované a postupné získávání znalostí, dovedností a kompetencí u studentů. Na druhou stranu princip jejich rozložení v jednotlivých semestrech má nezbytně zohlednit stupeň vzdělání a úroveň získaných odborných kompetencí prostřednictvím různých forem studia - přednášek a cvičení.

Názor studentů na tento indikátor tvoří podstatnou část zájmu našeho průzkumu /obr. 1/:



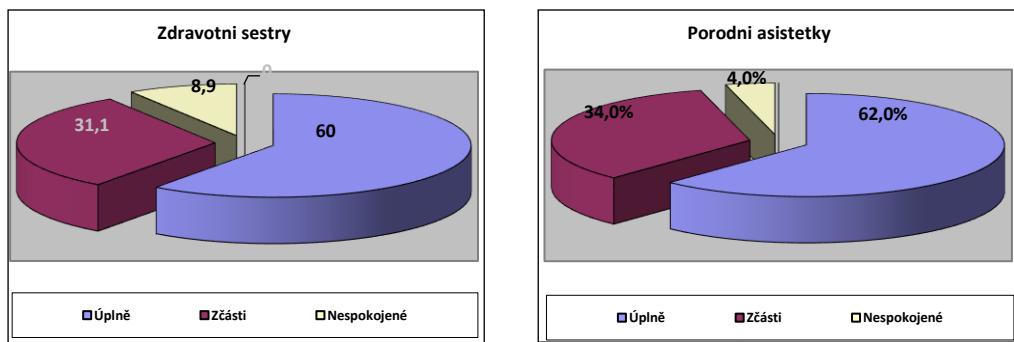
**Obr. 1:** Spokojenost studentů z rozdělení hodin klinické praxe v odděleních/klinikách

Údaje z obr. 1 ukazují, že největší relativní podíl respondentů je spokojen s rozdělení hodin v odděleních/klinikách a s jejich počtem co se týká klinické praxe.

Podle více než poloviny studentů porodních asistentek /58 %/ by mělo být více hodin klinické praxe v porodních sálech, porodnických odděleních a v odděleních patologického těhotenství. Právě tyto oblasti poskytují optimální podmínky pro vytváření odborných znalostí a dovedností porodní asistentky při poskytování zdravotní péče těhotným ženám a matkám. Na druhou stranu jsou specifika jejich práce a kontingent pacientů spojené s podstatou profese porodní asistentky.

Taktéž více než ½ studentů zdravotních sester se domnívá, že počet hodin praktického výcviku je nedostatečný v operačním sále, v chirurgickém oddělení a v oddělení intenzivní péče. Údaje potvrzují význam odborné přípravy v uvedených klinických základnách.

Klinická praxe pro studenty v oboru "porodní asistence" by měla poskytovat kvalitní formování odborných znalostí, dovedností a kompetencí. Toto vyžaduje neustálé úsilí učitelů zajistit optimální organizaci klinické praxe. Domníváme se, že efektivita organizace praktického výcviku zahrnuje následující prvky: plánování času a plánování místa konání; rozdělení dle odvětví; metodika vedení; racionální rozložení času; metodika kontroly a hodnocení získaných odborných kompetencí. V tomto ohledu je výsledek studentů ze dvou oborů podobný /obr. 2 /:



**Obr. 2:** Spokojenost studentů s organizací klinické praxe

Výsledky efektivity klinické praxe v obou oborech jsou si poměrně blízké (obr. 2). Podíl studentů, kteří jsou plně spokojeni s celkovou organizací, je nejvyšší. Přibližně jedna třetina se však domnívá, že školení není dostatečně efektivní z organizačního hlediska.

V tomto ohledu studenti předkládají následující doporučení k lepší organizaci praktického výcviku:

- Klinická praxe musí být pod vedením lektorů (82 % porodních asistentek a 88,9 % zdravotních sester);
- Efektivně využívat čas strávený klinickou praxí (44 % porodních asistentek a 44,4 % zdravotních sester);
- Studentské skupiny by neměly mít více než 8 studentů (42 % porodní asistentky a 45,6 % sester);
- Lektoři/mentoři provádí nepřetržitou kontrolu studentů (34 % porodní asistentky a 36,7 % sester).

## Závěry

Provedený výzkum umožňuje přehled některých směrů pro optimalizaci organizačních aspektů klinické praxe v oblasti výcviku studentů z oboru "Zdravotní péče":

- Podmínkou pro optimální vedení klinické praxe je snaha lektorů o zajištění organizace, která zaručuje formování, vzdělávání a zlepšování složek profesních kompetencí budoucích zdravotníků;

- Názor studentů na účinnost výcviku klinické praxe ukazuje, že jsou potřeba další pedagogické a organizační opatření pro optimalizaci;

- Pro plnohodnotné získávání znalostí, dovedností a kompetencí v práci s těhotnými matkami a gynekologickými pacientkami je třeba aktualizovat osnovy v klinické praxi a přitom zvýšit počet akademických hodin v některých klinických výcvikových zařízeních;

•Systémová kontrola lektorů je předpokladem pro optimální formování odborných kompetencí studentů.

## **LITERATURA:**

Vyhláška o jednotných státních požadavcích na vysokoškolské vzdělání v oborech zdravotní sestra a porodní asistentka pro bakalářské studium, 2010.

## **KONTAKT**

**Assoc. Prof. Kremena Miteva, PhD**

e-mail: [kremena.miteva@abv.bg](mailto:kremena.miteva@abv.bg)

**Mima Nikolova, MD**

e-mail: [kapincheva\\_mima@abv.bg](mailto:kapincheva_mima@abv.bg)

**Trakya University, Faculty of Medicine, Department of "Health Care "**

Stara Zagora, Street "Army "11, Bulgaria

# ZMENA STRAVOVANIA AKO JEDEN Z NÁSTROJOV ZLEPŠENIA PROGNÓZY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

GREŽĎOVÁ, I., POLHORSKÁ, M.

## Abstrakt

Optimálna výživa a správny výber potravín u pacientov s karcinómom prsníka, prostaty a hrubého čreva a konečníka po ukončení onkologickej liečby prispieva k zlepšeniu prognózy pacienta. Zmena stravovania spolu s pravidelnou pohybovou aktivitou a udržiavaním správnej hmotnosti sú nástrojmi na zníženie rizika vzniku recidívy onkologického ochorenia, sekundárnej rakoviny, iných chronických ochorení a na zlepšenie kvality života pacienta. *Ciel'*: Náš výskum zisťoval, či onkologickí pacienti zmenili niektoré stravovacie návyky po stanovení diagnózy a porovnával frekvenciu konzumácie niektorých odporúčaných a rizikových potravín medzi obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a po ukončení onkologickej liečby.

*Metodika*: Výskumu sa zúčastnilo 491 pacientov s karcinómom prsníka, prostaty a hrubého čreva a konečníka vo veku 18 – 74 rokov. Všetci pacienti boli minimálne 1 rok po ukončení onkologickej liečby. Na zber údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník. Na zisťovanie rozdielov v proporciách odpovedí respondentov medzi obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a v súčasnosti sme použili kontingenčné tabuľky a testovaciu štatistiku McNemar – Bowker test.

*Výsledky*: Výsledky ukázali, že pacienti v súčasnosti štatisticky významne zvýšili konzumáciu nami sledovaných odporúčaných potravín ( $P < 0,05$ ) a významne znížili konzumáciu rizikových potravín ( $P < 0,05$ ) v porovnaní s obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia. Zistili sme zároveň nedostatky v stravovaní, pretože nie všetci pacienti zmeny uskutočnili.

*Záver*: Sestry a lekári zohrávajú dôležitú úlohu v edukácii onkologického pacienta v oblasti výživy v rámci terciárnej prevencie. Svojou edukačnou činnosťou môžu podporiť zdravie pacientov, minimalizovať niektoré riziká, ktoré pacientom hrozia a tak prispieť k skvalitneniu a predĺženiu života onkologických pacientov. Vzhľadom na výsledky výskumu je potrebné zintenzívniť edukáciu tých pacientov, ktorí neboli diagnózou rakoviny motivovaní zmeny v stravovaní realizovať.

## **Kľúčové slová**

Výživa, zmena stravovania, pacient po ukončení onkologickej liečby, edukácia

## **ÚVOD**

Výživa človeka zohráva významnú úlohu nielen pri vzniku zhubných ochorení, ale v prípade ich diagnostikovania môže mať vplyv na prognózu onkologického pacienta. Analýza výsledkov výskumov realizovaných od roku 2006, ktoré boli zamerané na výživu a pohybovú aktivitu pacientov po diagnostikovaní karcinómu prsníka, prostaty, hrubého čreva a konečníka ukázala, že zdravá výživa a správny výber potravín spolu s pohybovou aktivitou môžu ovplyvniť progresiu zhubného ochorenia, riziko vzniku recidívy a celkové prežitie pacientov, ktorí podstúpili onkologickú liečbu (Rock et al., 2012).

Podľa výsledkov výskumu Meyerhardta et al. (2007), pacienti s kolorektálnym karcinómom, ktorí konzumovali stravu so zvýšeným príjmom červeného mäsa, údenín, sladkostí, vyprážených jedál a zníženým príjmom celozrnných potravín mali štatisticky signifikantne zvýšené riziko recidívy ochorenia a skrátenú dĺžku prežívania.

U žien po liečbe karcinómu prsníka bola diéta bohatá na ovocie, zeleninu, celozrnné výrobky, ryby a hydinu v porovnaní so stravou bohatou na spracované a červené mäso, výrobky s vysokým obsahom tuku, sladkosti, vyprážené jedlá a chudobná na celozrnné výrobky, spojená s redukciami mortality (Rock et al., 2012). Podobne Kwan et al. (2009) uvádzajú, že ženy s karcinómom prsníka zistenom vo včasnom štádiu si môžu zlepšiť prognózu a prežívanie tým, že budú konzumovať „rozumnú a uváženu“ stravu s vybranými druhmi potravín (tzv. Prudent diet). K týmto potravinám patrí ovocie a zelenina, strukoviny, cibuľa, ryby, hydina, nie vyprážená, celozrnné výrobky, šaláty, nízkotučné výrobky, džúsy, ryža, cereálie, orechy, zemiaky, nie vyprážené. Konzumácia spomínaných potravín znížila riziko celkovej úmrtnosti žien, ale nemala vplyv na recidívu ochorenia. Prognózu ochorenia zhoršuje a riziko celkovej úmrtnosti zvyšuje konzumácia tzv. „Západnej diéty“, ktorá obsahuje červené mäso, údeniny, maslo, krémové polievky, majonézy, talianske jedlá, mliečne výrobky s vysokým obsahom tuku, chipsy, vyprážené jedlá, jedlá rýchleho občerstvenia – tzv. fastfood, rafinované zrná, mexické jedlá, vajcia, sladkosti, vysokoenergetické nápoje, vnútornosti.

Pri karcinóme prostaty neexistujú viaceré výskumy, ktoré by jednoznačne potvrdili vplyv výživy na recidívu alebo mortalitu ochorenia. Dôkazy sú v tomto prípade limitované. Vie sa, že strava bohatá na ovocie, zeleninu a obsahujúca nízky obsah nasýtených tukov je spolu s realizáciou pohybovej aktivity významným benefitom pre zníženie kardiovaskulárnych ochorení, ktoré sú hlavnou príčinou smrti pacientov s karcinómom prostaty. Znížené riziko recidívy a spomalenie progresie ochorenia bolo u pacientov s karcinómom prostaty pozorované len pri zvýšenej konzumácii rýb a paradajkovej omáčky (Rock et al., 2012).

Z uvedených faktov vyplýva, že zdravá výživa sa pre onkologických pacientov stáva jedným z dôležitých prvkov zlepšenia prognózy, podpory celkového zdravia, kvality života pacientov ako aj ovplyvnenia dĺžky ich života.

V našom výskume nás zaujímalo, či onkologickí pacienti zmenia stravovacie návyky v dôsledku diagnózy rakoviny. Zamerali sme sa zistiť, či pacienti zvýšia konzumáciu odporúčaných a znížia konzumáciu rizikových potravín. Predpokladali sme, že onkologické ochorenia sú príčinou zmeny stravovacích návykov pacientov po ukončení onkologickej liečby.

## **Ciele práce**

Cieľom výskumu bolo:

1. porovnať frekvenciu konzumácie vybraných rizikových a odporúčaných potravín u pacientov pred diagnostikovaním zhubného ochorenia a v súčasnosti, minimálne 1 rok po ukončení onkologickej liečby,
2. zistiť, či respondenti po ukončení onkologickej liečby zvýšili konzumáciu odporúčaných a znížili konzumáciu rizikových potravín.

Z rizikových potravín sme sledovali konzumáciu červeného mäsa, údenín, bieleho pečiva, sladkostí a konzumáciu niektorých odporúčaných potravín – rýb, rastlinných bielkovín, celozrnných potravín, ovocia a zeleniny a hydinového mäsa. Pri konzumácii tukov nás zaujímal najčastejší druh konzumovaných tukov.

## **METODIKA VÝSKUMU**

Vzorku respondentov tvorilo 491 onkologických pacientov v dispenzárnej starostlivosti vo veku 18 – 74 rokov, po diagnostikovaní 3 typov zhubného ochorenia (štádium 0 – III). Výskumu sa zúčastnilo 248 respondentov po diagnostikovaní karcinómu prsníka, 99

respondentov po diagnostikovaní karcinómu prostaty a 44 respondentov po diagnostikovaní karcinómu hrubého čreva a konečníka. Kritériami výberu respondentov boli vek, diagnóza, štádium ochorenia a obdobie - minimálne 1 rok po ukončení onkologickej liečby a štádium bez prítomnosti príznakov ochorenia.

Na získanie potrebných údajov od výskumnej vzorky bola použitá exploračná metóda výskumu dotazník. Výskum bol realizovaný v dispenzárných ambulanciách 3 existujúcich onkologických ústavoch na Slovensku – vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach, Onkologickom ústave sv. Alžbety v Bratislave a v Národnom onkologickom ústave v Bratislave. Bolo distribuovaných 600 dotazníkov. Návratnosť predstavovala 81,83 %. Pri analýze údajov sme použili metódu početnosti a percentuálneho vyjadrenia. Štatistické analýzy boli realizované pomocou softvéru SPSS. Na základnú štatistickú analýzu sme použili frekvenčné tabuľky. Na zisťovanie rozdielov v proporciách odpovedí respondentov medzi obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a v súčasnosti sme použili kontingenčné tabuľky a testovaciu štatistiku McNemar – Bowker test. Zistené rozdiely boli prejavom reálne existujúcej odlišnosti.

## VÝSLEDKY

V nasledujúcej Tabuľke 1 sú uvedené P hodnoty pre konzumáciu vybraných rizikových a odporúčaných potravín porovnanú medzi obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a v súčasnosti, minimálne 1 rok po ukončení onkologickej liečby.

**Tabuľka 1** P hodnoty pre vybrané rizikové a odporúčané potraviny

<b>Rizikové potraviny</b>	<b>P hodnota</b>	<b>Odporúčané potraviny</b>	<b>P hodnota</b>
<b>Červené mäso</b>	0,000	<b>Ryby</b>	0,000
<b>Údeniny</b>	0,000	<b>Rastlinné bielkoviny</b>	0,000
<b>Biele pečivo</b>	0,000	<b>Celozrnné potraviny</b>	0,000
<b>Sladkosti</b>	0,000	<b>Ovocie a zelenina</b>	0,000
-	-	<b>Hydinové mäso</b>	0,359

P hodnoty v Tabuľke 1 ukázali na signifikantný rozdiel v proporciách odpovedí respondentov v období pred diagnostikovaním ochorenia v porovnaní s obdobím v súčasnosti. Nemerali sme množstvo konzumovaných potravín, sledovali sme frekvenciu ich konzumácie a na základe toho sme zistili, že sa konzumácia v súčasnosti zmenila tak, že sa zvýšil podiel respondentov, ktorí konzumujú rizikové potraviny „zriedka alebo nikdy“ prípadne „raz

za týždeň“ a znížil sa podiel respondentov, ktorí tieto potraviny konzumujú pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“. Výsledky ukázali na zníženú frekvenciu konzumácie rizikových potravín v súčasnosti. Podobne sa zvýšil podiel respondentov, ktorí konzumujú odporúčané potraviny pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“ a znížil sa podiel respondentov, ktorí tieto potraviny konzumujú „zriedka alebo nikdy“ prípadne „raz za týždeň“. Uvedené ukazuje na zvýšenú frekvenciu konzumácie odporúčaných potravín v súčasnosti.

Štatisticky signifikantne sa zmenilo správanie respondentov v súčasnosti oproti obdobiu pred diagnostikovaním ochorenia aj pri konzumácii ovocia a zeleniny a tukov. Pri sledovaní počtu porcií ovocia a zeleniny za deň zistená P hodnota 0,000 ukázala, že sa v súčasnosti zvýšil podiel respondentov, ktorí zvýšili denný príjem ovocia a zeleniny na 3 – 5 porcií denne, znížil sa podiel respondentov, ktorí konzumujú ovocie a zeleninu 0 – 2krát denne.

Čo sa týka konzumácie tukov, P hodnota < 0,05 ukázala významné zvýšenie podielu respondentov, ktorí v súčasnosti najčastejšie konzumujú rastlinné tuky a zníženie podielu respondentov preferujúcich konzumáciu živočíšnych tukov.

Pri konzumácii hydinového mäsa, respondenti významne nezmenili frekvenciu jeho konzumácie pri porovnaní medzi obdobím pred diagnostikovaním onkologického ochorenia a v súčasnosti.

Kvôli prehľadnosti uvádzame tabuľky, v ktorých je dokumentovaná frekvencia konzumácie vybraných rizikových a odporúčaných potravín v oboch obdobiach. Vzhľadom na rozsiahlosť problematiky a výskumu neponúkame všetky ale len vybrané tabuľky.

**Tabuľka 2** Frekvencia konzumácie červeného mäsa

Odpoveď		Zriedka alebo nikdy	Raz za týždeň	2 - 3krát za týždeň	4 - 7krát za týždeň	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	95	140	229	27	491
	%	19,3	28,5	46,6	5,5	100,0
V súčasnosti	n	145	192	146	8	491
	%	29,5	39,1	29,7	1,6	100,0

Pred diagnostikovaním ochorenia najviac respondentov (46,6 %) konzumovalo červené mäso pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“. V súčasnosti sa znížil ich počet na 29,7 %. Zvýšil sa počet respondentov, ktorí konzumujú v súčasnosti červené mäso „raz za týždeň“ (39,1 %)

oproti obdobiu pred zistením ochorenia (28,5 %), ako aj počet respondentov, ktorí konzumujú v súčasnosti červené mäso „zriedka alebo nikdy“ (29,5 %) v porovnaní s obdobím pred zistením ochorenia (19,3 %).

**Tabuľka 3** Frekvencia konzumácie údenín

Odpoveď		Zriedka alebo nikdy	Raz za týždeň	2 - 3krát za týždeň	4 - 7krát za týždeň	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	90	126	222	53	491
	%	18,3	25,7	45,2	10,8	100,0
V súčasnosti	n	164	155	147	25	491
	%	33,4	31,6	29,9	5,1	100,0

Výrazný pokles konzumácie údenín sme pozorovali pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ ze 45,2 % v období pred zistením onkologického ochorenia na 29,9 % v súčasnosti. Významne sa zvýšil podiel respondentov konzumujúcich údeniny „zriedka alebo nikdy“ z 18,3% v minulosti na 33,4 % v súčasnosti.

**Tabuľka 4** Frekvencia konzumácie bieleho pečiva

Odpoveď		Zriedka alebo nikdy	Raz za týždeň	2 - 3krát za týždeň	4 - 7krát za týždeň	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	175	49	156	111	491
	%	35,6	10,0	31,8	22,6	100,0
V súčasnosti	n	249	86	94	62	491
	%	50,7	17,5	19,1	12,6	100,0

Výsledky v tabuľke hovoria o znížení počtu respondentov, ktorí konzumovali biele pečivo „4 – 7krát za týždeň“ z 22,6 % pred zistením ochorenia na 12,6 % respondentov v súčasnosti a tých, ktorí konzumovali biele pečivo „2 – 3krát za týždeň“ z 31,8 % pred zistením ochorenia na 19,1 % v súčasnosti. Nikdy alebo zriedka konzumuje biele pečivo v súčasnosti 50,7 % respondentov oproti 35,6 % pred diagnostikovaním ochorenia.

**Tabuľka 5** Frekvencia konzumácie celozrnných potravín

Odpoveď		Zriedka alebo nikdy	Raz za týždeň	2 - 3krát za týždeň	4 - 7krát za týždeň	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	108	49	145	189	491
	%	22,0	10,0	29,5	38,5	100,0
V súčasnosti	n	54	38	134	265	491
	%	11,0	7,7	27,3	54,0	100,0

Pred zistením ochorenia konzumovalo celozrnné výrobky „4 – 7krát za týždeň“ 38,5 % respondentov, v súčasnosti ich počet stúpol na 54,0 %. Počet respondentov, ktorí v minulosti konzumovali celozrnné potraviny „zriedka alebo nikdy“ sa v súčasnosti znížil z 22,0 % na polovicu 11,0 %.

Tabuľka 6 Konzumácia ovocia a zeleniny

Odpoveď		0 – 2 porcie	3 - 5 porcie	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	377	114	491
	%	<b>76,8</b>	<b>23,2</b>	<b>100,0</b>
V súčasnosti	n	239	252	491
	%	<b>48,7</b>	<b>51,3</b>	<b>100,0</b>

Pred diagnostikovaním onkologického ochorenia konzumovalo 0-2 porcie ovocia a zeleniny denne 76,8 % respondentov, v súčasnosti 48,7 % respondentov. Odporúčanú dávku ovocia a zeleniny v množstve 3-5 porcií denne konzumovalo pred zistením ochorenia 23,2 % respondentov, v súčasnosti 51,3 % respondentov.

Tabuľka 7 Najčastejší druh konzumovaných tukov

Odpoveď		Živočíšne tuky (bravčová masť, maslo)	Rastlinné tuky – margaríny, maslo	Rastlinné tuky (slnečnicový olej, olivový)	Spolu
Pred zistením ochorenia	n	204	234	53	491
	%	<b>41,5</b>	<b>47,7</b>	<b>10,8</b>	<b>100,0</b>
V súčasnosti	n	68	351	72	491
	%	<b>13,8</b>	<b>71,5</b>	<b>14,7</b>	<b>100,0</b>

Rastlinné tuky najčastejšie konzumovalo pred diagnostikovaním ochorenia 47,7 % participantov, v súčasnosti sa počet konzumentov zvýšil na 71,5 %. Pri konzumovaní živočíšnych tukov sme zaznamenali výrazné zlepšenie. Kým pred ochorením im dávalo prednosť 41,5 % respondentov, v súčasnosti 13,8 % respondentov. Rastlinné oleje uprednostňuje v súčasnosti 14,7 % participantov.

## DISKUSIA

Výživa pacientov po ukončení onkologickej liečby v rámci podpory zdravia pacienta je v posledných rokoch v centre pozornosti odbornej verejnosti. Odborníci sledujú vplyv stravovania na zdravotný stav pacienta, na jeho prežívanie. Mnohé štúdie potvrdili, že zdravá výživa môže ovplyvňovať progresiu ochorenia, riziko recidívy a celkové prežívanie

onkologického pacienta. 3-5 porcií ovocia a zeleniny denne, konzumácia stravy prevažne rastlinného charakteru, zvýšený príjem vlákniny, celozrnných výrobkov, rýb, obmedzenie potravín s vysokým obsahom tuku, sladkostí, červeného a spracovaného mäsa – údenín sú základom zdravého stravovania. Ryby a hydinové mäso sú preferované pred červeným mäsom.

V rámci nášho výskumu nás zaujímalo, či respondenti realizovali po ukončení onkologickej liečby zmeny vo výžive, či obmedzili konzumáciu rizikových potravín a zvýšili konzumáciu odporúčaných potravín. Naše zistenia týkajúce sa zmeny stravovania v období po ukončení onkologickej liečby sú pozitívne. Zaznamenali sme štatisticky významné rozdiely vo frekvencii konzumácie nami sledovaných rizikových a odporúčaných v súčasnosti oproti obdobiu pred diagnostikovaním onkologického ochorenia. V prípade konzumácie rizikových potravín – červeného mäsa, údenín, bieleho pečiva a sladkostí došlo u respondentov k významnému zníženiu frekvencie ich konzumácie v súčasnosti oproti obdobiu pred diagnostikovaním onkologického ochorenia. Je viditeľný nárast konzumácie pri frekvenciách „zriedka alebo nikdy“ prípadne iba „raz za týždeň“ a pokles ich konzumácie pri frekvenciách „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“.

Napriek týmto pozitívnym výsledkom v zmene konzumácie rizikových potravín sme zistili, že nie všetci respondenti zmeny realizovali alebo ich realizovali v dostatočnej miere. Až 31,3 % respondentov pokračuje naďalej v konzumácii červeného mäsa pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“, 35,0 % respondentov pokračuje v konzumácii údenín pri rovnakých frekvenciách. Aj keď neexistujú dôkazy o vplyve konzumácie údenín a kuchynsky spracovaného červeného mäsa na progresiu alebo recidívu onkologického ochorenia, vzhľadom na fakt, že pri vyprášaní a grilovaní mäsa pri vysokej teplote vznikajú karcinogénne látky, odporúčania jasne smerujú k obmedzeniu ich konzumácie (Rock et al., 2012, Kushi et al., 2006). Látky pridávané do údenín pri ich spracovaní (nitráty, soľ) a tuk v nich obsiahnutý môžu vyvolávať pre onkologických pacientov zdravotné riziko, preto by mala byť ich konzumácia limitovaná (Kushi et al., 2006).

Ďalším negatívnym faktorom je, že 31,7 % respondentov konzumuje naďalej biele pečivo pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“. V súčasnosti sa kladie veľký dôraz na dennú konzumáciu celozrnných potravín a teda aj celozrnného pečiva, ktoré obsahuje veľa vlákniny, vitamínov a minerálov. Konzumácia celozrnných potravín je spojená so zníženým rizikom vzniku kardiovaskulárnych a iných chronických ochorení, ktorými sú onkologickí pacienti ohrození vo zvýšenej miere. Celozrnné potraviny patria k dôležitým

komponentom zdravej výživy a sú u onkologických pacientov vysoko odporúčané. Preto by mali pacienti obmedziť konzumáciu bieleho pečiva.

Pri analýze konzumácie rizikových potravín musíme spomenúť konzumáciu sladkostí. V nej pokračuje pri frekvencii „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“ 42,2 % respondentov. Príjem cukru nemá priamy vplyv na progresiu rakoviny, ale jeho príjem podporuje zvyšovanie hmotnosti u pacientov, ktorá má následne nepriaznivý vplyv na celkový stav pacienta (Rock et al., 2012, s. 23). Keďže sme v rámci nášho výskumu zistili, že 72,0 % našich respondentov trpí nadváhou alebo obezitou, myslíme si, že zistené percento respondentov, ktorí konzumujú v súčasnosti sladkosti pri spomínaných frekvenciách je príliš vysoké.

Podobne aj v prípade odporúčaných potravín sme zistili významné rozdiely v ich konzumácii v súčasnosti v porovnaní s obdobím pred diagnostikovaním ochorenia. Pri analýze konzumácie rastlinných bielkovín a celozrnných potravín sme zaznamenali nárast počtu respondentov, ktorí ich konzumujú pri frekvenciách „2 – 3krát za týždeň“ alebo „4 – 7krát za týždeň“ a pokles počtu respondentov, ktorí ich konzumujú pri frekvenciách „zriedka alebo nikdy“ prípadne iba „raz za týždeň“. Konštatujeme ale, že tieto zmeny nerealizovalo dostatočné množstvo respondentov. Rastlinné bielkoviny, ktoré sa odporúča konzumovať aspoň 2 – 3 x týždenne konzumuje 70,0 % respondentov „1krát za týždeň“ alebo „zriedka, prípadne nikdy“. Celozrnné potraviny by mali byť súčasťou jedálneho lístka každý deň, ale 27,3 % respondentov ich konzumuje „2 – 3krát za týždeň“, 18,7 % pacientov „raz za týždeň“ alebo „zriedka, prípadne nikdy“.

Za pozornosť stojí analýza konzumácie rýb. Aj keď boli zistené štatisticky významné zmeny v ich konzumácii medzi porovnávanými obdobiami, konštatujeme, že konzumácia rýb bola v minulosti a je v súčasnosti veľmi nízka. Ryby by sa mali pre ich ochranný a výživový potenciál konzumovať 2 – 3krát týždenne. Len 19,1 % respondentov konzumuje ryby v dostatočnom množstve. Až 86,3 % respondentov ich konzumovalo pred zistením onkologického ochorenia „zriedka alebo nikdy“ prípadne iba „raz za týždeň“. V súčasnosti konzumuje ryby 46,8 % respondentov „raz za týždeň“, a až 34,0 % respondentov „zriedka alebo nikdy“. Zvýšená konzumácia rýb je zvlášť významná pre pacientov s karcinómom prostaty (v našej výskumnej vzorke tvorili 20,2 %). Szymanski et al. (2012) na základe analýzy 4 výskumných štúdií vyslovil záver, že vysoká konzumácia rýb u pacientov s rakovinou prostaty súvisela so 63,0 % redukciou úmrtnosti.

Najaktuálnejšie odporúčanie pre dospelých onkologických pacientov prezentuje konzumáciu najmenej 2-3 porcií zeleniny a 1,5-2 porcií ovocia denne, to znamená najmenej 3,5 porcií denne (Rock et al., 2012). Keďže zisťovať konzumáciu polovičnej porcie ovocia a zeleniny sa nám zdalo komplikované, považovali sme konzumáciu 3-5 porcií za dostatočnú a splňujúcu kritérium odporúčaného množstva. Respondenti v súčasnosti významne zvýšili denný príjem ovocia a zeleniny na 3-5 porcií a znížili konzumáciu 0-2 porcií ovocia a zeleniny. Aj napriek významným zmenám medzi porovnávanými obdobiami v súčasnosti konzumuje odporúčanú dávku len 51,3 % respondentov. Takmer polovica pacientov nekonzumuje ovocie a zeleninu v dostatočnom množstve. Uvedené zistenie považujeme za negatívne.

Významnú pozitívnu zmenu sme zistili pri konzumácii tukov. Živočíšne tuky v minulosti najčastejšie konzumovalo až 41,5 % respondentov, v súčasnosti 13,8 % respondentov. Väčšina respondentov konzumuje tuky rastlinného pôvodu (71,5 %).

Záverom by sme chceli uviesť, že onkologické ochorenia mali vplyv na zmenu konzumácie rizikových a odporúčaných potravín, respondenti realizovali po ukončení onkologickej liečby pozitívne zmeny vo výžive. Zároveň chceme poukázať na to, že zmeny nie sú dostatočné a nerealizovali ich všetci respondenti. Potvrdili nám to samotní pacienti. Na otázku, či zmenili stravovacie návyky po ukončení onkologickej liečby oproti obdobiu pred diagnostikovaním ochorenia, 49,3 % respondentov odpovedalo „áno“ alebo „skôr áno ako nie“ a 46,0 % odpovedalo „skôr nie ako áno“ alebo „nie“.

V oblasti výživy bude potrebné v skupine pacientov, ktorá neuskutočnila zmeny, alebo ich uskutočnila nedostatočne, realizovať konkrétne kroky zamerané na zlepšenie stravovacích návykov a na odstránenie tých nežiaducich. Domnievame sa, že dôvodom, prečo niektorí pacienti nerealizujú zmeny vo výžive a nedodržiavajú odporúčania vo výžive je nedostatočný záujem a nedostatočná edukácia zo strany zdravotníckych pracovníkov v dispenzárných ambulanciách, alebo sú sestrami a lekármi edukovaní, ale odborné rady ignorujú, podceňujú a sú ľahostajní k svojmu zdraviu. Bude potrebné, aby zdravotnícki pracovníci venovali väčšiu pozornosť výžive pacientov, nepodceňovali jej pozitívny vplyv na prognózu pacienta, ktorý dokumentujú mnohé zahraničné štúdie. Dostatočná informovanosť, správna motivácia a argumentácia založená na vedeckých dôkazoch zo strany sestier a lekárov, ich povzbudenie k zmene vo všetkých oblastiach životného štýlu, sú základom zmeny myslenia pacientov a postojov, ako aj a ich motivácie začať zmeny realizovať. Adekvátne individuálne ciele, správne intervencie, dlhodobá podpora a záujem zdravotníckych pracovníkov majú zmeny

pomôcť uskutočňovať. Sestry a lekári tak môžu edukačnou činnosťou podporiť zdravie pacientov, minimalizovať riziká, ktoré pacientom hrozia a tak prispieť k skvalitneniu a predĺženiu života onkologických pacientov.

## ZÁVER

Zmena stravovania, preferovanie zdravej výživy a správneho výberu potravín u pacientov s diagnostikovaným karcinómom prsníka, prostaty, hrubého čreva a konečníka vo včasnom štádiu môžu ovplyvniť prognózu ochorenia, riziko vzniku recidívy a dĺžku života pacientov. U pacientov so zisteným karcinómom v neskoršom štádiu môže zdravá výživa pozitívne ovplyvniť zdravotný stav i kvalitu života. Po ukončení onkologickej liečby je vhodný čas na zmenu stravovacích návykov, doterajšieho spôsobu života a zmenu životného štýlu pacienta.

Vzhľadom na benefity, ktoré prináša zdravá výživa pre podporu celkového zdravia onkologického pacienta, by mali sestry a lekári v dispenzárných ambulanciách vynaložiť maximálne úsilie, nájsť si čas a venovať zvýšenú pozornosť práve tejto dôležitej oblasti. Určite by pomohol vznik nutričných ambulancií, v kontexte komplexnej starostlivosti o onkologického pacienta zase nutričné poradenstvo a vyškolený personál, ktorý by sa zaoberal poradenstvom výživy pri jednotlivých onkologických diagnózach.

## LITERATÚRA

KUSHI, L. H. et al. 2006. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. [online]. In *CA Cancer Journal for Clinicians*, 2006, vol. 56, no. 5. p. 254–281. [citované 2010-09-06]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22237782>. ISSN 1542-4863.

KWAN, M. L. et al. 2009. Dietary Patterns and Breast Cancer Recurrence and Survival among Women with Early-stage Breast Cancer. In *Journal of Clinical Oncology*, ISSN 0732-183X, 2009, vol. 27, p. 919-926.

MEYERHARDT, J. A., NIEDZWIECKI, D., HOLLIS, D. et al. 2007. Association of Dietary Patterns with Cancer Recurrence and Survival in Patients with Stage III Colon Cancer. *In JAMA*. [online]. 2007, vol. 298, no 7, pp. 754-764. [cit. 2011-06-10]. Dostupné na internete: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208423>. ISSN 1538-3598.

ROCK, L. CH. et al. Nutrition and Physical Activity Guidelines for cancer Survivors. 2012. [online]. *In CA Cancer Journal for Clinicians*. 2012, vol. 62, no 4, pp. 242-274. [cit. 2012-07 - 11]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21142>/ pdf. ISSN 1542-4863.

SZYMANSKI, K. M., WHEELER, D. C., MUCCI, L. A. 2010. Fish Consumption and Prostate Cancer Risk: a Review and Meta-analysis. *In The American Journal of Clinical Nutrition*, ISSN 0002-9165, 2010, vol. 92, pp. 1223-33.

## KONTAKT

**PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.**

e-mail: [iveta.grezdova@fmed.uniba.sk](mailto:iveta.grezdova@fmed.uniba.sk)

**Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava**  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava

**PhDr. Miriam Polhorská PhD.**

e-mail: [miriam.polhorska@fmed.uniba.sk](mailto:miriam.polhorska@fmed.uniba.sk)

**Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava**  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava

**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.

**Recenzenti**

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

**Vydavatel:** Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00  
IČ: 27235530

**1. vydání**

**180 s.**

**Praha, 2018**

**ISBN 978-80-905728-0-1**

