



SBORNÍK

14. VĚDECKÁ MEZINÁRODNÍ KONFERENCE

PROBLEMATIKA SENIORŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

16. dubna 2019

Vědecký a organizační výbor:

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Ing. Soňa Jexová, PhD.

PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

MUDr. Pavol Mazalán

PhDr. Karolína Stuchlíková

PhDr. Karolina Moravcová



Partneři:



Program 14. mezinárodní vědecké konference

PROBLEMATIKA SENIORŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ

16. dubna 2019

- 9:00 – 9:15 **Registrace účastníků**
- 9:15 – 9:30 **Zahájení konference**
(Mgr. Eva Marková, Ph.D. – vedoucí Katedry ošetrovatelství)
- 9:30 – 10:00 **Hojení ran**
(MUDr. Pavel Mazalán – Univerzitná nemocnice Bratislava)
- 10:00 – 10:30 **StopBac – nová česká technologie krytí ran**
(Ing. Jan Kavalírek – výkonný ředitel Grade Medical)
- 10:30 – 11:00 **Možnosti zajištění žilního vstupu – PICC a midline v praxi**
(Mgr. Kateřina Lisová – vrchní sestra Interní kliniky, FN Motol)
- 11:00 – 11:30 **Dialyzační léčba u seniorů**
(Mgr. Jana Landerová – Nefrologická klinika VFN)
- 11:30 – 12:00 **Práce s chybou ve zdravotnictví**
(Mgr. Jana Žmolíková – klinický psycholog,
PharmDr. Jitka Rychlíčková, Ph.D. – klinický farmaceut, MOÚ)
- 12:30 – 13:00 **Problematika výuky první pomoci**
(Mgr. Romana Žihlavníková – psycholog a trenér první pomoci)
- 13:00 – 13:30 **Prevence násilí u gerontopsychiatrického pacienta**
(Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. – vedoucí oboru Zdravotnický záchranář)
- 13:30 – 14:00 **Humorem proti vyhoření**
(MUDr. Radkin Honzák – psychiatr)
- 14:00 – 14:30 **Očkování seniorů**
(doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. – vedoucí Katedry specializace ve zdravotnictví)

OBSAH

HOJENIE RÁN – PROBLEMATIKA OŠETROVANIA RÁN U SENIOROV	5
MAZALÁN P., MAZALÁNOVÁ A., PROCHOTSKÝ A.	
OČKOVÁNÍ SENIORŮ	14
HAMPLOVÁ L., PROCHÁZKOVÁ R.	
PRÁCE S CHYBOU VE ZDRAVOTNICTVÍ	20
ŽMOLÍKOVÁ J., RYCHLÍČKOVÁ J.	
PREVENCE NÁSILÍ V GERONTOPSYCHIATRII	23
PEKARA, J.	
VÝZNAM KOMUNIKÁCIE PRI LIEČBE SENIOROV	27
MAZALÁNOVÁ, A., KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V.	
OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA – PŘÍPADOVÁ STUDIE (CASE STUDY).....	35
MARKOVÁ E., HLINOVSKÁ J.	
PROBLEMATIKA KVALITY ŽIVOTA SENIOROV	46
POLHORSKÁ M., GREŽĐOVÁ I.	
POJETÍ MANAGEMENTU A ROLE MODERNÍHO MANAŽERA.....	57
KUNC F., NĚMCOVÁ J.	
NÁSTROJE HODNOTENIA GERIATRICKÝCH PACIENTOV V ONKOLÓGII.....	70
GREŽĐOVÁ I., POLHORSKÁ M.	
AKTÍVNE STARNUTIE – PRIORITA EURÓPSKEJ ÚNIE.....	88
LAUKOVÁ, P.	
STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – CHÍ KVADRÁT TEST V EXCELU.....	103
JEXOVÁ, S.	
ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O SENIORY	103
HLINOVSKÁ J., MORAVCOVÁ K., MARKOVÁ E.	
MOTIVAČNÍ HODNOTY VŠEOBECNÝCH SESTER VE 21. STOLETÍ?.....	116
MORAVCOVÁ K.	

HOJENIE RÁN – PROBLEMATIKA OŠETROVANIA RÁN U SENIOROV

MAZALÁN P., MAZALÁNOVÁ A., PROCHOTSKÝ A.

Abstrakt

Súčasná doba prináša nové poznatky o faktoroch spojených s hojením rán. Neustále sa zdokonaľujú konzervatívne a radikálne spôsoby ošetrovania rán. Do liečby sa zavádzajú nové prostriedky vlhkého hojenia rán. Samotná práca je rozdelená akoby do dvoch celkov, prvý pojednáva o ranách a ich spôsobe ošetrovania a druhá časť je zameraná na dve kazuistiky pacientov so sekundárnym hojením rany. Platí pravidlo, že starostlivosť o rany najmä chronické musí mať v dnešnej dobe multidisciplinárny charakter.

Kľúčové slová: hojenie rán, konzervatívne, chirurgické metódy

ÚVOD

Rozvíjajúci sa farmaceutický priemysel neustále prináša nové krycie a obväzové materiály *tzv. materiály vlhkého hojenia rán*, ktoré majú svoje pozitívne uplatnenie v jednotlivých fázach hojenia rán. Toto krytie je spojené s novým a celkom odlišným spôsobom ošetrovania rán, to znamená že rana si nevyžaduje denné preväzy a krytie môže ostať v rane aj niekoľko dní, obyčajne 2-5 podľa výrobcov. Samozrejme že záleží na charaktere samotnej ranovej plochy. Tieto materiály vlhkého hojenia rán postupne nahrádzajú a vytlačujú doteraz používané klasické ošetrovacie metódy a prostriedky. Takisto starostlivosť o ranu musí, mať v dnešnej dobe multidisciplinárny charakter.

Už z histórie sú známe písomné doklady o niektorých kožných ochoreniach siahajúce do predhistorickej doby, napr. z roku 2637 p.n.l v zbierke čínskych lekárskech vedomostí. Veľký záujem o kožné choroby mal Ján Jesenský, ktorý v dobe svojej profesúry usporiadal verejnú rozpravu o kožných ochoreniach.

Definícia, rozdelenie a hojenie rán

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, šľachy, kĺbne puzdrá, kosti a rôzne vnútorné orgány. Z hľadiska mechaniky rozdeľujeme rany na *mechanické*, *termické*, *aktinické / radiačné /*, *chemické*. Z hľadiska rozsahu poškodenia tkanív – *zavreté*, *povrchové*, *perforujúce*, *komplikované*. Podľa charakteru rany na nekrotické, povlečené, komplikované zápachom, infikované, granulujúce a epitelizujúce rany. Ďalej delíme rany na akútne a chronické, kde akútne rany sú defekty v normálnom zdravom tkanive hojace sa primárne v krátkom čase a bez komplikácií a chronickú ranu označujeme sekundárne sa hojacu ranu, ktorá i napriek adekvátnej terapii nevykazuje po dobu 6-9 týždňov tendenciu k hojeniu. Ako príčiny vzniku chronickej rany môžeme označiť – pridružené ochorenia, infekciu a mikrotraumatizáciu kože. Klasifikácia chronických rán podľa Knightona zohľadňuje charakter spodiny rany, má šesť štádií.

Hojenie rán je zložitý proces, začína zrážaním krvi, pokračuje katabolickými pochodmi, ktoré očistujú ranu od odumretého tkaniva, cudzích telies a choroboplodných zárodkov a končí výstavbou nového tkaniva, pozostáva zo štyroch fáz – exudatívnej, proliferačnej, diferenciacnej a reepitelizačnej.

Faktory ovplyvňujúce hojenie rany poznáme systémové (vek, ochorenia, výživa, farmaká), miestne faktory (porucha hemodynamiky, hĺbka a veľkosť), psychologické faktory (úzkosť, depresia, sociálna izolácia), kvalita ošetrovania. (Zeman, 2000; Pospíšilová, Švestková, 2001).

Ošetrovanie rán a obväzové materiály

Moderná starostlivosť v ošetrovaní rán sa zameriava na vlhké prostredie, kde dochádza k urýchleniu zápalovej a proliferačnej fázy hojenia, teplé a vlhké prostredie vytvorené pod polopriepustnými obväzmi zabezpečuje optimálne podmienky pre reepitalizáciu povrchu rán. Krytie priložené na povrch rany vytvára vhodné prostredie pre najrýchlejšie hojenie a predpokladom pre úspešné hojenie rany je nekrektómia a vyčistenie rany (debridement). Obväzové 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 v rane. Na základe tohto hodnotenia uskutočneného pri každom preväze volíme typy krytia. Poznáme niekoľko druhov obväzových materiálov vlhkého hojenia

rán, ktoré majú svoje použitie pri určitom type rán. (Hartmann-Rico, 2002; Pospíšilová, Švětková, 2011).

Hydrogély – **odlučovanie** suchých nekróz, povlečených či granulujúcich rán

Obväzy s aktívnym uhlím – **silne** a stredne secernujúce rany, rany zapáchajúce, použitie v kombinácii s hydrogélmi

Antiseptické obväzy – **prevenciu** pri riešení infekcie

Algináty – **stredne** až silne secernujúce rany

Hydrokoloidy – **mierne** secernujúce rany vo fáze granulácie a epitelizácie

Hydropolyméry – **povrchové** i hlboké defekty bez infekcie

Mäkké silikóny – **nesecernujúce** až stredne secernujúce rany

Neaderentné obväzy – **granulujúce** rany so strednou a miernou sekréciou, rany epitelizujúce

Filmové obväzy – **rany** epitelizované

Bioaktívne preparáty – **granulujúce** a epitelizujúce rany, kombinácia s preparátmi s aktívnym uhlím a striebrom

Pravidelná toaleta rán sa vykonáva hlavne u nekrotických rán, rán infikovaných či povlečených pomocou dezinfekčných a oplachových roztokov. Výplach rany čistí ranovú plochu, dochádza k odplavovaniu zvyškov ranového exsudátu. Roztoky majú využitie na infikované rany, kriticky kolonizované rany alebo na rany, kde hrozí vznik infekcie /Chlorhexidin, Prontosan, Dermacyn/ (Fiala, 2012, Grofová, 2007).

Ako jedna z metód debridementu rán má svoje využitie larvoterapia, pri ktorej sa používajú larvy *Lucilia sericata* (bzučivka zelená). Larvoterapia sa používa na infikované a nekrotické rany, ktoré nekomunikujú s telesnými dutinami alebo orgánmi. (Stryja, 2011; Novotný, 2009).

Terapia riadeným podtlakom – V.A.C

Jedná sa o podtlakovú terapiu využívajúcu k hojeniu rán kontrolovaný podtlak. Neinvazívna metóda aktívneho uzáveru rany, ktorej výhodou je zlepšenie lokálnej cirkulácie krvi, zníženie opuchu tkanív, stimulácia proliferácie granulačného tkaniva, obmedzenie bakteriálneho zápalu a odstránenie inhibítorov hojenia rany. Systém je indikovaný u pacientov, u ktorých je nutné odvádzať z rany vzniknutý exsudát, napríklad dehiscentné rany, dekubity, kontraindikácia pri

malígnych ranách, u neliečených fistúl, pri osteomyelitíde a pri nekrotickom tkanive v rane (Smolár, 2011; Stryja,2011).

Kazuistika č.1

Pacientka bola pôvodne hospitalizovaná na našej chirurgickej klinike s diagnózou akútna kalkulózna cholecystitída, preliečená infúznou a ATB terapiou, po ktorej bola prepustená do ambulantnej starostlivosti. Následne sme pacientku plánovane prijali za účelom operácie, cholecystektómie. Jednalo sa o pacientku s anamnézou Takayasovej artritídy s dominanciou Ao oblúka, po viacerých PTA výkonoch, po operácii, kde bol urobený aortomesentericosup. bypass, v dispenzarizácii reumatológa, angiológa. V liečbe u pacientky Remicade / biologická liečba /, Prednison, Klopidoogrel, Vessel due. Po predoperačnej príprave operovaná, pre početné zrasty v dutine brušnej bola vykonaná konvertovaná cholecystektómia. Následne pooperačný priebeh komplikovaný sekundárnym hojením operačnej rany. Na 1. pooperačný deň dochádza ku drobnému prechodnému krvácaniu z dolného pólu rany, neskôr na 4. pooperačný deň sa objavuje flegmona kože v dolnom pole rany, robíme USG mäkkých tkanív, ktoré je bez nálezu ohraničenej tekutinovej kolekcie v podkoží, ďalej postupujeme konzervatívne, bez chirurgickej intervencie. Na 5. pooperačný deň dochádza k progresii zápalových zmien na koži, revízia rany, rozpustené kožné klipy v dolnom pole rany, vypustený smotanový pus, odobratá K+C, toaleta peroxidom vodíka, Betadine, do rany daný gumičkovitý dren. 6. pooperačný deň u pacientky nasadená empirická ATB, ktorú sme neskôr cielene upravili podľa výsledkov citlivostí. Započaté denné preväzy preparátmi vlhkého hojenia rán – dermacyn, alginát. Následne 13. pooperačný deň pacientka v stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej liečby. V pláne ambulantné dohojenie operačnej rany. Po dvoch týždňoch od prepustenia rana takmer zhojená.

4. pooperačný deň



5. pooperačný deň



Aplikácia alginátu do rany



Granulácia spodiny rany



Kazuistika č.2

Pacientka polymorbidná, silnejšieho habitu s anamnézou operácie pre umbilikálnu herniu v 2015, následne operácia pre recidivujúcu incikatrckú hernie v roku 2018. Bola opätovne prijatá na našu chirurgickú kliniku pre rozsiahlu tekutinovú kolekciu v podkoží v mieste rany po poslednej operácii pre vyššie uvedenú incikatrckú herniu. Podľa sonografického vyšetrenia verifikovaný v podkoží rozsiahly multilokulárny cystoidný útvar. Prvotne pokus o drenáž a evakuáciu ložiska pod USG kontrolou. Následne pre zlyhanie prvotnej drenáže indikovaná revízia cystoidnej formácie na operačnej sále, do rany aplikovaný V A C systém. V ďalšom priebehu hospitalizácie pravidelné výmeny VAC, počas ktorých robený debridement spodiny rany. V neskoršom priebehu vykultivovaná z rany baktéria *Pseudomonas aeruginosa*, preto dochádza ku zmenu managementu liečby. VAC zrušený, úprava ATB podľa klinického farmakológa, dvakrát denne toaleta rany Prontosanom. V stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti za účelom sekundárneho dohojenia rany.

Pred aplikáciou VAC



Stav po aplikácii VAC



VAC systém s riadenou podtlakovou drenážou



Diskusia

Z vlastnej skúsenosti vieme, že chronická rana a jej hojenie je veľmi komplikované a veľmi často sa opakujú fázy, kedy dojde 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 práce boli porovnávané a zhodujú sa v menšom počte prevázov chronických rán modernými preväzovými prostriedkami. Menej časté prevazy sú pre pacienta komfortnejšie vo všetkých smeroch. Úspora je takisto v otázke finančnej. Menej časté prevazy znamenajú znížené náklady na obväzový materiál ako pre pacienta, tak pre jednotlivé zdravotnicke zariadenia v ktorých sa prevazy vykonávajú.

Záver

Liečba chronických rán je dlhodobá, vyžadujúca mnoho trpezlivosti, psychickej podpory, pomoci a tolerancie od zdravotníckeho personálu a rodinných príslušníkov.

ZDROJE:

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

FIALA, Radovan, 2012. Moderní metody hojení ran. *Florence*, **8**(1), 33. ISSN 1801-464X.

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. Význam výživy a hojení ran. *Medical Tribune: tématická příloha /léčba ran*, **22**(10), 30. ISSN 1214-8911.

HARTMAN-RICO, 2001. *Diagnostika, léčba a prevence syndromu diabetické nohy*. 1. vyd. Veverská Bítýška: Paul Hartmann AG. ISBN 80-238-6799-7

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

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER, 2011. *Speciální chirurgie*. 3. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-734-5253-7

HÜBSCHMANN, Karel, 1972. *Kůže orgán lidského těla*. Academia. Praha: Academia.

CHOVANEK, Zdeněk a kol. 2011. Role mikroorganismů v hojení ran. *Hojení ran*, **5**(5), 7-10. ISSN 1802-6400.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1830-8.

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

NOVOTNÝ, Karel, 2009. *Bioknife. Léčba larvami*. [cit. 2019-04-26]. [online] dostupné z <http://www.larvy.cz/index.html>

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ et al., 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-6

POKORNÁ, Andrea, 2011. Využití Evidence-based Nursing v hojení ran v klinické praxi. *Hojení ran*, 5(4), 21-25. ISSN 1802-6400.

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

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Hojení ran z pohledu všeobecné sestry. *Florence*, 7(7-8), 14-18. ISSN 1801-6464X.

POSPÍŠIL, Václav, 2008. Dekubity a výživa – doporučené postupy EPUAP. *Medical tribune*, 4(4), C2. ISSN 1214-8911.

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

POSPÍŠILOVÁ, Alena, 2004. *Bércový vřed I*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-807254-469-1.

RESL, Vladimír. 1997. *Hojení chronických ran*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-239-5

ROZSYPALOVÁ Marie, Marta STAŇKOVÁ a kol., 1999. *Ošetřovatelství 1/2*. 2. dopl. aktual. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-40-8.

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

SMITH-NEPHEW CORPORATE. *Versajet II*. [online]. [cit. 2019-04-26]. Dostupné z <http://www.smith-nephew.com/key-products/advanced-wound-management/versajet/>

STRYJA, Jan, 2007. Aktivní přístup v hojení ran. *Medical Tribune: tématická příloha léčba ran*,3(30). ISSN 1214-8911.

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.

ŠVESTKOVÁ, Sabina, 2007. Faktory ovlivňující hojení ran. In: *Hojení Chronických ran, žilní insuficience, krycí materiály*. Praha: Czechopress agency, Speciál II/2007. str. 50-51. ISSN 1213-9106

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2007. Hojení chronických ran. In: *Hojení Chronických ran, žilní insuficience, krycí materiály*. Praha: Czechopress agency, Speciál II/2007. str 46-50. ISSN 1213-9106

WILHELM, Zdeněk. 2010. Substráty významné pro hojení ran – makronutrienty. *Hojení ran*, 4(2), 31-35. ISSN 1802-6400.

WILHELM, Zdeněk, 2010. Substráty významné pro hojení ran – mikronutrienty. *Hojení ran*, 4(3), 25-30. ISSN 1802-6400.

WORKMAN, Barbara A. A Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

ZADÁK, Zdeněk. 2002. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZEMAN, Miroslav a kol., 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepr., dopl. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2. <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pozorovani-dvou-metod-v-lecbe-chronicke-rany-na-dk>

KONTAKT

MUDr. Pavol Mazalán

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

e-mail: pavolmazalan@gmail.com

doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.

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

e-mail: prochotsky@pe.unb.sk

doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH

USLaLE LFUK Bratislava, Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: annamazalanova@gmail.com

OČKOVÁNÍ SENIORŮ

HAMPLOVÁ L., PROCHÁZKOVÁ R.

Abstrakt

Senioři (osoby nad 65 let) jsou s ohledem na proces stárnutí organismu, přidružené komorbidity, snížení funkce imunitního systému a vyvanutí imunity vůči mnoha infekčním agens vysoce rizikovou skupinou populace. Většina infekčních onemocnění seniorů má závažný průběh vyžadující hospitalizaci, někdy i infaustní prognózu. Příspěvek se věnuje významu a možnostem očkování seniorů proti vybraným infekčním chorobám, mezi něž patří zejména každoroční očkování proti sezónní chřipce, očkování proti pneumokokovým nákazám, proti klíšťové encefalitidě, proti tetanu a proti virové hepatitidě B. Příspěvek zdůrazňuje nutnost soustavného zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů o významu a prospěšnosti dostupných druhů očkování. Očkovací kalendář dospělé populace je dostupný na webu <https://www.vakcinace.eu/>

Klíčová slova: očkování, senioři, vakcinace, očkovací kalendář, očkování seniorů

Očkování seniorů je nejučinnějším nástrojem primární prevence. Nejvíce ohroženi dle Vlčka a Vytřísalové jsou osoby vyššího věku či osoby s chronickými vleklými onemocněními (Vlček, Vytřísalová, 2014). Jedná se o celoživotní proces, neboť senioři jsou trvale v riziku infekčních i chronických neinfekčních onemocnění. Komorbidita je u seniorů poměrně vysoká. Jde o termín, který znamená přítomnost více nemocí u jednoho konkrétního pacienta. Komorbidní pacienti jsou většinou vyššího věku (není to však podmínkou), obvykle užívají větší množství léků a řada jinak relativně banálních onemocnění u nich může mít závažný průběh. Senioři (osoby nad 65 let) jsou rizikovou skupinou populace, která je více náchylná k infekcím, které u nich mají navíc častěji těžký průběh, vyžadující pobyt v nemocnici. K těmto stavům přispívá také přirozené stárnutí organismu, jehož součástí je též stárnutí imunitního systému, zhoršování kvality přirozených bariér (kůže, sliznice). Tělo již nedokáže produkovat dostatečné množství

protilátek a dochází k tzv. vyvanutí imunity, tedy snížení hladiny ochranných protilátek. Očkovací kalendář dospělé populace je dostupný na webu <https://www.vakcinace.eu/>

Doporučovaným očkováním u seniorů je zejména **očkování proti sezónní chřipce**. Chřipka je akutní, vysoce nakažlivé onemocnění. Dle WHO způsobí až jednu miliardu infekcí ročně, u 3-5 milionů pacientů bývá těžký průběh onemocnění, 300–500 000 osob nemoci podlehnou. V populaci EU je počet úmrtí v souvislosti s chřipkou odhadován na průměrně 125 000 osob/rok. V ČR bývá chřipka příčinou úmrtí u 2000 pacientů, což představuje cca 2 % všech úmrtí (Hamplová a kol., 2015). Dle Hamplové je zdrojem nákazy infikovaný člověk, a to již na konci inkubační doby. Virus bývá vylučován až po dobu 10 dnů, u dětí i déle. Přenos nákazy je přímým stykem s nemocným, vzduchem, kontaminovanými předměty. Bránou vstupu infekce jsou dýchací cesty. Inkubační doba je krátká, obvykle 1 až 3 dny, výjimečně delší. Vnímavost jedinců je všeobecná, nejvyšší incidence je popisována u dětí. Při nakažení chřipkou hrozí u seniorů až 50x vyšší riziko vzniku komplikací než u mladších jedinců. Ve zvýšeném riziku jsou senioři s onemocněním srdce, diabetem mellitem, astmatem nebo chronickou bronchitidou. Mezi komplikace onemocnění chřipkou patří častý zánět plic a také zánět srdečního svalu. Obě dvě komplikace mohou pacienta ohrozit na životě (Hamplová, 2015). Proočkovanost proti sezónní chřipce v populaci České republiky je stále neuspokojivá. U seniorů se pohybuje v ČR dle statistik SZÚ okolo 30 %, ideálně by ovšem měla dosáhnout až 75 %. Očkovat je nutné každý rok vždy novou vakcínou vyvinutou na aktuální chřipkovou sezónu. Nejvhodnější doba očkování je co nejdříve, jakmile je vakcína k dispozici (většinou v měsíci září). Očkování se provádí přibližně do poloviny měsíce prosince. Aplikovat vakcínu je teoreticky možné po celou dobu výskytu chřipky, avšak je třeba si uvědomit, že vakcína začne tělo chránit až cca za 10-14 dní po její aplikaci. Očkování sice nedokáže zcela zabránit nákaze, dokáže však zmírnit průběh onemocnění a tím předejít i možným komplikacím. V případě domovů pro seniory či léčeben pro seniory, by měli být očkováni ideálně všichni senioři včetně personálu. Aktuální informace o výskytu chřipky v kalendářních týdnech jsou pravidelně dostupné na webu Státního zdravotního ústav (SZÚ, 2019). Dne 10. srpna 2011 schválila vláda ČR usnesením vlády č. 600 materiál s názvem „Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice“ (MZ ČR, 2011). Národní akční plán definuje jednotlivé aktivity k dosažení strategických cílů, způsob monitorování a hodnocení efektivity Národního akčního plánu. Dle Procházkové je zde mimo jiné uvedena nutnost vzdělávání studentů zdravotnických škol, kteří se připravují pro práci v sociálních službách a ve zdravotnictví, zejména pro přímou

práci s klienty těchto zařízení (Procházková, 2019). Očkování provádějí zejména praktičtí lékaři, vakcinační centra a zdravotní ústavy.

Dalším doporučeným očkováním u seniorů je **očkování proti virové hepatitidě B**. Přenos nákazy VHB u seniorů je nejčastěji krví (léčebné zákroky). Mezi klinické projevy patří chřipkovité obtíže (teplota, nevolnost, bolest hlavy a břicha, celková slabost), kloubní, kožní a nervové projevy, icterus. Průběh nemoci může být mírný, ale i s velmi závažnými komplikacemi, které mohou vést až k jaternímu kómatu končícímu smrtí (Hamplová, 2015). V léčebnách dlouhodobě nemocných nebo domovech pro seniory je toto očkování povinné. Očkování proti hepatitidě typu B poskytuje dlouhodobou až celoživotní ochranu. Vakcíny jsou dostupné buď samostatně, tzn. proti hepatitidě A anebo proti hepatitidě B, nebo v kombinaci zajišťující ochranu proti oběma typům žloutenky současně, tzn. proti A + B. Virové hepatitidy vykazují u nemocných nad 65 let věku některé unikátní klinické rysy, avšak mají u seniorů mnohem závažnější průběh, přičemž starší pacienti zejména na virovou hepatitidu B umírají častěji než mladší lidé (přidružené komorbidity). Příčinami jsou zejména vyvanutí imunity (pokles imunitní odpovědi), změny metabolismu, nedostatečná výživa, zátěž v podobě vystavení organismu látkám poškozujících játra, která se po celý život sčítá. Očkování je vhodné pro všechny osoby vnímavé (neočkované v dětství) včetně seniorů. Očkuje se třemi dávkami v následujícím rozestupu: první dávka se aplikuje ve zvolený den, druhá dávka za 1 měsíc a třetí dávka se aplikuje za 6 měsíců po první dávce.

Jedny z nejčastějších infekčních onemocnění u seniorů jsou **pneumokokové infekce**. Dnem 1. září 2015 nabyla účinnosti novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která v oblasti očkování přinesla novinku v rozšíření hrazených služeb očkování proti pneumokokovým infekcím u pojištěnců nad 65 let věku. Pro seniory existují 2 pneumokokové vakcíny. Ani jedna z nich sice nechrání proti všem devadesáti typům pneumokoků, ale pokryje ty kmeny, které jsou zodpovědné za 85-90 % nejčastějších pneumokokových infekcí. Konjugovaná vakcína Prevenar13 velmi dobře stimuluje imunitní systém k tvorbě protilátek, chrání proti 13 typům pneumokoků. Nevyžaduje přeočkování. Polysacharidová vakcína Pneumovax 23 chrání proti 23 typům pneumokoků, avšak v současné době není k dispozici v ČR. Proočkovanost je u seniorů ale stále velmi nízká (okolo 1 %), výjimku tvoří senioři např. v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo domovech pro seniory, pro které je toto očkování povinné. Očkování je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění pojištěncům nad 65 let věku, pojištěncům umístěným v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory, pojištěncům umístěným v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo

v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto fyzické osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem mellitem léčeným inzulínem, pojištěncům s porušenou nebo zaniklou funkcí sleziny (hyposplenismus nebo asplenie) a také pojištěncům po autologní nebo allogenní transplantaci kmenových hemopoetických buněk, pojištěncům se závažnými primárními nebo sekundárními imunodeficity, které vyžadují dispenzarizaci na specializovaném pracovišti, nebo u pojištěnců po prodělané invazivní meningokokové nebo invazivní pneumokokové infekci.

Velmi riziková pro seniory je také nákaza **klíšťovou encefalitidou**. Jde o zánětlivé onemocnění mozku a mozkových blan způsobené virem, který mohou na člověka přenášet klíšťata při sání krve. Očkování proti klíšťové encefalitidě je vhodné zejména u aktivních seniorů trávících hodně času v přírodě, na chatě, turistikou a podobně. Největší počet nakažených klíšťovou encefalitidou je sice hlášen u osob 55 - 64letých, ale i nad 65 let věku. Čím je však organismus starší, tím bývá průběh onemocnění vážnější, častěji zanechává trvalé následky a je zde prokázána vyšší úmrtnost.

Plně hrazeným očkováním je očkování proti tetanu. V ČR je zavedeno plošné očkování. Přeočkování proti tetanu by mělo následovat v rozmezí 15 let, **u osob nad 60 let však v intervalu do 10 let od předchozí dávky**. Termín očkování si musí každý dospělý jedinec ohlídat sám. Vstupní branou nákazy jsou drobná i větší poranění na lidském těle, která se dostanou do kontaktu s kontaminovanou půdou. Spóry se dostávají pod kůži, bakterie se následně množí, produkují toxin, jež se naváže se na nervovou tkáň. Mezi klinické příznaky patří křeče, ztráta koordinace svalových pohybů, bolesti při otvírání úst, napětí se šíří na další svaly, dochází k rozvoji celkových křečí. Ochabnutí dýchacích svalů může vést k udušení. polovina pacientů s těžší formou nemoci nákaze podlehne, zejména pak senioři (Hamplová, 2015).

Současnými doporučenými očkováními MZ ČR pro dospělé je očkování proti chřipce, pneumokokovým infekcím, tetanu, černému kašli, virové hepatitidě A/B, meningokokům, spalničkám, pásovému oparu a klíšťové encefalitidě. Je důležité si uvědomit, že pokud bude nízká proočkovanosť populace, a tedy nízká kolektivní imunita, onemocnění se budou do populace vracet. Tato tvrzení jsou závěrem 14. Evropského týdne očkování 2019, European Immunization Week 2019 (EIW, 2019). Tato akce se koná každoročně v dubnu pod záštitou WHO s cílem zvýšit obecné povědomí o významu očkování pro zdraví a životní pohodu celé populace.

Zdroje:

ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ [online]. Dostupné z <https://www.vakcinace.eu/>

EUROPEAN IMMUNIZATION WEEK, 2019 [online]. Dostupné z <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/04/european-immunization-week-2019>

HAMPLOVÁ, L. a kol., 2015. *Mikrobiologie, Imunologie, Epidemiologie a Hygiena*. Praha. Triton. ISBN978-80-7387-934-1.

MZ ČR, 2006. *Vyhláška č. 537/2006 Sb. Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem v platném znění*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-537>.

MZ ČR, 2011. *Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice*. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/narodni-akcni-plan-na-zvyseni-proockovanosti-proti-sezonni-chripce-v-ceske-republice_5511_2073_5.html

PROCHÁZKOVÁ, R., 2019. *Zvyšování zdravotní gramotnosti v praxi metodou krátké intervence*. České Budějovice. Rigorózní práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

SZÚ, 2019. *Chřipková sezóna 208/2019* [online]. 17. červen 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chripkova-sezona-2018-2019>

VLČEK, J. a M. VYTRŘÍSALOVÁ, 2014. *Klinická farmacie II*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-4532-1.

KONTAKT

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

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

e-mail: hamplova@vszdrav.cz

PhDr. Renata Procházková

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

e-mail: prochazkova@vszdrav.cz

PRÁCE S CHYBOU VE ZDRAVOTNICTVÍ

ŽMOLÍKOVÁ J., RYCHLÍČKOVÁ J.

Abstrakt

Práce s chybou ve zdravotnictví představuje multidisciplinární problematiku, o které se příliš nemluví. Cílem našeho sdělení je problematiku hlouběji otevřít a zabývat se vybranými aspekty korespondujícími s odborností autorek. V našem sdělení se zabýváme medikačními pochybeními a jejich prevencí, psychologií chyby a její komunikací.

Klíčová slova: komunikace ve zdravotní péči, medikační pochybení, prevence chyby

ÚVOD

Chybovat je lidské a zdravotní péče jako obor bohužel není výjimkou. To dokládají nejen zahraniční statistiky, ale i česká data – pomineme-li „heparinového vraha“, který představuje netypické – záměrné – poškození pacienta. Klasickými medializovanými neúmyslnými pochybeními byly případy záměny roztoku glukózy pro orální glukózový toleranční test za Chlumského roztok, nebo předávkování dítěte paracetamolem, či chybné podání koncentrovaného roztoku kalia. To jsou samozřejmě jen vybrané případy, které představují pouze pomyslnou špičku ledovce. Ve zdravotnictví se však setkáváme nejen s medikačními pochybeními, ale například i se stranovými záměnami, záměnami pacientů, pády pacientů ve zdravotnických zařízeních atd. Všechny tyto případy jsou v širokém slova smyslu klasifikovány jako tzv. chyba ve zdravotnictví. Cílem našeho sdělení je poskytnout dva základní pohledy na chybu ve zdravotnictví. Pohled klinicko-farmaceutický, tedy jak předcházet lékovým pochybením, a pohled psychologický, tedy jak chybám z psychologických příčin předcházet, jak chybu komunikovat ve zdravotnickém zařízení, i jak v týmu postupovat, když chyba nastane.

Medikační pochybení pohledem klinického farmaceuta

V úvodu jsme uvedli pouze příklady konkrétních medikačních pochybení z České republiky, avšak medializované případy jsou jen odrazem skutečnosti. Důležité je, že původci medikačních pochybení nejsou jen zdravotníci (sestry, lékaři, farmaceuti), roli sehrává i samotný pacient a v živé paměti máme i záměny léčiv na úrovni výrobce s následným stahováním přípravků až z úrovně pacientů. Pokud se ale ptáme na nejčastějšího původce medikačních pochybení, dostávají se sestry na přední místa. Je to ale logické. Nejčastějším pochybením v celém medikačním procesu je pochybení na úrovni úpravy a podání léčiv, tedy v českém zdravotnickém systému kompetence prakticky výhradně sester.

Specifickou populací jsou i v kontextu medikačních pochybení senioři. Proto jsme se rozhodli zaměřit na tři základní oblasti podání léčiv (správná identifikace pacienta, rizika podání léčiv cestou sond, rizika spojená s podáním infuzí), které jsou z našich zkušeností nejčastěji spojené s pochybením, resp. rizikem nezáměrného poškození pacienta v důsledku potenciálně snížené spolehlivosti informací poskytnutých pacientem. Stejně tak chceme upozornit na rizika, jejichž původ není v rukou zdravotníka, ale samotného pacienta (například manipulace s tlačkou infuzního setu), nicméně zdravotník může sehrát významnou roli v prevenci i těchto pochybení.

I výborní zdravotníci chybují

Pojmenování chyby ve zdravotní péči vždy přináší bouřlivé emoce. „Jde přeci o zdraví, o život, to přeci zdravotník nemůže připustit!“ namítá jedna z posluchaček konferenčního příspěvku Práce s chybou ve zdravotnictví. Účastnice má pravdu, každý v kůži pacienta si nepřeje být poškozen, každý v kůži lékaře si nepřeje poškodit. Přesto jsou chyby samozřejmou součástí života zdravotníků, a to u kolegů začínajících i u kolegů zkušených, či špičkových v oboru. Téma chyby je emočně citlivé, proto se s podobnou citlivostí pokoušíme tématu se zdravotníky věnovat, hovořit o něm, zkoumat zákulisí prožitků, které s ním máme jako zdravotníci i jako pacienti spojené a společně hledat cesty, jak se s tématem chyby sžít a navázat k němu psychologicky „zdravě sebevědomý“ vztah. Zkoumáme obě strany téže mince, tedy, co v kůži poškozených pacientů potřebujeme slyšet od zdravotnického týmu, abychom pochybení emočně přijali jako potenciálně možnou součást výsledku každé lidské činnosti, ale i to, co v kůži zdravotníků potřebujeme slyšet od svých pacientů, kolegů, ale i vedení nemocnice, abychom v sobě budovali chuť a odvahu chyby sdílet, napravovat, poučit se z nich a tím v následujících letech průběžně zlepšovat vývoj celého zdravotnického systému. I tím tak posílíme naději nás všech na bezpečné české zdravotnictví, které léčí nás i naše blízké.

ZÁVĚR

Oblast prevence pochybení je v posledních dvou desetiletích často skloňovaná. A i přes významné pokroky v této oblasti, ať už na lokální, státní či nadnárodní úrovni, k pochybením stále dochází a stále je třeba pracovat se způsoby komunikace chyby směrem k poškozenému pacientovi, jeho rodině, ale i mezi kolegy vzájemně a v neposlední řadě také s vedením oddělení, kliniky, nemocnice. Sdílením nastalé chyby by měl začít proces záchranných kroků minimalizujících dopad pochybení pro poškozeného, analýzy, zda může dojít k opakování, návrh preventivních opatření a jejich uvedení do praxe. V ideálním případě i identifikace podobných rizikových míst a prevence na principu analogie.

KONTAKT

Mgr. Jana Žmolíková,

klinický psycholog, soukromá psychoterapeutická a koučovací praxe,

Nemocnice Na Homolce

e-mail: jana.zmolikova@email.cz

PharmDr. Jitka Rychlíčková, Ph.D.,

klinický farmaceut

Masarykův onkologický ústav

e-mail: jitka.rychlickova@gmail.com

PREVENCE NÁSILÍ V GERONTOPSYCHIATRII

PEKARA, J.

Abstrakt

Sdělení popisuje diskuzi pacienta, které může být z nejrůznějších důvodů agresivní vůči ošetřujícímu personálu. Diskuze zohledňuje nejen faktory organické, ale zejména empatii a zvládání negativních emocí na straně personálu. Cílem sdělení je prezentovat kontakt s pacientem, kterého můžeme považovat za nemocného (v gerontopsychiatrii) a diskutovat prevenci násilí u takových pacientů. Během stárnutí dochází k fyziologickým změnám, které následně ovlivňují i průběh nemocí či hojení po úrazech. Při znatelné redukci fyziologických rezerv se část seniorů přesouvá do kategorie „křehkých“ (syndrom frailty), nejohroženější jsou ti nad 85 let věku. Neměli bychom současně zapomínat na to, že nestárnou jen pacienti kolem, ale především my s nimi.

Klíčová slova: prevence násilí, gerontopsychiatrie, agresivní pacient, senioři, sebeochrana

ÚVOD

Cílem sdělení je prezentovat kontakt s pacientem, kterého můžeme považovat za nemocného (v gerontopsychiatrii) a diskutovat prevenci násilí u takových pacientů.

Z hlediska gerontopsychiatrie se jedná nejčastěji o pacienty s demencí nebo deliriem. Delirium nasedající na demenci (kód F05.1 dle MKN 10) je častou komplikací v průběhu demence a pravděpodobně souvisí se sníženou nekortikální cholinergní neurotransmisí u různých typů demencí – u Alzheimerovy choroby, demence s Lewyho tělísky i vaskulární demence. V praxi dochází často k souběhu více neuropatologických změn se společnou patofyziologickou změnou – nedostatkem synaptického acetylcholinu v kortexu. V léčbě delirií ve vysokém věku jsou nejčastěji užívána antipsychotika. Teoreticky vhodnější léčbě inhibitory cholinesteráz brání nedostatek informací z kontrolovaných studií, poměrně omezené kazuistické zkušenosti, indikační omezení pro kognitiva i jejich vysoká cena (Moretti et al., 2004).

Střední délka/kvalita života

Podle statistických údajů se za posledních 30 let u nás zvýšila střední délka života (neboli naděje na dožití). Na přelomu 80. a 90. let 20. století byla hodnota tohoto ukazatele pro ženy 75,5 roku a pro muže 68 let, v roce 2017 byla stejná čísla 82,1 a 76,2 roku. Rozdíly mezi ženami a muži jsou zachovány (jsou celosvětově kolem 10 procent ve prospěch žen), ale mužům se naděje na dožití u nás zvyšuje o něco více. Jsou však u nich, na rozdíl od žen, více vyjádřené regionální rozdíly. Zároveň se v populaci setrvale zvyšuje podíl osob nad 65 let, za posledních 15 let o 4,5 procenta na dnešních zhruba 18 procent. Tato data jste určitě již zaslechli, nejčastěji v souvislosti s důchodovou reformou (respektive s její neexistencí), ale obrovské dopady mají tyto trendy i na zdravotnictví a na systém sociálních služeb. Úroveň zdravotnictví má na vyšším věku dožití podíl jenom částečný, odhady hovoří maximálně o 20 procentech. Zbylou většinu tvoří směs zdánlivě různorodých faktorů, od těch, co mohou ovlivnit sami jedinci (strava, pohyb, životní styl, abúzus návykových látek), přes faktory životního prostředí (vodní zdroje, čištění odpadů, stav ovzduší, půdy a dalších přírodních zdrojů) až k ukazatelům ekonomickým (hrubý domácí produkt, úroveň infrastruktury), sociálním (kriminalita) a vojenským (zda je země ve válečném stavu – ano, i dnes je mnoho oblastí dlouhodobě ve válečných konfliktech, i když se to evropskou optikou zdá neuvěřitelné). Cílem snah není pouhé zvýšení střední délky života, ale zejména prodloužení střední délky života ve zdraví. Dříve začínala věková hranice seniorů kolem 60 až 65 roku věku (většinou hranice důchodového věku, podle jednotlivých zemí), nyní hovoříme o „mladých seniorech“ (60/65 až 74 let), „starých seniorech“ (75 až 85) a „nejstarších seniorech“ (85+). Promítnuto do oblasti urgentní medicíny: ošetřujeme dnes stále více pacientů vyššího věku, a to nejen těžce nemocných a polymorbidních, ale i vitální seniory mezi 70 a 80 lety, kteří spadli z koně či na cyklistickém výletě. Do rozhodování (a prognózování) se nám tak dostává pojem biologického věku, který vůbec nemusí (ve smyslu plus i minus) odpovídat tomu, co je psáno v občanském průkazu (Šeblová, 2019).

Současná doporučení pro ošetřování geriatrických pacientů

Skupina pacientů vyššího věku je tedy z hlediska medicíny značně nehomogenní a každou konkrétní situaci je potřeba vyhodnotit individuálně. Při klinickém hodnocení kombinujeme věk, funkční stav konkrétního pacienta, aktuální příznaky a chronické komorbidity. Přítomnost více nemocí a zvažování míry naléhavosti řešení každé jednotlivé nemoci v případě seniorské populace můžeme chápat i jako velkou medicínskou výzvu – určit, co z nemocí pacienta ohrožuje a který abnormální nález je v kontextu jeho zdravotní historie z hlediska akutního

ošetření nevýznamný, vyžaduje velmi dobré znalosti a zkušenosti. Skupina seniorů, kteří vedou plnohodnotný a aktivní život a mají dobré rezervy, v případě náhlého závažného onemocnění či úrazu profituje z intenzivní péče, avšak s vědomím věkových specifik a se zajištěním další kvalitní péče po předání z intenzivní úrovně. Nejčastěji se lékař urgentní medicíny setká s pacientem s více chronickými nemocemi v okamžiku dekompenzace jedné nebo více z nich. Zde k nutnému „know-how“ přistupuje orientace v chronické farmakoterapii, indikacích a kontraindikacích léků včetně jejich interakcí. A poslední skupina nemocných je v terminálním stadiu závažného onemocnění a je u nich indikována paliativní péče; invazivní zásahy a agresivní léčba by pro ně i pro jejich rodiny byla naopak zatěžující. Paliativní péče však neznamená rezignaci na léčbu, ale naopak léčbu symptomů s cílem zajistit pacientovi dle možností komfort, analgezii a v neposlední řadě důstojnost. Během stárnutí dochází k fyziologickým změnám, které následně ovlivňují i průběh nemocí či hojení po úrazech. Při zdatné redukci fyziologických rezerv se část seniorů přesouvá do kategorie „křehkých“ (syndrom frailty), nejohroženější jsou ti nad 85 let věku. Typické příznakové soubory jednotlivých nemocí se stírají a mnoho velmi různých nemocí se manifestuje obecnými symptomy. Za zmateností, slabostí, častými pády či nejobecněji „zhoršením stavu“ se může skrývat cokoli, od sepse přes kardiální selhání po akutní infarkt, bolest či chronický subdurální hematom. Zmatenost se často zamění za demenci či se pacient přesune do sféry psychiatrické léčby, aniž by se diagnostikovala somatická příčina náhle vzniklého deliria. Navíc péče musí být skutečně komplexní, má tedy zahrnovat i psychické potřeby a sociální aspekty. Nezastupitelná je i ošetrovatelská péče (nutrice, hydratace a hygiena), a to od samého počátku. Napadlo vás někdy, že projevy zmatenosti můžete snadno odstranit tím, že seniorovi přinesete jeho brýle nebo naslouchátko? Navíc podobný léčebný zásah nic nestojí ani nemá nežádoucí vedlejší účinky (Šeblová, Knor, 2018).

Zdroje:

MORETTI, R., P. TORRE, R.M. ANTONELLO, T. CATTARUZZA and G. CAZZATO, 2004. Cholinesterase inhibition as a possible therapy for delirium in vascular dementia: a controlled, open 24-month study of 246 patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, **19**(6), 333–339.

ŠEBLOVÁ, J., 2019. Stárneme – my i naši pacienti [online]. *Medical tribune*, 3/2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44340-starneme-my-i-nasi-pacienti>.

ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR, 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Grada: Praha, ISBN 978-80271-0596-0.

KONTAKT

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

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

e-mail: pekara@vszdrav.cz

VÝZNAM KOMUNIKÁCIE PRI LIEČBE SENIOROV

MAZALÁNOVÁ, A., KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V.

Abstrakt

Správne vedená terapeutická komunikácia uľahčuje pacientovi negatívne prežívanie a emócie. Vníma, že je niekto v jeho blízkosti a rozumie jeho potrebám. Snahou v posledných rokoch, je čo najkvalitnejší život pacienta pri liečbe a práve s tým úzko súvisí terapeutická komunikácia. Je to cieľom lekárov, všeobecných sestier a iných zdravotníckych pracovníkov a tiež ďalších odborníkov pracujúcich v zdravotníctve. Je potrebné si uvedomiť, že všeobecná sestra svojím správaním, ale hlavne komunikáciou zásadne ovplyvňuje pohľad pacienta na jeho súčasný stav, na vnímanie ochorenia a nežiadúcich príznakov sprevádzajúcich ochorenie. Svojím správaním ovplyvňuje i celkový dojem zo zdravotníckeho zariadenia. Má zodpovednosť za to, aby sa pacient cítil po psychickej stránke čo najlepšie, ako je to možné. K tomu všetkému slúži práve terapeutická komunikácia.

Kľúčové slová: emócie, liečba, správanie, vnímanie ochorenia, terapeutická komunikácia

ÚVOD

Správne vedená terapeutická komunikácia uľahčuje pacientovi negatívne prežívanie a emócie adekvátne spracovať. Vníma, že je niekto v jeho blízkosti, rozumie jeho potrebám. Diagnostika, liečba, rehabilitácia, ako aj ostatné aspekty starostlivosti o človeka majú svoje špecifiká v porovnaní s podobnými oblasťami stredného veku. Dopad veku a stárnutia na medicínsku starostlivosť je jednoznačný a vyžaduje si významnú zmenu v prístupe k staršiemu človeku. Snahou v posledných rokoch jeho života je čo najkvalitnejší život pacienta pri liečbe a práve s tým úzko súvisí terapeutická komunikácia.

V súčasnosti sme svedkami stárnutia populácie v rozvinutých a rozvojových krajinách a populačná štatistika registruje sústavný nárast percenta osôb starších ako 75 rokov (Mikeš, 2004). Cieľom je preto zachovanie sebestačnosti a primeranej kvality života čo najdlhšie.

Znižujú sa tak výdaje na liečbu a ošetrovanie starších osôb. To je cieľom lekárov, všeobecných sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov a ďalších zdravotníckych odborníkov.

Komplexné geriatrické hodnotenie pacienta je v tomto kontexte neodmysliteľnou súčasťou. Ide o diagnostický proces zameraný na stanovenie zdravotných, funkčných a psychosociálnych schopností a problémov seniorov s cieľom vypracovať celkový plán pre liečenie a dlhodobé sledovanie, vychádza zo štandardného klinického vyšetrenia a diagnostiky (Kalvach, Rychlý 2004). Predstaviteľom konceptu komplexu geriatrického hodnotenia Rubenstein (1995) zhrňuje, že pri používaní komplexného geriatrického hodnotenia, geriatrickí pacienti majú stanovenú presnejšiu a komplexnejšiu diagnózu, dostávajú primeranejšiu starostlivosť s lepšími výstupmi. Optimálne je dôsledné vytváranie multidisciplinárnych geriatrických tímov. Ide o odborníkov predovšetkým v ošetrovatelstve, ergoterapii, fyzioterapii, sociálnej práci s integrovaním ich poznatkov v procese označovanom ako multioborovosť, ktorá zaisťuje väčšiu kvalitu v hodnotení a efektívnejšom využití času a vedomostí jednotlivých odborností v geriatrickej praxi.

Terapeutická komunikácia a senior

Dopad toho, ako lekár, všeobecná sestra, psychológ alebo psychoterapeut komunikujú s pacientom je veľmi ďalekosiahly. Odborník môže svoju komunikáciu podstatne ovplyvniť a zmeniť psychické zdravie a celkovú pacientovu pohodu, čo súčasne pôsobí a ovplyvňuje zdravie. Zároveň, ale môžeme nesprávnou terapeutickou komunikáciou psychické a telesné zdravie zhoršiť alebo poškodiť (Vybíral, 2005). Mnohým pacientom poskytuje nemocnica na určitý čas významnú sociálnu úlohu. Jedná sa hlavne o pacientov dlhodobo alebo opakovane hospitalizovaných. Pacienti si často vytvoria úzký vzťah ku zdravotníckemu personálu a pacient dôverne hovorí o svojich starostiach a trápeniach. Pacient pri terapeutickej komunikácii zisťuje, že problémy je možné riešiť a cíti podporu zo strany zdravotníckeho personálu. Terapeutická komunikácia mu umožňuje vytvorenie možnosti vypočúť názory niekoho druhého (Bláha, Staňková 2003). K významnému zlepšeniu terapeutickej komunikácie môže prispieť zaistenie vhodného prostredia ku komunikácii. To je niekedy v zdravotníckych zariadeniach veľmi problematické. Pacient musí cítiť, že jeho slova sú určené len jemu. Niekedy nie je možné zaistiť odelené miestnosti, ale i napriek tomu je potrebné, zabezpečiť pacientovi čo najväčšie súkromie. Pacientovi tým dávame možnosť naplno sa otvoriť a otvorene hovoriť o svojich problémoch (Lemon, 1996).

Verbálna terapeutická komunikácia

V terapeutickvej verbálnej komunikácii je dôležitá efektívnosť. Dôležité prvky sú rýchlosť reči, pauza, hlasitosť, výška hlasu, dĺžka prejavu, intonácia. Rýchlosť reči sa odvíja od poznania problému, ale tiež od schopnosti pacienta prijať informáciu. V terapeutickvej komunikácii je dôležité určiť hlasitosť, lebo prílišná hlasitosť je rušivým faktorom. Pauza v komunikácii môže byť z rôznych príčin, pre potrebu pacienta, ale i pre potrebu sestry. Výška hlasu býva obrazom emócií. Emócie, negatívne i pozitívne sa prejavujú na výške hlasu (Venglářová, Mahrová, 2006).

Prvky verbálnej terapeutickvej komunikacie

Geriatrickí pacienti sú veľmi vnímaví na akúkoľvek zmenu v komunikácii, preto používajú slová ktorými sa môžu zveriť. Správna terapeutická komunikácia vyžaduje hlavne aktívne počúvanie a primerané reagovanie na slová pacienta. Komunikácia s pacientom je špecifická a rozdielna. Pravidla komunikácie sú slušnosť, rešpekt k pacientovmu súkromiu, komfort, dôstojnosť, rešpekt k pacientovi ako k jedinečnej ľudskej bytosti, pozitívne správanie, nenútiť pacienta do komunikácie pokiaľ to on sám odmieta, je potrebné zvoliť vhodnú formu komunikácie, podporovať pacienta v komunikácii, sledovať jeho verbálny a neverbálny prejav v správaní (Špaténková, Králová, 2009).

Aktivné počúvanie

Aktivne počúvanie patrí medzi najdôležitejšie prvky verbálnej terapeutickvej komunikácie. Aktivným poslucháčom je človek, ktorý dokáže vnímať informácie a myšlienky a pritom je stále schopný držať sa témy. Stále dávame najavo pacientovi, že ho počúvame a vnímame. (Mikuláščík, 2003, s. 101). Účelom aktivného počúvania je overenie toho, čo pacient povedal a vybranie najdôležitejších momentov v rozhovore, ktoré následne spojí preto, aby sme správne zhodnotili a určili pacientov problém. Táto spätná väzba umožňuje v prípade nedorozumenia objasniť situáciu (DeVito, 2001).

Aktivne počúvanie má svoje techniky, napríklad povzbudenie, ktoré vyjadruje záujem o pacienta a podporuje v pokračovaní rozhovoru. Existuje tiež možnosť povzbudenie otvorenými otázkami. Objasnenie pomáha získávať informácie a hľadá súvislosti. Zrkadlením vyjadruje podporu a pochopenie pocitov pacienta. Označenie pocitov druhých prináša zväčša úľavu. Parafrázovanie dokazuje, že s pacientom súcitíme, a že mu rozumieme. Zopakujeme informácie vlastnými slovami, čím dokážeme pacientovi svoju pozornosť. Zhrnutie zahŕňa opakovanie a ucelenie dôležitých informácií. Ocenenie musí byť vierohodné z pohľadu počúvajúcého (Lauková, 2016).

Neverbálna terapeutická komunikácia

Ide o komunikáciu bez slov. Neverbálna komunikácia priamo sprevádza komunikáciu verbálnu, alebo ju niekedy priamo nahrádza. Neverbálne prejavy obvykle nebývajú tak ľahko ovplyvniteľné, preto je dôležité profesionálne správanie pri terapeutickú komunikáciu. U neprofesionálov neverbálne vyjadrenie prebieha na nevedomej úrovni (Mikuláščík, 2003). Neverbálne správy dávajú informácie o vnútorných pocitoch a prežívaných emóciách. Neverbálne prejavy nemôžeme jednoducho vyjadriť slovne (Pokorná, 2010). Pri terapeutickú komunikáciu sú neverbálne prvky často dôležitejšie ako prvky verbálne, keďže vzbudzujú väčšiu dôveru, pocit väčšieho pochopenia a empatie. Veľký význam pre pacientov má tvárová mimika a mimika hlavy, následne sú pohyby rúk a nakoniec pohyby a pozícia nôh (Mikuláščík, 2003). Dôležité je, aby zdravotnícky personál vedel rozlíšiť neverbálnu komunikáciu zo strany pacienta, a to prejavy strachu, úzkosti a obáv. Pred získaním dôvery u pacienta nám práve neverbálne prejavy, môžu určiť hlavné problémy u pacienta. Za neverbálnu terapeutickú komunikáciu je možné označiť i umenie mlčať. Mlčanie v komunikácii pôsobí väčšinou nepríjemne, ale za určitých podmienok je vhodné a zároveň môže veľmi pomôcť. Pre všeobecnú sestru by mlčanie malo znamenať jednu z základných komunikačných techník (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Prvky neverbálnej terapeutickú komunikácie majú mnoho častí a odvetví. Znamenajú nielen prejavy tela, ale aj potrebu sa vedieť orientovať, poznávať a hľadať určité zhody. Znamená to schopnosť človeka pôsobiť na druhých či už pozitívne, alebo negatívne (Tegze, 2003). Špecifickým prvkom je vzhľad zvonjšku, kedy sestrská uniforma znamená určitú pozíciu a rolu. Pri nevhodnej úprave dôjde k pochybám zo strany pacienta a k získaniu nedôvery. Pacienti si všímajú viac to, čo sestra robí ako sa mimicky vyjadruje než to, čo hovorí (Špatenkova, Králová, 2009). Neverbálna komunikácia zahŕňa mimiku, gestiku, haptiku, kineziku, proxemiku, posturologiu.

Empatia a asertivita ako súčasť terapeutickú komunikácie

Tieto dve schopnosti tvoria predpoklad správnej terapeutickú komunikácie. Navzájom sa doplňajú a ovplyvňujú. Je k tomu však potreba veľkej dávky sebareflexie a schopnosť ovládnuť sa. Sebareflexia je schopnosť uvedomiť si svoju vlastnú hodnotu, a úmením je vnímať sa pozitívne a cítiť sa spokojne. Je to dôležité najmä preto, aby sme sa mohli vcítiť do druhého človeka, chápať ho a dokázať mu pomôcť. Jedná sa o schopnosť vnímať právo na vlastnú existenciu v dôležitej miere, ako vnímame u druhých (Havlík, Vurm, 2004).

Empatia

Empatia čiže pocit vcítania sa, pomáha k lepšiemu pochopeniu pacientovej situácie a vnútorných pocitov. Pomáha všeobecnej sestre, ale i iným zdravotníckym pracovníkom k naviazaniu dôvery, k lepšiemu porozumeniu pacientovým potrebám a motíváciám. Empatia je dôležitá pre kvalitnú terapeutickú komunikáciu (Quisová, 2009). Jedným z nejdôležitejších pravidiel pre schopnosť vcítania sa, je aktívne počúvanie a rešpektovanie druhého. Tím, že opakujeme, čo sme počuli, dokazujeme pacientovi, že o neho prejavujeme záujem. Tiež tým môžeme eliminovať vzniknuté nedorozumenia (Prekop, 2004). Pomocou empatie môžeme odhadnúť, ako sa pacient cíti a môžeme na danú situáciu reagovať, tým že zvolíme vhodný spôsob komunikácie a správne načasovanie. Terapeutická komunikácia zväčša znamená veľkú psychickú záťaž pre samotný zdravotnícky personál, keďže musí disponovať schopnosťou úplne ovládnuť vlastné myšlienky a pocity, to je však najťažšie pri osobných problémoch zdravotníkov. „Každé ochorenie pôsobí na človeka nepriaznivo a ovplyvňuje jeho správanie a reakcie, emočné prejavy a prípadne i niektoré črty osobnosti. Človek býva náladový, mrzutý, plačlivý, prejavujú sa poruchy spánku, nepokoj. Dôležitú rolu hrajú predchádzajúce neprijemné zdravotné problémy, ale tiež osobnosť zdravotníckeho pracovníka.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 29). S empatiou súvisia i emočné prežitky, ktoré sprevádzajú akékoľvek verbálne správy. Nedá sa o nich pochybovať a niekedy prezradia i to, čo si pacient nepraje prezradiť. Pomocou empatie sme schopní rozoznať pravé pocity pacienta. Emočné prežívanie je rovnako reálne ako fyzické prejavy problémov (Tegze, 2003).

Asertivita

Asertivita ponúka možnosť strategického konania v každej situácii. Význam tohoto slova chápe nesprávne mnoho ľudí. Pre zdravotnícky personál je pojem asertivita samozrejmosťou. Môžeme ju označiť ako úplný opak manipulácie. Toto konanie nie je ani pasívne ani agresívne. Nachádza sa presne v strede pasivity a agresivity (Janáčková, 2009). Človek, ktorý koná asertívne, vie jasne a dokonale vyjadriť o čo mu ide, aký má postoj k danej situácii a ako vzniknutú situáciu prežíva a má primerané sebedomie. Asertivita preferuje nemanipulatívne správanie, umožňuje rozvíjať zdravé sebedomie, upevňuje medziľudské vzťahy, vytvára atmosféru pre spoluprácu. Umožňuje predchádzať konfliktom a zvyšuje zodpovednosť za vlastné správanie. Asertívny človek vie konať pokojne a uvoľnene, nepoužíva k vyjadrovaniu nadmerné emócie. Toto správanie je dôležité pre všeobecné sestry, ktoré používajú terapeutickú komunikáciu, keďže im umožňuje načúvanie a možnosť empatického správania (Havlík, Vurm, 2004). Asertivita je spôsob ako povedať nie tak aby sme neublížili,

alebo neurazili toho druhého. Umenie povedať áno či nie, je pre sestry niekedy ťažké, keďže sa vždy snaží pacientovi splniť jeho všetky očakávania. Priateľný kompromis je v asertivite základná technika. Pri asertívnych technikách je potrebné uplatnenie asertívneho konania, ktoré je neoddeliteľnou súčasťou terapeutickkej komunikácie.

Záver

Terapeutická komunikácia sa v podstate odohráva pri každom kontakte s pacientom, a to formou rozhovoru. Všeobecná sestra poskytuje pacientovi nie len podporu a pomoc pri zhoršení stavu, alebo pri ťažkých rozhodovaniach, ale aj pri reagovaní na nepríjemné, alebo veľmi závažné informácie. Dôvodom pre použitie terapeutickkej komunikácie je zvýšenie účinnosti ostatných liečebných prístupov a zmiernenie vedľajších prejavov ochorení a liečby (Venglářová, Mahrová, 2006).

Cieľom modernej terapie je liečiť nielen telo ale i dušu. Dôležité je okolie pacienta, prostredie, v ktorom žije, vzťahy s okolím, ale v neposlednej rade i vzťahy so zdravotníkmi pracovníkmi. Psychika každého pacienta je individuálna, a preto je nutné pristupovať ku každému pacientovi individuálne. Pri podaní terapie musí byť geriatrický pacient poučený o postupoch liečby, ale i napriek tomu dochádza k negatívnym psychickým reakciám na liečbu, tieto reakcie u pacienta sú pochopiteľné.

Pri terapeutickkej komunikácii pri liečbe je nutné, aby všeobecná sestra preukázala dostatok empatie a porozumenia. Tým, že nebránime prežívaniu pacientových emócií, dokážeme najst' pravý problém, ktorý pacient nie je schopný vyjadriť verbálne (Vymětal, 2009).

Zdroje:

DeVITO, J. A., 2001. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-988-8.

HAVLÍK, J. a V. VURM, 2004. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-725-5.

JANÁČKOVÁ, L. 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2479-9.

KALVACH, Z. a kol., 2004. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

LAUKOVÁ, P., 2014. *Edukácia seniorov - prevencia patologických prejavov starnutia, obmedzení staroby = Seniors education - prevention of pathological symptoms of aging and limitations of aging*. In: Význam a rola osobnosti v rozvoji humanitných vied. - Trenčín : Trenčianska univerzita A. Dubčeka, 2014. - S. 70-80. - ISBN 978-80-8075-638-3

LAUKOVÁ, P., 2016. *Komunikácia vo vzdelávaní dospelých [elektronický zdroj]*. - 1. vyd. Bratislava: STIMUL. - 100 s. [online]. ISBN 978-80-8127-169-4

MARGARET, A. et al. 1997. *Lemon 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-238-8.

MIKULÁŠTÍK, M. 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0650-4.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

PREKOP, J. 2004. *Empatie, vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0672-5.

QUISOVÁ, S. 2009. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik. ISBN 978-80-7248-551-2.

ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace, komunikace nejen pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

TEGZE, O., 2003. *Neverbální komunikace*. 1. vyd. Praha: Computer Press. ISBN 80-7226-429-X.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

KONTAKT

Mgr. Veronika Kitová Mazalánova, PhD.

Filozofická fakulta UK, Katedra pedagogiky a andragogiky

Gondová 2, 814 99 Bratislava

e-mail: veronika.mazalanova@uniba.sk

doc. PhDr Anna Mazalánová, PhD. MPH.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: annamazalanova@gmail.com

OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA – PŘÍPADOVÁ STUDIE (CASE STUDY)

MARKOVÁ E., HLINOVSKÁ J.

ÚVOD

Kazuistika, případová studie (case study) intenzivně a systematicky zkoumá jeden případ – jednu situaci, jeden problém, jednu osobu, ale i skupinu lidí, komunitu nebo jiné jednotky (Olecká, Ivanovová, 2010; Heale, Twycross, 2018) a získaná zkoumá data týkající se několika proměnných do větší hloubky (Woods, Calanzaro, 1980). Prostřednictvím případových studií se zkoumají složité jevy v přirozeném prostředí, abychom jim lépe porozuměli (Heale, Twycross, 2018) Případová studie se využívá zejména v sociálních a biologických vědách. (Heale, Twycross, 2018, s. 7) Sandelowski (1996) navrhl, že použití případových studií v ošetrovatelském výzkumu umožní, zkoumat holistickou povahu ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: ošetrovatelská kazuistika, případová studie, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelské postupy

Bakalářská práce kazuistického typu je případovou studií, u které se předpokládá, že „student provede komplexní rozbor a popis odborně zajímavého, poučného nebo precedentního případu jednotlivce, který je využitelný pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi“. (Němcová a kol., 2018, s. 29)

Vybíráme a popisujeme pacienta se zajímavým životním příběhem, unikátními klinickými příznaky, pacienta, který reagoval atypicky na léčbu, neobvyklý nebo vzácný případ v klinické praxi či běžné případy s náhlým obratem, pacienta s neobvyklou komorbiditou, prezentujeme méně časté ošetrovatelské problémy nebo originální ošetrovatelské intervence, odpověď pacienta na nový typ diagnostických metod či léčby, neobvyklé prostředí léčebné a ošetrovatelské péče, ale též interakce pacienta a sestry. V klinické praxi najdeme několik podobných případů, které je třeba zvážit, neboť mají jedinečné vlastnosti. V tomto případě bude

hodnocení několika podobných případů lépe odpovídat na výzkumnou otázku, než bude-li zkoumán pouze jeden případ. Zkoumáme tedy, co je podobné a odlišné.

Data sbíráme v procesu poskytování ošetrovatelské péče. Sběr dat musí být konzistentní, důkladný a detailní. Sběrem kvalitativních nebo kvantitativních datových souborů o zkoumaném fenoménu získá výzkumník hlubší vhled, než by získal pomocí jediného typu dat. Přestože lze pro získávání a analýzu klinických dat využít kvantitativních i kvalitativních technik, v zásadě jde v případě kazuistické práce vždy o kvalitativní výzkumný design, neboť vybraný fenomén je zkoumán do hloubky, v širokém kontextu a v jeho skutečném prostředí. (podrobněji viz také Miovský, 2006)

Kazuistická práce dodržuje logiku a strukturu společnou všem odborným textům: má jasně vymezený cíl, využívá přesně formulovaných metodologických postupů a přináší nové poznatky. Autorský přínos, který se od kazuistické práce očekává, spočívá v aplikaci teoretických poznatků na vlastní případový materiál, v demonstraci vybraného fenoménu v kontextu soudobého poznání. Primárním cílem psaní kazuistické práce je prokázat autorův vhled do problematiky a jeho schopnost klinického úsudku, nicméně důsledné porozumění zkoumanému může být přínosné i pro čtenáře. (Mioviský, 2006)

Kazuistická práce obsahuje teoretická východiska a samotnou kazuistiku (kazuistiky). Teoretická část se zabývá obšírněji tématy, která jsou klíčová vzhledem ke stanovenému cíli a konkrétnímu případu. Obsahem by mělo být shrnutí současného stavu poznání (např. definice a charakteristika onemocnění/poruchy, známá etiologie, komorbidita a epidemiologie, popis standardně používaných diagnostických metod, klinické symptomy, standardně používané terapeutické postupy, popis známých komplikací a prognózy, specifika ošetrovatelské péče, předoperační péče, pooperační péče, ošetrovatelský proces, ošetrovatelské modely). Teoretická část logicky směřuje k formulaci konkrétních cílů a výběru případu.

Případová studie/kazuistika

Struktura kazuistiky je závislá na stanoveném cíli a konkrétním případě, ale obecně by měla zahrnout následující:

1. Stanovení cíle – stručná, jasná a konkrétní formulace.

Obecným cílem kazuistických studií je popsat a porozumět individualitě v procesu, v souvislostech a ve skutečném prostředí (Mioviský, 2006). Vlastní, konkrétní cíle lze pak formulovat z hlediska úrovně typičnosti případu (typický či atypický), z hlediska předmětu, tedy toho, co je za případ považováno (osoba/pacient/klient, skupina/pár/rodina, ošetrovací

jednotka/služba/instituce...), a z hlediska toho, na jaký klinický fenomén je práce primárně zaměřena (ošetřovatelské problémy, ošetřovatelské postupy, edukace, podpora zdraví...).

Příklad cíle bakalářské práce:

Cílem bakalářské práce je popis a analýza případu pacienta s diabetem mellitem II. typu hospitalizovaného na standardní interní ošetrovací jednotce s chronickou komplikací – syndromem diabetické nohy komplikace neuropatie a mikroangiopatie.

Příklad cíle teoretické části bakalářské práce:

Cílem teoretické části bakalářské práce je zmapování aktuální medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky pacientů s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na chronické komplikace na základě rešeršní strategie.

Příklad cíle praktické části bakalářské práce:

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat a zhodnotit specifika ošetrovatelské péče u 70letého pacienta s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na péči o diabetickou nohu se suchou gangrénou 4. stupně (podle Wagnerovy klasifikace) na palci pravé nohy.

Příklad výstupu bakalářské práce:

Výstupem bakalářské práce je inovativní doporučení pro praxi (např. edukační materiál, standard péče, vzdělávací akce atd.) vyplývající z analýzy teoretických východisek a ošetrovatelského procesu.

2. Výběr případu – zdůvodnění konkrétního výběru a jeho detailní popis.

Uvádí se stručné základní údaje o subjektu kazuistiky (odpovídá popisu výzkumného souboru) jako je věk pacienta, lékařská diagnóza, ošetrovací jednotka, na které je hospitalizován. Nezmiňujeme se o pacientovi jinými slovy než pacient, pacientka, novorozenec, kojeneček, dítě apod. Zmínka o barvě kůže nebo etnickém původu by se měla objevit pouze v případě, že jsou důležité pro diskuzi. Lze zmínit setkání studenta s pacientem, jeho vstup do léčby.

3. Etická klausule – prohlášení o zachování anonymity pacienta a jeho osobních údajů.

V kazuistice uvádíme, že byla zachována anonymita pacienta a jeho osobních údajů (tj. informace o fyzické osobě, díky kterým ji lze přímo či nepřímo identifikovat, např. jméno, identifikační číslo, lokační údaje, síťový identifikátor, zvláštní prvek fyzické, fyziologické, genetické, psychické, ekonomické, kulturní nebo společenské identity), údajů o zdravotním stavu (týká se veškerých údajů souvisejících se zdravotním stavem, vypovídajících o minulém, současném či dokonce budoucím tělesném nebo duševním zdraví, dále informace shromážděné

v průběhu registrace, číslo přiřazené za účelem jedinečné identifikace pro zdravotnické účely, dále informace získané během provádění testů nebo vyšetřování části těla nebo tělesných látek a jakékoliv informace např. o nemoci, postižení, riziku onemocnění, anamnéze, klinické léčbě nebo fyziologickém či biomedicínském stavu bez ohledu na to, zda pocházejí např. od lékaře nebo jiného zdravotníka, z nemocnice, ze zdravotnického prostředí či diagnostických testů) a dodržení dalších etických principů. Česká republika má od 24. 4. 2019 nová platná pravidla pro oblast ochrany soukromí. Vyhlášením ve Sbírce zákonů nabyt účinnosti zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Zákon navazuje na obecné nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR), které platí automaticky. (Česká republika, 2019) Časová data a identifikační údaje pacienta v bakalářské práci anonymizujeme z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů (Němcová a kol., 2018).

4. Použité metody – popis a zdůvodnění metod získávání dat/informací/údajů.

Popisujeme použité metody, např. ošetrovatelský proces (posouzení, ošetrovatelská diagnóza, plánování, realizace a hodnocení), koncepční model, použitou taxonomii, klinická vyšetření, rozhovor, pozorování, testové metody (ošetrovatelské měřící techniky), analýzu zdravotnických/ošetrovatelských záznamů. Uvádíme zdroje informací ke zpracování údajů o pacientovi (např. pacient, rodina, příbuzní, známí, zdravotnická dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, zdravotnický personál). Dále popis skutečného průběhu realizace ošetrovatelské péče včetně takových aspektů, jako je časové rozpětí popisované ošetrovatelské péče (od – do, tj. X dnů/týdnů/měsíců).

5. Podrobná charakteristika subjektu kazuistiky – pacient a problém – základní údaje o pacientovi.

Popíšeme, kdo je pacient, jeho pohlaví, věk, vzdělání apod. Pokud pacient absolvoval více předchozích hospitalizací, popíšeme kdy, jejich stručně průběhy a podstatné informace z ošetrovatelského pohledu vztahující se k předchozím hospitalizacím. Uvedeme hlavní pacientovy potíže (tj. důvod přijetí udávaný pacientem). Základní údaje o pacientovi lze uvést v tabulce pro lepší přehlednost.

Dále uvádíme lékařskou anamnézu, plánovaná či realizovaná vyšetření (záznam vitálních funkcí) při příjmu pacienta, dosavadní farmakoterapii a diagnostický závěr (hlavní a vedlejší lékařské diagnózy). Na závěr této části vysvětlíme, v čem tkví problém (jak je on/ona diagnostikován/a, nebo co se stalo...). Dále uvedeme svůj hlavní argument, na co by se sestra měla zaměřit, co by měla dělat.

6. Posouzení zdravotního stavu pacienta – 1. fáze ošetrovatelského procesu.

Uvádíme časový údaj, kdy bylo posouzení provedeno. Ke sběru dat o pacientovi můžeme použít konkrétní koncepční model, domény dle NANDA I Taxonomie II či tzv. obecnou dokumentaci (aktivity všedního dne, posouzení psychického a sociálního stavu). Uvádíme pacientovo subjektivní vnímání zdravotního stavu či životní situace a objektivní posouzení sestrou s využitím ošetrovatelských měřících technik, stanovíme ošetrovatelský problém. Popíšeme fyzikální vyšetření provedené lékařem (pokud nebylo provedeno sestrou) a medicínský management: fyziologické funkce (přehledná tabulka), laboratorní vyšetření a jejich výsledky (přehledná tabulka), diagnostická vyšetření a jejich výsledky (přehledná tabulka) dále invazivní vstupy, dieta, výživa, pohybový režim, režimová opatření, fyzioterapie, farmakoterapie (přehledná tabulka), chirurgická léčba. Měli bychom okomentovat hodnoty fyziologických funkcí a laboratorní výsledky ve smyslu fyziologických a patologických hodnot, zdůvodnit výběr dietních opatření, výživu pacienta, pohybový režim a režimová opatření, potřebu rehabilitace, u farmakoterapie uvést název léčivého přípravku včetně formy podání, množství léčivé látky, dávkování a lékovou skupinu.

6. Situační analýza – komplexní analýza zachycující všechny podstatné informace a faktory (vnitřní i vnější), které ovlivňují aktuální i budoucí zdravotní stav pacienta.

Sestra musí nejprve důkladně poznat pacientův aktuální zdravotní stav a vzít v potaz informace z lékařské anamnézy a medicínského managementu včetně farmakoterapie, fyzikálního vyšetření, ošetrovatelské anamnézy, aby rozhodování o ošetrovatelské péči nebylo založeno pouze na dojmech a dohadách. V části posouzení potřeb je třeba upřesnit změny před hospitalizací, v průběhu, popřípadě po hospitalizaci. Zhodnotit potenciál pacienta, rodiny či komunity. Jedná se o možnosti, schopnosti, které mohou být důležité pro další péči. V situační analýze se musí objevit souhrn identifikovaných ošetrovatelských problémů. Provedeme tedy analýzu získaných údajů a stanovíme existující i potenciální problémy, které vytvoří základ ošetrovatelského plánu péče. Podstatou situační analýzy je identifikace, analýza a hodnocení všech relevantních faktorů, o nichž lze předpokládat, že budou mít vliv na konečnou volbu cílů ošetrovatelské péče.

Příklad shrnutí analyzovaných údajů:

Analyzovali jsme všechny získané informace a určili odlišnosti zdravotního stavu od normy, které indikovaly problém nebo riziko rozvoje dalších zdravotních problémů. Zjištěné odlišnosti nebo rizika shrnujeme do problémových okruhů:

Příklad ošetrovatelských problémů:

- defekt na palci pravé nohy, suchá gangréna 4. stupně (podle Wagnerovy klasifikace) velikosti 2 x 1,5 cm, hloubky 1 cm, dva měsíce se nehojící
- chronické onemocnění (diabetes mellitus 6 let)
- o defekt pacient pečuje sám, pomůcek má dostatek, cítí se plně informovaný v oblasti péče o ránu
- pacient nepoužívá doporučenou zdravotní obuv, převážně chodí v pantoflích, na podiatrii se zapomněl objednat přes opakované doporučení lékaře diabetologa
- BMI (Body mass index) 32 – obezita 1. stupně, během posledního roku se jeho tělesná hmotnost zvýšila o 5 kg
- pacient preferuje sedavý způsob života, jeho fyzická aktivita během dne je minimální, na procházky nechodí, necvičí
- diabetickou dietu č. 9, dodržuje pouze někdy, běžné porce mu nestačí, často si je zvyšuje z důvodu hladu, což nepovažuje za škodlivé
- periferní žilní kanyla (20 G, růžová) zavedená 1. den do předloktí pravé horní končetiny (véna radialis)

7. Ošetrovatelská diagnostika – 2. fáze ošetrovatelského procesu.

Na základě získaných informací a ošetrovatelských problémů stanovíme ošetrovatelské diagnózy aktuální a rizikové podle aktuální verze NANDA I Taxonomie II a uvedeme je v přehledném soupisu. Zdůvodníme, které ošetrovatelské diagnózy dále rozpracováváme.

Příklad aktuálních ošetrovatelských diagnóz:

Doména 11: Bezpečnost ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

00044 Narušená integrita tkáně

Definice

Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a /nebo vazů. (Herdman, Kamitsuru, 2015)

Související faktory

zhoršená perfuze
mechanické faktory
periferní neuropatie

Určující znaky

poškozená tkáň
zničená tkáň

Priorita: střední

Doména 2: Výživa,

Třída 1. Příjem potravy

00232 Obezita

Definice

Stav, při kterém se u člověka hromadí abnormální nebo nadměrný tuk vzhledem k jeho věku a pohlaví, který překračuje úroveň nadváhy. (Herdman, Kamitsuru, 2015)

Související faktory

průměrná denní fyzická aktivita je nižší než doporučená pro dané pohlaví a věk
větší porce, než je doporučeno

Určující znaky

dospělí BMI >30kg/m²

Priorita: střední

Příklad rizikové ošetřovatelské diagnózy:

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

00004 Riziko infekce

Definice

Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.
(Herdman, Kamitsuru, 2015)

Rizikové faktory

chronické onemocnění (diabetes mellitus)
invazivní postup (PŽK)
obezita

Priorita: nízká

8. Plánování, realizace a zhodnocení ošetrovatelské péče – 3., 4. a 5. fáze ošetrovatelského procesu.

U ošetrovatelské diagnózy uvedeme její název, doménu, třídu, definici (dle aktuální verze NANDA I Taxonomie II), určující znaky, související faktory, rizikové faktory u potenciální ošetrovatelské diagnózy, prioritu (vysoká, střední, nízká), cíle (reálné, jasné, srozumitelné, měřitelné) – krátkodobý (příští hodiny, dny) a dlouhodobý (se vztahuje ke konci hospitalizace nebo směrem do domácí péče), očekávané výsledky (časový horizont), plán ošetrovatelských intervencí (delegování intervence na člena ošetrovatelského týmu, časový horizont), popis realizace ošetrovatelské péče (lze rozepsat po hodinách, popsat systém ošetrovatelské péče), hodnocení realizované péče (splnění/nesplnění očekávaných výsledků, krátkodobých a dlouhodobých cílů, nástroje hodnocení, souhrn přetrvávajících intervencí, revize plánu péče). Průběh ošetrovatelské péče by měl být popsán chronologicky a logicky. Fáze vyhodnocení zahrnuje revizi pacientova plánu ošetrovatelské péče a následně jeho modifikaci, pokud nebyl plán péče účinný k vyřešení pacientova problému.

Faktory, které mohou působit na stanovení priority: urgentnost zdravotního stavu, pacientova individuální hodnota (definice) zdraví, pacientovy priority, prostředky dostupné sestře a pacientovi, čas potřebný pro ošetrovatelské postupy, plán lékařské léčebné péče.

V rámci své profese sestry při poskytování ošetrovatelské péče poskytují nezávislou (autonomní), závislou (komplementární) a interoperabilní činnost.

9. Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče – plní funkci diskuse.

Diskuse je stejně jako v případě ostatních typů bakalářských prací klíčovou součástí kazuistické práce. Autor se v ní může kromě obligátního propojení teorie ošetrovatelství s praxí také zamyslet nad účinností ošetrovatelské péče, která pacientovi byla poskytnuta dle individualizovaného plánu, zda bylo dosaženo cílů a očekávaných výsledků, nad alternativními možnostmi ošetrovatelské péče (např. popsat možné intervence, které nebyly realizovány, ale bylo by dobré, kdyby v určité fázi realizovány byly...), nad bezpečností (bezpečná identifikace pacientů, používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, prevence záměny pacienta, prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů, optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacientů) a nad etickými otázkami a širšími souvislostmi (kvalita života vs. léčba) apod. Jedná se o významný aspekt ošetrovatelského procesu a kazuistiky vůbec. Uvádíme

informace z literatury, které podporují naše závěry. Konzultujeme odborné otázky o řešení problémů, které jsou důležité pro zajištění kvalitní a bezpečné péče.

10. Doporučení pro praxi – vyplývají z kazuistiky pro pacienty ke zlepšení zdraví a zotavení, všeobecné sestry, blízké osoby apod.

11. Závěr – konstatujeme splnění stanovených cílů bakalářské práce (včetně cílů teoretické a praktické části práce).

Uvádíme výsledky realizovaných ošetrovatelských intervencí. Stručně shrneme a zhodnotíme průběh ošetrovatelské péče, příp. uvedeme katamnézu, je-li autorovi známa.

Do příloh kasuistické práce je možno zařadit cokoliv, co vhodně ilustruje subjekt či téma, např. anamnestický dotazník, ošetrovatelská dokumentace konkrétního pracoviště, výsledky vyšetřovacích metod, ošetrovatelské měřicí techniky, ukázky rozhovoru, časová osa případu, fotodokumentace.

ZÁVĚR

Zkoumání jednoho případu výzkumníkovi umožňuje hluboké porozumění určitému jevu či případu. Studie několika případů umožňuje porovnáváním podobností a rozdílů širší vhled do dané problematiky. Případové studie mají také určitá omezení, která spočívají v tom, že velké množství dat je těžko organizovatelné, a proto je třeba sběr a analýzu dat pečlivě promyslet. Kazuistiku je třeba vždy zpracovávat se zvláštním zřetelem k etickým otázkám, mj. striktně dbát na zachování anonymity prezentovaného subjektu.

ZDROJE:

ČESKÁ REPUBLIKA, 2019. Zákon č. 110/2019 Sb.: o zpracování osobních údajů. In: *Sbírka zákonů*, ročník 2019, částka 47, číslo 110. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=38632>.

HEALE, R., and A. TWYXCROSS, 2018. What is a case study? *Evidence-Based Nursing*, **21**(7-8).

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* [on-line]. 4. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3. Dostupné z intranetu VŠZ.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. *Ekonomika, management, inovace*, **2**(3), 62-65. Dostupné z: <http://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf>.

SANDELOWSKI, M., 1996. One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing and Health*, **19**(6), 525-529. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199612)19:6<525:AID-NUR8>3.0.CO;2-Q

WOODS, N.F. and M. CALANZARO, 1988. *Nursing research: theory and practice*. St Louis: Mosby.

KONTAKT

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

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

e-mail: markova@vszdrav.cz

PhDr. Jana Hlinovská

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

e-mail: hlinovska@vszdrav.cz

PROBLEMATIKA KVALITY ŽIVOTA SENIOROV

POLHORSKÁ M., GREŽĐOVÁ I.

Abstrakt

Demografický vývoj v krajinách Európskej únie a podobne aj v Slovenskej republike poukazuje na dlhodobé starnutie populácie. Starnutie a staroba predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka a sú dôležitou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca. Uspokojovanie životných potrieb a udržanie kvality života starnúceho človeka vedie často k zvýšenej závislosti na systémoch starostlivosti, na podporných systémoch, na rodine a k nútenej zmene spôsobu života. Cieľom príspevku je poukázať na kvalitu života seniorov ako na multidimenzionálny pojem v celej jeho komplexnosti, ktorý je mnohofaktorovo podmienený a môže byť jedným z komponentov v hodnotení poskytovanej starostlivosti v období starnutia.

Kľúčové slová: starnutie, kvalita života seniorov, determinanty kvality života, hodnotenie kvality života

ÚVOD

V súvislosti s dĺžkou života sa stále viac hovorí o potrebe udržania a zvýšenia kvality života seniorov. Hodnotenie kvality života seniorov by malo byť prvým krokom v poskytovaní kvalitnej komplexnej a multidisciplinárnej starostlivosti v období staroby.

Heřmanová (2012) uvádza, že kvalita života je multidimenzionálny pojem, do ktorého je možné zahrnúť okrem materiálneho chápania (vlastníctvo, miera konzumu) aj obsah psychologický (pocity subjektívnej pohody, radosti, úspechu a moci, pocity šťastia, životnej spokojnosti, sebareflexie a sebahodnotenia), ďalej význam kultúrno-antropologický (odlišné chápanie kvality života v rôznych kultúrnych oblastiach, v rôznom prostredí a čase), morálny obsah (vzťah kvality života k morálnym hodnotám a k svedomiu), alebo význam sociologický (odlišnosť kvality života v rôznych sociálnych skupinách a príčiny odlišností). Podobne je

potrebné v kvalite života zvýrazniť aj dimenziu zdravotnícku, medicínsku a ošetrovateľskú (charakteristika predpokladanej dĺžky života, fyzické a duševné zdravie).

Aktuálne demografické trendy v Európskej únii a na Slovensku

Starnutie populácie v Európe je dlhodobý trend, ktorý sa prejavuje v zmenách vekovej štruktúry obyvateľstva, odráža sa v rastúcom podiele starších osôb v spojení s klesajúcim podielom ľudí v produktívnom veku na celkovej populácii. Nárast relatívneho podielu starších ľudí možno vysvetliť rastúcou dlhovekosťou, vyššou strednou dĺžkou života a trvale nízkou pôrodnosťou takmer vo všetkých krajinách Európskej únie (EÚ). Demografický vývoj v Slovenskej republike je porovnateľný s trendmi krajín Európskej únie a poukazuje na dlhodobé starnutie populácie.

Dôležitým aspektom starnutia obyvateľstva je pribúdajúci vek samotných starších obyvateľov, relatívny význam populácie vo veľmi vysokom veku rastie rýchlejšie než vo všetkých ostatných vekových segmentoch obyvateľstva EÚ. Predpokladá sa, že v období od roku 2017 do roku 2080 sa podiel osôb vo veku 80 alebo viac rokov na obyvateľstve krajín EÚ viac ako zdvojnásobí z 5,5 % na 12,7 %.

V dôsledku toho v krajinách EÚ klesá podiel ľudí v produktívnom veku a zároveň rastie relatívny počet osôb v dôchodku. Podiel starších osôb na celkovej populácii sa v nadchádzajúcich desaťročiach výrazne zvýši aj v dôsledku, že väčšia časť generácie, ktorá sa narodila v období populačnej explózie po 2. svetovej vojne, dosiahne dôchodkový vek. To následne povedie k zvýšenému zaťaženiu osôb v produktívnom veku, ktoré budú musieť zabezpečiť financovanie sociálnych a zdravotníckych výdavkov potrebných na celý rad služieb na podporu starnúceho obyvateľstva.

V roku 2017 mladí ľudia (vo veku 0 až 14 rokov) tvorili 15,6 % obyvateľstva EÚ, v Slovenskej republike mali podiel 15,5 %, zatiaľ čo osoby vo veku od 15 do 64 rokov predstavovali 64,9 % populácie EÚ, v Slovenskej republike tvorili 69,5 % obyvateľstva. Staršie osoby (vo veku 65 alebo viac rokov) mali na celkovom počte obyvateľov 19,4 % podiel (zvýšenie o 0,2 percentuálneho bodu v porovnaní s predchádzajúcim rokom a zvýšenie o 2,4 percentuálneho bodu oproti obdobiu pred 10 rokmi), v Slovenskej republike tvorili 15,0 % populácie. Očakáva sa, že v období od roku 2017 sa podiel obyvateľov v produktívnom veku bude neustále znižovať, a to až do roku 2050, po ktorom sa do určitej miery stabilizuje, zatiaľ čo starší ľudia budú pravdepodobne mať čoraz významnejší podiel na celkovej populácii: do roku 2080 budú

osoby vo veku 65 alebo viac rokov predstavovať 29,1 % obyvateľov EÚ. K typickým znakom starnutia európskej populácie sú aj rodové rozdiely v procese starnutia, vo vekovej skupine 60 a viac rokov je o 50 % viac žien ako mužov. Osamelo žijúce osoby vo veku 75 a viac rokov tvoria v 70 % ženy (zdroj: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>).

Starnutie ako multifaktoriálny proces

Presné a jednoznačné vymedzenie pojmu starnutie je vzhľadom k multifaktoriálnej variabilite veľmi ťažké. V odbornej literatúre sú publikované rôzne teórie a definície, ktoré vysvetľujú proces starnutia z hľadiska mnohých faktorov a prejavov.

Starnutie je nezvratný, prirodzený, zákonitý, celoživotný biologický proces. Prebieha individuálne a rozdiely v prežívaní medzi jednotlivcami v tomto období života sú výraznejšie ako v mladších vekových kategóriách. Obdobie starnutia a staroby sa vyznačuje mnohými biologickými, psychickými a sociálnymi zmenami (Sováriová Soósová a kol., 2011). Kalvach (2006) uvádza, že starnutie je všeobecné pomenovanie neskorej fázy ontogenézie človeka, v ktorej sa výrazne prejavuje súhrn involučných zmien so zhoršovaním odolnosti organizmu. Podobne je v starobe znížená aj adaptačná schopnosť v zmysle biologickom aj psychosociálnom.

Starnutie je dôsledkom a prejavom geneticky podmienených involučných procesov, ktoré sú modifikované ďalšími faktormi (predovšetkým zdravotným stavom, životným štýlom a životnými podmienkami) a je spojené s mnohými závažnými sociálnymi zmenami (osamostatnenie detí, odchod do dôchodku a iné zmeny v sociálnych rolách). Všetky zmeny sú príčinné a navzájom sa prelínajú, môžu byť protichodné a preto presné vymedzenie a periodizácia starnutia sa tak stáva ťažkou a nejednotnou (Kalvach, 2006).

Podľa Hrozenskej (2008) možno vymedziť tri prístupy k seniorského veku: 1. starnutie a biologická staroba – biologické zmeny štruktúry, vzhľadu a fungovania organizmu, 2. starnutie a kalendárna staroba – stanovenie vekovej hranice, od ktorej hovoríme o starobe, odráža sa najmä od empirických a demografických ukazovateľov (zvyčajne ide o vek rokov), 3. starnutie a sociálna staroba – súhrn zmien sociálneho charakteru, respektíve sociálnych rolí jedinca, akými sú napríklad ukončenie profesijnej kariéry, odchod do dôchodku a s ním spojená zmena životného štýlu, fenomén prázdneho hniezda, zmena ekonomickej situácie, miesto a priestor subkultúry starších ľudí v spoločnosti, veková diskriminácia, marginalizácia starších ľudí,

sociálna izolácia, strata zmyslu života, status vdovstva a vdovectva, násilie páchané na starších ľuďoch a podobne.

Starnutie a staroba sú významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka. Sú javom individuálnym i spoločenským. Nakoľko sa sebestačnosť so zvyšujúcim vekom znižuje, starší človek si tak nemôže svoje základné potreby saturovať sám, čo vedie k zvýšenej závislosti na iných ľuďoch a často k nútenej životnej zmene (Hangoni, 2014).

Determinanty kvality života seniorov

Kvalita života je označovaná ako multidimenzionálna, multifaktorálne podmienená a hovoríme o nej ako o multidisciplinárnom fenoméne s vysokou mierou komplexnosti (Ondrejka, 2006). Podľa Švehlíkovej a Heretika (2008) neexistuje všeobecne akceptovaná definícia kvality života. V súčasnej dobe pozorujeme nárast štúdií, vedeckých publikácií venujúcich sa problematike kvality života a s tým i vývoj širokého spektra nástrojov na jej meranie. Na druhej strane ale pribúda komplexnejšie, komplikovanejšie a nejasnejšie vymedzenie pojmu, a to vedie k nabal'ovaniu a používaniu príbuzných termínov, ktoré je ťažké zosúladiť. Veenhoven (2000) uvádza, že všeobecné definovanie kvality života zlyháva pri jeho používaní v praxi. Podľa neho je význam pojmu široko vymedzený a neaplikovateľný v oblasti merania kvality života ako i v kontexte rozhodovania sa v praxi, napr. pri výbere vhodnej terapeutickkej možnosti. Kvalitou života tak môže byť mentálny stav, vnímanie, reakcia v danej situácii, kognitívne hodnotenia vlastného života, emočný stav, racionálne posúdenie a podobne (Joyce a kol., 2003).

Pojem kvalita života sa používa v celej rade kontextov, vrátane oblasti medzinárodného vývoja, politických, ekonomických, sociálnych vied i v oblasti zdravotníctva. Kvalita nie je absolútnou ale relatívnou kategóriou, pretože môže byť vyjadrená kvalitatívnymi indikátormi, ktoré vychádzajú z hodnotového systému jedinca, ktorý ju posudzuje a kvantitatívnymi indikátormi, ktoré sú objektívnymi a merateľnými. Podľa Gurkovej (2011) život jedinca nechápeme len ako biologickú existenciu, respektíve opozitum smrti, ale ako komplexný pojem zahrňujúci všetky prejavy a oblasti jeho činnosti. Takto definovaná individuálna kvalita života je ovplyvňovaná telesným zdravím, psychickým stavom, stupňom nezávislosti, sociálnymi vzťahmi a ekologickými vlastnosťami životného prostredia. Hrozenská (2008) upozorňuje, že ku kvalite života je potrebné pristupovať ako k spoločenskému pojmu, ktorý sa vzťahuje

k spoločenskému a individuálnemu životu ľudí. V tomto zmysle potom kvalitu života chápeme ako štruktúru ľudského života danú súhrnom jeho podstatných elementov, vlastností a vzťahov.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje kvalitu života ako percepciu pozície v živote jednotlivcov v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorom žijú a vo vzťahu k ich cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom. Kvalita života je široký pojem, ktorý je ovplyvnený fyzickým zdravím osoby, psychickým stavom, spoločenskými vzťahmi, vierou a prostredím človeka (Gurková, 2011).

Koncepcia kvality života podľa WHO obsahuje 6 domén, každá má rôzny počet indikátorov (Dragomirecká, Bartoňová, 2006):

1. fyzické zdravie (indikátory: energia a únava, bolesť, iné fyzické príznaky, diskomfort, spánok a odpočinok);
2. psychické funkcie (indikátory: negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie, sebavnímanie, sebaúcta, myslenie, učenie, pamäť, pozornosť);
3. stupeň nezávislosti (indikátory: mobilita, aktivity v každodennom živote, závislosť na liekoch a medicínskych pomôckach, pracovná kapacita);
4. sociálne vzťahy (indikátory: osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita);
5. prostredie (indikátory: finančné zdroje, sloboda, pocit bezpečnosti a istoty, sociálna starostlivosť, domáce prostredie, možnosti získať nové informácie a zručnosti, vonkajšie prostredie, doprava);
6. spiritualita a osobné presvedčenia (indikátory: náboženské, spirituálne, osobné presvedčenie).

Kvalita života môže obsahovať otázky zmyslu a pocitu užitočnosti vlastného života a tiež subjektívne hodnotenie života v oblasti osobnej slobody a spokojnosti. Ak chápeme kvalitu života ako mnohorozmerný fenomén, môžeme hovoriť o rozmere materiálnom, duchovnom, spoločenskom a individuálnom (Dvořáčková, 2012).

Všeobecne môžeme kvalitu života charakterizovať ako subjektívnu, holistickú, multidimenzionálne podmienenú, dynamickú, hodnotovo orientovanú, zahrňujúcu subjektívne a objektívne indikátory a súvisiacu s uspokojovaním potrieb (Hudáková, Majerníková, 2013). S narastajúcou dĺžkou života má veľký význam poznanie a skúmanie faktorov, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života v starobe, a to vo všetkých bio-psycho-sociálno-duchovných dimenziách ľudskej bytosti. Heřmanová (2012) konštatuje, že subjektívna kvalita života sa týka ľudskej emocionality a všeobecnej spokojnosti so životom. K faktorom, ktoré ovplyvňujú

proces percepcie a imaginácie subjektívnej kvality života patria sociodemografické charakteristiky (vek a od neho odvíjajúce sa životné skúsenosti), úroveň vzdelania, typ profesie, rodové špecifiká, typ osobnosti, religiozita, sociálny status a ďalšie. Ako uvádza Uher (2014), hodnotenie kvality života seniorov vychádza z viacerých vzájomne súvisiacich aspektov, pričom medicínsky aspekt zvyrazňuje koncept multifaktoriálne ovplyvnený fyzickým zdravím, psychickým stavom, sociálnymi vzťahmi, osobným vyznaním seniora. Psychologickú dimenziu tvorí najmä subjektívna pohoda seniorov a spokojnosť s vlastným životom. Jedná sa o široké spektrum aspektov, ako je pocit životného šťastia, subjektívnej pohody, zmysluplnej sebestačnosti, emocionálnej rovnováhy, miery seberealizácie a duševnej harmónie. Sociologický faktor sa zameriava na také indikátory, akými sú sociálny status, materiálne vybavenie, ekonomické zabezpečenie a iné.

Dvořáčková (2012) konštatuje, že individuálnu kvalitu života seniorov je potrebné chápať v historickom, geografickom, ekonomickom a spoločenskom kontexte, majú na ňu vplyv životné skúsenosti, životné podmienky a ich subjektívne vnímanie. Kvalita života sa môže meniť s narastajúcim vekom, zhoršovaním zdravotného stavu, sociálneho postavenia a ďalšími životnými okolnosťami.

U starších ľudí narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia, kvalita života sa dokonca považuje za vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita (Payne a kol., 2005). Kvalita života seniorov závisí od rôznych faktorov, ako sú fyzické zdravie, miera nezamestnanosti, psychické fungovanie v poznávaní, adaptácii a zvládaní od prevládajúceho emocionálneho prežívania, od prijímanej i poskytovanej psychickej opory, ako aj spirituality (Šímová, 2004). Charakterizovať kvalitu života seniorov nie je možné bez hlbšieho poznania a rozboru ich individuálneho spôsobu života, individuálneho životného štýlu, ich životnej úrovne, konkrétnych životných, zdravotných a sociálnych situácií, ich postojov, návykov a hodnôt, ktoré sú pre nich vlastné. Vek je nutné chápať ako obdobie, v ktorom je stále miesto pre kvalitný individuálny život (Hangoni, 2014). Pokroky v zdravotníctve prispievajú veľkou mierou k predlžovaniu života a dnes aj chorí ľudia žijú v porovnaní s minulosťou dlhšie.

V živote starších ľudí, podľa Hrozenskej (2008), môžeme rozlišovať nasledujúce oblasti dôležité pre kvalitu ich života:

- subjektívna spokojnosť (celková kvalita života stanovená jednotlivými staršími ľuďmi);

- faktory fyzického prostredia (usporiadanie štandardného bývania alebo ústavného bývania, dohľad nad fyzickým prostredím, prístup k službám, ako sú obchody či verejná doprava, trávenie voľného času);
- socioekonomické faktory (príjem a majetok, stravovanie a celkový štandard);
- kultúrne faktory (vek, pohlavie, národnosť, vierovyznanie a sociálna vrstva);
- faktory zdravotného stavu (fyzická pohoda, funkčné schopnosti a mentálne zdravie);
- faktory osobnosti (psychická pohoda, morálny stav, spokojnosť so životom a šťastie);
- faktory osobnej nezávislosti (schopnosť rozhodovania, pohybové ovládanie a ovládanie vlastného prostredia).

Hodnotenie kvality života seniorov v klinickom výskume

Na základe analýzy definícií kvality života seniorov je možné konštatovať, že zdravotný stav je len jeden z predpokladov ich kvality života. Skúmanie kvality života seniorov v klinickom výskume (v medicínskom, v ošetrovateľskom) by malo byť nielen multidimenzionálne, multifaktorové, ale aj ako proces hodnotenia vnímania individuálnych životných podmienok seniora, so zameraním na negatívne a pozitívne vplyvy zdravotného stavu. Kvalita života seniorov je ovplyvňovaná mnohými situáciami a faktormi, ktoré sú spojené s vyšším vekom – zmeny zdravotného stavu a vyrovnávanie sa s novými obmedzeniami v živote, identifikácia s novými rolami, možnosti a dostupnosť sociálnej podpory. Gurková (2011) konštatuje, že pri meraní kvality života seniorov vystupujú do popredia pojmy ako je autonómia, sebestačnosť, schopnosť rozhodovania, absencia bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových funkcií, udržanie sociálneho podporného systému, udržanie určitého finančného štandardu, pocit užitočnosti, pocit šťastia a ďalšie.

V súčasnosti najznámejší nástroj na meranie kvality života seniorov je modul pracovnej skupiny WHO pod názvom WHOQOL – OLD, ktorý bol vytvorený na základe štandardnej metodológie nástrojov WHOQOL – 100 a WHOQOL – BREF. Na jeho tvorbe spolupracovalo 22 výskumných centier (krajín). Položky dotazníka, ktoré boli vytvorené na základe focus groups, boli použité v dvoch výskumných štúdiách v 22 krajinách v rokoch 2001 – 2004, následne boli testované klasickými a psychometrickými metódami. Výsledkom bola finálna 24 – položková verzia meracieho nástroja WHOQOL – OLD, ktorá obsahuje šesť nasledujúcich domén: telesnú, psychologickú, doménu nezávislosti, sociálnych vzťahov, prostredia a spirituality/osobného presvedčenia (Dragomerická, Prajsová, 2009). Všetky aspekty sú

následne operacionalizované do 24 jednotlivých položiek a vyhodnocované podľa 5-stupňovej Likertovej škály.

K ďalším použiteľným nástrojom merania a hodnotiacim škálam kvality života seniorov patrí Test základných denných činností podľa Barthelovej (ADL – Activities of Daily Living), Škála pre orientačné hodnotenie výživy (MNA – Mini Nutritional Assesment), Screeningový test mobility (MST – Mobility Screening Test), merací nástroj na posúdenie kognitívnych funkcií Mini-Mental State Examination (MMSE) a Test kvality života podľa Spitzera, ktorý je zameraný na hodnotenie kvality života v starobe a zahŕňa päť dimenzií (aktivitu, sebestačnosť v denných činnostiach, zdravie, podporu zo strany rodiny, okolia a spokojnosť) (Hudáková, Majerníková, 2013).

Hodnotenie kvality života seniorov pomocou uvedených nástrojov merania je použiteľné aj v kontexte klinického výskumu a klinickej praxe.

ZÁVER

Prístup ku kvalite života seniorov si vyžaduje komplexnú multidisciplinárnu spoluprácu celého spektra spoločenských a vedných odborov. Dosiachnutie maximálnej možnej miery kvality života je jeden z dôležitých cieľov v starostlivosti o seniorov a v určitej miere je aj jedným z kritérií samotnej kvality poskytovanej starostlivosti. Skúmanie a následné ovplyvňovanie všetkých faktorov, ktoré významne ovplyvňujú proces starnutia v kontexte kvality života v starobe, sa stáva aktuálnou a naliehavou výzvou do budúcnosti v rôznych systémoch starostlivosti o seniorov.

Zdroje:

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., MOTLOVÁ, L. a kol., 2006. *SQUALA. Subjective Quality of Life Analysis: Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-47-6.

DRAGOMIRECKÁ, E. aj. PRAJSOVÁ, 2009. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANGONI, T. a kol., 2014. *Sociálne poradenstvo pre seniorov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-0959-4.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. [online]. *Sociológia*. 44(4), 407-425. [cit. 2019-03-18]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu

HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.

HUDÁKOVÁ, A. a E. MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. Edice Sestra. 128 s. ISBN 978-802-4747-729.

JOYCE, C.E.B. et al. 2003. A theory-based method for evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. [online]. In *Quality of Life Research*. 2003, 12, 3, p. 275-280. [cit. 2019-03-18]. Dostupné na internete: http://www.jstor.org/stable/4038875?seq=1#fndtn-page_thumbnails_tab_contents. ISSN 1573-2649.

KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galen. ISBN 80-726-2455-5

ONDREJKA, I. 2006. *Depresia v kontexte kvality života*. Rožňava: Roven. ISBN 80-89168-15-9

PAYNE, J. a kol., 2005: *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-725-4657-0.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. a R. SUCHANOVÁ a L. TIRPÁKOVÁ, L. 2011. Bolest', funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritídou. [online]. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2(3), 239-247. [cit. 2019-03-20]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/2_sovariova_soosova_suchanova_tirpakova.pdf.

ŠÍMOVÁ, E. 2004. Kvalita života seniorov. In DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 128-137.

ŠVEHLÍKOVÁ, L. a A. HERETIK, 2008. Kvalita života – o čom to hovoríme? [online]. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 15. 3.2008, s. 194-198. [cit. 2019-03-13]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-3/2008/>

UHER, I., 2014. *Determinanty kvality života seniorov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. ISBN 978-80-8152-136-2.

VEENHOVEN, R., 2000. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. [online]. *Journal of Happiness Studies, an interdisciplinary forum on subjective wellbeing*, vol. 1, pp. 1-39. [cit. 2019-03-15]. Dostupné na internete: www.wkap.nl/journals/johs

Online zdroje:

<https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>

KONTAKT

PhDr. Miriam Polhorská, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: miriam.polhorska@fmed.uniba.sk

PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: iveta.grezdova@fmed.uniba.sk

POJETÍ MANAGEMENTU A ROLE MODERNÍHO MANAŽERA

KUNC F., NĚMCOVÁ J.

Abstrakt

Management bude muset být nadále mnohostranná, vysoce kreativní, a přitom hluboce etická činnost stále sledující a předvídající vývoj a jeho možná rizika, schopná se jim pružně a pragmaticky přizpůsobovat. Schopnost řešit předvídat, řešit problémy, manévrovat, vést lidi, koncipovat nové cesty a strategie, rychle se měnit a přizpůsobovat se, se stává nezbytnou pro každého, kdo směřuje k vyšším stupňům řízení. Kdo bude chtít setrvat na nižších stupních řízení, ten si bude muset aspoň vytvořit a zachovat vysokou pružnost jako schopnost se stále učit, přijímat nové úkoly a vést pracovní kolektivy. Management budoucnosti bude muset mnohem více počítat s překvapeními – předvídat a nenechat se jimi paralyzovat. Management se stal mezinárodní profesí operující v mezinárodním prostředí a národně nebo dokonce lokálně orientovaný management je stále více nebezpečnou autistickou anomálií. Základem moderního managementu se stává schopnost se rychle orientovat ve změnách situace, předvídat je a prakticky okamžitě na ně reagovat i velmi zásadními, fundamentálními a z hlediska firmy revolučními kroky. Tyto normy se stávají existenční nutností pro podniky i pro perspektivně uvažující a zdravě ambiciózní manažery.

Klíčová slova: management, řešení problémů, styly řízení

DEFINICE MANAGEMENTU

Manage podle slovníku ČSAV: vést, řídit, vládnout, mít vedoucí funkci, být ve vedoucím postavení, být vedoucím, ovládat, zvládnout, vědět si rady, umět si poradit, dobře hospodařit. Higgins (1991, pp. 5.) uvádí 4 definice managementu:

1. *varianta:*

Management je proces stavění a plnění cílů, při němž se používají a koordinují lidské, technické a finanční zdroje.

2. *varianta*

Management je efektivní dosahování cílů organizace prostřednictvím plánování, organizování, vedení lidí a kontrolování zdrojů organizace.

3. *varianta*

Management je umění, jak dosáhnout cílů prostřednictvím ostatních lidí.

4. *varianta*

Management je kreativní řešení problémů v procesu plánování, vedení lidí a kontrolování zdrojů organizace se záměrem dosáhnout její poslání (*misí*) a cíle.

ZÁKLADNÍ FUNKCE MANAGEMENTU

Plánování (*Planning*) je procesem stanovování cílů organizace a cest jejich realizace v měnícím se prostředí, tj. rozhodnutí o úkolech a zdrojích, jež jsou potřebné k dosažení stanovených cílů.

Organizování (*Organizing*) obsahuje přiřazení úkolů jejich vykonavatelům, seskupení úkolů do útvarů a alokace zdrojů k útvarům.

Vedení lidí (*Leading*) znamená použití vlivu k motivování zaměstnanců k tomu, aby byly dosaženy cíle organizace. Vedení znamená vytváření sdílené kultury a hodnot. Je komunikováním cílů a žádoucích vzorců chování.

Kontrolování (*Controlling*) jako proces ověřování, zda byly cíle organizace dosaženy. To mimo jiné znamená stanovit standardy výkonu, získávat informace o výkonu a podnikat korektivní a preventivní akce.

Daft (1997) dále uvádí i ostatní funkce managementu:

Komunikování – přenášení informací od jednoho komunikátora ke druhému.

Reprezentování – interakce s vnějšími interesenty (stake-holders).

Zajišťování lidí (staffing) - nábor, výběr, výcvik, hodnocení atp.

Vyjednávání – účelem je najít dohody a jde o určitý druh řešení konfliktů.

Koordinování – jednání vedoucí k zajištění porozumění.

Dozorování – přímé monitorování činnosti zaměstnanců podle všech funkcí.

Kaíz (1974) řadí mezi dovednosti potřebné pro management:

1. Technické dovednosti

Jde o zvládnutí technických aspektů operací v organizaci – konstruování, projektování, počítače, účetnictví atp. Jde tedy o specializované dovednosti a odbornosti.

2. Sociální dovednosti

Západní teorie managementu je považuje za klíčové. Zahrnují znalost lidí, dovednost komunikovat, motivovat, vést, vyvolávat entusiasmus a důvěru atp. Týkají se, jak dovednosti jednat s jednotlivci, tak i se skupinami.

3. Konceptuální dovednosti

Schopnost diagnostikovat, analyzovat a tvořivě promýšlet složité situace a vyjadřovat je pomocí abstraktních pojmů a jejich vztahů. Manažeři musí být schopni vidět organizaci jako celek spolu se vztahy mezi různými jejími částmi i vztahy organizace a jejího širšího okolí. Tyto schopnosti jsou klíčové především pro efektivní rozhodování.

KREATIVNÍ ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ JAKO KLÍČOVÁ FUNKCE MANAGEMENTU

Dle Higginse (1991, s. 71) je potřebné si v rámci kreativního řešení problémů klást v rámci jednotlivých manažerských funkcí následující otázky:

Plánování

Co je misí, posláním naší organizace? Jaké jsou naše cíle?

Jaké jsou cíle našich organizačních jednotek?

Jaké jsou naše silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby?

Co dělají konkurenti a jak bychom na ně měli reagovat?

Jaké jsou potřeby našich zákazníků a jak je naplnit?

Jaké by měly být naše strategie?

Jak by měly být tyto strategie uskutečněny?

Organizování

Jaké specifické úlohy je nutné řešit?

Jak bychom kombinovat pracovní místa do útvarů?

Jak má být delegována autorita?

Jaké zaměstnance potřebujeme pro tuto organizaci?

Jak nejlépe můžeme vycvičit lidi pro jejich role?

Vedení

Jak dosáhnout žádoucí produktivity?

Jak působím na své podřízené, aby byli efektivnější?

Jako jsou potřeby mých podřízených?

Jaká je dynamika klíčových skupin mých podřízených?

Jaké faktory ovlivňují moje rozhodnutí při vedení?

Kontrolování

Jaké jsou naše standardy?

Jaká je úroveň výkonu proti těmto standardům?

Jak často bychom měli měřit úroveň výkonu?

Jaký systém kontroly potřebujeme?

Když nemůžeme dosáhnout naše cíle, proč?

Jak zvýšit naši výkonnost v budoucnosti?

Řešení problémů

Jak je možné zdokonalit naše řešení problémů? Jsou zde nové, kreativní způsoby, jak řešit problémy?

POPIS STÁDIÍ ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ

1. *Analýza prostředí*

Prostředí se většinou dělí na externí (technologické, ekonomicko/konkurenční, politickosprávní a společenské síly a vlivy) a interní (např. mise, struktura, kultura, zdroje). Analýza musí probíhat neustále a je podmínkou úspěšného rozhodování při současné dynamice globálních změn a řízení v podmínkách chaosu.

Poznávání prostředí vyžaduje velkou škálu různých technik a prostředků. Malým podnikům s nedostatkem zdrojů na poznávání prostředí hrozí „rozhodovací autismus“. Při poznávání složitého prostředí hraje důležitou roli také intuice.

2. *Poznání (recognition) problémy, respektive příležitosti*

V této fázi jsou přijímány formální i neformální informace o problémech a příležitostech, jež dosud nejsou přesně poznány a definovány, jde spíše o poměrně vágní cítění, že problém nebo příležitost zde jsou a je třeba se jimi zabývat.

Řada výzkumníků potvrzuje, že toto první poznání problémů je často neformální a intuitivní.

Jak je možné odhalit problémy?

- srovnání současnosti s minulostí
- srovnání minulé a současné zkušenosti s cíli a plány
- prostřednictvím diskuse
- srovnáváním výkonnosti s jinými organizacemi a jednotkami (benchmarking)

3. *Identifikace – určení problému (příležitosti)*

Je to snaha zjistit, co skutečně je problémem a jaké jsou jeho příčiny. Často jeden problém je příčinou řady dalších. Jde o určení kauzálních vztahů při identifikaci těch klíčových problémů, jež je nutné řešit. Podobně je tomu u příležitostí. Je nutné si ujasnit,

o jakou příležitost vlastně jde, jaké naše problémy může vyřešit a jaké jsou její předpoklady. Jde tedy spíše o analytickou fázi, jejímž výsledkem je víceméně jednoznačné a poměrně přesné formulování problému, respektive příležitosti.

4. *Stanovení kritérií*

Kritéria stanovují, co vlastně má naplnit úspěšné řešení, respektive naplnění příležitosti a co takové řešení nesmí negativně ovlivnit, respektive ohrožit. Stanovením kritérií se blížíme k rozhodovacímu modelu při řešení problému. Klademe si znovu otázku, co vlastně chceme dosáhnout.

Důležité je, abychom také dokázali určit budeme příslušná kritéria vyjadřovat – zda kvantitativně nebo jen pomocí slovního popisu atp. Přitom kritéria není nutné redukovat jen kvantitativně měřitelná kritéria. Je možné pracovat i s odhady.

5. *Určení klíčových saturačních faktorů*

Jde o faktory, jež určují naši schopnost problém řešit, respektive využít danou příležitost – například při výběru vhodného stylu vedení lidí se klíčovými faktory stanou např. sám manažer, podřízení, pracovní skupina, organizační struktura a kultura.

6. *Přijetí předpokladů o budoucnosti*

Jde o odhadnutí toho, jak se některé faktory budou v budoucnosti vyvíjet - např. zda určitá měna bude stabilní, zda bude trvat poptávka po určitém druhu zboží, zda se objeví nějaký nový konkurent atp. Řada řešitelů problémů mylně přijímá předpoklad, že se situace nebude měnit nebo bude lepší.

7. *Generování alternativ*

Smyslem tohoto kroku je vyvarovat se snadnému ulpění na tradičních možnostech řešení problémů. Jde často o nejvýznamnější kreativní fázi řešení problému. Řada firem proto podporuje své zaměstnance, aby hledali a vymýšleli různé varianty řešení problémů a aby o nich diskutovali.

8. *Hodnocení a výběr alternativy*

Alternativy jsou zhodnoceny podle toho, jak budou naplňovat jednotlivá kritéria, a na tomto základě by měla být vybrána nejvýhodnější alternativa. I když takové rozhodování může vypadat velmi racionálně, přesto se i při něm může uplatnit intuice zahrnující politické i sociální vlivy. Při výběru alternativy se také může prosadit egoismus vrcholových manažerů. Jedním z významných faktorů, ovlivňujících výběr alternativ, je tendence rozhodovatele přijmout riziko. Vrcholoví manažeři s vysokým sklonem k riziku mohou firmy přivést do velmi překérných situací.

9. *Implementace rozhodnutí*

Na jedné straně obtížnost implementace do značné míry ovlivňuje samotný výběr alternativy, avšak současně sama implementace může být a má být pojata jako výzva, jako kreativní problém, pro jehož řešení je třeba tvořivě hledat další nápady a možnosti. Implementace rozhodnutí může mít podobu náročného projektu spojeného s aplikací projektového řízení.

10. *Kontrola*

Kontrola je nutná od začátku implementace a je nutné stále sledovat měnící se podmínky – předpoklady úspěšné realizace. Vedení má být připraveno uskutečnit korekce svých rozhodnutí, řešit problémy s realizací včetně realokace zdrojů a změny původního rozhodnutí o volbě alternativy.

Uvedený postup je jen inspirací, jsou možné různé návraty, mezikroky, interakce mezi jednotlivými fázemi. Různí autoři uvádějí určité modifikace, někdy zkrácené. V praxi je žádoucí respektovat základní postup kreativního řešení problémů, ale nenechat se jím otrocky svazovat.

TYPY PROBLÉMŮ A ROZHODNUTÍ

Strukturované versus nestrukturované problémy

- Strukturované problémy mají jasně stanovené faktory rozhodování a umožňují standardní, většinou automatická rozhodnutí. Pokud například někdo dosáhne určitou hranici výkonu, má automaticky nárok na určitou odměnu. Tyto problémy jsou poměrně jednoduché a jejich programování v organizaci usnadňuje a sjednocuje výkon rutinních činností. Jejich zvládnutí je také základem automatizace různých agend.
- Nestrukturované problémy jsou složité, nerutinní problémy, při nichž je obtížné jasně definovat faktory rozhodování. Proto také nejsou dopředu programovatelná rozhodnutí a ta vnášejí do systému organizace nejistotu. Většina závažných problémů organizace má ovšem tuto povahu. To má také zásadní vliv na řízení a organizaci těch firem, jež chtějí obstát v konkurenci.

Anticipované problémy versus překvapení

- Anticipované problémy jsou předvídaný a manažeři se na ně mohou připravit. Anticipace problémů a příležitostí je jednou z nejdůležitějších funkcí managementu. Firmy, jež nedokázaly anticipovat budoucí problémy, se dostávají do těžko zvládnutelných krizí.

- Překvapení jsou problémy, jež vedení nepředvíдалo. Přitom krize jsou extrémně závažné nepředvídané problémy. Řešení spočívá v záměrné identifikaci různých rizikových situací a v udržování schopnosti řešit krize a nepravděpodobné, ale možné problémy – například havárie.

INDIVIDUÁLNÍ VERSUS SKUPINOVÉ ROZHODOVÁNÍ

Předností rozhodování v interaktivních skupinách

1. Lepší nápady. Skupina má dohromady více znalostí a může proto vytvořit nové alternativy a řešení. To platí zejména pro kreativní, interaktivní skupiny.
2. Vyšší stupeň identifikace skupiny s rozhodnutím. Lidé, kteří mohou participovat na rozhodnutí, se aktivněji podílejí na implementaci.
3. Lepší pochopení pro rozhodnutí.
4. Širší zázemí pro hledání řešení.
5. Vyrovnanější sklon k riziku. Skupina zmírňuje extrémní sklon k riziku, ale také podporuje ty, kdo mají sklon riziku se vyhnout.
6. Zpravidla kolektivní úsudek je lepší.

Higgins (1991, pp. 86) zařadil mezi nevýhody skupinového rozhodování:

1. *Skupinový tlak ke konformitě („Group think“).*
2. *Riziko převládnutí silného jedince. (Obranou jsou metody kreativního myšlení.)*
3. *Skupiny jsou zřídka lepší než vynikající jednotlivci. Jsou ale zpravidla lepší než průměrní jednotlivci.*
4. *Skupiny potřebují více času k rozhodnutí.*
5. *Celkový čas na rozhodnutí spotřebovaný skupinou může negovat výhody vynikajícího rozhodnutí.*
6. *Skupiny mají sklon více riskovat.*

ADMINISTRATIVNÍ MODEL ROZHODOVÁNÍ ZALOŽENÝ NA OMEZENÉ RACIONALITĚ

1. Cíle jsou vágní, konfliktní a není o nich konsensus.
2. Manažeři si nejsou vědomi, že problém existuje.
3. Bez identifikace problému se pracuje s jeho vadnou konceptualizací.

4. Rozhodovatelé pracují jen se svým obrazem reality, který je zpravidla neúplný. (Špatné „zarámování“, jen snadno dosažitelné důkazy, spoléhání na minulé úspěchy atp.)
5. Je zvažován jen malý počet alternativ.
6. Manažeři často nehledají nejlepší alternativu a rychle se smíří s první uspokojivou.
7. Manažeři se často spokojí s pravidlem palce a minulou zkušeností.
8. Rozhodování je silně ovlivněno vztahy – zvláště těmi, jež jsou spojeny s mocí a vlivem.
9. Při rozhodování převládají malé kroky. Zvláště ve velkých organizacích jsou „velké skoky“ vzácností.

Dle Higginse (1991, pp. 87) v ekonomickém (klasický) modelu:

1. Cíle jsou známy a jsou odsouhlaseny.
2. Problém byl poznán a jeho podstata identifikována.
3. Důsledky alternativ a jejich pravděpodobnost jsou známy.
4. Kritéria nejlepší volby jsou známa a odsouhlasena.
5. Manažer je racionální – směřuje k optimalizaci podle stanovených hodnot a preferencí.
6. Manažer má plnou znalost situace.

STYLY MANAŽERŮ PŘI ŘEŠENÍ PROBLÉMU

Mc.Kenney a Keen (1974) popisují manažerské styly z hlediska:

Vztahu k problémům

1. Přstrosí politika – odmítání existence problému nebo příležitosti.
2. Povrchová řešení – snaha problém řešit na povrchu a vyhnout se nepříjemným příčinám. (Příklad IBM, kdy se firma snažila rekonstruovat své PC pro potřeby, které neexistovaly.)
3. Hledači problémů – snaha potenciální problémy a příležitosti vyhledávat a řešit. Příkladem je Royal Dutch Shell se svým systémem „učící se organizace“.

Stylu myšlení

1. Systematičtí myslitelé – rozdělují problém na menší části, každou analyzují, aplikují různé složité analytické techniky, pak syntetizují, usilují o metodičnost, plánují řešení problému, plně si uvědomují svůj přístup, brání kvalitu svých řešení pomocí použitých metod, určují omezení řešení hned na začátku, alternativy rychle vylučují, zjemňují své

analýzy, systematicky vyhledávají další informace a dokončují každou analýzu, kterou zahájili.

2. Intuitivní myslitelé – zvládají velké množství proměnných bez racionálního, analytického myšlení. Problémy si udržují trvale ve své mysli, často je redefinují, často vyslovují domněnky a dohady, aby našli řešení, zvažují řadu alternativ a možností současně, skáčí z jedné analýzy na druhou.

Jsou vynikající při zvládnání velmi složitých problémů a lépe než systematic!" postihují situaci vcelku.

Integrativní model dynamického managementu je založen na stanovení klíčových úloh managementu, jejichž řešení je podmínkou úspěšného fungování firmy:

1. Neustále poznávání prostředí firmy a **předvídání jeho vývoje**. Management proto musí reagovat na nové, často převratné trendy a změny např. globalizace, regionalizace, technické změny, politické a právní změny, změny v chování a kultuře zaměstnanců i zákazníků, změny ve stylu života, změny hodnot, etnická diverzita zaměstnanců, nové modely pracovní doby atp. Často jde celkové změnu základního paradigmatu managementu ve firmě - tj. zásadní způsob, jímž je o okolním světě uvažováno, jak je vnímán a jak je chápán. Předpokladem je vytvoření kapacit pro analýzy a prognózy změn relevantního prostředí firmy, případně využití vnějších zdrojů pro poznávání prostředí.
2. Průběžné stanovování a přizpůsobování cílů organizace (plánování). Jde o stanovení mise, poslání organizace, jež zahrnuje vnější i vnitřní poselství firmy. Dále jde o průběžné stanovování strategických, taktických a operativních cílů, jež se nutně stává stále více záležitostí týmů a prakticky celé vertikály manažerů. Základem dialogového pojetí systém stanovování je řízení pomocí cílů (*management by objectives*), jež v sobě také zahrnuje systém kontroly. Běžně používané systémy strategického plánování i řízení pomocí cílů jsou stále zpochybňovány potřebou extrémní pružnosti.
3. Pružné decentralizované organizování. Organizování se pohybuje od pevných, striktně hierarchických, centralizovaných organizačních struktur ke strukturám pružným až fluidním, poměrně plochým a decentralizovaným. Striktní formalizace je nahrazována kulturou firmy. Vyskytuje se více smíšených struktur. Objevují síťové vztahy, jež překračují hranice jednotlivých organizací. Maticové, týmové a projektové organizační struktury mají umožnit intenzivnější řešení tvůrčí řešení problémů. Více se hovoří o organických strukturách. Organizování se globalizuje.

4. Do popředí se dostává interaktivní management. Důležitější než stabilita a hranice útvarů je jejich dynamika a spolupráce. Vrcholový management hraje stále více roli inspirátora a koordinátora, který integruje aktivity při řešení problémů a uskutečňování příležitostí. Reengineering nutí k řízení podle klíčových procesů, respektive funkcí organizace bez ohledu na tradiční útvarovou strukturu. Mezi novými manažerskými funkcemi se objevují takové funkce jako manažer produktu, manažer projektu, manažer programu atp. V organizaci působí různé dočasné skupiny spojující různé útvary - „task force“ jako krátkodobé skupiny a různé déletrvající týmy. Jednotlivcům (championům), týmům, nižším útvarům je ponechána značná svoboda rozhodování a možnost využít zdroje firmy.
5. Jedním z klíčových předpokladů je komunikace. Zaměstnanci se učí komunikovat otevřeně, přátelsky, tvořivě, a to prakticky všemi směry uvnitř organizace i za jejími hranicemi. Hledají se stále cesty, jak odblokovat příliš formální komunikační spojení. Neformální kanály pozitivní komunikace jsou povzbuzovány.
6. Úspěch organizací silně závisí na jejich kultuře. Pružnost, decentralizace, kreativní řešení problémů vyžaduje určitý typ sdílených hodnot, přesvědčení a věr, norem, představ, symbolů atp. Lidem musí být jasné, co a jak se má dělat a co se dělat nesmí. To vše velmi usnadňuje kreativitu, komunikaci, koordinaci, kooperaci a kontrolu. Jasně je také definováno, co je etické, co je legitimní. Moderní firmy se pak více podobají církvím či sektám. Základem jsou přesvědčení členové.
7. Pružnost vyžaduje nové vůdcovství. Vedení se dostává do centra managementu. Nejlepší světové firmy byly založeny na excelentních vůdcích. Vůdcovství založené na inspirování, podněcování, motivování, na podpoře vedených (coaching) se stává podmínkou kreativního a iniciativního rozhodování. Součástí nového vůdcovství se stává intenzivní motivování vhodných zaměstnanců. Vůdcovství je spojováno s vizionářstvím, entusiasmem, kreativitou, pružností, inspirováním, inovacemi, odvahou, představivostí, experimentováním, iniciováním změn, osobní přitažlivostí a osobním vlivem.
8. Řízení lidských zdrojů podmiňuje úspěch interaktivního managementu. Lidi je třeba vybírat, stimulovat a vzdělávat tak, aby co nejvíce odpovídali potřebám interaktivního dynamického managementu. Tradiční management operací v podmínkách dynamických změn nestačí. Firmy vyřazují zaměstnance neschopné přijmout kreativní, dynamickou a etickou kulturu firmy, protože negativní motivace a přímý dohled nejsou efektivní. Lidé jsou pak považováni za hlavních aktivum firmy. Šampiónům se přiřazují

zdroje. V mezinárodně operujících firmách se do popředí navíc dostává management zaměstnanců z odlišných národních kultur.

9. Integrace informačních sítí, operací a lidí. Bouřlivě se rozvíjejí různé komunikační, informační a řídicí systémy. Každá organizace si postupně vytváří svůj systém. Interakce mezi účastníky mohou probíhat bez zpoždění v reálném čase. Vytvářejí se systémy spojující organizace a umožňují fungování sítí organizací s mezinárodními vazbami. Řešení problémů je ovlivněno telekomunikacemi - viz. například systém telekonferencí atp. Propojují se také všechny operace od strategické rozhodování, přes kapacitní plánování, logistiku, řízení skladů, konstrukci, technologickou přípravu výroby, automatické řízení výroby, kontrolu, expedici a prodej. Zcela nové možnosti se objevují v oblasti služeb a podnikání na finančních trzích. Interaktivní dynamický management ovšem naráží na nové psychologické a sociologické problémy spojené informačním přetížením a s odosobněním komunikace. Interaktivní vedení lidí a interaktivní kultura přesto podstatně usnadňuje uplatnění informačních technologií.
10. Organizační změna a rozvoj se stává permanentní výzvou managementu. Dynamika prostředí, superkonkurence, technické změny atp. nutí k neustálým změnám v organizaci a jejímu systematickému rozvoji. Nápadů a dobrých projektů organizačního rozvoje jsou nezbytné. Vedení při změně musí zvládnout problém rezistence vůči inovacím a uplatnit efektivní taktiky. Součástí změn se stávají nové typy vzdělávání. V centru pozornosti je koncept učící se organizace a její praktické aplikace. Do popředí se dostává také nové pojetí osobních kariér zaměstnanců, jimž se nabízí vzdělávání jednak jako prostředek jejich adaptace na změny v organizaci a jednak jako prostředek jejich osobní nezávislosti na organizačních změnách.

ETICKÁ DILEMATA MANAGEMENTU A JEHO BUDOUCNOST

Sociální odpovědnost podniků, nebo čistá ekonomická racionalita?

Souhrn hlavních argumentů pro sociální odpovědnost:

- Je nejvyšším zájmem podnikání podporovat a zlepšovat komunity, kde působí.
- Sociální akce mohou být výnosné.
- Je etické tak činit.
- Zvyšuje to image firmy u veřejnosti.

- Zvyšuje to životaschopnost businessu jako systému. Podnikání existuje, protože poskytuje společnosti určité přínosy. Společnost může poskytnout, nebo odebrat businessu potřebnou podporu, respektive privilegia. To je železný zákon odpovědnosti.
- Je to způsob, jak se vyhnout vládní regulaci.
- Sociokulturní normy to vyžadují.
- Zákony nemohou pokrýt všechny situace. Proto business musí převzít odpovědnost, aby pomáhal udržovat řádnou právní společnost.
- Je to v zájmu akcionářů. Dlouhodobě to zvyšuje cenu akcií, protože kapitálový trh bude hodnotit firmu jako méně rizikovou a zranitelnou útoky veřejnosti. Trh takový vývoj ocení.
- Společnost by měla dát podnikání šanci řešit ty sociální problémy, které vláda není schopna řešit.
- Business je považován určitým skupinami za instituci, která má finanční a lidské zdroje takové problémy řešit.
- Prevence problémů je lepší než jejich léčení – ať tedy business řeší problémy dříve, než se stanou většími.

Souhrn hlavních argumentů proti sociální odpovědnosti:

- Může to být ilegální.
- Business s vládou vytvářejí monolit.
- Sociální akce nemohou být měřeny.
- Narušuje to maximalizaci zisku.
- Cena sociální odpovědnosti je příliš vysoká a mohla by příliš zvýšit ceny.
- Business nemá dostatek znalostí, aby řešil sociální problémy.
- Bude to ředit primární účel businessu.
- Může to narušit rovnováhu plateb v zemi, protože cena zboží bude muset růst, aby bylo možné platit sociální programy.
- Business už má i tak příliš moci. Business se sociální péčí stává ještě mocnější.
- Business nemá odpovědnost vůči veřejnosti. Veřejnost by pak neměla kontrolu přes své sociální prostředí.
- Sociální angažovanost nemá vždy širokou veřejnou podporu.

V dnešní době praktická odpověď není zcela jednoznačná a silně závisí na podmínkách, ve kterých podnik operuje. V nerozvinutém sociálním prostředí s nízkými mzdami se podniky častěji musí obracet k sociálním aktivitám v zájmu dosažení výkonnosti a kvality. Současně

však dynamika podnikání přesouvá sociální odpovědnost mimo podniky. Podniky v kritické situaci volí často drastické snižování nákladů.

ZDROJE:

DAFT, Richard L., 1997. *Management*. New York: The Dryden Press.

HIGGINS, James M., 1991. *The Management Challenge*. New York: Macmillan Publishing.

KAÍZ, Robert L., 1974. Skills of an Effective Administrátor. *Harvard Business Review*. 1974, 52, pp. 90-102.

MC.KENNEY, James L. and Peter G.W. KEEN, 1974. How Managers' Minds Work. *Harvard Business Review*, July-August, pp. 79-90.

KONTAKT

Ing. František Kunc, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: kunc@vszdrav.cz

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

se-mail: nemcova@vszdrav.cz

NÁSTROJE HODNOTENIA GERIATRICKÝCH PACIENTOV V ONKOLÓGII

GREŽDOVÁ I., POLHORSKÁ M.

Abstrakt

Vďaka predlžovaniu ľudského života dochádza v súčasnosti k starnutiu populácie, ale zároveň aj k zvýšenej incidencii nádorových ochorení v skupine seniorov. Starostlivosť o geriatrických pacientov s onkologickým ochorením si vyžaduje rešpektovať nielen špecifiká geriatrického veku, ale aj špecifiká vyplývajúce z onkologického ochorenia a onkologickej liečby. Vzhľadom na zvláštnosti seniorov so zhubným ochorením je kvalitné posúdenie celkového stavu pacienta, včasná identifikácia funkčného poklesu a posúdenie kvality jeho života, ktoré výrazne ovplyvňujú diagnostický proces a stratégiu liečby, nevyhnutným predpokladom pre správnu realizáciu zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti. Medzinárodná spoločnosť geriatrickej onkológie (SIOG) odporúča začleniť a použiť pri hodnotení stavu geriatrického pacienta s onkologickým ochorením viaceré hodnotiace nástroje. Dôležitou úlohou zdravotníckych pracovníkov je implementácia skríningových nástrojov do klinickej praxe, ktoré uľahčujú kvalitné posudzovanie pacienta.

Kľúčové slová: špecifiká geriatrických pacientov, onkologické ochorenie, skríningové nástroje geriatrického hodnotenia

ÚVOD

Podľa prognózy vývoja obyvateľstva SR do roku 2050 hlavnými črtami tohto vývoja bude znižovanie prírastku obyvateľstva a starnutie. Proces starnutia obyvateľstva sa bude v najbližších desaťročiach zrýchľovať ako dôsledok poklesu počtu narodených detí a predlžovania ľudského života. Je to proces, ktorý je nezvratný, nemožno ho zastaviť, len zmierniť. Starnutie obyvateľstva je najzávažnejším dôsledkom súčasného demografického vývoja. V roku 2017 dosiahla stredná dĺžka života u mužov hodnotu 73,8 rokov, u žien hodnotu 80,3 rokov. V danom roku tvorili ľudia nad 65 rokov 15,5 % slovenskej populácie a pre

zaujímavosť na našom území žilo 1014 ľudí vo veku 100 a viac rokov v porovnaní s rokom 1993, keď ich tu žilo 77 (Slovenská republika v číslach, 2018, s. 21).

Podľa vývoja indexu starnutia v SR do roku 2050 v súčasnosti pripadajú na 1 obyvateľa vo veku nad 65 rokov dvaja obyvatelia vo veku do 17 rokov, v roku 2050 bude podľa stredného variantu tento pomer skoro presne opačný. Na jedného obyvateľa vo veku do 17 rokov pripadnú skoro dvaja obyvatelia vo veku na 65 rokov (Vaňo, Jurčová, Mészáros, 2012, s. 14). V roku 2060 bude mať najmenej 65 rokov viac ako tretina populácie (Vaňo, 2015, s. 67).

S predlžovaním ľudského života dochádza nielen k nárastu počtu seniorov v populácii, ale aj k zvýšenej incidencii nádorových ochorení v tejto skupine ľudí. V slovenskej populácii pribúda ročne viac ako 25 000 novohlásených zhubných nádorov ročne, 70 % z nich sú vo vekovej skupine nad 60 rokov. Vzostup incidencie u mužov v súčasnosti je spôsobený nárastom počtu zhubných nádorov hrubého čreva a konečníka a prostaty, u žien nárastom počtu nádorov prsníka a hrubého čreva a konečníka.

Nádorové ochorenia patria medzi druhú najčastejšiu príčinu smrti na Slovensku a u nás. V roku 2001–2008 bol priemerný počet ročných úmrtí u mužov v skupine 60- až 69-ročných 1 872, v skupine 70- až 79-ročných 2 006 a v skupine staršej ako 80 rokov 927. U žien za to isté obdobie boli priemerné ročné počty úmrtí v skupine 60- až 69-ročných 1 077, v skupine 70- až 79-ročných 1 532 a 80-ročných a viac 1 042 (Jonáš, Križanová, 2012, s. 294).

Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť o seniorov s onkologickým ochorením musí rešpektovať nielen špecifiká onkologického ochorenia, ale aj špecifiká vyplývajúce z veku, ktoré výrazným spôsobom ovplyvňujú jeho diagnostiku, liečbu a rekonvalescenciu.

1 Špecifiká geriatrických pacientov s onkologickým ochorením

Hlavnými charakteristikami geriatrického pacienta sú najmä funkčný pokles, zraniteľnosť, krehkosť, polymorbidita, zmenená symptomatika a priebeh chorôb, polyfarmakoterapia, zmenená reakcia na lieky, špecifické geriatrické syndrómy, porucha adaptačných mechanizmov a vznik geriatrického maladaptívneho syndrómu, osobnostné zmeny a zvýšený výskyt psychických ochorení a výrazný vplyv sociálnych rizík na ochorenia v starobe, ku ktorým patrí napríklad strata sebestačnosti, závislosť na pomoci iných, redukcia sociálnych kontaktov a sociálna izolácia, nízky príjem a finančné zaťaženie či hrozba inštitucionalizácie. Všetky spomínané charakteristiky vedú k zhoršenej kvalite života geriatrického pacienta.

Okrem základných špecifik geriatrických pacientov sa k nim pridávajú aj špecifiká vyplývajúce zo samotného onkologického ochorenia a onkologickej liečby. Patria k nim nasledovné špecifiká.

Negatívny vplyv polymorbidity

Podľa zahraničných štúdií je polymorbidita spojená s horším prežitím onkologických pacientov (Extermann, Huria, 2007, s. 1825). Geriatrický onkologický pacient je často zaťažený následkami muskuloskeletárnych, neuromuskulárnych, kardiovaskulárnych, psychiatrických a iných ochorení.

Zvýšený výskyt nádorovej kachexie

U geriatrických pacientov je výskyt nádorovej kachexie až 70 %. S úbytkom svalovej hmoty i tuku dochádza k poklesu viscerálnych bielkovín, poklesu albumínov, transferínu a prealbumínu. Druhotne vzniká v priebehu nádorovej kachexie málokrvnosť, hypokalemia a hyperhydratácia. Nádorová kachexia je spojená s vysokým výskytom komplikácií a zvýšenou morbiditou a mortalitou chorých s malígnymi ochoreniami. Nutričná podpora zníži počet komplikácií a zlepši kvalitu života v priebehu agresívnej chemoterapie, rádioterapie, ako i v perioperačnom a pooperačnom období po onkochirurgickom výkone (Jonáš, Križanová, 2012, s. 296).

Poruchy vodnej a elektrolytovej rovnováhy a ABR

Väčšina geriatrických pacientov je dehydratovaná v dôsledku straty pocitu smädu. V priebehu onkologickej liečby vznikajú rôzne formy porúch hydratácie, ktoré sú sprevádzané poruchami iónov a acidobázickej rovnováhy. Podľa Jonáša a Križanovej (2012, s. 296) je situácia u onkologických seniorov zložitá predovšetkým polymorbiditou, stratou pocitu smädu a často negativizmom chorého. Niektoré nádory sú sprevádzané stratami do tzv. tretieho priestoru. U časti chorých môžu poruchy vyústiť do akútnej obličkovej nedostatočnosti, ktorá vyžaduje liečbu dialýzou.

Vyššie riziko nežiadúcich účinkov liekov

Hlavnými faktormi vyššieho rizika nežiadúcich účinkov liekov sú polymorbidita, zmeny vo farmakokinetike i farmakodynamike liekov, vyššia incidencia liekových interakcií, nižšia compliance k liečbe resp. ochota pacienta dodržiavať pokyny lekára a tzv. polypragmázia – neracionálna kombinácia viacerých liečiv u jedného pacienta. Je známe, že počtom súbežne užívaných liečiv stúpa riziko nežiadúcich účinkov liekov. Uvádza sa, že 20-25 % hospitalizácií pacientov vo veku ≥ 65 rokov je následok nežiadúcich účinkov liekov (Rajec, 2012, s. 319).

Častejšie a závažnejšie vedľajšie účinky onkologickej liečby

Vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie sú u geriatrických pacientov v porovnaní s mladšími pacientmi častejšie a závažnejšie. Komorbidita seniorov ovplyvňuje aj postoperatívnu mortalitu a morbiditu. Starostlivá selekcia výberu pacientov na operačný zákrok je dôležitá u seniorov s tzv. stareckou krehkosťou, ktorí majú zvýšené riziko vzniku rôznych komplikácií (Shahrokni et al., 2017, s. 96). U každého pacienta je potrebné zvážiť reálne benefity operačného zákroku vzhľadom na rozvoj komplikácií, dĺžku pobytu na posteli a dĺžku hospitalizácie.

Všetky vyššie spomenuté špecifiká negatívne ovplyvňujú fyzický, psychický stav a teda celkovú kvalitu života pacienta. Navyše starší pacienti sa zotavujú z onkologickej liečby pomalšie. Niekoľko týždňov núteného pobytu na lôžku môže výrazne zhoršiť celkový stav geriatrického pacienta, najmä ak sa nachádza v záverečnej fáze jeho života. V tomto prípade je zo strany lekára dôležité vyvážiť nadmernú a nedostatočnú liečbu tak, aby sa dosiahla rovnováha medzi prínosmi a nevýhodami onkologickej liečby seniorov. Náročnou úlohou je aj zváženie ukončenia kuratívnej liečby. Podľa Bencovej (2016, s. 40) rozhodnutie o ukončení kuratívnej liečby a prechod na paliatívnu terapiu je najťažšie zvládnuteľná úloha lekára vo vzťahu k pacientovi a jeho rodine.

Vzhľadom na zvláštnosti a špecifiká geriatrického veku, ale aj špecifiká seniorov so zhubným nádorom je kvalitné posúdenie celkového stavu pacienta, včasná identifikácia funkčného poklesu a posúdenie kvality jeho života, ktoré výrazne ovplyvňujú diagnostický proces a stratégiu liečby, nevyhnutným predpokladom pre správnu realizáciu zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti.

2 Skríningové nástroje geriatrického hodnotenia

Niektorí geriatrickí pacienti môžu mať minimálny funkčný a psychický pokles, iní naopak zhoršený alebo rozsiahly, čo pre nich vždy znamená riziko. Geriatrické hodnotenie je vhodnou metódou zisťovania, ktorý geriatrický pacient s onkologickým ochorením by sa mohol dostať do rizika vzniku komplikácii, zhoršenia zdravotného stavu či rizika život ohrozujúcich udalostí počas liečby, posudzuje teda pacientov s tzv. rizikovým profilom.

2.1 Skríningový nástroj CGA

Medzinárodná spoločnosť geriatrickej onkológie (SIOG), ktorá sa okrem iného venuje testovaniu a používaniu skríningových nástrojov u onkologických geriatrických pacientov, odporúča začleniť a použiť pri hodnotení stavu pacienta, identifikácii jeho problémov a starostlivosti o spomínanú skupinu pacientov s rizikovým profilom **štandardizovaný hodnotiaci nástroj CGA – Comprehensive Geriatric assessment** (Komplexné geriatrické hodnotenie), pozostávajúci z viacerých validovaných hodnotiacich testov, ktorý posudzuje funkčný stav a funkčné problémy u geriatrických pacientov so zhubným nádorom na základe posúdenia:

1. funkčného stavu, ktorý zahŕňa posúdenie aktivít denného života, inštrumentálnych aktivít denného života, hodnotenie mobility, rizík pádu, hodnotenie zrakovej a sluchovej dostatočnosti/ostrosti,
2. kognitívnych funkcií,
3. komorbidít (pridružených ochorení) a geriatrických syndrómov,
4. farmakoterapie,
5. nutričného stavu,
6. psychického stavu,
7. sociálnej podpory, socio-ekonomických problémov.

Komplexné geriatrické hodnotenie je časovo náročné. Ide však o podrobné a hĺbkové hodnotenie, ktoré identifikuje zdravotné problémy, ktoré sa zvyčajne nezistia počas rutinných hodnotení geriatrických pacientov so zhubným ochorením (Torres, Hsu, 2017, s. 330). Premenné sledované v Komplexnom geriatrickom hodnotení môžu predpovedať prežitie pacienta, toxicitu chemoterapie, postoperačnú chorobnosť a úmrtnosť geriatrických pacientov s rakovinou a odhaliť problémy súvisiace so starostlivosťou, ktoré by inak neboli rozpoznané (Extermann, Huria, 2007, s. 1825). Podľa Owusu a Berger (2014, s. 750) Comprehensive

Geriatric assessment poskytuje multidimenzionálne hodnotenie pacientovej schopnosti tolerovať a odpovedať na liečbu, hodnotenie pravdepodobnosti hroziacej predčasnej smrti i pravdepodobnosti, že sa pacient zotaví z nežiadúcich účinkov liečby a poskytuje identifikovanie rizikových faktorov, včasné riešenie ktorých môže zlepšiť výsledky. Všetky ukazovatele v hodnotiacom nástroji pomáhajú určiť prognózu, riziká a benefity spojené so samotným onkologickým ochorením geriatrického pacienta, ako aj základ pre začatie intervencií na zlepšenie výsledkov. Výsledky hodnotiaceho nástroja sú tak základom pre holistický, komplexný, multidisciplinárny, cielený a individuálny prístup v liečebnej, ošetrovateľskej, rehabilitačnej a sociálnej starostlivosti o spomínanú skupinu pacientov.

Odborná literatúra ponúka pre onkologických pacientov Komplexné geriatrické hodnotenie v skrátenej verzii (vid'. Tab. 1) - **aCGA (Abbreviated Comprehensive Geriatric assessment)**. Obsahuje 15 položiek: 4 otázky z testu na detekciu depresie (Geriatric Depression Scale, GDS), 3 otázky týkajúce sa aktivít denného života (ADL), 4 otázky týkajúce sa inštrumentálnych aktivít denného života (IADL) a 4 otázky z testu kognitívnych funkcií (Mini Mental Status Examination, MMSE).

Tabuľka 1 Skrátená verzia komplexného geriatrického hodnotenia (aCGA)

GDS		
To score the GDS (items 1 – 4) circle yes or no.		
1. Do you feel that your life is empty?	Yes	No
2. Do you feel happy most of the time?	Yes	No
3. Do you often feel helpless?	Yes	No
4. Do you feel pretty worthless the way you are now?	Yes	No

ADL	
To score the ADL (items 5 – 7) check which level of assistance applies.	
5. Bathing (Sponge bath, tub bath or shower)	<p>Receive no assistance (gets into and out of tub by self if tub is the usual means of bathing)</p> <p>Receives assistance in bathing only one part of the body (such as back or a leg)</p> <p>Receives assistance in bathing more than one part of the body (or not bathed)</p>
6. Transfer	<p>Moves into and out bed as well as into and out of chair without assistance (May use object such as cane or walker for support)</p> <p>Moves into or out of bed or chair with assistance</p> <p>Doesn't get out of bed</p>
7. Continence	<p>Controls urination and bowel movement completely by self</p> <p>Has occasional accidents</p> <p>Supervision helps keep control of urination or bowel movement or catheter is used or is incontinence</p>

IADL		
To score the IADL (items 8 – 11) circle the number which reflects the ability.		
8. Can you go shopping for groceries?	Without help	3
	With some help	2
	Are you completely unable to do any shopping?	1
9. Can you prepare your own meals?	Without help	3
	With some help	2
	Are you completely unable to prepare any meals?	1
10. Can you do your own housework?	Without help	3

	With some help	2
	Are you completely unable to do any housework?	1
11. Can you do your own laundry?	Without help	3
	With some help	2
	Are you completely unable to do any laundry at all?	1

MMSE		
Score as indicated on each item.		
12. Attention and calculation	<ul style="list-style-type: none"> - Begin with 100 and count backward by 7 (stop after 5 answers): 93-86-79-72-65. Score one point for each correct answer. - If the patient will not perform this task, ask the person to spell 'WORLD' backwards (DLROW). Record the patients spelling. Score one point for each correctly placed letter. 	Score:
13. Reading	Read and obey the following: Close your eyes (show the patient the item on the attached paper)	Circle the score: 1 / 0
14. Writing	Write a sentence (on the attached paper)	Circle the score: 1 / 0
15. Copying	Copy the design of the intersecting pentagons	Circle the score: 1 / 0

Zdroj: Kenis, Wildiers, 2011, s. 30

2.2 Skríningový nástroj G8

Jedným zo skríningových nástrojov, ktorý bol špeciálne vyvinutý pre hodnotenie geriatrických pacientov v onkológii je hodnotiaci nástroj **G8** (viď. Tab. 2). Pozostáva z 8 položiek, ktoré sa týkajú nutričného stavu, úbytku hmotnosti, mobility, neuropsychických problémov, indexu

telesnej hmotnosti, počtu užívaných liekov, vlastného vnímania zdravia a veku pacienta (<80, 80 – 85, > 85). Skóre sa pohybuje od 17 (bez porúch, absencia rizika) do 0 (ťažké poruchy, prítomnosť rizika). Skóre menšie alebo rovné 14 si vyžaduje použitie ďalšieho hodnotiaceho nástroja – Komplexného geriatrického hodnotenia (CGA) (Soubeyran, 2014, s. 19). Podľa Bellera a kol. (2012, s. 2166), ktorí porovnávali skrínigový nástroj G8 s rôznymi inými nástrojmi, má dotazník G8 dobré skrínigové vlastnosti pre identifikáciu rizikových geriatrických pacientov so zhubným ochorením a tí by mohli mať prospech z realizovania CGA testu. Kenis a kol. (2013, s. 25), ktorí sa zaoberali diagnostickými charakteristikami G8 zistili, že, skrínigový nástroj je jednoduchým a užitočným nástrojom u onkologických geriatrických pacientov na identifikáciu pacientov s rizikovým profilom, má silnú prognostickú hodnotu pre funkčný pokles u pacienta a dĺžku jeho celkového prežitia.

Tabuľka 2 Skrínigový nástroj G8

	Items	Possible answers (score)
A	Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?	0 : severe decrease in food intake
		1 : moderate decrease in food intake
		2 : no decrease in food intake
B	Weight loss during the last 3 months	0 : weight loss > 3 kg
		1 : does not know
		2 : weight loss between 1 and 3 kgs
		3 : no weight loss
C	Mobility	0 : bed or chair bound
		1 : able to get out of bed/chair but does not go out
		2 : goes out
E	Neuropsychological problems	0 : severe dementia or depression
		1 : mild dementia or depression
		2 : no psychological problems
F	Body Mass Index (BMI (weight in kg) / (height in m ²))	0 : BMI < 19
		1 : BMI = 19 to BMI < 21
		2 : BMI = 21 to BMI < 23
		3 : BMI = 23 and > 23
H	Takes more than 3 medications per day	0 : yes
		1 : no
P	In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?	0 : not as good
		0.5 : does not know
		1 : as good
		2 : better
	Age	0 : >85
		1 : 80-85
		2 : <80
	TOTAL SCORE	0 – 17

Zdroj: Kenis, Wildiers, 2011, s. 9

2.3 Skríningový nástroj VES-13

Iným nástrojom validovaným v onkológii, ktorý je dobrou alternatívou G8 je nástroj **VES-13 (Vulnerable Elders – 13 Survey)** (vid'. Tab. 3) na zistenie zraniteľnosti onkologicky chorých geriatrických pacientov. Jeho cieľom je identifikovať pacientov so zvýšeným rizikom úmrtia do 2 rokov a rizikom funkčného poklesu. Obsahuje 13 položiek týkajúcich sa veku, vnímania zdravotného stavu a obmedzenia pri niektorých každodenných a iných aktivitách, ktoré súvisia so zdravotným stavom a fyzickou kondíciou (Soubeyran, 2014, s. 16). Skóre 0-2 znamená absenciu zraniteľnosti. Za zraniteľného jedinca sa považuje ten, ktorý dosiahol skóre 3-10 (Kenis, Wildiers, 2011, s. 18). Podľa štúdie Supriya et al. (2007, s. 802), ktorá zisťovala a porovnávala použitie CGA nástroja, ktorý je časovo náročný, so stručným VES-13 nástrojom u pacientov s rakovinou prostaty autori zistili, že skríningový nástroj VES-13 bol takmer rovnako účinný pri detekcii geriatrických porúch ako CGA nástroj.

Tabuľka 3 Skríningový nástroj VES-13

VES-13						
1.	Age _____	SCORE : 1 POINT FOR AGE 73-84 3 POINTS FOR AGE ≥ 85				
2.	In general compared to other people your age, would you say that your health is:					
	<input type="checkbox"/> Poor* (1 POINT) <input type="checkbox"/> Fair* (1 POINT) <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Very good, or <input type="checkbox"/> Excellent					
SCORE : 1 POINT FOR FAIR or POOR						
3.	How much difficulty, <u>on average</u> , do you have with the following physical activities.					
		No Difficulty	A little Difficulty	Some Difficulty	A Lot of Difficulty	Unable to do
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
	c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
	d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
	e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
	f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
SCORE : 1 POINT FOR EACH * RESPONSE IN Q3a THROUGH Q3f. MAXIMUM OF 2 POINTS						

4. Because of your health or a physical condition, do you have any difficulty
- a. shopping for personal items (like toilet items or medicines)?
- YES → Do you get help with shopping? YES* NO
- NO
- DON'T DO → Is that because of your health? YES* NO
- b. managing money (like keeping track of expenses or paying bills)?
- YES → Do you get help with managing money? YES* NO
- NO
- DON'T DO → Is that because of your health? YES* NO
- c. walking across the room? USE OF CANE OR WALKER IS OK.
- YES → Do you get help with walking? YES* NO
- NO
- DON'T DO → Is that because of your health? YES* NO
- d. doing light housework (like washing dishes, straightening up, or light cleaning)?
- YES → Do you get help with light housework? YES* NO
- NO
- DON'T DO → Is that because of your health? YES* NO
- e. bathing or showering?
- YES → Do you get help with bathing or showering? YES* NO
- NO
- DON'T DO → Is that because of your health? YES* NO

SCORE : 1 POINTS FOR ONE OR MORE *
RESPONSES IN Q4a THROUGH Q4e

Zdroj: Kenis, Wildiers, 2011, s. 20

Owusu a Berger (2014, s. 749) odporúčajú nasledovný postup u všetkých geriatrických pacientov so zhubným ochorením:

- všetci pacienti s malígnym ochorením nad 65 rokov by mali podstúpiť skrínigové vyšetrenie zamerané na zistenie funkčného poškodenia závislého na veku pomocou skrínigových nástrojov G8 alebo VES-13, alebo kombináciu obidvoch na zvýšenie ich citlivosti,
- u pacientov s abnormálnymi skrínigovými testami by malo byť realizované Komplexné geriatrické vyšetrenie (CGA) vyškolenými odborníkmi,
- požiadavka o realizovanie CGA by mala zahŕňať typ malignity, terapeutické aspekty akými sú chirurgická liečba, ožarovanie a/alebo chemoterapia, v prípade ktorej by mali byť identifikované faktory tak, aby mohli byť vyhodnotené potencionálne interakcie,
- s výsledkami CGA nástroja by mali byť oboznámení lekári v primárnej starostlivosti, chirurgovia, onkológovia a ďalší špecialisti, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o pacienta,

- výsledky CGA a iných diagnostických nástrojov by mali byť prediskutované s pacientmi, ich príbuznými, v rámci diskusie je potrebné informovať ich o prognóze, odporúčanej terapii alebo alternatívnej liečbe, o pravdepodobnosti reakcie pacienta na liečbu a výskytu nepriaznivých účinkov liečby, navrhnúť spôsoby, ako im predísť alebo navrhnúť nápravné opatrenia a taktiež naplánovať rehabilitáciu a sociálne opatrenia,
- skríningový nástroj CGA by sa mal realizovať opakovane, pravidelne počas liečby, aby sa včas zistili nové zmeny, ktoré je možné odstrániť, najmä tie, ktoré môžu uľahčiť ukončenie liečby,
- skríningový nástroj CGA by sa mal opakovať v ročných intervaloch po ukončení liečby, aby sa mohli riešiť problémy pacienta a zachytiť vývoj neskorých nežiadúcich účinkov.

2.4 Skríningový nástroj TRST

Flemish version of the Triage Risk Screening Tool (TRST) detekuje podobne ako nástroj G8 onkologických geriatrických pacientov s rizikovým profilom, u ktorých je následne odporúčané Komplexné geriatrické hodnotenie (CGA). Skladá sa z 5 položiek (viď. Tab. 4) zisťujúcich prítomnosť funkčného poklesu, či žije pacient sám alebo nedostáva pomoc od rodiny alebo od partnera, prítomnosť zhoršenej mobility alebo pádu za posledných 6 mesiacov, hospitalizácia za posledné 3 mesiace a užívanie 5 alebo viac ako 5 liekov. Pre onkologických pacientov skóre 0 znamená geriatrický rizikový profil, skóre 1 a viac prítomnosť rizika.

Tabuľka 4 Skríningový nástroj TRST

Flemish version of the TRST		
RISK	YES	NO
1. Presence of cognitive decline	2	0
2. Living alone OR no help from family / partner	1	0
3. Reduced mobility OR fallen in the past 6 months	1	0
4. Hospitalized in the past 3 months	1	0
5. Polypharmacy: ≥ 5 medications	1	0
Total score:	

Zdroj: Kenis, Wildiers, 2011, s. 13

2.5 Skriningový nástroj SAOP 2

Ďalším odporúčaným nástrojom je onkologický program pre seniorov – **Senior Adult Oncology Program 2 (SAOP2)**, zameraný na identifikáciu geriatrických pacientov, ktorých stav si vyžaduje konzultáciu špecialistov a spoluprácu multidisciplinárneho tímu. Je zameraný na skrining prítomnosti pomáhajúcej osoby, depresie, kvality života, vnímania vlastného zdravia, samostatnosti pri aktivitách denného života, pádov, výživy, spánku, schopnosti platiť za lieky, skrining kognitívnych funkcií a medikamentózneho liečby (viď Tab. 5). V rámci vyhodnotenia tohto nástroja, ak je jedna položka pozitívna, je potrebné prizvať príslušného odborníka, ak je pozitívnych viac odpovedí, na riešenie problémov je potrebný multidisciplinárny tím alebo sa odporúča realizácia CGA (Kenis, 2011, s. 22).

Tabuľka 5 Skriningový nástroj SOAP 2

Senior Adult Supplement Screening Questionnaire SAOP2			
1.	If it was necessary, is there someone who could help take care of you?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2.	Do you feel sad more days than Not?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3.	Have you lost interest in things you used to enjoy (hobbies, food, sex, being with friends/family)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
4.	On a scale of 1 to 10, rate your <u>present</u> quality of life (10 is the best life, 1 is the worst)		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Worst	Best	
5.	On a scale of 1 to 10, rate your <u>present</u> overall health (10 is excellent, 1 is poor)		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	[Poor] [Fair] [Good] [Excellent]		
6.	Activities of Daily Living:		
	Can you dress yourself completely?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Can you feed yourself?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Do you use a cane, walker, or wheelchair?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes occasionally <input type="checkbox"/> No
	Do you need help to get out of bed/chair?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Are you incontinent of urine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Occasionally <input type="checkbox"/> No
	Do you need help taking a shower or a bath?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Occasionally <input type="checkbox"/> No
	Have you tripped or fallen in the past year?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Are you able to drive?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Have Never Driven <input type="checkbox"/> No
	Are you able to prepare your own meals?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Are you able to go shopping?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Can you take care of your finances?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Can you use the telephone?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No
	Do you remember to take your medications?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes but with help <input type="checkbox"/> No

7.	Have you lost 5 or more pounds in the past 6 months <u>without dieting</u> ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
8.	Has your appetite decreased in the last 3 months?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
9.	Has there been a change in the <u>types</u> of foods you are able to eat?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
10.	Are you always able to pay for your prescription medications?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
11.	Do you feel you are sleeping well?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
***I am going to name 3 objects (pencil, truck, book) and ask you to repeat them now and a few minutes from now to test your memory.			
12.	Spell the word " clown " backwards. n-w-o-l-c	5 points _____	
13.	What is today's date and day? Month. _____ Date _____ Yr. _____, Day _____	4 points _____	
14.	Can you repeat the 3 objects I mentioned earlier? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	3 points _____	
		Total _____	
15.	How many medications/herbals/vitamins are you taking? _____	<input type="checkbox"/> None	
Additional Information			
Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOGPS):			
Usual Weight:		Current Weight:	
Nutrition:	BMI	Mini Nutritional Assessment (MNA)	
Referral:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Social Worker	Geriatric Depression Scale (GDS)	Mini Mental Status Evaluation (MMSE)	
Referral:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

Zdroj: **Zdroj:** Kenis, Wildiers, 2011, s. 24

2.6 Skriningový nástroj CRASH

Posúdenie komplikácii a riziko toxicity chemoterapie u seniorov so zhubným ochorením pomáha určovať hodnotiaci nástroj **CRASH** (Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients score).

2.7 Skriningový nástroj PACE

Vyššie riziko komplikácii pri chirurgickej liečbe u seniorov posudzuje hodnotiaci nástroj **The Preoperative Assesment of Cancer in the Elderly (PACE)**, ktorý je cenným nástrojom pre

onkológov pri rozhodnutí sa, ktorý pacient je vhodným kandidátom pre chirurgickú liečbu (Shahrokni et al., 2017, s. 96).

Pri odhade rizika pred operáciou je vhodné využiť kombináciu testu TUG (Timed up and go), so systémom hodnotenia Americkej spoločnosti anesteziológov a testom nutričného stavu. Cieľom testu TUG je vyhodnotiť mobilitu, rovnováhu, chôdzu a riziko pádu u seniorov. Systém hodnotenia Americkej spoločnosti anesteziológov (ASA) nemeria riziko operácie, ale predpovedá anesteziologické riziko veľkého operačného zákroku hodnotením stupňa ochorenia a fyzického stavu pred anestéziou a operáciou.

ZÁVER

U nás a v zahraničí sa používa veľké množstvo skriningových nástrojov na hodnotenie celkového stavu pacienta. Pre geriatrických pacientov s nádorovým ochorením Medzinárodná spoločnosť geriatrickej onkológie odporúča používať určité typy skriningových nástrojov, ktoré vyhľadávajú pacientov s rizikovým profilom. Ich cieľom je včas detekovať geriatrické poruchy, rizikové faktory, predpovedať toxicitu chemoterapie, hodnotiť pacientovu schopnosť tolerovať a odpovedať na liečbu, predpovedať postoperačnú chorobnosť a úmrtnosť a odhaliť problémy súvisiace so starostlivosťou. Minimalizovanie rizík a predchádzanie komplikácii vyplývajúcich z onkologickej liečby a starostlivosti o pacienta vedie jednoznačne k lepším výsledkom. Dôležitou úlohou zdravotníckych pracovníkov je implementácia skriningových nástrojov do klinickej praxe, ktoré uľahčujú kvalitné posudzovanie pacienta. Na ňom totiž závisí správna stratégia onkologickej liečby, ošetrovateľskej, zdravotnej, rehabilitačnej a sociálnej starostlivosti.

ZDROJE

BELLERA, C. A., RAINFRAY, M., MATHOULIN-PÉLISSIER, S. et al., 2012. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool [online]. *Annals of Oncology*, **23**(8), 2166–2172 [cit. 2019-03-12]. Dostupné na internete: <https://academic.oup.com/annonc/article/23/8/2166/135922>. ISSN 1569-8041.

EXTERMANN, M., HURRIA, A., 2007. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Patients with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **25**(14), 1824-1831. ISSN 0732-183X.

HLAVA, P., OBŠITNÍKOVÁ, A., PLEŠKO, I., BARÁKOVÁ, A., SAFAEI DIBA, CH., 2010. *Zhubné nádory v SR – vybrané epidemiologické ukazovatele. Odborné centrum zdravotníckych registrov. Národné centrum zdravotníckych informácií.*

KENIS, C. et al., 2014. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer [online]. *Journal of Clinical Oncology*, **32**(1), 19-26 [cit. 2019-03-12]. Dostupné na internete: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2013.51.1345>. ISSN 0732-183X.

MOHILE, S. G., BYLOW, K., DALE, W. et al., 2007. A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation [online]. *Cancer*, **109**(4), 802-810 [cit. 2019-03-12]. Dostupné na internete: <https://online.library.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.22495>. 1097-0142.

Oddelenie súborných publikácií a regionálnej štatistiky. 2018. Slovenská republika v číslach, 2018. Štatistický úrad Slovenskej republiky. ISBN 978-80-8121-618-3

OWUSU, C., BERGER, N. A., 2014. Comprehensive geriatric assessment in the older cancer patient: coming of age in clinical cancer care. *Clinical Practice*, **11**(6), 749–762. ISSN 2044-9038.

SALIBA, S, ELLIOTT M, RUBENSTEIN L. A, SOLOMON D. H. et al., 2001. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community [online].

Journal of the American Geriatric Society, 49(12), 1691-1699. [cit. 2019-03-19]. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x#access>. ISSN 1532-5415.

SHAHROKNI, A. et al., 2017 How We Care for an Older Patient with Cancer. *Journal of Oncology Practice*, **13**(2), 95-103. ISSN 1554-7477.

SOUBEYRAN, P., BELLERA, C., GOYARD, J. et al., 2014. Screening for vulnerability in elderly cancer patients: Validation of the G8 screening test [online]. *Plos One*, **9**(12), e115060. [cit. 2019-03-19]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263738/>. ISSN 1932-6203.

VAŇO, B., JURČOVÁ, D., MÉSZÁROS, J., 2002. *Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050* [online]. Bratislava: Inštitút informatiky a štatistiky. Edícia: Akty Bratislava [cit. 2019-03-19]. Dostupné na internete: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf>

VAŇO, B., 2015. Súčasný a očakávaný populačný vývoj na Slovensku a jeho spoločenské a ekonomické dopady. *Prognostické práce*, **7**(3), 273-293. ISSN 1338-3590.

VAŇO, B., 2015. Môžeme ovplyvniť proces starnutia obyvateľstva na Slovensku? *Slovenská štatistika a demografia*, **25**(3), 59-69. ISSN 1210-1095.

TORRES, C. H., HSU, T., 2017. Comprehensive Geriatric Assessment in the Older Adult with Cancer: A Review. [online]. *European Urology Focus*, **3**(4-5), 330–339 [cit. 2019-03-19]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29331624>. ISSN 2405-4569.

Online zdroje:

<http://www.siog.org/content/comprehensive-geriatric-assessment-cga-older-patient-cancer>

<https://www.rand.org/health-care/projects/acove/survey.html#scoring>

KONTAKT

PhDr. Iveta Grežd'ová, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: iveta.grezdova@fmed.uniba.sk

PhDr. Miriam Polhorská PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, LF UK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: miriam.polhorska@fmed.uniba.sk

AKTÍVNE STARNUTIE – PRIORITA EURÓPSKEJ ÚNIE

LAUKOVÁ, P.

Abstrakt

Štúdia sa venuje aktívnemu starnutiu, ako spôsobu riešenia predpokladaných negatívnych dopadov demografického vývoja v Európskej únii. Vyzdvihuje celoživotné vzdelávanie ako významný prostriedok participácie a mobilizácie vlastného potenciálu, zamestnatelnosti, odd'ľovania pasívnej staroby a zapojenia seniorov do spoločnosti.

Kľúčové slová: edukácia, senior, aktívne starnutie, výzvy Európskej únie

ÚVOD

Ľudský život sa predlžuje a ukazovatele demografického vývoja v období najbližších rokov jednoznačne predpokladajú starnutie populácie, ktoré je výsledkom predovšetkým populačných vln v minulosti, meniaceho sa rodinného správania, nízkej fertility a rastu megamiest. Demografické zmeny si vyžadujú potrebu celospoločenskej zhody na riešení očakávaných dôsledkov vývoja z hľadiska výdavkov na zdravotno-sociálnu starostlivosť a sociálne zabezpečenie ale i vytváranie podmienok pre využitie potenciálu starnúcej generácie. Ako sa uvádza v dokumentoch Štatistického úradu Slovenskej republiky (2015), priemerná dĺžka dožitia ženy na Slovensku v roku 2014 bola 80,7; u mužov 72 rokov, v Českej republike údaje (OECD, 2017) ukazujú u žien 81,6 a mužov 75,7 rokov dožitia. Dôležitosť predmetnej problematiky si uvedomujú všetky významné svetové organizácie. Odborníci: demografi, sociológovia, ekonómovia a iní, podporení kapacitami z oblasti vzdelávania apelujú na naliehavosť riešenia problematiky starnutia populácie. Uvedený fenomén možno badať vo všetkých oblastiach ľudského života. Nedotýka sa priamo iba ekonomickej stability štátov (stále sa zvyšujúci podiel ľudí v neproduktívnom veku) ale taktiež politickej stability.

V dnešnej dobe, so zvyšujúcim sa vekom odchodu do dôchodku, je nevyhnutné aktívne starnutie implementovať do života našej spoločnosti. Jedným z prostriedkov je edukácia, ktorá má výrazný vplyv na socializáciu a vzhľadom na starnúci pracovný trh je dôležité, aby sa zameriavala aj na odborné vedomosti a schopnosti starších ľudí, čím sa môžu stať v pokročilejšom veku na pracovnom trhu stále aktívnymi.

Politiky aktívneho starnutia

Svetové organizácie a vlády jednotlivých krajín, ktorých sa problematika starnutia populácie akútne dotýka, sa aktuálne zaoberajú predmetným fenoménom a politiky aktívneho starnutia prenášajú do aktivít všetkých prestížnych medzinárodných organizácií, v snahe pozitívne ovplyvniť vývoj na národných úrovniach.

Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020 v Slovenskej republike vychádza zo všetkých dôležitých medzinárodných dokumentov: Všeobecná deklarácia ľudských práv, Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych, a kultúrnych právach, Princípy OSN vo vzťahu k starším ľuďom, Medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia (priatý na prvom Svetovom zhromaždení o starnutí vo Viedni v roku 1991), Madridský medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia 2002, Európska sociálna charta, Charta základných práv EÚ, Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (CEDAW) a Digitálna agenda pre Európu. Opiera sa aj o najnovšie iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie a Rady Európy (Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020, 2014, s. 5). Dokument nadväzuje na poznatky získané počas Európskeho roka aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami v roku 2012. Sú v ňom taktiež implementované poznatky z Národného programu ochrany starších ľudí z roku 1999.

Problematiku edukácie k aktívnemu starnutiu musíme vnímať v širšom kontexte, ako nevyhnutný predpoklad na plnenie výziev a politík Európskej únie. V týchto súvislostiach ju prezentuje Manifest pre vzdelávanie dospelých v 21. storočí. Vzdelávanie dospelých je implementované v programe EÚ do roku 2020, taktiež v programe predsedu Komisie Jean-Clauda Junckera (od tvorby pracovných miest a rastu až po jednotný digitálny trh, od zmeny klímy až po vnútorný trh, od migrácie až po globálne otázky a demokratické zmeny). Okrem toho je vzdelávanie dospelých kľúčovým nástrojom na dosiahnutie Programu OSN do roku 2030 a jeho cieľov trvalo udržateľného rozvoja (v orig. „Sustainable Development Goals“, v skr. „SDGs“). Zároveň je nevyhnutným predpokladom na vytvorenie súdržnej, prosperujúcej

a pokojnej Európy, ktorá sa dokáže priaznivo vyrovnávať s budúcimi výzvami (Manifest pre vzdelávanie dospelých v 21. storočí, 2018, s. 11).

Edukácia – prostriedok k aktívnemu starnutiu

Jedným z efektívnych nástrojov, ako aktívne ovplyvňovať negatívne dopady demografickej krivky, je edukácia, ktorá vedie seniorov k lepšej pripravenosti na ich posledné obdobie života. V dnešnej rýchlej dobe kladú zamestnávateľia na zamestnancov omnoho vyššie požiadavky ako v minulosti. A preto je dôležité, aby sa starší ľudia a seniори neustále vzdelávali a boli aktívni. Umožní im to predĺžiť si pracovný život a byť tak dlhšie ekonomicky produktívnymi, v konečnom dôsledku nezávislými. Z uvedeného dôvodu v kontexte „Roku aktívneho starnutia 2012“ zareagoval Európsky parlament a Európska rada výzvou, aby krajiny skvalitnili podmienky na trhu práce pre túto skupinu obyvateľstva. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definovala aktívne starnutie ako „*proces optimalizácie príležitostí pre zdravie, aktivitu a bezpečnosť s cieľom zlepšiť kvalitu života vo vyššom veku.*“ (Globálna agenda Rady pre starnutie spoločnosti, 2017). Európsky parlament a Rada v rozhodnutí o Európskom roku aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami (2012) špecifikovala, že „*aktívne starnutie umožňuje ľuďom realizovať svoj potenciál telesnej, spoločenskej a duševnej pohody počas celého života a zapájať sa do spoločnosti, pričom im poskytuje primeranú ochranu, bezpečnosť a starostlivosť vtedy, keď to potrebujú. Podporovanie aktívneho starnutia si teda vyžaduje viacrozmerý prístup, zodpovednosť a trvalú podporu všetkých generácií.*“ (Európsky parlament, 2011). Európsky parlament ako aj Rada požadujú od členských štátov Európskej únie, aby v prvom rade aktívne podporovali a participovali na aktívnom starnutí v troch oblastiach:

- Zamestnanosť

Predlžovanie veku odchodu do dôchodku stupňuje obavy mnohých obyvateľov, či sa im podarí zachovať si svoje súčasné pracovné miesto alebo nájsť si inú prácu dovtedy, kým budú môcť odísť do dôchodku. Aktívne starnutie znamená zlepšiť šance starších zamestnancov na trhu práce.

- Účasť na dianí v spoločnosti

Starší ľudia prispievajú k zdravému fungovaniu spoločnosti ako opatrovatelia iných (najčastejšie vlastných rodičov, partnerov či vnúčat) alebo ako dobrovoľníci. Za svoje aktívne starnutie si zaslúžia väčšie uznanie a lepšie podmienky na život.

- Nezávislý život

I keď starnutie populácie je vo všeobecnosti sprevádzané zhoršením zdravotného stavu, aktívne starnutie môže mať podobu aj malých zmien, ktoré niekedy prinášajú veľké zlepšenia v živote ľudí trpiacich rôznymi ochoreniami. Aktívne starnutie – je aj osveta týkajúca sa práv umožňujúcich ľuďom zachovať si kontrolu nad vlastným životom tak dlho, ako je to možné. (Obyvateľstvo SR v kontexte Európskeho roku aktívneho starnutia, 2012, s. 77).

Aktívne starnutie je proces, ktorý je z veľkej časti založený na zmene myslenia ľudí. Zmena starnutia na aktívne starnutie nejde bez toho, aby si ľudia uvedomili, že na starobu sa treba pripravovať, to znamená osvojiť si taký životný štýl, v ktorom bude mať svoje miesto edukácia. Demografický vývoj sa v súčasnosti odzrkadľuje na štrukturálnych zmenách v ekonomike, zdravotníctve, sociálnej starostlivosti, zasiahne pracovný trh ale taktiež aj školstvo. Preto je vytváranie podmienok na aktívne starnutie primárnou úlohou štátu. Vo všeobecnosti vzdelanosť ľudí posilňuje ich sebavedomie, nezávislosť ale aj samostatnosť. V dnešnej informačnej dobe je nutné klásť dôraz na edukáciu seniorov aj v tejto oblasti. Počítačová gramotnosť umožňuje ich prístup k informáciám, pracovným príležitostiam a posilňuje sociálne väzby pomocou sociálnych sietí.

Vekový manažment

Slovensko je z hľadiska starnutia ohrozenejšie ako je priemer Európskej únie. „*Zatiaľ čo v rámci EÚ bude v dôsledku starnutia populácie v roku 2050 chýbať 15 % pracovnej sily, na Slovensku to bude až 20 %.*“ (Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020, 2014, s. 24) a v Českej republike takmer o 40 % (Cimbáliková a kol. 2012, s.13). Pri pohľade na tieto štatistiky je zrejmé, že zamestnávateľia by už teraz mali vytvárať čo najlepšie podmienky pre svojich zamestnancov, pričom je veľmi dôležitý aj aspekt motivácie starších pracovníkov. V mnohých ohľadoch je povedomie o aktívnom starnutí u zamestnávateľov nízke alebo sa zle interpretuje. Preto treba klásť dôraz na komunikáciu smerom k firmám, aby si uvedomovali demografický vývoj ale aj výhody, ktoré zamestnávanie starších ľudí prináša. Prvý z cieľov takejto výzvy je transformovať Výbor pre seniorov na poradný orgán vlády Slovenskej republiky pre prispôsobovanie verejných politík procesu starnutia populácie. Opatrenie vyplývajúce z cieľa predstavuje transformáciu predmetného výboru, ktorý následne zabezpečí užšiu spoluprácu zainteresovaných strán na riešení dopadov starnutia populácie. Primárnou úlohou by malo byť navrhovanie, koordinovanie a kontrolovanie jednotlivých opatrení, ktoré, sú zamerané na znižovanie negatívnych dôsledkov starnutia populácie na ekonomiku, trh práce, dôchodkový systém a ďalšie oblasti života spoločnosti. Gestorom výzvy je Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.

Nakoľko vekový manažment nie je bližšie špecifikovaný, druhým cieľom by malo byť definovanie vekového manažmentu a vytvorenie zásad pre zamestnávateľov (v súkromnom ale aj verejnom sektore). Gestor je aj v prípade druhej výzvy Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Ďalšími participantmi na plnení cieľa sú verejná správa, Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky, Republiková únia zamestnávateľov, Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky, Vyššie územné celky, Združenie miest a obcí Slovenska, vedecko-výskumné a akademické inštitúcie. Taktiež jedným z ďalších cieľov by mala byť motivácia zamestnávateľov vo verejnom ale aj súkromnom sektore participovať na aplikácií vekového manažmentu, podpore zamestnávania starších zamestnancov a ich motivovanie na zotrvaní na trhu práce. Propagácie vekového manažmentu u zamestnávateľov a u odborových organizácií predstavujú opatrenia, ktoré musia byť prijaté pre úspešne naplnenie tejto výzvy. Spôsobom plnenia by mala byť aktívna osvetová činnosť u zamestnávateľov a odborových organizácií o negatívnom demografickom vývoji, výhodách a zásadách vekového manažmentu a vytvorení publikácie zameranej na aplikáciu zásad vekového manažmentu, vrátane príkladov z dobrej praxe. Ak dôjde k dohode so sociálnymi partnermi, verejne vyhodnocovať a oceňovať zamestnávateľov, ktorí aktívne participujú na aplikácií vekového manažmentu a ústretovo sa starajú o svojich starších zamestnancov, bude prioritou. Spolupracujúce subjekty, ktoré sa budú na plnení cieľa podieľať sú verejná správa, Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky, Republiková únia zamestnávateľov, Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky, Vyššie územné celky, Združenie miest a obcí Slovenska, vedecko-výskumné a akademické inštitúcie. Termín plnenia bude prebiehať priebežne 2014-2020 osvetová kampaň a účelová publikácia do 31.12.2016.

Vytvorenie minimálneho rozsahu akútne aplikovaných zásad vekového manažmentu vrátane auditu pre ich zavedenie do praxe, je jeden z ďalších cieľov, pre ktorého úspešnosť je dôležité vypracovanie minimálneho rozsahu pravidiel správania sa zamestnávateľov pri zavádzaní vekového manažmentu do praxe a ukazovateľov ich plnenia. Zavedenie do praxe v každej organizácii, kde štát vystupuje ako zamestnávateľ alebo ako dominantný akcionár je podmienkou. Taktiež sa odporúča aplikovať vekový manažment čo najširšej skupine zamestnávateľov a prerokovať s Konfederáciou odborových zväzov Slovenskej republiky, aby jednotlivé odborové združenia na Slovensku pri kolektívnom vyjednávaní uplatňovali uvedené požiadavky. Ďalšou je zvýšenie bonitnosti zamestnávateľov, ktorí budú predmetné požiadavky akceptovať. Ako gestor v uvedenom participuje Ministerstvo vnútra a Ministerstvo práce,

sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Ako ďalšie spolupracujúce subjekty sú verejná správa, Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení SR, Republiková únia zamestnávateľov, Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky, Vyššie územné celky, Združenie miest a obcí Slovenska, univerzity a vysoké školy. Plnenie prebieha v niekoľkých fázach. Vypracovanie žiadúcich pravidiel a indikátorov ich plnenia bolo realizované do 30.06.2015, zavedenie do praxe predmetných pravidiel subjektami vo verejnej správe do 01.01.2016, rozhodnutie o možnosti bonifikácie zamestnávateľov do 31.12.2016, ostatné priebežne do roku 2020.

V Českej republike bol realizovaný v rokoch 2010-2012 projekt „Strategie Age managementu v České republice“ (reg.č.CZ.1.04/5.101/51.00079) v rámci Operačného programu lidské zdroje a zaměstnanost, pod vedením Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, s partnerskými organizáciami: Masarykova univerzita, Univerzita Palackého v Olomouci, Úřad práce ČR, Krajská pobočka v Brne a zahraničný partner Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Helsinky, Fínsko. Uvedený projekt nadväzuje na komparatívnu analýzu podmienok a prístupov využívaných v Českej republike a Fínsku. Vyhodnotenie vzdelávania v Age managemente, ktoré prebehlo, prináša závery o uplatniteľnosti konceptu a metódy pracovnej schopnosti a jej merania tzv. Indexu pracovnej schopnosti (Work ability Index). Opatrenia v rámci Age managementu by mali zabezpečiť, aby každý pracovník mal možnosť využiť svoj potenciál a nebol znevýhodňovaný na základe svojmu veku. Medzi hlavné zásady zaraďuje:

- aktuálne poznatky o vekovom rozložení spoločnosti a firmy,
- pozitívne a spravodlivé postoje k starnutiu,
- pochopenie pre individualitu a rozmanitosť, uplatňovanie strategického myslenia.

Výsledkom by malo byť zlepšenie pracovných podmienok i kvality života starších pracovníkov, ale tiež šanca pre spoločnosť vo využití potenciálu pracovníkov všetkých vekových skupín. Slovenská republika taktiež zareagovala na aktuálne výzvy EU a v rokoch 2017-2020 sa podieľala na projekte Age management Uptake v rámci programu Erasmus +. Partnermi projektu sú AIVD v SR, AIVD v ČR (Asociácie inštitúcií vzdelávania dospelých), Karlova Univerzita v Prahe, Univerzita Komenského v Bratislave, Stowarzyszenie HIPOKAMP, Institut für lebensbegleiten des Lernen, MPSVaR v SR, MŠVVaŠ v SR, The European Association for the Education of Adults.

Hlavným zámerom je vytvorenie vzdelávacieho programu pre personalistov a pracovníkov managementu, ktorí majú skúsenosti s riadením ľudských zdrojov a chcú sa oboznámiť so špecifikami a možnosťami implementácie riadenia/vedenia štruktúry pracovníkov podľa veku. Taktiež bude vytvorený výberový kurz (predmet) na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského pre študentov študijného programu andragogika.

Účastníci v úvodnom module nadobudnú vedomosti o problematike starnutia populácie a s ňou súvisiacimi sociálno-ekonomickými a kultúrnymi aspektami, o situácii na trhu práce, ako aj aktuálnych trendoch pracovného prostredia s dôrazom na status starších dospelých ľudí. Naučia sa identifikovať jednotlivé segmenty striebornej ekonomiky a potenciál jej rozvoja. Taktiež získajú vedomosti o úrovniach, faktoroch a dôležitosti kultúry organizácie, aspektoch sociálnej zodpovednosti organizácie, formách vekovej diskriminácie a ageizmu v organizáciách, faktoroch sociálneho prostredia, koncepte generácií pracovníkov, faktoroch motivácie, pracovnej spokojnosti a koncepte angažovanosti pracovníkov v kontexte age manažmentu, s problematikou spolupráce, učenia medzi generáciami na pracovisku. Naučia sa porozumieť základným súvislostiam organizačnej kultúry a medzigeneračnej spolupráce v kontexte formovania dobrého mena zamestnávateľa z pohľadu age manažmentu. Nadobudnú vedomosti o definícii pracovnej schopnosti a viacerých faktoroch formujúcich pracovnú kapacitu v rámci „Domu pracovnej schopnosti – Work Ability House“ a súvisiacich vplyvoch. Budú poznať kontext indexu pracovnej schopnosti a využitie jeho výsledkov. Naučia sa porozumieť vplyvu starnutia na pracovnú schopnosť a budú poznať potrebné opatrenia na zachovanie pracovnej kapacity rešpektujúc pritom jednotlivé generácie na pracovisku. Účastníci budú taktiež oboznámení s vybranými opatreniami manažmentu pre podporu zvládania zmien v priebehu života u rôznych generácií z pohľadu zamestnávateľa. Taktiež sa naučia nastaviť stratégiu odchodu do dôchodku. Získajú vedomosti o age managemente, ako koncepte riadenia vekovej štruktúry pracovníkov v organizácii, o analýze jeho stavu (age management audit), so stratégiou zapojenia starších pracovníkov a manažmentu (líniových vedúcich pracovníkov) do implementácie age managementu. Budú oboznámení s možnosťami podpory age managementu v systéme personálnych procesov a ich implementácie, s riadením medzigeneračného odovzdávania vedomostí v organizácii, so vzdelávaním personalistov a manažmentu k zavádzaniu a uplatňovaniu vekovej rozmanitosti v organizácii, s komunikáciou a informovanosťou o age manažmente v organizácii, s inklúziou age managementu v sociálnom dialógu medzi zamestnávateľom a odborními a s hodnotením efektivity age manažmentu v organizácii.

Kvalita a dĺžka života, úroveň zdravia, stupeň pracovnej výkonnosti i miera osobnej spokojnosti každého jednotlivca sú vo vyspelých ekonomikách stále viac závislé na tom, ako úspešne sa darí spoločnosti rozvíjať zdravý spôsob života, ktorý kompenzuje pôsobenie negatívnych civilizacyjnych činiteľov. Výskumy potvrdzujú, že jedinci, ktorí sú pracovne aktívni, neustále sa vzdelávajú vykazujú vyššiu úroveň zdravia (Field, 2009).

Edukácia seniorov – geragogika

Dodnes prevláda názor, že starnutie sprevádza strata väčšiny telesných i mentálnych funkcií. V súlade s touto predstavou by sa mal rokmi neúprosne zhoršovať zrak, sluch, pamäť, inteligencia, ohybnosť, rovnováha. Avšak výskumy potvrdzujú, že zhoršenie zdravotného stavu a niektorých schopností, pokladané za prirodzený prejav staroby, v skutočnosti spôsobuje samota, izolácia, strata citových väzieb, zlý životný štýl, chybné stravovanie, ale i duševná a telesná nečinnosť. Vedci súhlasne zdôrazňujú, že väčšina ľudí nad 65 rokov má mozog zachovaný pre bezchybné fungovanie do 110 až 120 rokov (Zanetti a kol., 2012). Bunky a ich spojenia si i v starnúcom mozgu zachovávajú regeneračné schopnosti (neurónová plasticita). Starnutie mozgu nie je jednorázový proces opotrebovania s prevahou strát. Vplývajú na neho faktory, ktoré pri udržaní rovnováhy medzi opotrebovaním a plasticitou si zachovávajú dlhodobú vitalitu. Účinným prostriedkom zvyšovania obranyschopnosti organizmu, najmä mozgu je duševná a telesná činnosť, prostredie bohaté na podnety a intenzívnu aktivitu, ktorá pomáha zvyšovať hmotnosť a rozmnoženie počtu spojení medzi jednotlivými mozgovými bunkami, čím sa zlepšuje ich výkonnosť. U ľudí pokračujúcich po odchode do dôchodku v pravidelnej telesnej a duševnej činnosti sa zistilo, že si dlhšie zachovávajú lepší krvný obeh v mozgu a mentálne funkcie, ako neaktívni.

Vzdelávanosť seniorov závisí od endogénnych podmienok; od kognitívnych funkcií, motivácie, umenia učiť sa, zdravého životného stavu, doterajšej úrovne vedomostí a i. Vnútorne podmienky vzdelávanosti seniorov ovplyvňuje starnutie a jednotlivé biologické zmeny sprevádzajúce starobu. Závisí taktiež od exogénnych podmienok, t. j. od prístupu k vzdelaniu, vonkajšej motivácie a dostupnosti edukačných foriem (Balogová, 2009, s. 95 – 96).

Podľa R. Čornaničovej (2007) komplexné edukačno-aktivizačné a edukačno-rehabilitačné programy vychádzajú z chápania aktivizujúcej funkcie starostlivosti aj o nesebestačného seniora a z celostného chápania osobnosti každého človeka. Motivácia ako jeden z hlavných faktorov napomáhajúcich k edukácii a je totožná s túžbou učiť sa a účinná je vtedy, keď človek

cíti potrebu vzdelávať sa a verí, že táto potreba bude uspokojená prostredníctvom získania vedomostí.

V procese prípravy na starobu je edukácia jeden z hlavných determinantov jej úspešného zvládnutia. Príprava na starnutie znamená podľa N. Špatenkovej a L. Smékalovej (2015, s. 41) začať včas investovať do svojho ja tak, aby človek, až ho postihnú problémy spojené so starobou mal zdroje k tomu, aby im dokázal čeliť. Proces prípravy na starobu má niekoľko fáz, ktoré H. Haškovcová (2010, s.13) vymedzuje na:

- Dlhodobú,
- Strednodobú,
- Krátkodobú.

Podľa autorky (tamtiež, s. 173) je možné dlhodobú prípravu na starobu chápať ako celoživotnú tvorbu postojov k starobe. Tvorba postojov k starobe by mala byť integrálnou súčasťou tvorby vzdelávacích programov pre rôzne vekové kategórie. Strednodobá príprava začína v strednom veku, medzi 30 a 65 rokom života človeka. Vzhľadom na stredný vek a s ním spojenou prípravou na starobu je nutné si pripomenúť tri hlavné oblasti:

- zdravý spôsob života za účelom udržania sebestačnosti do čo najvyššieho veku,
- psychickú adaptáciu spojenú predovšetkým s požiadavkami prijatia staroby ako neoddeliteľnej súčasti života,
- udržiavanie a systematické rozvíjanie ľudských a všestranne nosných ľudských vzťahov v rámci rodiny a spoločnosti (Haškovcová, 2010, s.173).

Krátkodobá príprava má svoj špecifický význam a začína sa tri až päť rokov pred odchodom do starobného dôchodku. Obsah tohto stupňa prípravy je špecifický z toho dôvodu, že sa viaže priamo na životné zmeny, ktoré človeka čakajú pri odchode do dôchodku. Do procesu prípravy je nutné zahrnúť nie len prípravu na procesy psychickej zmeny alebo sociálnej adaptácie ale taktiež aj na pragmatickejšie zmeny, ako napríklad zabezpečenie bývania, alebo zariadenie domácnosti (Szabová-Šírová, Milotová, 2017).

M. Beneš (2008, s.82) uvádza „*potencionálne sa môže, a v dnešnej dobe musí, učiť a vzdelávať takmer každý. V skutočnosti sa ale značná časť populácie systematicky neučí a nevzdeláva, i keď nutnosť celoživotného vzdelávania väčšina obyvateľov uznáva. Súhlas tak neznamená aktívnu účasť*“. V kontexte udalostí a smerovania našej spoločnosti musíme začať výraznejšie participovať na vytváraní vedomostnej spoločnosti, nakoľko predmetný fenomén vytvára predpoklady na to, aby tvaroval, ovplyvňoval svojich členov, sprístupňoval informácie

a vytváral podmienky na vzdelanejšiu spoločnosť. Zároveň sa od spoločnosti očakáva, že bude aktívne prežívať každú etapu života svojich členov, obdobie staroby nevynímajúc a aktívne participovať na edukačných aktivitách. Myšlienka aktívneho prežívania a využívania voľného času nie sú nové. Už Aristoteles a Platón vyzdvihovali *scholé*, akúsi koncepciu voľného času a jeho aktívneho využívania. Taktiež zakladateľ modernej pedagogiky J. A. Komenský vyzdvihoval učenie sa v každom veku. Opisoval ho najmä vo svojom diele *Pampediae*. V dnešnej dobe sa podieľajú na utváraní politík a koncepcií celoživotného vzdelávania nadnárodné organizácie (UNESCO, OECD, WHO). Ich politiky sú veľmi úzko previazané a do značnej miery na seba nadväzujú. Podľa Čornaničovej (2007, s. 18) by sme mohli vymedziť funkcie vzdelávania seniorov:

- funkcia vzdelávacia (zameraná na získanie poznatkov),
- funkcia kultúrno-kultivačná (zameraná na rozvoj osobnosti v oblasti voľnočasových aktivít),
- sociálno-psychologická (zameraná na uchovanie priemernej kvality života v oblasti sociálnych vzťahov a psychického rozvoja).

V rámci vied o výchove, ako uvádza Švec (1994, s. 24-25) edukológie či výchovovedy (z lat. *educatio* = výchova + gr. *logos* = náuka) je geragogika vednou disciplínou, zameranou na skúmanie a systematizáciu poznatkov, týkajúcich sa edukácie v senu a edukácie vo vzťahu k seniorskému veku človeka (z gr. *gerón* = stárec + gr. *agóge* = viesť niekoho). Vedy o výchove sa z ontogenetického hľadiska a medicínskeho modelu rozdeľujú na pedagogiku (aplikatívna veda o výchove v detstve a dorastencstve), andragogiku (ako aplikatívna veda o edukácii vo veku dospelosti) a geragogiku (náuka o výchove osôb v tzv. treťom veku). Sú praktické odbory, obsahujúce predovšetkým učiteľstvo, vychovávateľstvo a poradenstvo.

Špecifikum geragogiky spočíva v „agógickom“ prístupe k seniorom, ako špecifickej vekom limitovanej cieľovej skupine edukácie, ktorá je vnútorne bohato členená podľa svojich edukačných potrieb, záujmov, možností a ďalších charakteristík. Edukácia seniorov je charakteristická jednotou cieľa, obsahu, foriem, metód, prostriedkov a podmienok realizácie edukačných aktivít. Je taktiež súčasťou *gerontologických vied*.

Geragogika je relatívne samostatná disciplína v rámci výchovovedného a gerontologického myslenia. *Problémové pole* geragogiky predstavuje edukácia seniorov (základná oblasť záujmu andragogiky), filozoficko – výchovné otázky geragogickej podpory, vedomie kontinuity života, didaktické aspekty cieľa, obsahu, metód, realizácia edukačných aktivít pre seniorov a medzigeneračné edukačné aktivity a spoznávanie seniorov ako cieľovej skupiny edukácie.

Obsah geragogiky tvoria:

- Biodromálno – ontogenetické aspekty, určujúce napr. edukačné záujmy 60tníkov; UTV, alebo zužujúce sa aktivity 80tníkov
- Vytváranie odborových metodík
- Metodika zdravotnej a pohybovej aktivity
- Kvalita života
- Aktívne vyrovnávanie sa so zdravotnými obmedzeniami v starobe.

Inštitucionálny rozmer geragogiky je najrozsiahljšia oblasť geragogického poznania, ktorú tvorí skúmanie a optimalizácia inštitucionálnej základne edukácie seniorov, metodiky edukačnej činnosti a tvorba koncepčného rámca aplikatívnych modelov rôznych typov edukácie seniorov.

Predmet geragogiky diferencujeme z 2 hľadísk:

1. *z hľadiska generačno – cieľovej orientácie edukácie (na ktorú vekovú skupinu je edukácia určená)*
 - A) *preseniorská edukácia – príprava na starobu a starnutie*
 - príprava človeka na starobu, ako etapu života jednotlivca, na zmenu v dôchodkovom veku,
 - úloha – znížiť sociálne, psychické a biologické riziká adaptačného zlyhania, príprava na biologické a psychosociálne zmeny,
 - časové horizonty: dlhodobá edukácia (celoživ.)
 - strednodobá (prelad'ovacia), vek 40-60 rokov, **zdravý spôsob života**
 - krátkodobá (aktuálna), 5 rokov pred dosiahnutím dôchodku,
 - B) *proseniorská edukácia – formovanie pozitívneho vzťahu k starobe a starým ľuďom (prevencia ageizmu)*
 - určená rôznym generačným skupinám, so širokým transgeneračným záberom,
 - cieľ – objasňovanie problematiky sénia, spoločenskej podpory človeka seniorského veku, podpora úsilia o medzigeneračné porozumenie, rodinnú a sociálnu podporu a opateru odkázaného seniora,
 - edukačné programy určené rodinám seniorov, dobrovoľníkom, opatrovateľom, personálu rezidenčných zariadení pre starých ľudí,
 - C) *vlastná seniorská edukácia – výchova, vzdelávanie a výcvik v dôchodkovom veku*
 - ťažisková oblasť skúmania geragogiky,
 - účastníci sú seniori, starší a starí ľudia v seniorskom veku,
 - spôsob facilitácie **kvality života** v séniu,

- cieľ – optimálne a zmysluplné využitie voľného času v starobe, výchova k aktívnej starobe, uplatnenie tvorivých schopností človeka vo vyššom veku,
- facilitačný činiteľ rozvoja a udržiavania osobnostných potenciálov seniora, predchádzanie patologických prejavov starnutia,

2. z hľadiska špecializačných aspektov andragogiky

- A) sociálno – výchovná starostlivosť o seniorov (zastrešuje ju sociálna andragogika)
- B) kultúrno – osvetová práca so seniormi (zastrešuje ju kultúrna andragogika)
- C) profesijne ďalšie vzdelávanie seniorov (profesijná andragogika).

Úlohou geragogiky je maximálny možný rozvoj osobnosti seniora (individuálny aspekt) a vytváranie optimálnych podmienok na to, aby senior tvorivo a aktívne participoval na spoločenskom dianí (sociálny aspekt).

Záver

Ak sa pozrieme do minulosti, musíme si uvedomiť, že ľudstvo doteraz nikdy nečelilo takým demografickým problémom, aké sú v súčasnosti. Sociológovia pripomínajú, že v histórii ľudstva ešte nebola doba, v ktorej žilo viac starých ľudí ako mladých. Hľadanie možností, akým spôsobom zvyšovať kvalitu života seniorov a pripravovať ich na aktívne starnutie je pálčivou úlohou celej spoločnosti. Dôležité je taktiež prihliadať na podporu a solidaritu medzi jednotlivými generáciami. Ako pripomína Határ (2013, s. 8) „*demografický trend vývoja európskej spoločnosti zamestnáva v ostatných rokoch, o niečo viac než v minulosti ekonómov a sociológov participujúcich na prognózovaní sociálneho a ekonomického vývoja našej spoločnosti. Treba však uviesť, že viaceré otázky, ktoré sa v súčasnosti opätovne dostávajú do centra pozornosti zainteresovaných inštitúcií a rôznych subjektov, načrtli už v 70-tých rokoch 20. storočia odborníci, predovšetkým lekári na medzinárodných sympóziách a kongresoch, venovaných seniorom, starnutiu spoločnosti a možnostiam vyrovnávania sa s touto skutočnosťou*“. Z uvedeného vyplýva, že aktuálna, pálčivá problematika starnutia populácie bola dlho neriešeným problémom a preto je potrebné urýchlene poskytovať osvetové aktivity pre cieľovú skupinu starších a seniorov ale aj pre laickú verejnosť, vytvárať programy a priestory na edukáciu o aktívnom starnutí, ako náš spoločenský záväzok.

Zoznam použitej literatúry

BALOGOVIÁ, B., 2009. *Seniori*. 3. dopln. vyd. Prešov: Akcent Print. 158 s. ISBN 978-80-89295-18-0.

BENEŠ, M., 2008. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.

CIMBÁLNIKOVIÁ, L. a kol., 2012. *Age management pro práci s cílovou skupinou 50+*. Metodická příručka. AIVD ČR. 158 s. ISBN 978-80-904531-5-9.

ČORNANIČOVÁ, R., 2007. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. 2. dopln. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK. 163 s. ISBN 978-80-223-2287-4.

EUROPARLAMENT, 2011. *Uznesenie Európskeho parlamentu z 11. decembra 2012 o prevencii ženských chorôb súvisiacich s vekom* [online]. Štrasburg, 11. December 2012 [cit. 2019-04-25]. Dostupné na internete:

http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0482+0+DOC+XML+V0//SK#ref_1_2

FIELD, J., 2009. *Learning Transitions in the Adult Life Course: agency, identity and social capital*. In B. Merrill (ed.), *Learning to Change? The role of identity and learning careers in adult education*. Frankfurt-am-Main: Peter Lang.

HÁŠKOVCOVIÁ, H., 2010. *Fenomen stáři*. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HATÁR, C., a kol., 2013. *Vplyv edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta. 159 s. ISBN 978-80-558-0249-7.

Manifest pre vzdelávanie dospelých v 21. storočí. 2018 [online] Brusel: European Association for Education of Adults [cit. 2019-04-25]. Dostupné na internete: https://eaea.org/wp-content/uploads/2018/05/bw_manifesto_full_sk_no_marks.pdf

MAZALÁNOVÁ, A., KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., 2016. *Etické a právne aspekty ošetrovateľskej praxe*. Zborník príspevkov z vedeckého seminára s medzinárodnou účasťou, pri príležitosti 15. výročia prijatia Charty práv pacienta v Slovenskej republike, ktorý sa konal dňa 13. apríla 2016 na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, *Zdravotnícke právo – Transdisciplinárne*. S.137, SZU – Bratislava. ISBN 978-80-89631-49-0.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY, 2014. *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020*. Bratislava: MPSVR SR. 78 s. ISBN 98-80-89125-18-0.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. *Česká republika Zdravotní profil země 2017. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris, ISBN 978926428512. Dostupné také z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2017_9789264285125-cs#page20

SPRÁVA O ZDRAVOTNOM STAVE OBYVATEĽOV SR ZA ROKY 2012-2014, dostupné na www.uvzsr.sk

SZABOVÁ-ŠÍROVÁ, L., MILOTOVÁ, A., 2017. Socioterapia v rezidenčialnej sociálno-edukačnej starostlivosti o seniorov. In: VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2016 – východiska a inspirace pro teorii a praxi*. Praha: Česká andragogická společnost, s. 73-84. ISBN 978-80-905460-6-6.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2012. Dostupné internete: http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1602:medzinarodny-de-starich-1-oktober&catid=111:svetove-dni-poda-who

ŠVEC, Š. 1994. Úlohy a miesto geragogiky v systéme vied. *Národná osveta*, 4(21), 24-25.

ZANETTI, O. a kol., 2012. *Ako žiť ďalej* (preložené z originálu Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer ale altre demenze). Nadácia Memory, 2012. 31 s.

KONTAKT

Doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

FiFUK, Katedra pedagogiky a andragogiky, Bratislava

e-mail: nela.laukova@gmail.com

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – CHÍ KVADRÁT TEST V EXCELU

JEXO VÁ, S.

Abstrakt

Součástí průzkumu je dotazníkové šetření, které se statisticky prezentuje obvykle pomocí tabulek a grafů. Pro zpracování dat lze použít řadu postupů, k často užívaným patří test nezávislosti chí kvadrát, kterým můžeme zjistit závislost mezi dvěma kvalitativními veličinami. Pro výpočet testové statistiky lze použít aplikaci Excel.

Klíčová slova: Chí kvadrát, funkce CHISQ.TEST, nezávislost, závislost.

ÚVOD

Součástí bakalářských prací je v některých případech průzkum na základě dotazníkového šetření. Výsledkem dotazníkového šetření je řada dat, ze kterých se snažíme zjistit něco zajímavého a užitečného. Při vyhodnocení zpravidla autor vytváří tabulky a grafy pomocí Excelu. V tabulkách uvádí relativní a absolutní četnosti. Na základě tohoto jednoduchého zpracování dat provádí diskuzi. V našich bakalářských pracích by měli autoři provést i test nezávislosti a zjistit, zda mezi danými znaky existuje nějaká závislost. Pro zjištění závislosti používají metodu chí kvadrát. Pro výpočet testové statistiky lze použít aplikaci Excel.

1 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT

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

Nulová hypotéza H_0 : Znaky 1 a 2 jsou nezávislé.

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

Testujeme správnost hypotézy H_0 . S testováním je spojena náhodná veličina, která se nazývá testová statistika. Testová statistika nabývá hodnot, které jsou závislé na hypotéze H_0 a charakteristikách náhodného výběru. Hledáme kritický obor, do kterého testová statistika padne jen s velmi malou pravděpodobností α . Pravděpodobnost se nazývá hladina významnosti α a volíme ji na začátku testování. Hladina významnosti je předpokládaná pravděpodobnost, že zamítneme nulovou hypotézu za předpokladu, že nulová hypotéza je správná. Jedná se o tzv. chybu prvního druhu. Hladinu významnosti α volíme obvykle 0,05 nebo 0,10. Nižší hladina významnosti znamená vyšší statistickou významnost. Neznamená důležitější nebo kvalitnější výsledek. S hladinou významnosti souvisí $(1-\alpha)$ -kvantil. Kvantil představuje pravděpodobnost, s jakou nezamítáme hypotézu H_0 za předpokladu, že hypotéza H_0 platí. Jestliže hodnota leží v kritickém oboru, zamítáme hypotézu H_0 ve prospěch alternativní hypotézy H_1 . Pokud naměřená hodnota v kritickém oboru neleží, hypotézu H_0 nezamítáme a alternativní hypotéza H_1 se neprokázala. Test chí-kvadrát porovnává skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Měří se nepodobnost skutečných a očekávaných četností. Čím jsou rozdíly větší, tím je větší testovací statistika chí kvadrát. Skutečné (naměřené) četnosti se zapisují do kontingenční tabulky. V kontingenční tabulce jsou v řádcích vyjádřené hodnoty znaku 1, ve sloupcích hodnoty znaku 2. Počet řádků je i , počet sloupců je j . Na základě hodnot skutečných četností n_{ij} se vypočítají očekávané četnosti m_{ij} . Očekávané četnosti jsou podíly součinu součtu řádků a sloupců a celkového součtu: $m_{ij} = \frac{\sum_i n_{ij} \sum_j n_{ij}}{\sum_{ij} n_{ij}}$. Dále je potřeba provést kontrolu splnění podmínek. Pro použití testu nezávislosti musí být v kontingenční tabulce očekávaných četností splněny podmínky: nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5 a žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1. Pokud tato podmínka není splněna, lze sloučit řádky nebo sloupce. Sloučení je třeba provést tak, aby bylo logické a věcně správně a dobře interpretovatelné. Uvedené platí pro náhodný výběr $n > 40$. Pro tabulku 2x2 je nutná úprava testové statistiky, pokud $20 < n < 40$, provádí se pomocí Yatesovy korekce. Pokud $n < 20$, používá se Fisherův test.

V aplikaci Excel se pro výpočet testu nezávislosti používá funkce CHISQ.TEST. Funkce CHISQ.TEST vrátí hodnotu chí kvadrát rozdělení pro danou hodnotu testové statistiky. Syntaxe funkce má dva povinné argumenty. Je potřeba zadat oblast dat, která obsahují skutečné četnosti a oblast dat, která obsahují očekávané četnosti. Funkce CHISQ.TEST vrátí pravděpodobnost, že za předpokladu nezávislosti mohla náhodně nastat hodnota testové statistiky chí kvadrát testu nejméně tak vysoká jako je hodnota testové statistiky, která je daná vzorcem $\chi^2 =$

$\sum_i \sum_j \frac{(n_{ij}-m_{ij})^2}{m_{ij}}$. V aplikaci Excel nedostaneme hodnotu testové statistiky, dostaneme pouze pravděpodobnost, takzvanou p -hodnotu. Čím je p -hodnota menší, tím menší je pravděpodobnost, že kdybychom provedli další měření ve stejném rozsahu, dostali bychom data ještě více v rozporu s nulovou hypotézou. Čím je p -hodnota větší, tím jsou data více v souladu s nulovou hypotézou. Pokud p -hodnota je menší nebo rovna hladině významnosti α , pak nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, v opačném případě nulovou hypotézu nezamítáme.

2 PŘÍKLAD UŽITÍ

Máme náhodný výběr rozsahu $n = 4867$ rozdělený do dvou znaků (věk, kouření). Data jsou ze sběru od dubna 2019 do května 2019 v rámci Aplikace metody krátkých intervencí v praxi <http://www.vszdrav.cz/cz/leve-menu/projekty/>. Úkolem testu je rozhodnout, zda znaky jsou na sobě závislé nebo nezávislé (zda věk má vliv na kouření). Věk je rozdělen do kategorií 15-25, 26-35, 36-55, 56-65, více než 65. Kouření je rozděleno do kategorií ne, pravidelně, příležitostně.

Nulová hypotéza H_0 : Věk a kouření jsou nezávislé.

Alternativní hypotéza H_1 : Mezi věkem a kouřením je závislost.

Hladina významnosti byla zvolena 5 %.

Tabulka 1 Skutečné četnosti (naměřené hodnoty)

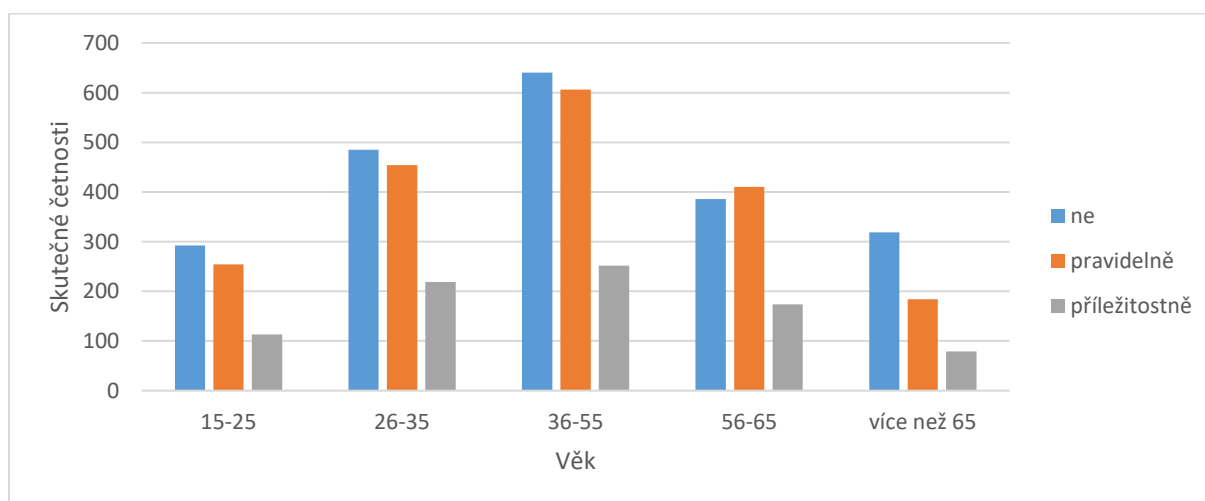
Věk	Kouření			Celkem
	ne	pravidelně	příležitostně	
15-25	292	254	113	659
26-35	485	454	219	1158
36-55	640	606	252	1498
56-65	386	410	174	970
více než 65	319	184	79	582
Celkem	2122	1908	837	4867

Tabulka 2 Očekávané četnosti (vypočítané hodnoty)

Věk	Kouření			Celkem
	ne	pravidelně	příležitostně	
15-25	287,32	258,35	113,33	659
26-35	504,89	453,97	199,15	1158
36-55	653,12	587,26	257,62	1498
56-65	422,92	380,27	166,82	970
více než 65	253,75	228,16	100,09	582
Celkem	2122	1908	837	4867

V aplikaci Excel se vybere funkce CHISQ.TEST, argumenty funkce jsou Aktuální (oblast skutečné četnosti 5x3), Očekávané (oblast očekávané četnosti 5x3). Výsledkem je pravděpodobnost, p -hodnota $3,93089 \cdot 10^{-6}$.

Pravděpodobnost, p -hodnota je významně menší než zvolená hladina významnosti ($3,93089 \cdot 10^{-6} < 0,05$), nulovou hypotézu o nezávislosti zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu (mezi věkem a kouřením je závislost).



Graf 1 Závislost Věk a kouření

ZÁVĚR

Aplikaci Excel lze jednoduše použít při statistickém zpracování dat v bakalářské práci. Na základě tohoto jednoduchého zpracování dat lze vyvodit řadu závěrů a práci tak obohatit o další zajímavé grafy závislostí a výsledky.

ZDROJE

HOLČÍK, Jiří, KOMENDA, Martin (eds.) a kol., 2015. *Matematická biologie: e-learningová učebnice* [online]. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8095-9. [cit. 2017-20-03]. Dostupné z: <http://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--biostatistika-pro-matematickou-biologii--uvod-do-testovani-hypotez--p-hodnota-a-jeji-interpretace>

Microsoft: *CHISQ.TEST (funkce)* [online]. 2019 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://support.office.com/cs-cz/article/chiinv-funkce-cfbea3f6-6e4f-40c9-a87f-20472e0512af>

KONTAKT

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: jexova@vszdrav.cz

ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O SENIORY

HLINOVSKÁ J., MORAVCOVÁ K., MARKOVÁ E.

Abstrakt

Prioritním problémem 21. století ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává stárnutí populace. Cílem působení všeobecné sestry v péči o seniory je poskytovat holistickou péči. Gerontologická (geriatrická) péče zajišťuje všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči.

Klíčová slova: péče o seniory, role všeobecné sestry, senior

ÚVOD

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence. Gerontologické ošetřovatelství a gerontologická medicína představují dnes velmi širokou a rozsáhlou disciplínu, která postihuje až neuvěřitelně velkou výseč celospolečenského života a bytí, dotýkající se medicíny, práva, sociálního zabezpečení, architektury, celé palety služeb s jejich organizací a řízením v mnoha dalších oblastech. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů jako takových a velmi starých lidí, zvláště osob dlouhověkých. Prioritním problémem 21. století ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává stárnutí populace. Dochází a také bude docházet k zvyšování počtu starých lidí ve společnosti.

1 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE

Společnost z demografického pohledu se posuzuje z hlediska porodnosti, úmrtnosti a částečně i migrace. Významným demografickým ukazatelem je i prodloužení střední délky života, která v České republice narůstá patrně nejrychleji ze všech evropských zemí. Střední délka života žen je v současnosti 78,7 let a mužů 72,1 let. V populaci se zvyšuje i podíl seniorů v pokročilém věku. K typickým rysům populace seniorů patří převaha žen (stoupajícím věkem stále výrazněji). Po roce 2010 vstoupily mezi seniory i velmi silné poválečné ročníky a postupně

během dalších let došlo k proměně věkové struktury obyvatel tak, že se obrací poměr dětí a seniorů v populaci. Vyrovnaní dětské a seniorské populace by mělo nastat přibližně kolem roku 2050, kdy podíl obou skupin by měl odpovídat přibližně 20 % světové populace. Podíl seniorské populace by měl na konci 21. století dosáhnout 30 %, naproti tomu dětské populace bude mít tendenci se snižovat na přibližně 18 %. Předpokládá se i nárůst populační skupiny osmdesátiletých a starších lidí, kteří na konci 20. století dosahovali 1 % populace a na konci 21. století by jejich podíl měl odpovídat 3 %.

2 WHO PROGRAM ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Světová zdravotnická organizace při naplňování programu Zdraví 21 a jeho osnovy péče o zdraví populace v 21. století má jeden z cílů programu tzv. zdravé stárnutí. Důraz je kladen na koncepční přístup ke zdravotním a sociálním službám a na programy, které posilují bezpečnost občanů ve společnosti. Vychází z faktu, že stárnutí je zcela přirozený a fyziologický proces, při kterém dochází v organismu k mnoha změnám. Zahrnuje vytvoření podmínek pro lidi ve věku nad 65 let pro možnost plného využívání svého zdravotního potenciálu a aktivního života ve společnosti. Hlavním problémem a důsledkem demografického stárnutí populace je ekonomické zajištění osob a poskytnutí specifických služeb, kterou lidé starších věkových skupin potřebují. Zvyšují se nároky na poskytování zdravotní péče, důležitá je strategie zaměřená na zdravotní služby pro seniory. Vytváření vstřícné společnosti ke stáří a starším lidem je úkolem pro každého.

3 CÍLE PÉČE O SENIORY

Mezi obecně platné cíle organizace péče o seniory v České republice patří: rozšiřování ambulantní péče (primární a komunitní), obecně zkracování hospitalizací na nejkratší možnou optimální dobu a minimalizace dlouhodobé, popřípadě trvalé ústavní péče. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně. V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrické ošetrovatelství a medicíny, proto se musí struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem. Zkracuje se hospitalizace, omezují se dlouhodobé a trvalé ústavní pobyty, rozvíjí se nové netradiční formy péče o staré občany. Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetrovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Všeobecné sestry poskytují ošetrovatelskou péči starým nemocným v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče. Zaměření jejich činnosti je

různorodé a vychází z potřeb pacienta. Všeobecná sestra v současnosti působí v roli ošetřovatelky, edukátorky, manažerky, výzkumnice, konzultantky, obhájkyň právně nemocného, provozovatelka služeb. Postihnout roli sestry v péči o starého nemocného a zdravého člověka je obtížné, protože sestry pracují v různých podmínkách terénní, ambulantní a ústavní péče. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze nazvat obecně komplexem sesterských činností. Koncepce zdravotně sociální péče o seniory akceptuje velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k jejím potřebám. Institucionální i neinstitutonální formy péče by měly vycházet z modifikace následujících principů:

- **demedicalizovat**, tedy odmedicalizovat: medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže. Zdravotníci by však měli být seznámeni nejen se svými jednoznačně artikulovanými kompetencemi, ale i s možnostmi následné péče, a to jak ve smyslu lékařském, tak psychologickém a sociálním. Akcent je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a na autonomii.
- **deinstitutionalizovat**, tedy odinstitutionalizovat: prakticky to znamená, že péče o potřebné seniory by měla být realizovaná mimo instituce, samozřejmě nejlépe doma, i když třeba s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci. Pobyt starého člověka na lůžku v nejrůznějších institucích je často nutná, někdy vhodná, jindy však nadbytečná nebo vysloveně zbytečná. Prioritou je ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí. Hlavní je rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti.
- **desektorizovat** (popř. derezortizovat), což znamená, že je třeba opustit představu, že jeden nebo dva rezorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny potřeby starších a starých nemocných lidí. Opak je pravdou a každý rezort lidské činnosti přece může přispět k řešení dílčích problémů lidí: např. výroba a prodej vhodných potravin, obuvi, šatstva, speciálních pomůcek, časopisů a knih, bezbariérové přístupy na úřady, městskou hromadnou dopravu a v kulturních zařízeních apod. Je potřeba akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.
- **deprofesionalizovat**: to znamená, že se určité jednoznačně definované profese samozřejmě musejí podílet na péči o staré lidi (např. všeobecná sestra, lékař, sociální pracovník, pečovatel atd.), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni

participovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví atd.

Úspěšnost uvedené strategie předpokládá tzv. celospolečenskou prostupnost seniorské problematiky. I když se i u nás strategie 4xD začala uplatňovat v praxi, řada problémů zůstala nevyřešena a jiné přibýly. V oblasti péče o seniory dominují v České republice mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určenými. Primární odpovědnost za dostupnost služeb dle individuální situace občana má stát, koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní nebo regionální úrovni. Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou rezortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Může se jednat převážně o péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní, o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit. V systému komplexní zdravotně sociální péče je zakomponována velmi aktuální i kvalitativní následná péče. V zájmu seniorů i v zájmu společnosti by měla zdravotně-sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí, zdravé stáří a o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány.

4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O SENIORY

V ošetrovatelské péči se rozvíjejí a užívají různé hodnotící a měřící techniky, které by všeobecná sestra měla znát k zajištění kvalitní péče o pacienta. Sestra získá vstupní informace z ošetrovatelské anamnézy a zhodnotí nemocného z hlediska jeho současného stavu. Zjištění stavu nemocného se týká každodenního života, zdravotní, biofyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní a náboženské oblasti. Posuzování jako součást ošetrovatelského procesu představuje komplexní biopsychosociální posouzení člověka. Geriatrická diagnostika se opírá o obecně platné principy, má však také jistá specifika:

- soustřeďuje se na starého člověka (respektuje zvláštnosti vyššího a vysokého věku),
- je vícerozměrná (komplexní biopsychosociální posuzování),

- je problémově orientovaná (více na člověka než na nemoc),
- výsledkem musí být geriatrická intervence.

Všeobecná sestra hodnotí jednak vstupní informace a jednak nemocného z hlediska jeho současného stavu.

Funkční geriatrické vyšetření

Funkční geriatrické vyšetření (FGV) je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, které je doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí ve spojení s jeho sociální situací. FGV se zaměřuje na specifické potřeby rizikových seniorů, kteří pro ohroženou nebo ztracenou soběstačnost vyžadují individuální přístup a péči. Důraz se klade na komplexnost, zaměření na funkční stav a kvalitu života. Komplexní geriatrické vyšetření zahrnuje jak oblasti zájmu, tak základní postupy k jejich posouzení. Jedná se o komplexní pojetí zdravím podmíněné kvality života (Kalvach a kol., 2004).

Hlavní oblasti zájmu podle Kalvacha a kol. (2004):

1. **Osobnost pacienta** – životní situace, priority v rozhodnutích, subjektivní kvalita života a existenciální smysluplnost.
2. **Tělesné zdraví** – nosologické diagnózy, funkční závažnost chorob, syndromologické diagnózy.
3. **Funkční výkonnost** – stabilita a chůze, výkonnost, tělesná kondice, výživa, funkční klasifikace zdraví.
4. **Duševní zdraví** – nosologické diagnózy, kognitivní a fatické poruchy a delirantní stavy, afektivní poruchy, psychická rovnováha, projevy maladaptace, vliv psychosociálních stresorů.
5. **Sociální souvislosti** – sociální role a vztahy, funkční náročnost a bezpečnost prostředí, sociální potřeby a poskytované či nárokové služby.

Ke stanovení funkčního stavu seniora se používá standardizovaných testů a škál. Posuzuje se:

- 1) Zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbidita – komplexní klinické vyšetření se doplňuje o cílený screening rizikových faktorů (zrak a sluch, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice), hodnotí se imunizace, compliance, medikace z pohledu bezpečnosti a účelnosti.
- 2) Fyzická výkonnost a soběstačnost – hodnotí se mobilita, schopnost sebeobsluhy. U fyzicky zdatných jedinců se posuzuje ergometrie, spirometrie, v rámci

dynamometrie se provádí handgrip – test na sílu stisku ruky. Využívá se standardizovaných testů na hodnocení celkového funkčního stavu a schopnosti vykonávat běžné denní činnosti spojené se sebeobsluhou a mobilitou v prostředí, ve kterém senior žije. Rozlišují se dva testy – Test instrumentálních činností (IADL) a Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL). V obou testech se hodnotí samostatné provedení činností, eventuálně potřeba pomoci. Celkové skóre slouží k posouzení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče.

- 3) Duševní zdraví a psychická pohoda – vyšetření slouží k odhalení především kognitivní poruchy – demence nebo poruchy nálady a afektu – deprese, ke zhodnocení psychosociální pohody a životní spokojenosti. Pro zhodnocení se používá např. *Mini mental state examination* (MMSE) a Škála deprese pro geriatrické pacienty.
- 4) Sociální status a ekonomické zajištění – sledují se sociální kontakty seniora, pomoc rodiny, pečovatелů, hodnotí se rizika bydlení, ekonomické zabezpečení a poskytované sociální služby.

Cílem funkčního geriatrického vyšetření je zlepšit zdravotní stav seniorů, zpomalit nástup zdravotního postižení nebo omezit jeho rozsah a zlepšit tak celkovou kvalitu života. Zhodnocení zdravotního stavu seniora je důležité pro posuzování účinku léčby, rehabilitace a rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, pro indikaci ošetrovatelské péče, pečovatelské služby nebo případně pro umístění do dlouhodobé ústavní péče. Klinicky význam funkčního geriatrického vyšetření se bude stále více uplatňovat u funkčně zdatných seniorů i při posuzování schopností absolvovat fyzicky náročné výkony a sportovní aktivity v rámci zdravého životního stylu a preventivních opatření. Mnohá hodnocení CGA probíhá ve třech stupních.

Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení

Parametr	Úroveň empirická	Úroveň orientační	Úroveň podrobná
kognitivní funkce	anamnestický rozhovor	Folsteinův test MMSE	psychiatrická exploatace CT, MR, psychologická baterie
nutriční stav	fyzikální vyšetření body mass index	mini nutritional assessment	využití kaliperu, impedance vyšetření laboratorní

tělesná zdatnost	anamnéza porovnání s vrstevníky	orientační test v terénu (chůze na čas)	bicykloergometrie test v běhátku
disabilita, soběstačnost	anamnéza fyzikálního vyšetření	dotazníková sestava ADL (např. Barthelové test)	speciální testování doma či v laboratoři na umělé dráze

Příklady trojúrovňového geriatrického hodnocení:

První úroveň je empirická, jde o expertní odhad daného parametru (disability, výživy, duševního stavu) na základě základního klinického vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření).

Druhá úroveň orientační, která využívá orientační screeningové testování. To je sice nenáročné na čas a vybavení, ale zatížené nižší senzitivitou anebo specificitou.

Třetí úroveň podrobná, které používá speciální vybavení.

Využívá všech tří úrovní, je třeba pečlivě rozlišovat. Nemá smysl provádět samoúčelně u každého seniora bez ohledu na poměr prospěchu, rizika a nákladů (benefit/risk/cos ratio) náročná vyšetření, ale nelze je také v indikovaných případech odpírat (např. pro potřeba běžného rutinního CGA můžeme popsat tělesnou zdatnost jako „odpovídající vrstevníkům“, ale pro potřeby rekondičního programu či vyjádření k neobvyklé tělesné zátěži je třeba provést kvantitativní laboratorní vyšetření).

ZÁVĚR

Geriatrické ošetrovatelství nejenže prostupuje prakticky všemi obory klinické medicíny pro dospělé a zaujalo velmi významnou pozici v oboru, především vyžaduje další kontinuální vzdělávání všeobecných sester. Standardní klinická vyšetření provádí v našich podmínkách lékař. S rostoucí autonomií sestry se ale současně zvyšuje její odpovědnost a samostatnost. Nezbytnou složkou vyšetřování starého člověka je diagnostika funkčních dopadů nemoci na starého člověka, které významným způsobem dávají mantinely jeho životu. Funkční stav musí být hodnocen individuálně a zároveň komplexně (ve všech aspektech jeho života, včetně prostředí). Sestra hodnotí jednak vstupní informace a jednak nemocného z hlediska jeho současného stavu. Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetrovatelských metodik zaměřených např. na bolest, na soběstačnost, na výživu, dekubity apod. Na našich pracovištích se setkáváme většinou s převzatými, různě modifikovanými metodami. Všeobecné sestry musí být však vzdělány tak, aby byly připraveny na úkoly, které

na ně jejich profese dnes klade, tj. aby mohly vykonávat svou profesi jako kvalifikovaný zdravotník.

ZDROJE

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

ZDRAVÍ 21 – Zdraví do 21. století, 2001. Praha: Regionální úřadovna pro Evropu. ISBN 80-85047-19-5.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KONTAKT

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

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

e-mail: hlinovska@vszdrav.cz

PhDr. Karolina Moravcová

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

e-mail: moravcova@vszdrav.cz

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

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

e-mail: markova@vszdrav.cz

MOTIVAČNÍ HODNOTY VŠEOBECNÝCH SESTER VE 21. STOLETÍ?

MORAVCOVÁ K.

Zamyšlení nad tou nejlepší motivací, jak získat zájem o profesi všeobecné sestry.

Klíčová slova: Česká asociace sester, kompetence, motivace, Všeobecná sestra

To, že je nedostatek sester, ale i ostatních nelékařských profesí je známo. Tímto nedostatkem se potýká celá Evropa, ale i některé státy USA. Vrátime se zpět do Evropy a do České republiky. Sester v ČR, bylo vždy potřeba a nikdy jich nebylo nadbytek.

A to z těchto důvodů:

- profesní náročnost ,směnnost
- příkladná zodpovědnost, pokora
- charisma, pomáhat potřebným (ne každý tuto vlastnost má).

V 60. letech se problém řešil umístěnkami, kde absolvent na určeném pracovišti musel pracovat po dobu tří let. A „umístěnkový „systém platil i u jiných oborů, jako např. učitelé, lékaři. Po roce 1989, se mnoho změnilo a vstupem do EU v roce 2004 ještě více. Pro sestry to byla změna od jiných uniforem, zákonů, směrnic, kompetencí, „invaze“ špičkové techniky a farmaceutických výrobků, vzdělávání, nové ošetrovatelské dokumentace, audity, větší spektrum pacientů, cizinci a tím spojené jejich jiné potřeby, zvyky, pacienti a drogy, bezdomovci atd. Pokusily jsme se získat názory sester, ale i návrh na řešení. Výhodou bylo, že naši studenti jsou z celé republiky, z velkých měst, malých měst, ale i z pohraničí. Studenti, kteří pracují ve směnném provozu, v denním provozu, ve státních zařízeních v soukromých zařízeních. Zajímavý názor byl u studentů s maturitou z jiných oborů (průmyslovka, gymnasium) a názor, zdravotních asistentů, kteří již poznali zdravotnická zařízení.

Kde začíná problém je již přijmutím studentů na SZŠ, kteří nesplňují výše uvedené vlastnosti, které by sestra měla mít.

Již slavný chirurg profesor Jirásek požadoval nejenom vzdělanost sestry, ale i srdce sestry. Sester si nesmírně vážil, řadu let je vyučoval i s jinými kolegy, a to bez honoráře.

Co v současnosti brzdí jejich motivaci:

- Na praxích jsou někde na „obtíž“. Logicky jsou-li na oddělení, kde je nedostatek sester, není čas na studenta. Nahrazují i nedostatek sanitářů, ošetřovatelů.
- Do nedávna i nedostatečné finančně ohodnocení profese. Sestra měla v Lidlu nebo v kancelářích, vyšší ohodnocení než v nemocnici. (Příklad i z privátního zdravotnického zařízení u zubního lékaře. Výborná absolventka, která by mohla pracovat na JIPU, pracuje v soukromém sektoru a v denním provozu, a to za daleko více peněz). Výsledkem je velká konkurence mezi jednotlivými pracovišti a benefity, které jsou sestrám nabízeny.
- Nezáměr politiků nebo o sestrách rozhodují politici – nezdravotníci. Negativní dopady na společnost a na profesi sestry.
- Některé prezentované televizní seriály zlehčovaly náročnost sestry a společnost se domnívala, že tomu tak opravdu je.

A co pro to udělat?

- Angažovat se již v komunální politice.
- Dostat se do Parlamentu, do Senátu. Vztít si příklad z lékařů. Kolik jich působí v Parlamentu a Senátu? Hodně.
- Usilovat o silnou komoru sester ze zákona, jako mají lékaři.
- V současnosti existuje Česká asociace sester, která se velmi snaží posazovat naše profesní zájmy, ale tato organizace nemá dostatečnou členskou základnu a to je velká chyba samotných sester (v ČR kolem 80 000). Profesní organizace zastupující 80 000 členů, by měla daleko větší sílu
- Prosazovat zájmy sester a ostatních nelékařských pracovníků.
- Naučit se „umět prodat“ svoji náročnou, ale krásnou profesi.
- Využít všech možností vyjet na zkušenou do zahraničí.
- Umět alespoň dva světové jazyky. Pro Evropu němčinu, pro svět angličtinu.
- Zapojit se do mezinárodních aktivit pro podporu ošetřovatelských profesí (např. Nursing Now).

Útěchou nám je, že skvělé postavení sester ve vzorném Dánsku budovali skoro 100 let, jak nám řekla jejich významná nestorka ošetrovatelství a nejlepší presidentka ICN (dostala ocenění) Kirsten Stallknecht.

Závěrem bychom chtěly doporučit, budme optimisty a držíme se hesla „*be clever for ever*“. Nikdo to za nás neudělá, musíme samy něco pro to udělat a jsme přesvědčeny, že na to máme! Naše sestry, které pracují v zahraničí mají velmi dobré jméno, byly a jsou ve světě vyhledávané.

KONTAKT

PhDr. Karolina Moravcová

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: moravcova@vszdrav.cz

**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

119 s.

Praha, 2019

ISBN 978-80-88249-04-7

ISBN 978-808824904-7

