



SBORNÍK

12. VĚDECKÁ MEZINÁRODNÍ KONFERENCE

**PREVENTIVNÍ PROGRAMY
V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

VŠTVS Palestra

EUC klinika Ústí nad Labem

Státní zdravotní ústav

6. dubna 2017

Vědecký a organizační výbor:

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Ing. František Kunc, PhD.

prof. PhDr. Václav Hošek, DrSc.

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

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

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

MUDr. Pavol Mazalán

PhDr. Ivana Jahodová

PhDr. Karolína Moravcová

PhDr. Karolína Stuchlíková



Součástí doprovodného programu 12. mezinárodní vědecké konference „Preventivní programy v ošetrovatelské péči“ je výstava **VAŠE NEJCENNĚJŠÍ FOTO**. Umělecky pojednané mamografické a ultrazvukové snímky, které Vysoké škole zdravotnické zapůjčila EUC klinika Ústí nad Labem.

PROGRAM KONFERENCE

08:30 Registrace

09:00 Úvodní slovo

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

09:00 – 12:00 Dopolnední program

Preventivní program v boji proti karcinomu prsu „Vaše nejcennější foto“

(MUDr. Petr Váša - primář RTG oddělení EUC Klinika Ústí nad Labem)

Kolorektální karcinom – mají preventivní programy smysl?

(doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. - prorektor pro vědu a mezinárodní vztahy VŠZ)

Výsledky realizace prvního roku projektu MZ ČR „Applikace metody krátkých intervencí v praxi“

(MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. - vedoucí katedry Specializace ve zdravotnictví VŠZ)

Spánková hygiena

(Tomáš Pejša - centrum ORL péče, LENTE - Plzeň)

Pohybová aktivita jako nástroj prevence a léčby diabetu mellitus 2. typu

(doc. MUDr. Zdeněk Vilikus, CSc. – VŠTVS Palestra)

12:00 – 12:30 Přestávka (výstava „Vaše nejcennější foto“, občerstvení)

12:30 – 15:00 Odpolední program

Prevence karcinomu děložního čípku

(prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc.)

Zdravotní gramotnost jako cesta k prosperitě

(MUDr. Marie Nejedlá – Státní zdravotní ústav)

Prevence pádu seniorů

(Mgr. Eva Nechlebová, Ph.D. – katedra biomedicíny, VŠTVS Palestra)

Prevence násilí ve zdravotnictví

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

Antibiotika jako „single“ terapie akutní apendicitidy

(MUDr. Pavol Mazalán – Chirurgická klinika SZU a UNB)

15:00 Závěr konference, předání certifikátů

Registrační číslo akce u České asociace sester: ČAS/KK/504/2017

Konference určena především pro:

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

Konference je ohodnocena kredity celoživotního vzdělávání dle platné legislativy MZ.

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

Výstupem z konference je recenzovaný sborník.

Registrace příspěvku do sborníku do 15. 4. 2017 na mail: tureckova@vszdrav.cz.

Příspěvky do sborníku je zasílejte do 30. 4. 2017 na mail: tureckova@vszdrav.cz.

OBSAH

MARKOVÁ, E., HAMPLOVÁ, L., HLINOVSKÁ, J. JEXOVÁ, S., PROCHÁZKOVÁ, R.....	7
KRÁTKÉ INTERVENCE V KLINICKÉ PRAXI STUDENTŮ VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNICKÉ	
HŘIVNOVÁ, M.....	12
ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V PROFESNÍ PŘÍPRAVĚ PEDAGOGŮ	
NECHLEBOVÁ, E., ŠVAMBERK-ŠAUEROVÁ, M.	19
VÝZNAM PREVENCE ÚRAZŮ A PÁDŮ U SENIORŮ	
PETRÁŠOVÁ, B., PROCHÁZKOVÁ, R.....	33
KOMUNIKACE S PACIENTEM VE VYBRANÝCH OBLASTECH ZDRAVOTNÍ PÉČE	
STRUNECKÁ, A.....	50
PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	
LAURINC, M.....	68
LEGISLATÍVA V OŠETROVATELSTVE NA SLOVENSKU	
MAZALÁN, P.....	86
PRÁVNE A ETICKÉ PROBLÉMY V CHIRURGII	
JEXOVÁ, S.	92
STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – FISHERŮV EXAKTNÍ TEST	
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁN, P. a MAZALÁNOVÁ, A.	99
STRES A NÁDOROVÉ OCHORENIA	
PEKARA, J., PEŘAN, D.	111
INFUZNÍ TERAPIE V PNP VE 21. STOLETÍ V ČR	
LAUKOVÁ, P., MAZALÁNOVÁ, A., ČAPSKÁ, J.	123
AKTUÁLNY FENOMÉN KONTAKTU V INTERKULTÚRNEJ NEVERBÁLNEJ KOMUNIKÁCI V OŠETROVATELSTVE	
KYMROVÁ, E.....	137
ALEXANDER LOWEN A JEHO PŘÍNOS V HOLISTICKÉM POHLEDU NA OSOBNOST	
RYBOVÁ, M.....	141
PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	
MAZALÁN, P.....	153
ANTIBIOTIKÁ jako „SINGLE“ TERAPIA AKÚTNEJ APENDICITÍDY	

KYMROVÁ, E., NĚMCOVÁ, J.....	165
EMOCE Z POHLEDU HOLISTICKÝCH PŘÍSTUPŮ	
STUHLÍKOVÁ, K., PADYŠÁKOVÁ, H.....	170
SESTRY JAKO REPREZENTANTKY PROFESE	
STUHLÍKOVÁ, K., VEREŠOVÁ, J., PADYŠÁKOVÁ, H.....	181
POSTER - EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	

KRÁTKÉ INTERVENCE V KLINICKÉ PRAXI STUDENTŮ VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVOTNICKÉ

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

Abstrakt

Zdraví lidí ovlivňuje jejich životní styl, což dokládá řada studií. Mezi nejrizikovější faktory patří spotřeba alkoholu, kuřácké návyky, rizikové užívání návykových látek, nedostatek pohybu, nevhodná skladba výživy, nadváha a obezita. Krátké intervence jsou praktické postupy, které vedou k identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivaci k aktivní nápravě. Intervence realizují zdravotníci v různých oblastech zdravotní péče. Setkání trvají v průměru 5–30 minut. Krátké intervence jsou účinné u dospívajících, dospělých i seniorů a jde o nákladově efektivní preventivní přístup. Studenti oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. byli proškoleni v aplikaci krátkých intervencí, které realizují s pacienty ve smluvních zdravotnických zařízeních v rámci projektu „Aplikace metody krátkých intervencí v praxi“. K objektivnímu hodnocení efektu intervencí jsou využívány indikátory monitoringu.

Klíčová slova

Krátké intervence. Životní styl.

ÚVOD

Současný životní styl lidí je mnoha odborníky považován za nezdravý, což přispívá k vyššímu výskytu neinfekčních chronických onemocnění. Jedná se zejména o kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, nemoci pohybového aparátu, nemoci dýchacího ústrojí a nádorová onemocnění. Studie „Stres, deprese a životní styl v České republice“, řešitelů Rabocha a Ptáčka (2015) se zaměřila mimo jiné právě na životní styl. Ze zkoumaného vzorku respondentů (N=1027) odpovědělo 17 %, že dodržují pravidla zdravého životního stylu, minimálně tato pravidla dodržuje téměř čtvrtina souboru (24 %) a více než polovina se o to snaží nepravdělně (54 %). Klasické cigarety kouří 32 % respondentů, častěji muži, osoby s nižším vzděláním (základním a středním) a osoby do 51 let. Alkohol příležitostně konzumuje 69 % respondentů, 14 % uvádí, že plně abstinuje, zatímco 17 % přiznává velmi častou až denní konzumaci alkoholu. Nejčastěji se respondenti věnují fyzické aktivitě 1–2x týdně, a to celkem ve 44 %,

avšak 31 % se jí nevěnuje vůbec. Oblast, které respondenti věnují nejméně pozornosti, je konzumace ryb. Pouze 25 % z nich uvádí jejich pravidelnou konzumaci. Pravidelný pitný režim dodržuje 75 % respondentů. Mezi nejrizikovější faktory patří spotřeba alkoholu, kuřácké návyky, rizikové užívání návykových látek, nedostatek pohybu, nevhodná skladba výživy, nadváha a obezita. Z tohoto důvodu je žádoucí včasná edukace založená na efektivní primární prevenci, a to již od předškolního vzdělávání (Hřivnová, 2013), a dále v rámci povinného vzdělávání, zejména ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví, který je zařazen do nižšího sekundárního vzdělávání od roku 2007 (Hřivnová, 2016). Současná dospělá populace však vzděláváním v oblasti podpory zdraví a rozvoje zdravotní gramotnosti neprošla. Svoje zdraví můžeme ovlivnit svým vlastním životním stylem až z 80 %. Těm, kterým se to z nějakého důvodu nedaří, mohou pomoci zdravotníci. V České republice bylo v uplynulých letech realizováno několik projektů, vzdělávacích a výcvikových kurzů zaměřených na metodiku krátkých intervencí. Tento článek uvádí informaci o projektu „Aplikace metodiky krátkých intervencí v praxi“ podpořený MZ ČR v letech 2016–2017.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Krátké intervence se objevily v 80. letech jako strategie řešení problémů s alkoholem. (Babor et al., 2007) Obecně jsou definované jako praktické postupy, které vedou k časně identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivaci k aktivní nápravě. (Hamplová a kol., 2016) Smyslem je podpořit a motivovat osobu, aby uvažovala o svém chování a pomoci jí pochopit, že jej ovlivňují rizikové faktory jako je konzumace alkoholu, užívání psychoaktivních látek, nadměrný příjem kalorií, minimální pohyb apod., a že uvedené spojení může vést ke zdravotním problémům. Světová zdravotnická organizace (WHO) vyvinula screeningové dotazníky, identifikující zdravotní rizika životního stylu. (World Health Organization, 2008) Pojem krátká intervence odkazuje na časově omezené úsilí (rozhovor) s cílem zvýšit motivaci ke změně chování, poskytnout informace či rady. Krátké intervence jsou odborníky využívány v různých oblastech zdravotní péče poskytované zdravotníky (např. lékař, všeobecná sestra, adiktolog). V literatuře se uvádí různá škála trvání intervence, od minimálně 5minutové, 15–30 minutová až opakovaná setkání. (Kaner et al., 2007) Krátké intervence se ukázaly jako nákladově efektivní preventivní přístup a jsou účinné u dospívajících, dospělých i seniorů. (O'Donnell, et al., 2014).

2 APLIKACE METODY KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V PRAXI

K praktické aplikaci krátkých intervencí byl pracovníky Státního zdravotního ústavu (SZÚ) navržený a vytištěný manuál a obrazové karty, které zjednodušeně a názorně vysvětlují vybraná rizika životního stylu (např. alkohol, kouření, stravování, pohyb), případně doporučují řešení a slouží zdravotníkům k motivačním a edukačním aktivitám s klientem/pacientem. Míry rizika u klienta/pacienta jsou zjišťována mezinárodními standardizovanými dotazníky (dotazník AUDIT k posouzení rizika pití alkoholu, Fagerströmův dotazník pro hodnocení stupně závislosti na tabáku, dotazníky SZÚ pro vyhodnocení úrovně stravovacích zvyklostí a vyhodnocení úrovně pohybové aktivity). V roce 2016 obdržela Vysoká škola zdravotnická o.p.s. státní dotaci z MZ ČR z dotačního programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na realizaci projektu „Aplikace metody krátkých intervencí v praxi“.

Proškolení studentů oboru Všeobecná sestra v metodě krátkých intervencí probíhalo v rámci výuky. Studenti byli seznámeni s rizikovými faktory životního stylu, jejich prevencí, hodnocením míry rizika a s metodikou krátkých intervencí. Následně proběhl pod supervizí odborných asistentů vysoké školy praktický nácvik intervencí, které byly studenty realizovány v průběhu výkonu jejich odborné praxe ve smluvních zdravotnických zařízeních.

V každém zdravotnickém zařízení, kde probíhaly krátké intervence, byl s realizací projektu nejprve seznámen vrcholový a střední management. Studentky vyplňovaly s pacientem dotazník se základní charakteristikou pacienta (věk, pohlaví, vzdělání, lékařská diagnóza, hmotnost, výška, BMI, obec) a dále dotazník mapující míru zjištěného rizikového faktoru. Po jeho vyhodnocení provedly krátkou intervenci s využitím edukačních karet. S odstupem času, tedy za 1 až 2 dny po provedené intervenci nabídly pacientovi vyplnit dotazník po intervenci, z něhož se následně vyhodnotil zájem o poradenství či léčbu a míra motivace pacienta ke změně postoje a chování. K vlastnímu objektivnímu hodnocení efektu intervencí byly využity indikátory monitoringu, konkrétně počet oslovených klientů/pacientů, počet vyplněných dotazníků před intervencí, míra spolupracujících klientů/pacientů a počet vyplněných dotazníků po intervenci. Všechna získaná data byla řešiteli projektu průběžně zadávána do PC pro potřebu vyhodnocení efektivity projektu.

LITERATURA

BABOR et al. (2007) Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Substance Abuse*. 2007, 28 (3): 7–30.

O'Donnell, A. et al. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(1), 66–78.
<http://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>.

HAMPLOVÁ a kol. (2016) Krátké intervence v praxi zdravotníků. In 70 ve zdraví. Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8.-9. září 2016. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2016. s. 206 - 209. ISBN 978-80-210-8477-3. doi:10.5817/CZ.MUNI.P210-8477-2016.

HŘIVNOVÁ, M. (2013). *Lexikon dobré praxe: výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu v mateřské škole*. Brno: Anabell. 82 s. ISBN 978-80-905436-2-1.

HŘIVNOVÁ, M. (2016). Health Literacy in Pupils in the Context of Research of Resulting Curriculum of Health Education. *The Anthropologist – International Journal of Contemporary and Applied Studies of Man*. 24(1), 277-283.

KANER et al. (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CDC004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

MAZALÁNOVÁ, Anna a Veronika BLAŽKOVÁ (2010). Výchova ke zdraví v práci sestry v 21. století = Education about health (standart) in nurse competition in 21st century. Lit.: 10 zázn. In: *Zdraví a péče o člověka v 21. století*. - Plzeň : Západočeská univerzita, 2010. - S. 22-26. - ISBN 978-80-7043-908-1. [Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství. Celoštátní konferencia. Plzeň, 12.5.2010]

RABOCH, Jiří — PTÁČEK, Radek. Stres, deprese a životní styl v ČR. *Acta medicae*, 2015, roč. 4, č. 5, s. 78-81. ISSN: 1805-398X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008) The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST Randomized control trial. 2008. [accessed on August 29, 2008].

http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf.

KONTAKT

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

markova@vszdrav.cz

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

hamplova@vszdrav.cz

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

hlinovska@vszdrav.cz

Ing. Soňa Jexová, PhD.

jexova@vszdrav.cz

Mgr. Renata Procházková

prochazkova@vszdrav.cz

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V PROFESNÍ PŘÍPRAVĚ PEDAGOGŮ

HŘIVNOVÁ, M.

Abstrakt

Úroveň zdravotní gramotnosti dospělé populace v České republice byla detekována jako velmi nízká a tak jsou hledány cesty jak tuto skutečnost zvrátit. V řadě koncepčních a strategických dokumentů Ministerstva zdravotnictví ČR je směrem k podpoře zdraví a rozvoji zdravotní gramotnosti zmiňována jako cílová/klíčová oblast vzdělávání/školství. Ve strategických a kurikulárních dokumentech (zejména Rámcových vzdělávacích programech) Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR je problematika podpory zdraví a zdravého životního stylu zakomponována. K tomu aby byla možná adekvátní didaktická transformace této problematiky se žádoucím efektem (tedy zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti populace) je nutná její implementace do profesní přípravy budoucích pedagogů pro jednotlivé úrovně vzdělávací soustavy ČR.

Klíčová slova

Zdravotní gramotnost, výchova ke zdraví, profesní příprava pedagogů

ÚVOD

Problematika zdraví, podpory zdraví a výchovy ke zdraví je součástí multiresortního přístupu s multidisciplinárním charakterem. Bývá také předmětem řady odborných diskusí, studií a výzkumů z mnoha úhlů pohledů a u rozličných cílových skupin. V našem sdělení je pozornost věnována implementaci problematiky podpory zdraví s akcentem na formování zdravotní gramotnosti u budoucích pedagogů, kteří mají potenciál zvyšovat úroveň zdravotní gramotnosti nastupující generace. Impulsem jsou výsledky studie úrovně zdravotní gramotnosti¹ dospělé populace v České republice, která je označena za velmi nízkou (Kučera, Pelikán & Šteflová, 2016). Dalším stimulem je existence

¹ Zdravotní gramotnost je dle WHO „kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“. (Holčík, 2010). Dimenze zdravotní gramotnosti zahrnuje oblast zdravotní péče, prevence onemocnění a podporu zdraví. Fáze zdravotní gramotnosti jsou pak kategorizovány na úroveň získávání a uplatňování zdravotně relevantního chování, dostupnost zdravotních informací, porozumění zdravotně relevantním informacím, vyhodnocení zdravotně relevantních informací a aplikace či využití zdravotně relevantních informací (Kučera et al., 2016).

dokumentů (vycházejících z iniciativy Světové zdravotnické organizace – WHO či v rámci národní úrovně z Ministerstva zdravotnictví České republiky – MZ ČR) podporujících aktivní přístup ke zdraví a minimalizaci jevů poškozujících zdraví manifestující se morbiditou až mortalitou nejčastějších nemocí a úrazů. Za všechny je možné jmenovat v gesci WHO zejména *HEALTH 21* (1999) a *HEALTH 2020* (2013), které jsou modifikovány pro potřeby ČR jako *Zdraví 21* (2003) a *Zdraví 2020* (2014). Z programu Zdraví 2020 pak vychází Akční plán *Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020* (2015), který vidí jako jednu z prioritních oblastí umožňující jeho naplnění výchovu a vzdělávání.

Protože podpora zdraví a výchovy ke zdraví je součástí komplexní kaskády kurikulárních dokumentů v ČR od předškolního vzdělávání, přes základní až po gymnaziální, resp. střední odborné vzdělávání, byla provedena analýza jednotlivých rámcových vzdělávacích programů s ohledem na řešenou problematiku v rámci kapitoly „Podpora zdraví na jednotlivých úrovních kurikula vzdělávací soustavy v České republice“ (Hřivnová, 2017), která je součástí odborné publikace „Pedagogická antropologie v podmínkách současné české a slovenské školy“ a bude vydána v letošním roce.

V následujících kapitolách je pak představena implementace podpory zdraví s akcentem na rozvoj zdravotní gramotnosti v učitelské přípravě všech budoucích učitelů a specificky pak u studijních oborů připravujících učitele pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví na základních školách na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

1 PODPORA ZDRAVÍ A ROZVOJ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V UČITELSKÉ PŘÍPRAVĚ

V součinnosti získání komplexních pedagogických kompetencí v pregraduální přípravě budoucích učitelů je žádoucí ve studijních plánech společných modulů realizovat disciplíny vedoucí k naplnění cíle základního vzdělávání „*učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný*„ (RVP ZV, 2016).

Fialová, Flemr, Marádová, Mužik (2014) i Marádová (2016) doporučuje všem budoucím učitelům absolvovat v obecném základu učitelské přípravy, tzn. v modulech pedagogické propedeutiky a učitelské způsobilosti (terminologie převzata z PdF UP) předměty vztahující se k rozvoji zdravotní gramotnosti. Tento fakt je podpořen skutečností, že v rámci nižšího sekundárního vzdělávání mají žáci absolvovat vzdělávací obor Výchova ke zdraví, ten však často v praxi základních škol bývá vyučován neaprobovaným učitelem (Hřivnová, 2014) a tak je žádoucí, aby každý pedagog byl v této oblasti erudován. Dále Fialová et al. (2014) a Marádová (2016) podporují myšlenku posílení pedagogické

a didaktické připravenosti v daném oboru (profilujícím) u všech absolventů učitelství (bez ohledu na zvolený obor studia). Je tedy možno říci, že je potřeba vnímat problematiku zdraví v širších souvislostech tak, aby každý učitel byl schopen zodpovědnosti za zdraví svých žáků a také disponoval kompetencí vést žáky k zodpovědnosti za vlastní zdraví a ochraně zdraví svého i zdraví ostatních lidí. Předpokladem je také schopnost zapojení se do projektů na podporu zdraví ve školách, které často prostupují napříč spektrem vzdělávacích oborů a oblastí.

Zde uvádíme příklad z Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, která v Modulu pedagogické propedeutiky v rámci bakalářského studijního programu Specializace v pedagogice (2015, online) v rámci všeobecného základu povinných disciplín zařazuje výuku Somatické a fyziologické charakteristiky žáka a školní hygiena a První pomoc, v oblasti pedagogických věd povinnou disciplínu Prevence rizikového chování. V navazujícím magisterském programu Učitelství pro základní školy a Učitelství pro střední školy v Modulu učitelské způsobilosti (2015, online) v oblasti profilace nabízí povinně volitelnou disciplínu Zdravotní gramotnost.

Nabízí se však otázka, zda obsahově, rozsahově i didakticky je aktuální nabídka disciplín s tematikou výchovy ke zdraví ve společných modulech obsažena dostatečně a budoucí pedagogové získávají potřebné kompetence v požadovaném rozsahu. K tomu by mohla posloužit výzkumná šetření úrovně zdravotní gramotnosti pedagogů v prostředí edukační reality.

Marádová (2016) hovoří o systémovém zvyšování zdravotní gramotnosti všech pedagogických pracovníků, které by se mělo stát nedílnou součástí studijních programů zaměřených na vzdělávání. Konstatuje, že pokud se podaří, aby ve školách působili učitelé erudovaní v oboru Výchova ke zdraví a ti byli obklopeni týmem pedagogických (i nepedagogických) pracovníků motivovaných „pro zdraví“, lze předpokládat, že výstupem jejich koordinovaného působení bude zdravotně gramotný občan.

2 PODPORA ZDRAVÍ A ROZVOJ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V PŘÍPRAVĚ UČITELŮ VÝCHOVY KE ZDRAVÍ NA PEDAGOGICKÉ FAKULTĚ UP V OLOMOUCI

Vzhledem k existenci vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu

pro základní vzdělávání bylo žádoucí započít s profesní přípravou pedagogů pro tento vzdělávací obor na pedagogických fakultách v ČR. Aktuálně je studium nabízeno šesti pedagogickými fakultami, a to Pedagogickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, Masarykovy univerzity v Brně, Univerzity Karlovy v Praze, Ostravské univerzity v Ostravě, Západočeské univerzity v Plzni a Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (webové portály jednotlivých univerzit, online, 2017).

O genezi studijních oborů ve strukturované formě studia v bakalářském programu Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a v navazujícím magisterském studijním programu Učitelství Výchovy ke zdraví pro základní školy pojednává Hřivnová (2016a, 2016b), kde upozorňuje na aktuální inovace ve studijních plánech v rámci posledního akreditačního řízení.

Vzhledem k pojetí tohoto příspěvku je zde zacílena pozornost na nově implementované studijní disciplíny do těchto vzdělávacích oborů na Pedagogické fakultě Univerzity palackého v Olomouci (Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání, 2015; Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy, 2015) směrem ke zdravotní gramotnosti.

V bakalářském studiu jde o celou škálu povinných, povinně volitelných a volitelných disciplín, kde se problematika zdravotní gramotnosti manifestuje, jako např. Teorie zdraví a nemoci, psychologie zdraví, Fyziologie výživy, Reprodukční zdraví, První pomoc, Hygiena, Prevence závislostí u dětí a dospívajících, problematika aktivního stárnutí atp.

V navazujícím magisterském studiu je také celá plejáda disciplín, která rozvíjí vědomostní potenciál formovaný v předchozím stupni studia. Je zde však i přímo studijní disciplína, kterou představíme blíže, a to „Podpora zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti“. Disciplína se řadí mezi povinné v prvním ročníku zimního semestru s časovou dotací 1 h přednášky + 1 h semináře / týden a následujícím cílem:

Cíle:

Po absolvování předmětu by studenti měli být schopni:

- definovat zdraví, determinanty zdraví a modely zdraví,
- vysvětlit a aplikovat do praxe Programy podporující zdraví,
- vysvětlit podstatu, členění a prevenci nemoci,
- pochopit a interpretovat podstatu filozofie zdravého životního stylu a zdravotní výchovy,
- nalézt mezipředmětové vztahy v tématech výchovy ke zdraví a dalších vzdělávacích oblastí,
- formulovat zodpovědnost za zdraví,
- definovat systém zdravotní péče,
- interpretovat implementaci podpory zdraví do kurikulárních dokumentů (zejména RVP ZV 2013),
- prokázat elementární znalost projektů a programů k podpoře zdraví,

- analyzovat podporu zdraví v EU a ve světě.

Témata: Zdraví - definice zdraví, základní pojmy a pojetí zdraví, modely zdraví, determinanty zdraví, protektivní a rizikové faktory životního stylu, etiopatogeneze, programy podpory zdraví, program WHO Zdraví 2020, výchova ke zdraví v kurikulu vzdělávací soustavy v ČR, Národní program obnovy a podpory zdraví České republiky, program Zdravá škola, nemoc - základní pojmy, stadia chování v nemoci, následky nemoci, prevence nemoci – primární, sekundární, terciární, všeobecná, indikovaná, selektivní, ochrana zdraví a zodpovědnost za zdraví, systém zdravotní péče, podpora zdraví v EU a ve světě.

Navazující magisterský studijní obor Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy však vykazuje zejména zacílení k didaktické transformaci odborného obsahu a tak zahrnuje stěžejní disciplíny didaktického a metodického charakteru. Cílem je profilovat edukované a erudované pedagogy Výchovy ke zdraví s dokonalou znalostí obsahu avšak s ještě preciznější didaktickou vybaveností.

ZÁVĚR

Problematika podpory zdraví, výchovy ke zdraví a rozvoje zdravotní gramotnosti je tématem celospolečenským zasahujícím do mnoha resortů a vědních disciplín. Školství, resp. vzdělávání je jednou ze stěžejních oblastí, kde je možné zvyšovat úroveň proaktivního přístupu ke zdraví a všech souvisejících atributů. Z tohoto důvodu je v rámci profesní přípravy pedagogů žádoucí implementovat problematiku zdravotní gramotnosti do jejich společných modulů a specificky pak do profesní přípravy pedagogů pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Je možné konstatovat, že se takto již děje, a to jak na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci tak i na dalších pedagogických fakultách v ČR.

ZDROJE

FIALOVÁ, Ludmila, FLEMR, Libor, MARÁDOVÁ, Eva, MUŽÍK Vladislav. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 234 s. ISBN 978-80-246-2885-1.

HEALTH 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999. 224 pp. ISBN 92-890-1349-4, ISSN 1012-7356

HEALTH 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013. 182 pp. ISBN 978-92-890-0279-0

HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

HŘIVNOVÁ, M. 2016a. Inovace v profesní přípravě učitelů Výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. *70 ve zdraví. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016*. Brno, Masarykova univerzita, 2016. s. 95-106. ISBN 978-80-210-8477-3. Online dostupné na [www: https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865](http://www.munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865)

HŘIVNOVÁ, M. 2016b. Problematika sexuální výchovy v kurikulu základního vzdělávání a v profesní přípravě pedagogů vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví. In Miroslav MITLÖHNER a Zuzana PROUZOVÁ (eds.) „24. celostátní kongres k sexuální výchově. Pardubice 2016. Sborník referátů.“ Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2016. s. 21-30. ISBN 978-80-905696-4-5

HŘIVNOVÁ M. 2014. The Conception of Health Education at Primary Schools in the Czech Republic. In *SGEM Conference on Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare Education*. Albena: International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences & Arts, Volume 2. 2014. s. 899-912. ISBN 978-619-7105-23-0. ISSN 2367-5659.

HŘIVNOVÁ, M. Podpora zdraví na jednotlivých úrovních kurikula vzdělávací soustavy v České republice. In Martina CICHÁ (ed.). *Pedagogická antropologie v podmínkách současné české a slovenské školy*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2017 (v přípravě).

KUČERA, Z., PELIKAN, J. & A. ŠTEFLOVÁ. 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis Lékařů českých*. 2016; 155 (5): 233-241

MARÁDOVÁ, E. 2016. Retrospektiva, současnost a perspektivy učitelského vzdělávání v oblasti podpory zdraví. In SLANÁ REISSMANNOVÁ, J., GAJZLEROVÁ, L. *70 ve zdraví. Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8. – 9. září 2016*. Brno, Masarykova univerzita, 2016. s. 77-94. ISBN 978-80-210-8477-3. Online dostupné na [www: https://munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865](http://www.munispace.muni.cz/index.php/munispace/catalog/book/865)

Modul pedagogické propedeutiky. [online]. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2015. [cit. 2016-06-15]. Dostupné na www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php

Modul učitelské způsobilosti. [online]. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2015. [cit. 2016-06-15]. Dostupné na www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (verze platná od 1. 9. 2016). [online]. Dostupný z WWW: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>. [cit. 2016-09-06].

Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Akční plán č. 12. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. [on-line]. Ministerstvo zdravotnictví, 2015. [cit. 2016-06-20]. Dostupné na www:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p1%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol. Akreditační materiál. [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2015. Dostupné na www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php [cit. 2016-09-06].

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání. Akreditační materiál. [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2015. Dostupné na www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. 36 s. ISBN 978-80-85047-47-9.

Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3

KONTAKT

Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Centrum výzkumu zdravého životního stylu a Katedra antropologie a zdravotní vědy, Žižkovo nám. 5, 771 40, Olomouc

e-mail: michaela.hrivnova@upol.cz

VÝZNAM PREVENCE ÚRAZŮ A PÁDŮ U SENIORŮ

NECHLEBOVÁ, E., ŠVAMBERK-ŠAUEROVÁ, M.

Abstrakt

Pády a úrazy u starších osob představují závažný problém, který významně zhoršuje kvalitu života. Je třeba věnovat pozornost prevenci těchto pádů.

Pády a úrazy jsou ve vyšším věku velmi časté. Jejich důsledky mohou být závažné. I v těch případech, kdy nedojde ke zranění nebo k závažnému zranění, pád vždy nějaký důsledek má. Často vede k omezení hybnosti ze strachu před dalším možným pádem.

Riziko pádů je ve stáří vyšší. Ve věku 85 let jsou pády dokonce pětkrát častější než v 65 letech. V první řadě je velmi důležitá edukace pacienta i jeho blízkých. Edukace je zaměřena především na prevenci vzniku pádu. Nejlepší prevencí je dostatečná pohybová aktivita. Jedná se o cvičení zaměřené na udržení rozsahu kloubní pohyblivosti, posilování svalstva dolních končetin a dosažení co nejvyšší pohybové zdatnosti.

Klíčová slova

prevence, pády, senior, pohybová aktivita

ÚVOD

Demografické změny v naší společnosti signalizují postupný nárůst počtu osob ve věkové kategorii seniorů. Stárnutí organismu je proces nevyhnutelný, ale v rychlosti jeho průběhu a v míře tělesného a psychického opotřebení lze pozorovat individuální rozdíly.

Štílec (2004) uvádí, že populace osob starších 60 let tvoří ve vyspělých zemích světa 22% společnosti. V ČR žije přibližně 2,077 miliónů obyvatel starších 60 let, což je přes 20% populace. Výrazný posun střední délky života byl zaznamenán až v průběhu 20. století. V předchozích obdobích byl v populaci počet osob starších šedesáti let v poměru 1 : 14, v současné době došlo ke zvýšení až na 1 : 4. Očekává se další nárůst starších osob v populaci, který by měl kolem roku 2030 dosáhnout poměru 1 : 3. Podle zprávy MPSV (MPSV, 2005) bude v roce 2030 v ČR 30,6 % osob starších 60 let.

Máme-li tedy takové údaje o dalším demografickém vývoji, je nutné na tento vývoj reagovat a hledat možnosti kvalitní péče o tuto věkovou kategorii, včetně preventivního působení v oblasti podpory maximální soběstačnosti seniorů. S touto oblastí úzce souvisí řešení problematiky stoupajícího výskytu úrazů u seniorů, které mají negativní dopad nejen na zdraví somatické, ale i na zdraví psychické a sociální. Autorky se tedy cíleně zaměřují jak na analýzu tohoto jevu, popisují nejen možné příčiny a okolnosti, za nichž k úrazům dochází a důsledky, které vyvolávají na jednotlivých úrovních, tak i na možnosti preventivního a edukačního působení.

Úrazy seniorů jsou jednou z hlavních příčin úmrtí a také následných změn jejich zdravotního stavu. Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády. Pády jsou běžné v životě dětí, jako součást jejich pohybového vývoje, avšak nejsou přirozené u této věkové kategorie. Seniorský věk nevede automaticky k pádům, k nim dochází, pokud jsou přítomné příčiny vedoucí k pádům. Mezi typické příčiny patří snížená zdatnost, zhoršení pohybových, koordinačních a smyslových funkcí nebo užívání některých léků. Pády v jsou v tomto věku bohužel časté a jejich důsledky jsou často závažné.

Zásadním důsledkem, z hlediska kvality života seniora, může být omezení hybnosti (např. při vzniku zlomeniny dolních končetin - zejména krčku stehenní kosti), které může být s ohledem na charakteristiky tohoto období i trvalého charakteru. Kromě následné imobility může dočasné omezení pohybu vést i k závažným zdravotním komplikacím – např. vzniku hluboké žilní trombózy, embolii plic, vzniku dekubitů při delším upoutání na lůžko, močovým a plicním infekcím (srov. Červenková, 2010).

Dalším negativním důsledkem je strach před dalším pádem, což je často klíčový okamžik uvědomění si vlastní zranitelnosti. Obavy seniora mohou vést k omezení jeho aktivit, vedoucích až k sociální izolaci, což lze považovat za závažný společenský jev.

Prevence úrazů seniorů je tedy důležitá nejen z ekonomického hlediska - může ušetřit náklady na přímé ošetření úrazů – ale zejména z hlediska celospolečenského. V České republice umírá podle údajů oficiálních statistik téměř tři tisíce seniorů ročně v důsledku úrazu nebo otravy. Nejohroženější kategorií jsou podle statistik 75–89 letí lidé.

CÍL

Cílem příspěvku je poskytnout soubor informací o úrazech a pádech u seniorů a analyzovat možnosti prevence ve sledované oblasti.

1 RIZIKOVÉ FAKTORY ÚRAZŮ SENIORŮ

Úraz lze chápat jako poškození zdraví, které vzniká náhle, působením vnější síly, která svojí intenzitou přesahuje adaptační možnosti lidského organismu. Úrazy se stávají závažným zdravotnickým, ekonomickým a společenským problémem na celém světě (srov. Benešová, 2004).

Rizikové faktory úrazů seniorů je možné rozdělit do 4 skupin:

- *Biologické rizikové faktory* - jsou způsobeny strukturálními a funkčními změnami, nastupujícími během fyziologického procesu stárnutí organismu, které samy o sobě postupně zvyšují pravděpodobnost vzniku úrazů.
- *Behaviorální faktory* - patří sem zejména medikace, denní příjem tekutin a živin, riskantní chování - např. z přeceňování sil, nepoužívání indikovaných pomůcek pro pohyb, nedostatek cvičení a pohybu jako protektivního prvku tam, kde je to vhodné a možné.
- *Environmentální faktory* - mezi tyto faktory patří nesprávná úprava, nebo vybavení prostředí, v nichž se senior pohybuje. Faktory prostředí se velmi významně podílejí na incidenci pádů seniorů.
- *Socio-ekonomické faktory* - tyto faktory se mohou významně podílet na riziku vzniku úrazů. Patří sem zejména výše příjmů seniora, nebo jeho finanční zabezpečení a sociální status - které ovlivňují jeho výživu, bezpečnost místa, kde žije. Ze **sociálních faktorů** pak vystupuje do popředí osamělost. Rozdílné jsou i poúrazové aspirace seniorů, náročnost domácího prostředí i potřeba opory v prostředí, kam se senior po úrazu vrací (Healthy Aging 2002).

1.1 PÁD JAKO JEDNA Z PŘÍČIN ÚRAZŮ

Pád lze nejčastěji definovat jako změnu polohy, končící kontaktem se zemí. Může být provázen poruchou vědomí a zraněním (Topinková, 2006).

Pády jsou, jak již bylo řečeno častým a specifickým problémem geriatric. U seniorů jsou příčinou všech úrazů v četnosti 50 -70%. Z toho 25 -35% osob nad 65 let utrpí v domácím prostředí pád a jejich četnost narůstá s věkem, polymorbiditou a s tím související zhoršování soběstačnosti. Podle statistik je lékaři hlášena jen asi třetina všech pádů. Nemocní většinou nehlásí pád svému lékaři, protože je přičítají stáří, nebo jim připomínají vlastní bezmocnost (Topinková, 2005).

1.1.1 MECHANISMUS A PŘÍČINY PÁDŮ SENIORŮ

Vyšší frekvence výskytu pádů u seniorů úzce souvisí s chůzí a involučními změnami, které ovlivňují její kvalitu. Patří sem zejména poruchy zraku, propiocepce, vestibulární funkce a kloubní změny dolních končetin včetně oslabení svalů (Kalvach, Růžička, 2004). U seniorů se častěji vyskytují obtíže při vyrovnávání rovnováhy, snižuje se stabilita. Pro seniory ve vyšším věku je typická pomalá šouravá chůze se širokou bází a s nachýlením trupu dopředu (Topinková, Neuwirth, 1995). Literatura dále zmiňuje tzv. „opatrnou chůzi“, zahrnující v různé míře ohnuté držení, ztuhlost trupu i končetin, zkrácení kroku, rozšíření opěrné báze a tendenci pohybovat při otáčení hlavou, krkem a trupem. Vzor je připodobňován k chůzi mladého člověka na kluzkém povrchu a často se dává do souvislosti se zhoršením zraku, rovnovážných funkcí, degenerativními změnami kloubů a oslabením svalů účastníků se na vzpřímeném držení. Je spojován také s pocitem nestability a nejistoty v prostoru (Růžička, 2004).

Mezi hlavní příčiny pádů ve stáří patří vnitřní a vnější příčiny a nepřiměřené činnosti:

příčiny vnitřní (endogenní) jsou vyvolané změnou zdravotního stavu, nejčastěji to jsou nervové poruchy, poruchy zraku, artróza nebo malnutrice;

příčiny vnější (exogenní) bývají vyvolané vnějšími okolnostmi, například nevhodná obuv, nebezpečný povrch, chlad (který ovlivňuje svalový tonus), překážky, užití léků nebo cizí zavinění;

mezi nepřiměřené činnosti patří například výškové práce na žebříku na zahradě, nebo v domácnosti (Hošková, Kalvach, 1999).

1.1.2 KLASIFIKACE PÁDŮ

S ohledem na analýzu možných preventivních zásahů je vhodné stručně uvést základní třídění pádů.

Rozlišují se:

- pády zhroucením, jejichž příčinou je pokles svalového tonu;
- pády skácením - příčinou je těžká porucha rovnováhy;
- zakopnutím s pádem dopředu na ruce v důsledku zakopnutí špičkou nohy (časté u morbus Parkinson);
- zamrznutím – podkladem je zamrznutí dolní končetiny v průběhu chůze, tělo však pokračuje vpřed;
- ostatní nediferenciované pády, kdy je nejčastější příčinou nepozornost nebo nepřizpůsobení se stavu terénu (Růžička, 2004).

1.1.3 DŮSLEDKY PÁDŮ

Důsledky pádu jsou zdravotního (různá intenzita zranění, sekundárně vznikající zdravotní komplikace), psychického i sociálního charakteru. Mezi závažné následky pádů patří zejména:

- Zlomeniny - jsou nejzávažnějším, ale i ekonomicky nejnákladnějším důsledkem pádu.
- Kraniocerebrální poranění, v jehož rámci musíme uvažovat primární traumata – jako jsou např. fraktury lebky a poranění mozku a traumata sekundární, kam lze zařadit např. nitrolebeční hematomy, mozkové edémy a další posttraumatické komplikace (srov. Ambler, 2006).
- Zhmožděliny měkkých tkání, následkem tohoto úrazu dochází u starých lidí velmi rychle k „akutnímu imobilizačnímu syndromu“. Jde o soubor změn, které vznikly ulehnutím na lůžko – dochází k uvolňování vápníků z kostí a k úbytku svalové síly a svalové hmoty, omezuje se pohyb v kloubech, dochází ke vzniku proleženin, zvýšené nároky na srdeční práci, omezení dýchacích pohybů, zvyšuje se riziko vzniku tromboembolické nemoci, poruchy mikce a střevní peristaltiky, objevuje se spánková deprivace.
- Podchlazení, které hrozí seniorovi při nemožnosti po pádu vstát, v jeho důsledku může dojít k výraznému zhoršení zdravotního stavu a k dalším sekundárním komplikacím.
- Popáleniny či opařeniny (Kalvach, 2008).

Jak již bylo uvedeno, pády nemají zásadní vliv jen na somatické zdraví dotyčného, ale ovlivňují zcela zásadně i složku psychického a sociálního zdraví. Stav psychického zdraví je z hlediska udržení soběstačnosti a funkční zdatnosti důležitým faktorem, přitom je prokázáno, že až 20 % starých osob po pádu omezuje svou fyzickou aktivitu ze strachu před dalším pádem. Tím se také zhoršuje jejich soběstačnost, a paradoxně se tak zvyšuje i riziko pádu (Topinková, Neuwirth, 1993). Z psychických důsledků tedy můžeme uvést zejména:

- strach z dalšího pádu;
- omezení aktivit venku i doma;
- pocit méněcennosti;
- stud a obavy o pádech mluvit (ztěžuje se tak diagnostika obtíží seniora, zvyšuje se riziko dalších pádů kvůli neléčení stavu pacienta);
- tendence k omezení sociálních interakcí vede ke zhoršení kognitivních a exekutivních funkcí (nedostatkem sociálních kontaktů slovní pohotovost, jazykový cit, narůstají logopedické obtíže, zvyšují se obavy seniora ze sociálního kontaktu);
- zvýšená úzkostnost, deprese;
- izolace, sociální exkluze;
- celkové zhoršení kvality života (subjektivně i objektivně).

1.2 PÁDY A S NIMI SPOJENÉ RIZIKOVÉ FAKTORY

Faktory, které jsou spojené s rizikem pádu seniora. Pád může být spojen s více než jedním z rizikových faktorů. Tyto rizikové faktory se mohou u seniorů s opakovanými pády měnit, nelze tedy usuzovat, že faktory pádu jsou u stejného seniora vždy stejné.

V následující tabulce podle Fullera (2000) jsou uvedeny nejčastější rizikové faktory pádů u seniorské populace.

Tab. č. 1 Rizikové faktory pádů u seniorské populace

<p style="text-align: center;">Demografické faktory</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Starší věk (obzvláště nad 75 let)▪ Senior nevychází ze svého domova▪ Senior žije sám
<p style="text-align: center;">Faktory v anamnéze</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Senior používá lokomoční pomůcku (hůl, chodítka, berle, hole, protézy) nebo má nevhodnou obuv▪ Předcházející pády▪ Akutní onemocnění▪ Chronické stavy, zvláště nervosvalová onemocnění, artritida▪ Léky, obzvláště pokud užívá více než čtyři (nebo pacient začal během posledních dvou týdnů užívat nový lék)
<p style="text-align: center;">Fyzicky limitující faktory</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kognitivní poruchy▪ Zhoršený zrak▪ Svalová slabost, problémy s chůzí, problémy s rovnováhou, obtíže se vstáváním ze židle▪ Problém s DK (pata, chodidlo, nárt)▪ Neurologické změny▪ Zhoršený sluch▪ Problémy s výživou a hydratací
<p style="text-align: center;">Jiné</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Rizikové faktory v prostředí (například špatné osvětlení, nerovný povrch podlah – volné koberce, vysoké prahy, kluzká podlaha; cizí objekty v cestě / nově rozmístěný nábytek)▪ Riskantní chování▪ Deprese▪ Zhoršená schopnost vykonávat běžné denní aktivity (Activities of Daily Living, ADL)

Zdroj: Fuller, 2000

1.3 PREVENCE PÁDŮ

V prevenci platí jiný přístup pro aktivní a soběstačné jedince a jiný pro seniory, kteří jsou umístěni v zařízeních pečujících o seniory. Prevence je nejdůležitějším způsobem, jak předcházet mimořádným událostem a zabránit jejich následkům. Nejčastěji dochází k pádům v domácím prostředí. Důležité je tedy identifikovat rizikového pacienta a stupeň jeho ohrožení pády (posuzujeme míru rizikovosti skupiny, kam dotyčný patří a míru rizikovosti místa, v němž se pohybuje). Příslušná opatření se následně aplikují na základě zjištění míry rizika. Bezpečnost seniora zajistíme edukací pacienta a jeho rodinných příslušníků, úpravou domácího prostředí, vhodnou životosprávou, používáním ochranných a kompenzačních pomůcek (Heřmanová, Zvoníčková, 2005).

Specifická prevence pádů je záležitostí především lékařů ve smyslu rozpoznání a zaléčení poruch srdeční činnosti, bloků v oblasti krční páteře, změny krevního tlaku, nebo užívání nevhodných léků.

Nespecifická prevence pádů a jejich komplikace má obecnou platnost bez ohledu na příčinu. Opatření by měla zajistit rodina, blízké okolí, přátelé. Zájem o prevenci však roste až po prodělaném úraze, nebo pádu. Je proto důležité zajistit preventivní opatření a informace o možnostech prevence pro všechny osoby v seniorském věku, kteří jsou v rizikové skupině.

1.3.1 HODNOCENÍ RIZIK V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Pravidelné bezpečnostní hodnocení jako redukce pádů zahrnuje hodnocení obytných místností, chodeb a sociálního zařízení. Mezi nejvíce riziková místa v bytě, nebo domě patří schodiště, WC, podlahy, postel, židle, osvětlené plochy.

Prostor je vyhodnocen sedmi kritickými okruhy dané problematiky:

- volnost cesty;
- stabilní nábytek;
- snadný přístup k pravidelně používaným věcem;
- vhodné osvětlení;
- dobrý stav podlah;
- dobře udržované vybavení;
- péče o nohy a výběr vhodné obuvi pro bezpečnou chůzi.

1.3.1.1 Intervence při zjištěném riziku pádu v domácím prostředí:

- bezbariérová úprava prostředí (odstranění prahů, menších kusů nábytku, volně ležících kabelů);
- přehled prostředí (vhodné osvětlení, madla na schodišti, pohybový senzor do koupelny apod.);
- protiskluzová opatření (zejména v koupelnách, odstranění malých koberečků, využití protiskluzových pásků například u umyvadla);
- opěrné pomůcky (využití madel, hole s protiskluzovými hroty, pevné židle s opěrkami);
- vhodná obuv;
- opatrné vstávání (jako prevence pádu z poklesu TK, nejprve se posadit, počkat a teprve poté opatrně vstát);
- fyzioterapie a pohybová aktivita;
- správná životospráva (www.euni.cz).

1.3.2 HODNOCENÍ MÍRY RIZIKA PÁDU SENIORA

I když neexistuje univerzální nástroj pro hodnocení rizika pádu, existuje dostatečná nabídka přiměřených hodnotících nástrojů, které se v praxi používají (Smith J. Ilesse, 2007).

Použit lze např.:

- Posouzení rizika dle Janice Morse (Morse Fall Scale – MFS) – je určen pro zařízení akutní péče, má vysokou validitu a senzitivitu.
- Škála pro hodnocení rizika pádu podle Conleyové – model, který přijala ČAS a který upravila Jurásková, 2006. Tento model používají zařízení, která se zapojila do projektu sledování pádů v České republice. Model zahrnuje anamnézu pacienta, vyšetření soběstačnosti, schopnost spolupráce, přítomnost závratí, časté noční nucení na močení a spánek pacienta (Janíčková, 2013).
- Get Up and Go Test – Vstaňte, jděte, otočte se – slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta.
- Chairraising test – hodnotí svalovou sílu dolních končetin.
- Gaitův funkční test (určení rovnováhy a prevence pádů) – slouží ke zhodnocení rizika pádu, je jednoduchý a časově nenáročný, je-li tento test pozitivní, sestra musí iniciovat standardizovaná opatření k eliminaci rizika pádu.
- Škála podle Joint Commission on Accreditation. Součástí této měřicí škály jsou i doporučené intervence.
- Screeningový test mobility pro geriatrické pacienty podle Topinkové a Neuwirtha –

test pomáhá označit rizikové faktory, které by mohly vést k pádu. Test je návodem k určení klinické diagnózy a k určení kroků vedoucích k prevenci pádu (Svobodová, 2009).

1.3.2.1 Intervence v oblasti prevence úrazů seniorů

Mezi nejvýznamnější možnosti prevence úrazů seniorů patří:

- *Ovlivnění celkové kondice seniora* - optimální výživa a hydratace, dobrá svalová síla, péče o pohybové stereotypy, adekvátní léčba onemocnění, korekce zraku a sluchu, nácvik použití opěrných pomůcek a jejich používání, omezení používání léků zhoršujících instabilitu, prevence ostoporózy.
- *Edukace seniora i jeho rodiny o potenciálních rizicích úrazů a možnostech jejich eliminace* - vhodná obuv, správné vstávání, poučení o důležitosti použití opěrných pomůcek, poučení o bezpečnosti při pohybu venku, prevence při rizikových činnostech v domácnosti, odstranění případně zmírnění obav z možnosti pádu s poučením o vhodnosti pohybu a cvičení jako nejlepší prevenci, zvýšená opatrnost při jednání s cizími lidmi, poučení o možných nežádoucích účincích léků.
- *Vytvoření bezpečného domova* - bezbariérové prostředí, protiskluzové opatření, účelnost a praktičnost zařízení bytu, dobré osvětlení,
- *Zajištění služeb k omezení rizikových faktorů vzniku úrazů u seniora* - sociální intervence (Grivna, Benešová, 2002).

2 POHYB JAKO PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ PŘED ÚRAZY A PÁDY

Jedna z nejefektivnějších forem prevence úrazů a pádů u seniorů je fyzická aktivita. U seniorů je poměrně časté ohnuté držení a ztuhlost trupu a končetin, zkrácení kroku, rozšíření opěrného postavení dolních končetin. Svalstvo zmenšuje svůj objem, dochází k oslabení vzpřimovačů páteře a s tím související degenerace kloubů a páteře. Tento proces se zvyrazňuje při nečinnosti, ke které mají senioři větší náchylnost (Jančová, Kohlíková, 2007).

Nejvhodnější a doporučovanou aktivitou je cvičení zaměřené na udržení rozsahu kloubní pohyblivosti, posilování svalstva dolních končetin a dosažení co nejvyšší pohybové zdatnosti (Dvořáčková, 2009).

Doporučuje se přiměřená pohybová aktivita. U mladších seniorů (65 – 74 let) lze provozovat i aerobní cvičení za dodržení zásad bezpečnosti s ohledem na předchozí trénovanost a přidružené choroby. U osob nad 75 let je cílem pravidelného kondičního cvičení udržení pohyblivosti v kloubech a celkové obratnosti, dostatečné svalové síly, koordinace a rovnováhy. Vhodnou pohybovou aktivitou pro seniory je také turistika, práce na zahrádce, jízda na kole, ale i plavání a tanec, který je vítanou společenskou událostí, zdravotní cvičení a jóga (Benešová, 2003).

Pohybové aktivity přináší významné benefity i v oblasti psychického zdraví, napomáhají zlepšení emocionální stability, redukuje pocity úzkosti (blíže Šauerová, 2009, Šauerová, Vadíková a kol., 2013). Velmi důležité jsou pak, zvláště u seniorů, pohybové aktivity provozované v outdoorovém prostředí, jehož prokazatelně pozitivní vliv zmiňuje řada studií a autorů (např. Pretty, 2006, Neuman, Mytting, 2007, Švamberk Šauerová, 2016a). Pozitivní účinky mají pohybové aktivity také na řadu kognitivních funkcí (Stackeová, Javůrková, 2016), na způsob trávení volného času (Tilinger, Švamberk Šauerová, 2016, Šauerová, 2010) i celkový postoj ke zdravému životnímu stylu a vnímání vlastní kvality života (Švamberk Šauerová, 2016b, Švamberk Šauerová, Tilinger, Jirásko, 2016).

3 EDUKAČNÍ PROJEKTY

V kontextu důrazu na podporu pohybových aktivit je vhodné zmínit některé mezinárodní iniciativy podporující aktivní životní styl a pohybové aktivity seniorů zaměřené na oblast zdravého stárnutí, které lze v širším měřítku rovněž chápat jako důležitou součást programů zaměřených na prevenci pádů u seniorů. Na mezinárodní úrovni lze zmínit zejména aktivity:

EUNAAPA (European Network for Action on Ageing and Physical Activity) - Evropská síť zaměřená na aktivitu v oblasti stárnutí a pohybových aktivit. Projekt se zabýval především mapováním a evaluací programů nabízejících pohybové aktivity a propagačních akcí zaměřených na aktivní stárnutí a hodnocením pohybové aktivity a testů hodnotících fyzický stav a pohybovou činnost u osob staršího věku.

THENAPA II AGEING AND DISABILITY: A new crossing between physical activity, social inclusion and life-long well-being - STÁRNUTÍ A POSTIŽENÍ. Tento tříletý projekt usiloval o zvýšení kvality vzdělávání v oblasti pohybových aktivit a zdravotních cvičení pro seniory. Tematická síť si kladla za cíl vytvořit a uvést do praxe učební modul (studijní specializaci) k přípravě odborníků v oblasti pohybových aktivit seniorů (Blíže Wittmanová, 2007a). Výchozím bodem celého projektu a náplní prvního roku bylo zmapovat a analyzovat existující struktury vzdělávání a příklady z praxe v oblasti pohybových aktivit a sportu pro seniory/seniory s postižením v jednotlivých evropských zemích a k tomuto účelu se pokusit

vybudovat národní síť spolupracujících subjektů, zabývajících se touto problematikou. Výsledky analýzy lze najít ve sborníku „Aktivní v každém věku“ (Wittmanová, 2007b). Navzdory faktu, že význam PA pro kvalitní aktivní životní styl je uznáván ve všech zemích, konstatuje daná studie stále nedostatek programů připravujících odborníky v oblasti PA seniorů.

ICAPA (International Coalition for Aging and PA) - Mezinárodní sdružení pro stárnutí a pohybové aktivity a On-line Společenské centrum pro aktivní stárnutí (AACC). Jedná se o sdružení organizací se zájmem o spolupráci v oblasti aktivního stárnutí seniorské populace. Obecnými cíli sdružení je podílet se na vývoji dané oblasti, podporovat studium aktivního stárnutí, zvyšovat kvalitu služeb dodávaných seniorů (Wittmanová, 2009).

4 VÝSLEDKY A DISKUSE – DOPORUČENÉ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Podpora mobility a cvičení přispívá ke zlepšení rovnováhy, pohyblivosti a ohebnosti seniora, a tím i vede ke snížení výskytu pádu či minimalizuje vážnost zranění.

Doporučuje se také konzultace a využití odborných rehabilitačních služeb, které kromě cvičení a terapií obsahují také poradenskou složku v otázkách ortopedických pomůcek jako jsou dlahy, hole, chodítka, chrániče na klouby atd. Nedílnou součástí preventivního působení je také využití programů na podporu aktivního a zdravého stárnutí (či jejich prvků) a zapojení dalších zdrojů podpory - rodinu, přátele – a s tím související vhodná úprava domácího prostředí.

ZÁVĚRY

Problematika úrazů a pádů seniorů je pro naši společnost aktuální a důležité téma, které ještě bude s pokračujícím stárnutím populace nabývat na významu. Implementace preventivních opatření je důležitým faktorem. Z tohoto pohledu jsou řízené pohybové aktivity důležité a mají významný formativní vliv na organismus. Příznivě ovlivňují pohybové chování a vytvářejí předpoklady pro zvládnání běžných denních činností a nouzových situací, k nimž patří i úrazy a pády. Předpokladem

úspěchu je výběr jednoduchých a kvalitně prováděných cviků a zachování základních zákonů fyziologické a neurofyziologické podstaty.

LITERATURA

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. s. 171-181. ISBN 80-7262-433-4.

BENEŠOVÁ, VERONIKA. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.

ČERVENKOVÁ, Hana. Úrazy u seniorů. *Lékařské listy*, 2010. Roč. 59, č. 18, s. 10-11.

DVOŘÁČKOVÁ, DAGMAR. Sestra 2009. *Úrazy seniorů v domácím prostředí*. Roč. 19, č. 12. 79 – 81 s. ISSN 1210-0404.

<http://www.euni.cz> [online]. [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <http://www.euni.cz/lecture/2286-pady/studymaterials?bid=6>

FULLER, G.F. *Falls in the elderly*. American Family Physician. Washington, D.C.: 2000. ISSN 2159-2168.

GRIVNA, M., BENEŠOVÁ, V. Bezpečný domov pro seniory: Rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života. Praha: Centrum úrazové prevence, 2002

HEŘMANOVÁ, JANA., ZVONÍČKOVÁ, MARIE., *Diagnóza v ošetrovatelství. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry*. Praha: 2005, roč. 1, č. 4. ISSN 1801-1349.

HOŠKOVÁ, BLANKA. KALVACH, ZDENĚK. *Pády ve stáří. Cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-139-6.

JANČOVÁ, JITKA., KOHLÍKOVÁ EVA. *Rehabilitace a fyzikální lékařství 2007. Regresivní změny stárnoucího organismu a jejich vliv na posturální stabilitu*. Roč. 14, č. 1. 155 – 162 s. ISSN 1211-2658.

JANÍČKOVÁ, KAROLINA. 2013. *Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních*: bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. 46 s., 0 l. příl.

Vedoucí bakalářské práce Zdeňka Mikšová.

KALVACH, ZDENĚK., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, ZDENĚK., RUŽIČKA, EVŽEN. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

NEUMAN, J., MYTTING, I. Friluftsliv – svobodný život na čerstvém vzduchu. *Gymnasion: časopis pro zážitkovou pedagogiku*, 2007, č. 8, s. 69-75. ISSN 1214-603X.

PRETTY, J. et al. *A countryside for health and well-being: The physical and mental health benefits of green exercise*. University of Essex, 2005, 177 pp. Report for the Countryside Recreation Network 2005. Bez ISBN.

RŮŽIČKA, EVŽEN., *Poruchy chůze a pády*. Lékařské listy. Praha, 2004. Roč. 53, č. 2, s. 12 – 14. ISSN 0044-1996.

SMITH J. ILESE. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

SVOBODOVÁ, KAMILA., *Bydlení seniorů v ČR*. Fórum sociální politiky. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. 2009. Č. 5, s. 3 – 4. ISSN 1802-5854

ŠAUEROVÁ, Markéta. The Importance of Physical Activity in the Ageing Process. *Journal of Outdoor Activities*. Ústí nad Labem: UJEP, 2(2), 2009, s. 39 - 49. ISSN 1802-3908.

ŠAUEROVÁ, Markéta. The Structure of Activities in the Selected Retirement Homes as an Important Part of Life Quality Improvement and Maintenance. *Journal of Outdoor Activities*. Ústí nad Labem: UJEP, 3(2), 2010, s. 56 – 63. ISSN 1802-3908.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, NEUWIRTH Richard, JIRÁSKO, Robin a kol. *Analýza postojů populace v různých věkových skupinách k vybraným složkám zdravého životního stylu*. Praha: Palestra, 2016. ISBN 978-80-87723-24-1.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, TILINGER, Pavel, JIRÁSKO, Robin. Analýza postojů seniorů ve věku 70+ ke zdravému životnímu stylu. In: Hlad'o, P. (Ed.) *Sborník z mezinárodní vědecké konference ICOLLE 2016*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2016. s. 434 -446. ISBN 978- 80-7509-426-1.

TILINGER, Pavel; ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Volnočasové aktivity českých seniorů aneb čím se baví čeští senioři. In: ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Benefity využití sportovních a prožitkových aktivit v edukačních souvislostech*. Praha: Palestra, 2016. ISBN 978-80-87723-30-2.

ŠAUEROVÁ, Markéta, VADÍKOVÁ, Katarína a kol. *Specifika edukace seniorů*. Praha: Palestra, 2013. ISBN 978-80-87723-09-8.

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8

TOPINKOVÁ EVA, NEUWIRTH JIŘÍ. *Skrínigový test mobility v diagnostice a prevenci pádů ve stáří*. Rehabilitácia (Bratislava), 1993; 26(2): 97—102.

TOPINKOVÁ, EVA., NEUWIRTH, JIŘÍ. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

TOPINKOVÁ, EVA. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Internetové zdroje:

Healthy Aging. Prevention of Unintentional Injuries Among Seniors. [online]. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002. [cit. 2017-1-20]. ISBN 0-662-31957-5.

Dostupné z http://www.phac-aspc.gc.ca/seniorsaines/pubs/workshop_healthyaging/injury/injury1_e.htm#toc

WITTMANOVÁ, Julie. Projekt EU Thenapa II Stárnutí a postižení: Nový průsečík mezi pohybovou aktivitou, sociálním začleněním a celoživotním pocitem spokojenosti. In J. WITTMANOVÁ, Julie (Ed.), *Aktivní v každém věku* (pp. 11-15). Olomouc: Vydavatelství UP.2007a.

WITTMANOVÁ, Julie. Závěrečná doporučení projektu EU Thenapa II Stárnutí a postižení: Nový průsečík mezi pohybovou aktivitou, sociálním začleněním a celoživotním pocitem spokojenosti. In H. Bednářová (Ed.), *Aktivní v každém věku II* (pp. 53-58). Olomouc: Vydavatelství UP. 2007b.

WITTMANOVÁ, Julie. Mezinárodní sdružení pro stárnutí a pohybové aktivity (ICAPA): Online Společenské centrum pro aktivní stárnutí ((AACC). In H. Bednářová (Ed.), *Aktivní v každém věku III* (pp. 23-26). Olomouc: Univerzita Palackého. 2009.

KONTAKT

Mgr. Eva Nechlebová, Ph.D. - katedra biomedicínských předmětů
nechlebova@palestra.cz

doc. PhDr. Markéta Švamberk Šauerová Ph.D. - katedra pedagogiky a psychologie
svamberk.sauerova@palestra.cz

Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra

Pilská 9, 198 00 Praha 14

KOMUNIKACE S PACIENTEM VE VYBRANÝCH OBLASTECH ZDRAVOTNÍ PÉČE

PETRÁŠOVÁ, B., PROCHÁZKOVÁ, R.

Abstrakt

Dobré komunikační schopnosti zdravotníka značnou měrou přispívají k celkové compliance pacienta v léčbě. To, zda bude mít pacient důvěru v navrhované metody léčby, rady a doporučení obecně, ovlivňují mimo jiného dobré komunikační dovednosti zdravotníka. Komunikace není osobnostní charakteristika, kterou člověk má, anebo nemá, je to celá řada dovedností, kterým je třeba se učit. Komunikovat v běžném sociálním styku není totéž jako komunikovat s pacientem. Na základě řady moderních studií je možno konstatovat, že strategie efektivní komunikace v klinické praxi pozitivně ovlivňuje terapeutický vztah, a tím také pacientovu spokojenost a výsledky léčby. Následující příspěvek se zabývá specifiky komunikace v různých medicínských oborech, jako jsou primární a urgentní péče, lůžková péče v oblasti chirurgie, psychiatrie, vnitřního lékařství a onkologie. Dále se dotýká problematiky, jak přistupovat k pacientovi dlouhodobě nemocnému, trpícímu chronickou bolestí či umírajícímu. V neposlední řadě se zde věnujeme zvláštěm v komunikaci s dětským pacientem.

Klíčová slova

Efektivní komunikace. Dětský pacient. Komunikační dovednosti. Zdravotní péče.

ÚVOD

Pacientem se člověk stává během kontaktu se zdravotní péčí, poté co přichází a odevzdává se do rukou lékaře a jiného zdravotnického personálu, po zjištění přítomnosti určitých příznaků přicházejících v důsledku negativní změny svého zdravotního stavu. Objevují se somatické nebo psychické stesky, které uvádějí v činnost chování související s narušeným zdravím. Role nemocného po určitý čas ovlivňuje vnímání a nahlížení sebe sama a okolí, trpící je konfrontován se snížením vlastní vitality, nemoc může zasahovat jak do fyzické, psychické, tak i sociální či spirituální oblasti života. Člověk se stává křehčím a projevy toho, jak se s nemocí vyrovnává, jsou různorodé. Přesvědčení pacienta o tom,

co se s ním děje a jeho aktuální rozpoložení zasahuje v neposlední řadě také do oblasti komunikace. Jaký typ rozhovoru, komunikačních technik a strategií jako profesionálové zvolíme v závislosti na věku pacienta, na potížích s nimiž přichází, délce a intenzitě jejich trvání, pacientově osobnosti a jeho komunikačních dovednostech, jeho předchozí zkušenosti s nemocí a pobyty ve zdravotnickém zařízení. Stejně tak se důležitým jeví, jak je onemocnění samotné, jeho příčiny a možné důsledky chápáno, a to i v rodinném systému pacienta, ze kterého vychází (Hamplová, Pekara, 2015).

1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace je základem zdravotní péče, ale v současné době v ČR také zřejmě jeho nejslabším článkem. Jejím prostřednictvím se utváří vzájemný vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Tento vztah by měl být lidsky rovnocenný, chápán jako vztah dvou lidských bytostí, ač po profesní stránce přirozeně nevyvážený. V osmdesáti procentech případů má komunikaci s pacientem, její obsah, charakter, průběh i důsledky, ve svých rukou zdravotnický personál (Vágnerová, Klégrová, 2008). Komunikace obecně je formou spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání významů. Probíhá na úrovni verbální (mluvené i psané slovo) a neverbální (Vymětal, 2012). Je možné ji dělit na záměrnou a nezáměrnou, přičemž její obsah má kognitivní a emocionální složku (Janoušek, 2008). Pokud zmíněný teoretický rámec převedeme do praxe na poli poskytování zdravotní péče, sdělované významy se budou týkat zejména interview o tom, na co pacient myslí, co jej trápí a co se domnívá, že se s ním děje. Zdravotník pak spíše pokládá otázky, volí popisný a vysvětlující styl, rozhovor může vést direktivně, stejně tak jako nedirektivně, kdy nabízí více možností, s pacientem hledá nejlepší variantu, pomáhá vytvářet žádoucí pracovní společenství, působí psychoterapeuticky. Pro lékaře je rozhovor východiskem dalšího rozhodování. Pro pacienta jsou informace jednou ze základních potřeb. Jak uvádí Beran (Beran, 2010), přístup k pacientovi v rámci širších modelů zahrnuje neautoritativní přístup, který vede k partnerské spolupráci. Autoritativní vystupování lékařů zajišťuje převahu a odstup, které jsou potřebné pro rozhodování. Tento paternalistický přístup s převzetím kompetencí lékařem má význam například v situaci ohrožení života.

1.1 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI ZDRAVOTNÍKA

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou svým zaměřením orientováni na potřeby člověka. Podstatným rysem jejich profese je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování podpory a pomoci. Snaha pomáhat jiným překonávat překážky je nejen ušlechtilá lidská vlastnost, ale i profesionální vybavenost. Kromě zdravotnické specializace by měla být základem profesních dovedností zdravotníků komunikační zdatnost (Beran, 2010). Dobré komunikační schopnosti zdravotníka značnou měrou přispívají k celkové compliance pacienta. To, zda bude mít pacient důvěru v navrhované metody léčby, rady a doporučení obecně, ovlivňují mimo jiného dobré komunikační dovednosti zdravotníka, dovednost vést s pacientem přátelský dialog, při němž je pacient chápán jako partner, ochota pacientovi naslouchat, pozorně a se zájmem vyslechnout vše, co si pacient přeje říci (Křivohlavý, 2002).

Protože při kontaktu zdravotnického pracovníka s nemocným ve zdravotnických zařízeních jde často kontakt v době, kdy pacient přijímá závažné, nepříjemné informace, se kterými se těžko vyrovnává, prvním předpokladem pro vzájemné porozumění by měla být zdravotníková schopnost empatie. Dále by měl umět využívat schopnost podávání jasných informací, schopnost aktivního naslouchání, vyjádření zájmu a respektu. Zdravotníci by dále měli dbát na vhodné načasování komunikace, její obsah, návaznost, na subjektivní okolnosti, vlivy prostředí a situace a na kvalitu vzájemného vztahu (Vágnerová, Klégrová, 2008). Komunikaci ve vztahu zdravotník - pacient může ovlivňovat také přítomnost tzv. přenosu a protipřenosu, tj. prožitků a reakcí s příměsí minulých vztahů ve směru od pacienta ke zdravotníkovi i naopak. K uvědomění si vlastní emocionální reakce je pro lékaře, sestry, psychology a další pracovníky ve zdravotnictví účinná analýza myšlenek, očekávání a citových reakcí pacienta.

1.2 KOMUNIKACE V OBLASTI PRIMÁRNÍ PÉČE A URGENTNÍ MEDICÍNY

V případě onemocnění se pacient obrací zpravidla nejprve na lékaře primární péče, tj. praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, zubní lékaře a gynekology (MZ ČR, 2017). V urgentních stavech je poskytována péče přednemocniční, a to zdravotnickou záchrannou službou nebo urgentní nemocniční péče na urgentních příjmech nemocnic. V obou případech se jedná o obory, které s pacientem přicházejí do prvního kontaktu.

Správná komunikace zdravotníka s klientem je důležitá a má mnoho dopadů na různé aspekty požadovaného výsledku ve vztahu k pacientově zdraví. Mezi tyto dopady lze dle studie Lee a Wonga (Wong, Lee, 2006) zahrnout lepší celkové zdravotní výsledky, vyšší soulad s léčebnými režimy pacientů, vyšší spokojenost pacienta a lékaře a snížení rizika nesprávné praxe.

Nedílnou součástí týmu ambulantní lékařské praxe tvoří všeobecná sestra, která by měla být vzdělanou profesionálkou zcela kompetentní v komunikaci s pacientem. Měla by aktivně komunikovat, podporovat pacienty a dodávat jim odvalu svěřit se lékaři s obtížemi v případě, že se o nich ostýchá mluvit. Sestra uklidňuje, edukuje, instruuje pacienty před vyšetřením a dodává pocit sebejistoty. Edukace by měla být jednoduchá, aby pacient sdělené správně pochopil, opakovaná při každém kontaktu a citlivě řečená dle emocionálního stavu pacienta.

Rozhovor je nejsilnější a zároveň nejcitlivější nástroj lékaře, proto by jej měl lékař primární péče dokonale ovládat. Rozhovorem vytváříme vztah s pacientem, klidný lékař přenáší klid na svého pacienta, zatímco lékař nervózní nebo nejistý dokáže zneklidnit pacienta i v případě, kdy k tomu není žádný důvod. Rozhovorem můžeme informace získávat nebo dodávat, nebo navozovat změnu psychického stavu či chování (Ptáček, Bartůněk, 2011). Názor a doporučení praktického lékaře pro jeho pacienta je směrodatný pro pacientova následná rozhodnutí a výraznou měrou ovlivňuje jeho chování, jež se odrazí na stavu pacientova zdraví. V ordinacích lékařů primární péče se sdělované informace týkají oblasti diagnostiky, léčby jednotlivých onemocnění, ale také z velké části jejich prevence. Pacienta by měl zdravotník o prevenci nejen informovat, ale vést celou komunikaci s cílem ovlivnit pozitivně pacientovo následné rozhodnutí. Protože je lékař v ambulanci časově limitovaný, je potřeba mít pevný koncept komunikace, která vede efektivně k výsledku. Dle Jakubalové lze efektivní rozhovor členit do fází, v nichž si zdravotník nejdříve zjišťuje pacientovy postoje a potřeby a následně mu navrhe možnosti řešení dané konkrétní situace (Jakubalová, 2014). Hamplová a kol. uvádí, že jako ideální se jeví WHO doporučená a v mnoha ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních realizovaná metoda krátké intervence, kdy sestra či lékař vyhodnotí na základě krátkého standardizovaného dotazníku míru rizikového faktoru životního stylu u pacienta a následně provede krátkou intervenci s cílem eliminovat tento rizikový faktor (Hamplová, 2016). Lékař by měl vědět, co chce říci, rozhodnout, kdy informaci sdělit, jak ji nejlépe pacientovi podat, měl by pamatovat, že informace jasné pro něj nemusí být jasné pro pacienta, měl by mluvit zřetelně a sdělení nekomplikovat, zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči. V rámci metody krátké intervence je vhodné využití sady edukačních karet. Důležité je sledovat a zaznamenávat reakce pacienta a umožnit mu, aby se v dostatečné míře vyjádřil (Honzák, 1997). Strategie rozvoje efektivních komunikačních dovedností dle Cohna (Cohn, 2017) přináší jako základ dovednost umění aktivního naslouchání, kterým zdravotník podává pacientovi zprávu o porozumění jeho problému, o tom, že chápe, jak se pacient v dané situaci cítí, dále dává najevo zájem o informace sdělované pacientem a vyjadřuje nehodnotící, nesoudící postoj, a to jak verbálně, tak řečí těla. Důležité je zaměřit pozornost na pohyby rukou, které pokud jsou v úrovni hlavy, může je druhý číst ve smyslu vyjádření negativních myšlenek, pocitů, obě ruce položené zezadu na krk evokují signál dominance. Stejně tak výraz ve tváři, úsměv, náklon hlavy, mnutí rtů apod. mají potenciál informačního kanálu mezi zdravotníkem a pacientem.

I přesto, že jsou základní prostředky rozhovoru v ordinaci lékaře primární péče unifikované, je vhodné

tyto rozhovory také individualizovat podle postojů pacienta a jeho schopnosti porozumět odborným termínům. Komunikaci dokončovat dohodou o dalším postupu a respektovat osobnost pacienta. Nedílnou součástí práce lékaře je nejen empatie, ale i technika zvládnání námitek. Podle Jakubalové námitkami pacient nejčastěji sděluje své obavy a přání. V úvodu komunikační dovednosti při práci s námitkou je důležité za námitku poděkovat, pacienta případně ocenit, že s touto námitkou přichází (Jakubalová, 2011). („*Děkuji, že se na to ptáte, že se o tom zmiňujete. Musím ocenit, že se o tuto problematiku zajímáte...*“). Dále je vhodné vyjádřit pacientovi souhlas („*Máte pravdu, že toto si spousta mých pacientů, stejně jako Vy, myslí. Máte pravdu, že bych Vám to měl vysvětlit.*“). Následuje argumentace a stručné jasné vysvětlení. S námitkami ze strany pacientů se v poslední době setkávají například pediatri v oblasti povinného očkování malých dětí, kdy se rodiče zajímají o různé alternativní směry, jak očkovací kalendář obejít vzhledem k domnívaným nepříznivým účinkům vakcín na dětský organismus.

Požadavků na zdravotníka ve směru jeho kompetence a dovedností v oblasti komunikace je mnoho, aby pacienta nekritizoval, nesoudil jej za zdraví neprospěšné návyky, nedohadoval se s ním, nepoužíval fráze ani klišé, nejednal pod vlivem emocí. Co si ale počít s pacientem, který je konfliktní, své emoce vyjadřuje velice intenzivně, je neústupný ve svém pohledu na věc, s možností překlopení do agrese? Příčinou takového chování může být osobnost pacienta, užívání návykových látek, dlouhodobá nespokojenost, pocit ohrožení, bolest, strach, ze strany personálu pak bagatelizace pacientových obtíží, nezáměr, ignorování, nadávání, křik. Dle Špatenkové (Vágnerová, Klégrová, 2008) vyžaduje komunikace v takové situaci klidné a profesionální chování, hlas by měl být klidný a vlídný, pohyby pomalé. Vhodná je snaha zjistit, o co pacientovi skutečně jde, používat pozitivní verbální formulace, chovat se k němu s respektem. Pokud by hrozilo fyzické napadení, zavolat ochranku anebo policii a nikdy nebýt v jeho přítomnosti sám. Za nevhodné je považován protiútok. Křičí-li pacient a zdravotník začne také zvyšovat hlas, přispívá tak k rostoucí agresi.

Praktičtí lékaři přiznávají, že se setkávají během své praxe také s pacienty, kteří nemoc pouze předstírají nebo zveličují dosah jejích příznaků. Dlouhodobé zabývání se vlastním zdravotním stavem, trvalé sebezpozorování, zaobírání se svou nemocí i po utvrzení lékařem o pevném zdraví a popírání psychické podstaty problému, jsou příznaky hypochondrie.

Je nezbytné si uvědomit, že hypochondrie je na jedné straně úzkostná porucha, na druhé straně tak trochu styl života. Tím je blízká další jednotce, označované dnes jako somatoformní porucha. Její držitel je však přesvědčen, že chorobu má, že ji však zatím nikdo neobjevil (Honzák, 1997). Opakovaně si stěžuje na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Neustálé vysvětlování a ujišťování klade nárok na trpělivost a může být pro zdravotníka značně vyčerpávající. Při jednání s tímto typem pacientů je nevhodné jejich příznaky bagatelizovat, ale uvědomit si prožívanou úzkost pacienta a umět vysvětlit

zdravotnickou a psychosociální problematiku tohoto okruhu a být tak dobrým a kvalifikovaným průvodcem svých pacientů.

Urgentní medicína je obor charakterizovaný svým zaměřením na diagnostiku nediferencovaných a neurčitých obtíží pacienta a prvotní stabilizaci jeho stavu. Z tohoto vyplývají některé specifické rysy komunikace. Komunikace je ovlivněna tím, že lékař nebo záchranář vidí pacienta většinou poprvé a v situaci, kterou pacient nebo jeho okolí vyhodnotilo jako kritickou. Zdravotníci záchranné služby, urgentních příjmů, anesteziologicko-resuscitačních oddělení a jednotek intenzivní péče musí adekvátně a zejména nekonfliktně umět komunikovat s pacienty i jejich příbuznými či doprovodem. Efektivní komunikace je základem kvalitní péče a může pomoci snížit stres, který situace nezbytně provází. Lékař nebo záchranář musí dle Ptáčka (17) zvládnout hovořit s kýmkoliv, bez ohledu na jeho aktuální psychický stav a sociální zařazení. Od všech pacientů musí být schopen odebrat anamnézu, všem musí alespoň stručně vysvětlit, jakým způsobem bude terapie dále probíhat. Lékař, který je součástí týmu rychlé lékařské pomoci, by měl volit základní způsob komunikace dle typu zásahu, který se bude odehrávat. Od direktivního velitelského způsobu řízení až po empatickou komunikaci v situacích, kdy je dominující psychosociální problematika nebo kde se jedná o dopad nějaké kritické situace (osoba, které právě zemřel někdo blízký, oběť domácího násilí, svědek drastické nehody, apod.).

V oblasti urgentní medicíny se zdravotník běžně setká s pacienty s akutní stresovou reakcí, která nastává po expozici mimořádně stresujícím životnímu zážitku, kdy je přítomno ohrožení bezpečnosti nebo fyzické integrity postiženého. V prvních okamžicích potřebuje postižený jednak informace sdělované citlivou formou, včetně toho, co se bude dít dál, jaký je další postup, a naplnění fyzických potřeb. Zdravotníci urgentní medicíny by měli znát alespoň základní zásady krizové intervence (Šěblová, Knor 2013):

- zrcadlení – ozvěna, jejímž účelem je sdílení, pojmenovávání pocitů a ujištění o pochopení;
- rekapitulace – shrnutí, důkaz, že nasloucháme;
- parafráze – jakési převyprávění jinými slovy, dává zpětnou vazbu;
- kotvení – upevňování některých odpovědí a reakcí, posiluje jistotu;
- zhodnocující informace.

Zdravotníci záchranáři a lékaři v přednemocniční neodkladné péči čelí mnoha nepříjemným úskalím. V poslední době se často objevují případy týkající se násilí v rodině. V tomto případě musí pracovníci postupovat opravdu profesionálně zejména v oblasti komunikace. Situace je o to vážnější, pokud se jedná o dítě. Jak hovořit s dítětem, které bylo svědkem či obětí násilí? Nejprve je nutné získat kontrolu nad svými emocemi. Můžeme cítit pochybnosti, zda je něco takového vůbec možné. Pokud máme dítěti pomoci a být mu oporou, musíme zachovat klid a přátelskou atmosféru, nedat najevo překvapení, obavy či nejistotu. Dítě vždy ujistíme, že je dobře, že se nám svěří či svěřilo. Ať už se dítě svěří spontánně,

nebo rozhovor plánujeme, snažíme se zajistit pohodu jak pro dítě, tak pro sebe. Neustále je potřebné dítě podporovat a motivovat. Vždy se musíme přizpůsobit věku a intelektu dítěte. Měli bychom akceptovat jeho slovník a pojmenování, která používá k vysvětlení případu. Neopravujeme, ani jeho slova neměníme. Klademe dítěti otevřené otázky, které umožňují, aby nám popsalo svými slovy, co se stalo. Například: „Řekni mi, co se stalo“?, „Co se stalo potom“?, „Kde jsi přišel k té modřině“? Rozhodně neslibujeme dítěti něco, co nemůžeme dodržet.

Doporučení pro vedení rozhovoru s dospělou obětí

CO dělat	CO nedělat
Proaktivně se ptejte na násilí v rodině. Je to projevem profesionality a napomáhá to budování důvěry.	Nedotazujte se na násilí v přítomnosti partnera či jiné doprovázející osoby. Pamatujte na to, že bezpečí oběti je na prvním místě.
Poskytněte oběti informace o tom, jaké informace zůstanou důvěrné, případně o situacích, kdy musíte prolomit mlčenlivost.	Nebagatelizujte sdělení pacienta. Je nevhodné vést rozhovor v čekárně či v přítomnosti dalšího zdravotnického pracovníka.
Udržujte oční kontakt a pozorně naslouchejte.	Minimalizujte pasivní naslouchání a nedostatečný oční kontakt – vyvolává pocit nedůvěry.
Jasně pojmenujte nepřijatelnost jakýchkoli forem násilí ve vztahu.	Během rozhovoru nevyplňujte žádné dokumenty ani nezapisujte do PC.
Důvěřujte sdělení oběti.	Neobviňujte oběť a vyhněte se otázkám typu: „Proč s ním tedy stále jste?“

Zdroj: *Intervence v případech domácího násilí. Manuál pro zdravotníky, 2016*

1.3 KOMUNIKACE V OBLASTI LŮŽKOVÉ PÉČE A OBORŮ PEČUJÍCÍCH O CHRONICKY A NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ

Na standardním lůžkovém oddělení jsou většinou hospitalizováni pacienti při vědomí, plně orientovaní, schopni spolupráce. Zde zdravotník v rámci psychologického přístupu pracuje zejména na adaptaci

na nové prostředí a na nemoc jako předpokladu k vyváženému duševnímu a sociálnímu fungování, tj. přiměřenému zvládnání stresu a úzkosti, seberealizaci a subjektivnímu uspokojení pacienta. Velkou úlohu při podpoře komunikace s pacientem hraje obor klinické psychologie, která vnáší do zdravotnictví hledisko společenských věd. Kliničtí psychologové se zabývají specifickými psychickými problémy nemocných a umírajících, uplatňují se v předoperační přípravě pacientů, pomáhají překonat pooperační stavy, podílejí se na kognitivní i sociální rehabilitaci po úrazech. Díky svému vzdělání při své práci využívají techniky nejen diagnosticky vedeného rozhovoru, ale zejména podpůrného a rozhovoru terapeutického. Psychoterapie se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy, dotýká se nejniternějších oblastí duševního života pacienta.

Pro jednotlivé medicínské obory a tím i specializovaná lůžková pracoviště nemocnic se uplatňují ve vztahu zdravotníka a pacienta obecná pravidla efektivní komunikace. Díky specializaci a povaze jednotlivých pracovišť je však možné vyzdvihnout určitá specifika komunikace, jež se na tom kterém komunikačním poli osvědčují, ale i faktory, které komunikaci znesnadňují.

1.3.1 KOMUNIKACE V OBORU VNITŘNÍHO LÉKAŘSTVÍ

Komunikace v oboru vnitřního lékařství vychází z možnosti získání komplexního pohledu na nemocného jak z hlediska somatického, tak z hlediska psychiky. Častým limitem, se kterým se v oboru setkáváme je deficit etického postoje zdravotníka a absence schopnosti účinně komunikovat. Dle Linhartové (Linhartová, 2006) si pacienti nejčastěji stěžují na nedostatek informací o léčbě, rekonvalescenci, prevenci a alternativních léčebných možnostech; na informace, které jim byly sdělovány nesrozumitelně; na zlehčování svých problémů lékařem; na ponižující zacházení; na to, že nedostanou příležitost říci svůj vlastní názor; že není respektován jejich stud; že lékař nevěří pacientovi jím prožívanou bolest; nevysvětlí předpokládaný vývoj choroby; že se neptá na jejich souhlas s léčbou; že mu lékař sděluje důvěrné informace i v přítomnosti další osoby, aniž by s tím vyslovil souhlas.

1.3.2 KOMUNIKACE V CHIRURGICKÝCH OBORECH

Komunikace v chirurgických oborech se v mnoha pohledech liší od jednání zdravotníků jiných (neoperačních) oborů. Specifická komunikace vyplývá z invazivních zákroků a samotného průběhu chirurgické léčby. Naprostá většina zákroků v oblasti chirurgie souvisí s nepříjemnými pocity a bolestí, pacient v důsledku plánované léčebné intervence bolest anticipuje a ta pak následně působí na jeho psychiku. Pacient může prožívat úzkost, strach z bolesti, zákroku samotného a jeho důsledků. Dle Ptáčka (Ptáček, Bartůněk, 2011) je zde důležité poskytnout dostatek informací, snížit pacientovu tenzi, uklidnit jej, vnést do rozhovoru skutečnost pozitivního přínosu, zmínit faktory svědčící pro zvládnutelnost

zákroku, naplánovat následující kroky po zákroku a nabídnout možnost podpory.

Například v případě invalidizace pacienta představuje komunikace profesionalitu a obratnost zdravotníka v oblasti edukace, která je také určitou formou komunikace. Zdravotník předává informace, které se uskutečňují v přímé interakci s pacientem. Tento přenos informací je vytvořen záměrně, aby se pacient něco nového naučil, nebo si pouze osvojil nové informace pro oblast svého zdravotního stavu. Může jít o výchovný či vzdělávací proces a může probíhat ve formálním i neformálním prostředí (Pokorná, 2010).

V případě infaustní prognózy je vhodná porada s psychologem, jak nejlépe danou informaci pacientovi sdělit. Každá informace týkající se zdravotního stavu by měla obsahovat naději.

1.3.3 KOMUNIKACE V OBLASTI ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Komunikace v oblasti onkologických onemocnění je neodmyslitelně spojena s mírou závažnosti situace člověka, který se právě skutečnost o svém zdravotním stavu dozvídá. O onkologické diagnóze by měl být pacient informován ve struktuře informovaného souhlasu (Zdravotnický deník, 2016). Nejprve je třeba se jej zeptat, zdali si přeje být informován a pokud ne, je důležité jeho rozhodnutí respektovat. Lékař by měl dále vysvětlit diagnózu, přiblížit navrhovanou terapii, její alternativy a objasnit výhody a rizika každé z nich. Podstatou rozhovoru by mělo být vyjasnit si cíl terapie, tedy co je možné a o co vlastně pacient stojí. Situaci při sdělování diagnózy někdy může usnadnit přítomnost někoho z rodiny či přátel, pokud se jedná o přání pacienta. Pacient může na prvotní informaci o rakovině reagovat šokem, jeho vnímání a zapamatování si zásadních údajů o diagnostických a léčebných opatřeních je pak zhoršeno. Informace je mnohdy potřeba opakovat. Otázka po prognóze může pak být často vlastně otázkou, „*Co se mnou bude?*“ Zastihnout člověka v čase zjištění závažného onemocnění vyžaduje od zdravotníka vyjádřenou schopnost vcítění se, účasti a podpory, zapotřebí je především zdůraznit, že pacient nezůstane nikdy sám, že v jakékoliv situaci bude lékař stát po jeho boku. Důležité je zde naslouchat pacientovi, vyčíst z jeho emocí, na co se vlastně ptá, co potřebuje slyšet, ptát se, co by si on sám přál. Jak uvádí Koubová (Koubová, 2016), nemocný poté, co se dozví nepříznivou diagnózu, prochází podle Elizabeth Kübler - Rossové jednotlivými fázemi, tyto jsou popření, agrese, smlouvání s osudem, deprese a smíření. Nutno je pak uzpůsobit komunikaci s pacientem dle těchto fází. Například ve fázi deprese by měla být komunikace empaticky podpůrná a plná naděje.

1.3.4 KOMUNIKACE V OBLASTI LÉČBY CHRONICKÉ BOLESTI

Komunikace na půdě léčby chronické bolesti vyžaduje od zdravotníka informovanost o tom, s čím se trpící v situaci prožitku nepříjemné až nesnesitelné bolesti potýká. Dle Raudenské (18) emoční složku

bolesti charakterizuje vztek, strach, úzkost, smutná, pesimistická nálada s pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Oblast myšlení charakterizují představy o vzniku a udržování bolesti, očekávání léčby, subjektivní snížení vlastní výkonnosti. Složka chování zahrnuje snížení aktivity nebo vyhýbání se činnosti kvůli bolestem, ochranu bolestivých částí těla, stažení obličejových svalů, grimasování, vzdychání, nadužívání léků a opakované vyhledávání lékařské péče. Léčením chronické bolesti onkologického i neonkologického původu se zabývají centra pro léčbu a výzkum bolestivých stavů. Terapeutické postupy zahrnují psychoterapii, psychologické techniky, fyzikální terapii, některé postupy alternativní medicíny, anesteziologické techniky. K úspěšné léčbě vede poznání komplexu faktorů, které bolest ovlivňují. Na péči se podílí multidisciplinární tým sestávající z anesteziologa, psychiatra, psychologa, neurologa a rehabilitačních pracovníků, jenž by měl s postiženým umět komunikovat. Kromě schopnosti vyjádřit porozumění, interpretovat prožívané, poskytnout informace o etiologii a léčbě, může zdravotník v komunikaci obsahově vycházet ze strategií zvládnání chronické bolesti. Tyto strategie nabízí pacientovi zejména osvojení si pocitu životního optimismu, techniky, jak se vypořádat se strachem, obavami a zhoršenou náladou související s bolestí, jak efektivně odvádět pozornost od bolesti, jak se vyvarovat důvěře v mýty o bolesti, jak komunikovat s druhými a snižovat tím úzkost, jak si stanovovat reálné cíle s bolestí, jak dodržovat léčebný režim nebo jak se odměnit za boj s bolestí.

1.3.5 KOMUNIKACE V OBORU NÁSLEDNÉ PÉČE

Komunikace v oblasti následné péče stojí tváří v tvář problematice stárnutí a stáří, smrti a umírání. Stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka. V jeho průběhu dochází k relativně pozvolným i výrazně rychlým změnám fyziologickým a anatomickým, změnám psychických funkcí, zejména v kognitivní a emocionální oblasti. Objeví-li se ve stáří nemoc, a zvláště pak jde-li o nemoc těžkou či chronickou, psychická situace daného člověka se zhoršuje (Křivohlavý, 2002). Takový nemocný by neměl být diskriminován právě vzhledem k jeho věku, jeho sdělení by neměla být bagatelizována, zdravotník by měl umět projevit pochopení pacientových těžkostí v celé jejich šíři, být autentický, dokázat upřímně empaticky naslouchat. Příkladem může být pacient s Alzheimerovou chorobou. Špatenková s Královou uvádějí, že je nutné si uvědomit, že komunikace s tímto pacientem může a ve většině případů je ovlivňována jinými přidruženými faktory, jako jsou například účinky léčiv. Komunikace může být obtížnější i z důvodu snížené funkce sluchu i zraku. Komunikovat znamená poskytovat zprávy, vyměňovat si informace a vyjadřovat se tak, aby si účastníci komunikace rozuměli (Špatenková, Králová, 2009). Ctíme pacienta, nezacházíme s ním jako s malým dítětem a vhodně využíváme dotyku ruky jako komunikačního prostředku. Neméně důležitá je řeč těla při komunikaci mezi sestrou a pacientem s Alzheimerovou nemocí. Roztržité pohyby, podrážděnost a upjatý výraz ve tváři sestry může u pacienta vyvolat úzkost až agresivitu. Neopomenutelné je aktivní naslouchání, což vyžaduje dostatek času na rozhovor, neboť pacientům s tímto onemocněním trvá delší dobu, než

mozek dokáže reagovat a zpracovat podávané informace. Sestra proto musí rozhovor přizpůsobit schopnostem a dovednostem pacienta, což zvyšuje porozumění a správné pochopení předané informace.

V době umírání a blížící se smrti je nezbytné pacienta vyslechnout, neztěžovat jeho situaci nadměrnými direktivními příkazy, nekonverzovat před ním s jiným personálem o jeho obtížích dehonestujícím způsobem, jakkoliv pacientovo prožívání či celou jeho situaci znevažovat. U lůžka umírajícího je mnohdy jeho jedinou potřebou účast či vypovídání se, jindy témata komunikace směřují zúčastněné do oblasti konečnosti a smyslu života, ocenění doposud prožitého. Neverbální stránka rozhovoru s umírajícím je vyjadřována autentickým přátelským či „partnerským“ postojem, chápajícím výrazem v obličeji a pohledem očí, vhodným načasováním doteku, držením pacienta za ruku, pohlazením. Rozhovor by měl být veden, dokud zabírá kauzální terapie, ve smyslu posílení důvěry a pomoci lékařem. Kde se neustále stav zhoršuje a kauzální terapie přestává být účinná, je na místě rozhovor vedený ve smyslu akceptace konečnosti života.

1.3.6 KOMUNIKACE V OBORU PSYCHIATRIE

Komunikace s pacientem v oboru psychiatrie je základem psychiatrické léčby. Psychiatrická onemocnění většinou není snadné včas diagnostikovat a léčit a ani potom předvídat jejich průběh. Duševní nemoc působí dle Wenigové a Příhody (Wenigová, Příhoda, 2008) mnoho utrpení, které je znásobené přetrvávající stigmatizací duševně nemocných a jejich sociálním znevýhodněním. Psychiatři by měli při své práci snad více než lékaři jiných medicínských oborů právě povahou jejich činnosti v oblasti duševního zdraví uplatňovat etické principy zdravotnické praxe ve smyslu soucitu, věrnosti, dobročinnosti, důvěryhodnosti, čestnosti, integrity, vědecké a klinické dokonalosti, společenské úctě a odpovědnosti k člověku. Dle Papežové (Papežová, 2011) terapeutický vztah mezi psychiatrem, psychologem, psychoterapeutem a pacientem má speciální povahu, protože duševní poruchy ovlivňují myšlení, vnímání, plánování, chování a vztahy jedince.

To, jak bude pacient komunikovat, je ovlivněno mimo jiné symptomy nemoci a jeho aktuálním rozpoložením. Mezi onemocnění, která nejčastěji vidíme u klientů psychiatrických klinik, patří úzkostné a afektivní poruchy, poruchy osobnosti, psychotické a organické duševní poruchy, poruchy příjmu potravy. Klíčovou technikou v rámci péče o nemocného, jenž často bilancuje nad svým životem, zažívá pocity absolutního neporozumění okolím, případně může přejít do agresivity, je technika zklidnění. Základním principem je klidný a jasný tón hlasu. Tón hlasu by měl odpovídat energii komunikace, náladě a výrazu tváře. V počátku vyjadřujeme jednoduchá, jasně formulovaná sdělení, „*Pojďme se posadit, promluvíme si o tom, co potřebujete.*“ Dále se zaměříme na hlavní problém, i když to může být náročné. Osobní konfrontaci se vyhneme přehlížením slovních útoků, pokud k nim dojde. Neprojevujeme odpor, vystupujeme jako osoba schopná a ochotná pacientův problém vyřešit.

Nevyjadřujeme se žargonem. Vystupujeme v roli toho, kdo pomáhá, pacienta, pokud je to možné, neomezujeme (Beer, Pereira, Paton, 2005).

Jako léčebnou metodu psychologickými prostředky, tedy slovem, mimikou, mlčením, emotivitou, emočními vztahy, učením a manipulací využívají při své práci psychiatři a psychologové a další zdravotníci v podobě psychoterapie. Tato se uplatňuje jako symptomatická nebo kauzální dle zaměření se na příznaky či příčiny nemoci, dále direktivní nebo ne-direktivní, podpůrná, kdy terapeut poskytuje porozumění a pochopení pacientovi takovému, jaký je, nebo rekonstrukční, která usiluje o změnu osobnosti. Při náhledové psychoterapii podporujeme objasnění a pacientovo porozumění, akční psychoterapii učíme přímé zvládnání problémů a nácvik dovedností. Terapeuticky lze pracovat s jedincem či ve skupině, pak rozeznáváme terapii skupinovou, hromadnou či v terapeutické komunitě. Psychiatrické onemocnění často dopadá na celou rodinu, nejen na postiženého jedince. To je důvod, proč je potřeba zahrnovat také příbuzné do terapie, pak hovoříme o terapii rodinné.

Z hlediska času stráveného s pacientem v psychiatrické ústavní léčbě a možnosti terapeuticky působit je právě všeobecná sestra ta, u které jsou dobré komunikační dovednosti očekávány. Jak uvádí Windermere (Windermere, 2008), tyto by měly zahrnovat schopnost klást správné otázky, analyzovat informace, které od pacienta obdrží a přicházet s řešeními. Sestry musí být schopny velmi rychle reagovat, neboť pacienti s psychiatrickou diagnózou mohou být nepředvídatelní. Například pokud pacient vystaví svůj život nebezpečí předávkováním léky nebo vyhrožováním sebevraždou, psychiatrická sestra musí myslít jednat bezprostředně, aby zabránila možným nepříznivým důsledkům. S využitím terapeutických komunikačních technik komunikují s pacienty, aby jimi podpořily samotný léčebný proces, nebo přispěly k vyrovnávání se pacienta se stávajícím duševním stavem. Mezi tyto techniky patří naslouchání, vyjadřování uznání a přijetí, umění povzbudit, verbalizované pozorování, parafrázování, objasňování, převedení pacientova prožívání do slov a mnoho dalších terapeutických postupů.

Informace získané z pacientova sdělení nebo zdravotníkovy pozorování nesmí zdravotník sdělovat bez jeho explicitního souhlasu. Psychiatr si zaznamenává informace, které slouží další péči o pacienta, psychoterapeutické poznámky mohou být uchovávány odděleně od lékařské zprávy. Pacientova ochota sdělit bolestné, stigmatizující nebo zarážející informace závisí na důvěře v terapeutickém vztahu. Každý zdravotník by se měl řídit dle principů etického kodexu, ale také právních norem, s nimiž by měl být obeznámen (Papežová, 2011).

1.4 SPECIFIKA KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Domluvit se s člověkem, který má trápení, ocitá se v nelehké situaci a pociťuje bolest, není jednoduché.

Pokud je tímto trpícím navíc dítě se všemi svými zvláštnostmi dle vývojových období vztahujících se k jeho věku, je velmi snadné dostat se do svízelné situace komunikační bariéry (Plevová, Slowik, 2010). S ohledem na klíčovou důležitost rodiny při léčbě nemocného dítěte je pro zdravotnické pracovníky povinností, aby v zájmu dítěte s rodinou účelně a úzce spolupracovali (Fialová, Nováková, 2000) Komunikaci musíme přizpůsobit vývojovému stádiu dítěte, úrovni jeho kognitivního vývoje, vývoje řeči. Smyslový a sociální vývoj hraje neméně důležitou roli. Jiné komunikační prostředky zvolíme u novorozence, který používá převážně komunikaci neverbální, broukání a pláč, jiné u dítěte předškolního věku, kde roste zájem o mluvenou řeč, dítěti se rozšiřuje slovní zásoba, začíná mluvit v souvětích, pokládá charakteristické otázky, kdy požaduje vysvětlení, objasnění a zdůvodnění.

Zejména u menších dětí je pro dítě důležitá přítomnost matky, i když hospitalizace dítěte se dotýká každého člena rodiny. Zdravotnický pracovník, který se s dětským pacientem a potažmo s jeho rodinou setkává, by měl dokázat pochopit změny v jejich chování a jednání, povzbuzovat je k aktivní účasti na léčbě a tím zajistit pocit důvěry ke členům terapeutického týmu.

Během rozhovoru s dětskými pacienty je potřeba přihlídnout k tomu, jak dítě nemoc prožívá, jaký má vztah k sobě, jak si myslí, že je percipováno okolím (rodinou, školou, vrstevníky), jak prožívá omezení potřeb, jak hodnotí perspektivy onemocnění (emocionální stránka postoje k nemoci) a jaká je jeho úroveň představ o lidském těle a nemoci (kognitivní stránka postoje). Dítě nechápe potřebnost zdravotní péče tak, jako dospělý, má pouze omezenou schopnost spolupráce a k lékaři jde povětšinou plně strachu a pocitu nejistoty. (Javůrková, Raudenská, 2011) Také se hůře orientuje v nové situaci. Obranné reakce dětského pacienta jsou do určité míry přirozené, dítě je však v první řadě potřeba zbavit úzkosti.

Psychologická prevence vzniku úzkosti spočívá v potlačení či redukci pocitu ohrožení a v posílení přesvědčení o schopnosti zvládnout danou situaci. Základem je klidné, ale důsledné chování lékaře (Fialová, Nováková 2000) či jiného zdravotníka. V komunikaci je dobré vyloučit termíny s hrozivým obsahem, nahradit je slovy emočně neutrálními, dítě postupně seznámit s nástroji či metodou vyšetření a odvést pozornost od zákroku jinam. Klíčové je posílení sebedůvěry dítěte pochvalou za spolupráci a motivačního tlaku k překonání situace.

Komunikaci s dětským pacientem zahajujeme individuálně zvolenou technikou, pro vysvětlování terapeutických intervencí užíváme slovníku přiměřeného věku dítěte. Podněcování komunikace například u předškolních dětí je vhodné použitím vyjádření ve třetí osobě („*Některé děti nerady...*“). Stejně jako možnosti užití verbálního ovlivňování dítěte využíváme i komunikaci skrze prostředníka – rodiče. Výhodné je od nepříjemného zákroku odvádět pozornost nebo zvolit metodu *Tell Show Do*, tedy *Řekni, ukaž a až pak udělej*, při níž se nejprve popíše, co se po dítěti žádá, po jeho souhlasu se mu následně ukáže, jak se bude postupovat a až nakonec, dle jeho reakce, přikročíme k ošetření.

Velmi účinné jsou modifikace psychologických metod jako jsou projekční kresba, relaxace, imaginace,

modelace, transferace, abreakce aj. Při těchto metodách se snažíme rozptýlit pozornost od daného problému a navodit uvolnění pacienta v tenzi. Dítěti je například ukázáno vhodné chování stejně starého pacienta, aby pak jeho spolupráci napodobilo. V projekční kresbě můžeme zachytit psychické představy nebo obavy dítěte, jež projikuje do abstraktního příběhu, který převádí na výkres. Děti nejnáze komunikují neverbálními cestami, jako jsou například umění, hudba a hra.

Existují ovšem také nemocní, kteří se nemohou verbálně dorozumívat. U dětí se s tímto problémem setkáváme v rámci onemocnění afázií, dysfázií, dětskou mozkovou obrnou, vadami sluchu, nádorovým onemocněním či kombinovaným postižením. Zde je na místě užívání gest a znaků nebo komunikace pomocí symbolů. Dítě například ukáže na obrázek či předmět, nebo přiřazuje předměty k obrázkům. Alternativní komunikace využívá také systémy bez pomůcek (gesta, mimika, cílené pohledy očí, gestikulace).

Mezi hlavní nemoci či poškození, které ohrožují život dětí, patří nádorová onemocnění, nemoci jako je cystická fibróza nebo HIV infekce, různé typy progresivních onemocnění, těžká poškození jako např. vrozené anomálie nebo neurologické postižení. Také traumata různé etiologie ohrožují život dítěte.

Vágnerová (Vágnerová, Klégrová, 2008) vytvořila přehled zásad pro sdělení výsledků vyšetření dětí:

- Držíme se principu pravdy. Sdělujeme ji šetrně, ale jednoznačně.
- Pomáháme rodičům zbavit se pocitu, že problém zavinili oni.
- Poskytneme vyváženou informaci o předpokládané perspektivě.
- Podporujeme realistickou naději. Užíváme ji jako motivačního faktoru.
- Závěry formulujeme střízlivě a opatrně. Nevzbuzujeme naopak nesplnitelné naděje.

Zvláštní kapitolu komunikací s dětmi od útlého věku je edukace v oblasti zvyšování zdravotní gramotnosti. Do této činnosti se může zapojit jakýkoli zdravotnický pracovník, ale i pedagog. Komunikaci s dětmi přizpůsobujeme také věku a intelektu dítěte. Využití je zejména v primární péči, která s výchovou k zodpovědnosti ke svému vlastnímu zdraví úzce souvisí. Hřivnová (Hřivnová, 2017) uvádí, že pokud se podaří, aby i ve školách působili učitelé erudovaní v oboru Výchova ke zdraví a ti byli obklopeni týmem pedagogických (i nepedagogických) pracovníků motivovaných „pro zdraví“, lze předpokládat, že výstupem jejich koordinovaného působení bude zdravotně gramotný občan.

ZÁVĚR

Ve stručném, a tím i poněkud zjednodušujícím přehledu, příspěvek předestřel specifika komunikace zdravotnického personálu v kontextech vybraných medicínských oborů. Problematika komunikace

s pacientem ve vztahu k druhu onemocnění, typu zdravotnického zařízení a osobě nemocného je velmi obsáhlá a náročná, avšak nutno podotknout, že komunikační dovednosti zdravotníka jsou nedílnou součástí jeho klinických kompetencí. Způsob vedení rozhovoru s pacientem může předurčovat celou řadu jevů. Vhodně zvolené strategie komunikace vedou k upevnění vzájemného terapeutického vztahu a následnému zlepšení účinnosti medicínských léčebných postupů (Hamplová a kol., 2016).

Dostali jste se do tísně při komunikaci? Nevěděli jste si rady při rozhovoru s těžce nemocným pacientem? Doporučujeme zhlédnutí videí – o komunikaci s pacientem nejen v paliativní péči. Seznámíte se s 10 videi, která jsou zaměřena od primárního kontaktu s pacientem až po rozhovor s rodinnými příslušníky. Najdete zde možná úskalí komunikace a jejich řešení. Videia naleznete na webových stránkách: www.umirani.cz.

ZDROJE

Beer, D., Pereira SM., Paton, C. (2005). *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada.

Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.

Cohn, K. (2017). Developing Effective Communication Skills. In *Journal of Oncology Practice*; vol.3, 6: 314-317.

Epstein, RM., Borrell, F., Caterina, M. (2000). Communication and mental health in primary care. In *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press.

Fendrychová, J., Klimovič, M. (2005). *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCONZO.

Fialová S, Nováková K. (2000). *Vybrané kapitoly z pedostomatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. Lékařská fakulta.

Hamplová, L., Jexová S., Procházková R., Marková E., Hlinovská J. (2016). Krátké intervence v praxi zdravotníků. In: Sborník příspěvků z mezinárodní konference “70 ve zdraví”. Brno. Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8477-3, DOI 10.5817/CZ.MUNI.P210-8477-2016.

HAMPLOVÁ, L., PEKARA, J. Nové trendy v edukaci obyvatel ke zdravému životnímu stylu. In: *Zborník medzinárodnej vedeckej konferencie Univerzity J. Selyeho - 2013*. Komárno: Univerzita J. Selyeho, 2013, s. 443-448. [CD-ROM]. ISBN 978-8122-073-9.

Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén.

Hřivnová, M. (2017) Zdravotní gramotnost v profesionální přípravě pedagogů. In. Sborník příspěvků z mezinárodní 12. Vědecké conference “Preventivní program v ošetrovatelské péči. Praha Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. 2017.

Intervence v případech domácího násilí. Manuál pro zdravotníky. Praha: Rosa, 2016.

Jakubalová, S. (2014). Význam správné komunikace očkování v primární péči – jak na to. In *Medicina pro praxi*; 11(3): 124–125.

Janoušek, J. (2008). *Sociální komunikace*. In J. Výrost et al. (Eds.), *Sociální psychologie* (s. 217-232). Praha: Grada.

Javůrková, A., Raudenská, J. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

Koubová, M. (2016). Jakými neduhy trpí komunikace zdravotníků s onkologickými pacienty?

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Linhartová, V. (2006). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada.

MZ ČR (2017). Druhy zdravotní péče. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html>.

Papežová, H. (2011). *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In Ptáček et al., *Etika a komunikace v medicíně* (s. 133-141). Praha: Grada.

Plevová, I., Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada.

Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 160s. ISBN 978-80-247-3271-8.

Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.

Raudenská, J. (2006). Psychoterapie při léčbě bolesti. In *Sestra*; 12: 32.

Šeblová, J., Knor, J. (2013). *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada.

Špatenková, n., Králová, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace nejen pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Vágnerová, M., Klégrová, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum.

Vojtíšková, J. (2006). Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. In *Medicína pro praxi*; 2: 94–96.

Vymětal, J. (2012). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Wenigová, B., Příhoda, P. (2008). *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Windermere, A. (2017). Communication Skills Needed for Psychiatric Nurses. Dostupné z: <<http://work.chron.com/communication-skills-needed-psychiatric-nurses-12694.html>>

Wong, S., Lee A. (2006). Communication Skills and Doctor Patient Relationship. In *Medical Bulletin*; vol. 11, no. 3, March.

Zdravotnický deník. (2016) Dostupné z: <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/03/jakymi-neduhy-trpi-komunikace-zdravotniku-s-onkologickymi-pacienty/>>.

KONTAKT

Mgr. et Mgr. Barbora Petrášová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Palackého č. 1, 810 00, Bratislava

bara.petrasova@gmail.com

Mgr. Renata Procházková

Vysoká škola zdravotnická

Duškova 7, Praha 5, 150 00

prochazkova@vszdrav.cz

PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

STRUNECKÁ, A.

Abstrakt

Podle údajů WHO onemocní karcinomem děložního čípku ročně 527 624 žen a 265 672 žen v důsledku této nemoci umírá. Většina případů (80 %) i úmrtí (87 %) je evidována v rozvojových zemích. Česká republika však patří mezi země, kde je incidence této nemoci vysoká. Ročně onemocní asi 1 000 žen a téměř 400 jich v důsledku této nemoci umírá. Vědci považují za prokázané, že původci karcinomu děložního čípku jsou lidské papilomaviry (HPV). Lékaři i široká veřejnost proto s nadějí uvítali HPV vakcíny, od kterých se očekává, že budou fungovat jako nejúčinnější prevence zhoubné rakoviny. Vzhledem ke krátké době aplikace HPV vakcín však dosud nebyly získány přesvědčivé údaje o tom, že vakcíny splní očekávanou roli. Ani doba trvání imunologické ochrany není v současnosti známá. V mnoha zemích však po zavedení vakcinace spojené s řadou nežádoucích účinků (NÚ) probíhají kontroverzní diskuse o hodnocení přínosu HPV vakcín oproti NÚ. Třebaže podle statistických hodnocení převažuje prospěch očkování v poklesu incidence prekanceróz nad výskytem vážných NÚ, je třeba se včas zamyslet nad varovnými signály a využít všechny další možnosti prevence, jako je screening a zvyšování zdravotnické gramotnosti o dalších rizikových faktorech této nemoci.

Klíčová slova

Karcinom děložního čípku, lidské papilomaviry (HPV), HPV vakcíny, Gardasil/Silgard, Cervarix, Gardasil 9, účinnost, nežádoucí účinky, hliníkový adjuvans, prekanceróza, screening, rizikové faktory, Česká republika.

ÚVOD

Lidské papilomaviry (HPV) jsou v současné době považovány za nejčastější sexuálně přenosnou infekci. Německý virolog Harald zur Hausen označil HPV za původce karcinomu děložního čípku (C53) a za svoje objevy infekčních agens, která mohou u člověka způsobovat karcinomy, dostal Nobelovu cenu ve fyziologii a lékařství v roce 2008 (1). Příčinná souvislost mezi HPV a genitálními nádory je od 80. let minulého století akceptována a HPV se dostaly do centra vědeckého výzkumu ve snaze nalézt

účinnou profylaktickou vakcínu zejména proti C53. V letech 2006–2007 byly uvedeny na trh dvě HPV vakcíny, které rychle získaly registraci v desítkách zemí.

HPV informační centrum uvádí, že globálně je rizikem karcinomu děložního čípku ohrožena populace 2 784 milionů žen starších než 15 let (2). Nejvyšší incidence uvádějí země Subsaharské Afriky, východní Evropy a Latinské Ameriky. Uvedeme si poznatky o nákaze HPV a nemocnosti C53 v České republice.

Značný problém ze strany kritiků širokoplošné vakcinace dívek a mladých žen ve věku 9–26 let těmito vakcínami představuje to, že před jejich uvedením na trh nebylo a dosud stále není jasné, jak dlouho přetrvávají protilátky v tělech očkovaných žen a zda skutečně budou účinné proti vzniku C53, protože tento karcinom má dlouhou dobu vývoje od nákazy. První vrchol nemocnosti/úmrtlosti se uvádí u žen ve věku 35–45 let a druhý u žen ve věku 60–65 let (3).

V mnoha zemích, kde se tato vakcinace rozšířila, se hromadí data o vážných nežádoucích účincích (NÚ) HPV vakcín. V tomto přehledném článku se proto budeme zabývat analýzou příčin vzniku NÚ, které byly popsány v odborné literatuře.

Statistiky z mnoha zemí prokazují, že pravidelný screening může zachytit včas až 80 % prekancerózních lézí. Další rizikové faktory vzniku C53 zahrnují zahájení sexuálního života v příliš mladém věku, vysoký počet sexuálních partnerů, nízký sociálně-ekonomický stav, vyšší počet porodů, užívání antikoncepce, kouření, oslabenou imunitu a genetické abnormality ve funkci imunitního systému.

1 LIDSKÉ PAPILOMAVIRY A KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

1.1 LIDSKÉ PAPILOMAVIRY

V současné době je známo více než 150 genotypů HPV. Jsou to malé viry tvořené cirkulární dvojvláknovou DNA. DNA HPV je obalena kapsidou, která je tvořena proteiny L1 a L2. Hlavní strukturální bílkovinu obalu představuje L1. Infikují slizniční a kožní epitelu pohlavního ústrojí, řitní otvor a jeho okolí, oblast pharyngu a přenášejí se především přímým kontaktem s tkání nebo tělesnou tekutinou. Onkogenní potenciál má asi 20 typů virů. Mezi vysoce rizikové jsou zařazovány typy 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, a 82, některé další, jako 26, 53, a 66 jsou považovány za pravděpodobně kancerogenní. Uvádí se, že HPV 16 je původce 50 % karcinomů děložního čípku, zatímco HPV 18 je původcem 20 %. Původci genitálních bradavic – HPV 6 a 11, jsou zařazovány do skupiny nízkorizikových typů.

1.2 VÝVOJ KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Uvádí se, že 75–80 % žen se v průběhu svého života nakazí HPV (3). U většiny žen proběhne infekce bez příznaků a po roce či dvou sama odezní. Pokud infekce přetrvává, vytvářejí se na děložním čípku abnormální změny (léze), které různě dlouhou dobu přetrvávají a pak se buď samy zhojí, nebo progredují. Bezpříznakových infekcí je 10–30krát více než cytologicky zjizitelných změn. U většiny žen obranné mechanismy jejich organismu HPV zlikvidují.

Karcinom se postupně vyvíjí po 7–20 let přes jednotlivé stupně dysplázie CIN1, CIN2 a CIN3 (cervical intraepithelial neoplasia), označované jako prekancerózy. Existuje i velmi pravděpodobná hypotéza, že léze CIN2 a CIN3 se vyvíjejí biologicky jinak než CIN1. Většina autorů se shoduje v tom, že 60–90 % CIN1 lézí spontánně mizí, asi 10 % pokračuje do stádia CIN3 a pouze u 0,15–1 % žen nakažených vysoce rizikovými HPV se vyvíjí do invazivního karcinomu. Vývoj C53 ze stádia CIN3 trvá asi 5 let. Ale i zde se uvádí, že celých 50 % CIN3 nepřejde do stádia karcinomu děložního čípku vůbec.

Stupně dysplázií se zjišťují pomocí cervikálního screeningu. Vzhledem k dlouhé době histologických přeměn je možné systematickým gynekologickým vyšetřováním odhalit včas až 80 % lézí.

2 HPV VAKCÍNY: PŘÍPRAVA A ÚČINNOST

2.1 TYPY VAKCÍN A JEJICH PŘÍPRAVA

Jako první byla v USA uvedena na trh **tetravalentní vakcína** (Merck Sharp & Dohme), která získala registraci pod názvem **Gardasil** v roce 2006. V témže roce získala tato vakcína registraci pro Evropskou Unii (EU) pod názvem **Silgard**.

Tetravalentní vakcína Gardasil/Silgard (4vHPV) obsahuje antigenní částice, které mají indukovat vznik protilátek proti vysoce rizikovým HPV 16 a 18, a proti nízkorizikovým HPV 6 a 11, původcům genitálních bradavic (kondylomat). Vakcíny neobsahují viry, které by mohly způsobit infekci, ale tzv. viru podobné částice vytvořené z proteinů kapsidy L1. Ty se získávají pomocí rekombinantní DNA technologie. Výrobci vyjmuli z virové DNA gen pro bílkovinu L1, který vložili do genomu kvasinky *Saccharomyces cerevisiae*. Bílkovina L1 produkovaná GMO – kvasinkou – potom vytvoří napodobeninu kapsidy HPV. Tato umělá kapsida nese imunologicky aktivní epitop, který stimuluje

imunitní systém očkované osoby, aby vytvořil protilátky proti danému HPV. Vakcína nemůže vyvolat onemocnění, protože neobsahuje ani živé ani oslabené viry, pouze bílkoviny jejich obalů. Avšak pro stimulaci tvorby protilátek musí vakcína obsahovat hliníkový adjuvans. V případě tetraivalentní vakcíny jsou virům podobné částice tvořené bílkovinou L1 adsorbované na amorfní soli hliníku (tzv. AAHS – amorfní aluminum hydroxyfosfát-sulfát). Jedna injekce obsahuje 225 µg hliníku. Pomocnými látkami suspenze očkovací látky jsou chlorid sodný, histidin, polysorbát 80, tetraboritan sodný a voda pro injekci.

Tetraivalentní vakcína se podává podle třídávkového schématu (0., 2 a 6 měsíců), u dívek ve věku 9–14 let lze podat podle dvoudávkového schématu (0., 6).

Vakcína Cervarix (GSK – Glaxo Smith Kline, Middlesex, UK) získala registraci v EU 20. září 2007, v USA byla registrována až v roce 2009. Je to bivalentní vakcína, která obsahuje virům podobné částice z proteinů L1 pro HPV 16 a 18. Na rozdíl od Gardasilu/Silgardu se L1 bílkoviny produkují v tzv. bakulovirovém expresním vektorovém systému, který tvoří bakuloviry upravené ovariální buňky mýry *Trichoplusia ni* (kovolessklec cizokrajný). Jsou rovněž adsorbované na hliníkovém adjuvans, kterým je hydroxid hlinitý. V jedné dávce vakcíny je 550 µg hliníku. Pro zesílení imunitní odpovědi je jako adjuvans přidáván ještě monofosforyl lipid izolovaný z bakterie *Salmonella Minnesota*. Kombinovaný adjuvans používaný ve vakcínách Cervarix se označuje zkratkou ASO4.

Vakcína Cervarix se podává podle třídávkového schématu (0., 2 a 6 měsíců), u dívek ve věku 9–14 let lze podat podle dvoudávkového schématu. Druhá dávka se podává mezi 5. a 13. měsícem po první dávce. Cervarix se nedoporučuje podávat dívkám mladším 9 let věku, protože pro tuto věkovou skupinu není dostatek údajů o bezpečnosti a imunogenicitě.

Na začátku roku 2015 byla v USA registrována **vakcína Gardasil 9**. V ČR získala registraci na podzim 2015. ČR se tak stala 1. zemí v Evropě a 3. na světě po USA a Kanadě, kde byla nonavalentní vakcína (9vHPV) registrována. Obsahuje kapsidové L1 proteiny HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 a 6, 11. Jsou adsorbované na amorfním aluminium-hydroxyfosfát-sulfátu jako adjuvans a každá 9vHPV vakcína obsahuje 500 µg hliníku.

Pokud osoba nebyla dosud vůči HPV očkovaná a není pro ni toto očkování kontraindikováno, není podle příbalové informace žádné omezení pro očkování 9vHPV vakcínou. V případě, že osoba byla již v minulosti očkovaná nebo má očkování zahájeno se 4vHPV nebo Cervarixem, pak lze pro dokončení HPV očkování použít 9vHPV vakcínu. Interval 12 měsíců mezi dávkami 1 a 2 stejně jako 2 a 3 (tj. 0–12–24 měsíců) prý zajistí srovnatelnou imunitní odpověď po 4vHPV očkování dívek ve věku 11–13 let jako očkování ve standardním schématu 0., 2 a 6 měsíců.

Pro všechny tři HPV vakcíny platí upozornění, že se jedná o preventivní (profylaktické) očkování. Nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Vakcíny proto nejsou

určeny k léčbě cervikálního karcinomu nebo CIN. I přes velké úsilí vědců se zatím terapeutickou vakcínu nedaří vyrobit. Délka trvání ochrany není v současnosti známá. Dlouhodobé studie následného sledování probíhají, aby se ukázalo, zda a kdy bude nutné přeočkování. Podrobné informace o vakcínách jsou uvedeny především v příbalových informacích (4–8). Jako ukázky popisů přípravy vakcín odkazují pro informaci na přehledné publikace (9, 10).

2.2 ÚČINNOST HPV VAKCÍN

Studie Future I, Future II a další došly k závěru, že 4vHPV má 100% účinnost v prevenci CIN1, CIN2/3 i v prevenci genitálních bradavic. Rovněž pro vakcínu Cervarix uvádějí reklamy v odborných i populárních časopisech až 93% účinnost. „Dnes již víme, že vakcíny proti HPV skutečně poskytují téměř stoprocentní ochranu proti těm typům virů, proti kterým jsou namířeny,“ říká MUDr. Vladimír Dvořák, místopředseda České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Při detailním studiu předlicenčních i postlicenčních studií se však ukazuje, že tyto závěry jsou vyvozeny na základě tzv. *relativního rizika*, které je odvozeno z velmi malých čísel, jak je možné sledovat v předlicenčních studiích. Pro získání přehledu však čtenáři postačí např. tabulky v informacích o přípravku Gardasilu nebo Cervarixu v materiálech EMA (Evropská léková agentura). Pouze pro ilustraci uvádím tabulku 1. Podle poznatků o vývoji C53 od infekce víme, že sledování účinnosti HPV vakcín podle výskytu CIN1 je zcela irelevantní, protože tyto léze mohou spontánně mizet bez lékařské péče. K tomu, aby se u snížil výskyt CIN2 z 97 případů u skupiny neočkovaných na 5 u očkovaných, je třeba naočkovat více než 7000 žen! Mnozí odborníci upozorňují, že *absolutní redukce rizika* vývoje prekancerózních lézí je maximálně 0,1–0,7% (14). Navíc tyto poznatky ve skutečnosti indikují pouze riziko vývoje prekancerózních lézí, zatímco snížení rizika C53 není v současné době známé, vzhledem ke krátkosti doby očkování HPV vakcínami a délce vývoje karcinomu od nakažení po jeho vývoj.

Tabulka 1. Ukázka výpočtu účinků Cervarixu na redukci lézí CIN2 a CIN3 jako relativní redukce rizika. Podle materiálu EMA (7).

	OČKOVANÉ	NEOČKOVANÉ	% ÚČINNOSTI
	7 338	7 305	
CIN2	5	97	95
CIN3	2	24	92

2.3 JAK DLOUHO TRVÁ OCHRANA HPV VAKCÍN?

Při objektivním posuzování účinnosti HPV vakcín je vhodné si připomenout, že snížení incidence C53 v důsledku vakcinace bude trvat desetiletí. Podle teorie stádní imunity odborníci odhadují, že eliminace nebezpečí infekce HPV a jimi způsobených onemocnění se sníží teprve tehdy, když bude očkováno 80 % populace. Diane Harperová, která se podílela na preklinickém testování HPV vakcín, odhaduje, že za situace, kdy 90 % žen bude očkováno, sníží se incidence C53 za 15 let na 14/100 000. Podle údajů WHO z ledna 2017 jsou HPV vakcíny zahrnuty v imunizačních programech 68 zemí, nezahrnuté je má dosud 126 zemí. V USA je očkováno 33 % dívek a mladých žen, v Japonsku je to 1 %, v Dánsku asi 10 %, v Kolumbii asi 5 %. Zdá se, že v ČR dosáhli gynekologové a vakcinologové světového prvenství, protože VZP uvádí, že se již podařilo očkovat 63 % dívek a mladých žen ve věku doporučeném k preventivnímu očkování. Relevantním údajem o účinnosti HPV vakcín však bude incidence C53.

V současné době se za kritérium účinnosti považuje hladina protilátek proti HPV. Ta byla zatím sledována po dobu 8 let po 4vHPV a po 9,4 let po Cervarixu. Vzhledem k doporučení WHO k dvoudávkovému schématu se zjistilo, že dvě dávky 4vHPV vedou po 6 letech ke stejnému titru protilátek, jaký je po 3 dávkách. Dokonce i jedna dávka 4vHPV indukuje tvorbu protilátek, které přetrvávají nejméně 6 let (11). Biologická povaha antigenů vůči virům-podobným partikulím a silné působení adjuvancií jsou zodpovědné za silnou antigenní odpověď, v jejímž důsledku může být 3. dávka nadbytečná. Za 28 dní po jedné dávce Cervarixu měly dívky na Fidži ve věku 15–19 let stejný titr protilátek jako po 1, 2 či 3 dávkách 4vHPV (11). Avšak v příbalových letácích se uvádí, že očkování HPV vakcínami nemusí zajistit ochranu všem očkovaným.

Výskyt NÚ HPV vakcín vede v řadě zemí, jako jsou Irsko, Švédsko, Španělsko, Francie, Nový Zéland, Kanada, Indie a Austrálie k mnoha kontroverzním diskusím o možných zdravotních rizicích pro dívky a mladé ženy, což má za následek snižování počtu očkovaných a odmítání druhých nebo třetích dávek.

3 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HPV VAKCÍN

Nežádoucí účinky vakcín jsou uváděné v příbalových informacích od výrobců. Před očkováním by si měla osoba, která dává k očkování informovaný souhlas, tyto informace pečlivě prostudovat. V USA funguje elektronický systém hlášení NÚ VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), kam mohou očkované osoby svoje potíže hlásit (<https://vaers.hhs.gov>). Také v ČR se v příbalových

informacích uvádí výzva, aby zdravotničtí pracovníci hlásili podezření na NÚ prostřednictvím národního systému hlášení. U nás to je na adresu www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek.

3.1 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HPV VAKCÍN PODLE PŘÍBALOVÝCH INFORMACÍ

Pro tetravakcínu Gardasil/Silgard se uvádí jako kontraindikace hypersenzitivita. Jedinci, u nichž se po podání 4vHPV objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku vakcíny dostat. Podávání 4vHPV musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Po každém očkování může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít k synkopě (mdlobám), někdy s pádem, zejména u adolescentů. Při probírání se z mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestézie, tonicko-klonické pohyby končetin. Očkování by proto měli být přibližně 15 minut po podání očkovací látky sledováni. Nejčastějšími pozorovanými NÚ byly reakce v místě injekce (77,1 % očkovaných během 5 dnů po kterékoli očkovací návštěvě) a bolest hlavy (16,6 % očkovaných). Tyto NÚ jsou velmi časté ($\geq 1/10$). Jako další NÚ, které jsou časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$) jsou nauzea, bolest v končetinách, pyrexie, hematoma a svědění v místě injekce. NÚ hlášené po uvedení na trh, jejichž četnost nelze z dostupných údajů zjistit jsou zvracení, mravenčení v ruce, nohou a horní části trupu nebo zmatenost, Guillainův-Barrého syndrom, akutní diseminovaná encefalomyelitida, lymfadenopatie, bolest kloubů a svalů, neobvyklá únava, zimnice, astenie, celkový pocit nemoci.

Pro vakcínu Cervarix uvádí příbalová informace, že zvláště u dospívajících se může jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou objevit synkopa. Ta je během zotavení spojena s různými neurologickými příznaky, jako jsou přechodné poruchy zraku, parestézie a tonicko-klonické křeče končetin. Nejčastějším NÚ pozorovaným po podání bivalentní vakcíny byla bolest v místě vpichu, která se vyskytla v 78 % všech dávek. Velmi časté ($\geq 1/10$) jsou reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí a otoku, únava, myalgie. Jako časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$) jsou gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjmu a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, arthralgie, horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$).

Ohledně NÚ pro Gardasil 9 uvádí příbalová informace, že tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování a proto mají zdravotničtí pracovníci hlásit jakákoli podezření na NÚ. Dívky a mladé ženy v ČR tedy představují jednu z prvních skupin, u které bude možné případné NÚ Gardasilu 9 sledovat jako doplnění ke skupinám 10 495 jedinců ve věku 16–26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9–15 let, u kterých byly NÚ Gardasilu 9 dosud sledovány. Nejčastějšími NÚ byly reakce v místě aplikace injekce – bolest, otok a erytém (84,8 % očkovaných v průběhu 5 dnů) a bolest hlavy (13,2 % očkovaných). Alespoň u jedné ze sta očkovaných osob se objevily poruchy nervového systému, závrať, nauzea, únava,

tvorba modřin. V příbalové informaci 9vHPV se uvádějí hlášené NÚ, jejichž četnost dosud není známá. Jsou to: idiopatická trombocytopenická purpura, lymfadenopatie, hypersenzitivní reakce včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, bronchospasmus a kopřivka, akutní diseminovaná encefalomyelitida, Guillainův-Barrého syndrom, synkopa, někdy doprovázená tonicko-klonickými pohyby, zvracení, poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (artralgie, myalgie), astenie, zimnice, malátnost.

3.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY VAKCÍN PODLE NÁRODNÍCH ZDROJŮ

Pro ilustraci o počtu hlášených NÚ pro Gardasil v americkém systému VAERS uvádím tabulku 2. Obecně je známo, že hlášení do VAERS podává pouze asi 10 % očkovaných. Lékaři v USA nemají povinnost hlásit NÚ do tohoto systému.

Tabulka 2. Hlášení NÚ vakcíny Gardasil v systému VAERS k únoru 2017. Podle <http://sanevax.org/>.

NÚ	POČET	NÚ	POČET
Invalidita	1 727	Abnormální pap	630
Úmrtí	315	Rakovina čípku	124
Nevratné účinky	9 177	Pohotovost	14 214
Život ohrožující	795	Hospitalizace	4 845
CIN	283	CELKEM	59 092

Mezi vážnými NÚ po očkování HPV tetravakcínou se v různých zemích diskutují možnosti předčasného selhání vaječníků (12,13). Různé zdroje uvádějí několik stovek pozorovaných případů u adolescentních dívek a mladých žen, které byly očkovány. Předčasná menopauza je vážným varováním i pro některé gynekology v EU. Ve Španělsku gynekologové vyzývali k zastavení tohoto očkování, dokud nebude jeho vliv na plodnost žen objasněn (<http://sanevax.org/spain-stop-vaccinations-against-hpv/>). V Japonsku zase vyvolal prudký pokles zájmu o HPV vakcíny u očkovaných dívek výskyt CRPS (komplexního regionálního bolestivého syndromu – complex pain regional syndrome). Japonská vláda zorganizovala vědecké symposium, na které pozvala přední odborníky ze zahraničí a zpracovali velmi odborný vládní dokument pro WHO (14). Dánští neurologové publikovali dokumentaci (15) o výskytu syndromu posturální ortostatické tachykardie (POTS). Jedná se o poruchu autonomního nervového

systemu, který reguluje srdeční tepovou frekvenci, udržování rovnováhy, trávení, spánek i vyprazdňování močového měchýře.

Při analýze příčin úmrtí po HPV vakcíně našli kanadští neurologové v mozcích dvou dívek partikule HPV 16 L1 vázané na nanoagregáty hliníkového adjuvans, které vedly ke vzniku autoimunitní cerebrální vaskulitidy (16). Lucije Tomljenovicová a prof. Chris Shaw v této souvislosti varují, že NÚ v podobě synkop, závratí, dlouhodobých bolestí hlavy, záchvatů křečí, třesu, postižení paměti a dlouhodobé únavy mohou být varovnými signály pro nebezpečí vzniku autoimunitní cerebrální vaskulitidy. Někteří badatelé poukazují na přítomnost polysorbátu 80 ve 4vHPV, protože tato látka působí jako detergens a může akcelarovat transport antigenů do mozku.

V dánské populaci vedly pozorované NÚ u velkého počtu očkovaných rovněž k výraznému poklesu očkování (17). V roce 2013 bylo prodáno téměř 500 000 dávek HPV vakcín a bylo hlášeno 511 NÚ, z toho 177 vážných; v roce 2015 bylo prodáno pouze 54 000 dávek a bylo podáno 822 hlášení NÚ, z toho 475 vážných.

Značnou nejistotu ve vztahu k bezpečnosti HPV vakcín vyvolalo i zjištění, že Gardasil používaný v mnoha zemích obsahuje fragmenty HPV DNA, patrně jako kontaminaci z výroby pomocí GMO (18). Americký patolog S. H. Lee testoval vzorky této vakcíny z Nového Zélandu, Austrálie, Španělska, Polska, Francie a ze třech států USA velmi specifickou a nově vypracovanou technikou. Zjistil, že geneticky modifikovanou HPV DNA bylo kontaminováno 100 % vzorků.

Pro širokou veřejnost je velmi ilustrativní film, jak očkování HPV vakcínou ovlivnilo život jedné americké dívky a její rodiny (19). Tento film dostal řadu mezinárodních cen. Informace o filmu viz [https://en.wikipedia.org/wiki/The_Greater_Good_\(film\)](https://en.wikipedia.org/wiki/The_Greater_Good_(film)).

3.3 PODÍL HLINÍKOVÉHO ADJUVANS NA VZNIKU NÚ HPV VAKCÍN

Soli hlinité se používají ve vakcínách k zesílení účinné a dlouhotrvající imunitní odpovědi vůči rozmanitým antigenům. Hliník (Al^{3+}) je dlouho považován za neurotoxický prvek, který ovlivňuje paměť, kognitivní schopnosti i psychomotorickou kontrolu, neurotransmisi a aktivitu synapsí, narušuje hematoencefalickou bariéru, aktivuje mikroglie a záněty. Mnoho studií upozorňuje, že hliníkový adjuvans může indukovat alergie a autoimunitní reakce. V příbalových letácích se uvádí, že otok a zarudnutí se mohou objevit častěji než $1 \times u 10$ očkovaných. Dívky po tomto typu vakcín velmi často omdlévají. Je to mdloba spojená se ztrátou vědomí, poruchami vidění, záškuby a třesem končetin, problémy s dýcháním a hyperventilací. Je poněkud paradoxní, že při testování NÚ HPV Gardasilu se užívá jako placebo právě hliníkový adjuvans. To potom znamená, že NÚ pozorované u placebo se

„odečítají“ od účinků testované vakcíny. Na možný podíl Al^{3+} při vzniku autoimunitní cerebrální vaskulitidy ukazují i záznamy o výskytu této vzácné nemoci po vakcínách obsahujících hliník proti meningitidě, hepatitidě B a chřipce. Při testování Cervarixu se jako placebo používá vakcína proti hepatitidě A, která obsahuje 0,3 mg Al^{3+} . I když naprostá většina očkovaných uvedené vakcíny toleruje, u citlivých jedinců se mohou objevit komplikace vedoucí k invaliditě a úmrtí. V roce 2011 navrhl prof. Yehuda Shoenfeld (20) definici nového syndromu, který nazval ASIA (autoimunitní/autozánětlivý syndrom indukovaný adjuvans). Pro ASIA jsou typické NÚ, které uvádějí příbalové informace HPV vakcín: únava, bolest hlavy, horečka, bolestivé klouby a svaly, svalový třes, otok uzlin na krku, v podpaží nebo tříselech. HPV vakcíny mají nejvyšší obsah hliníku ze všech vakcín. Patrně i proto se při vakcinaci 4vHPV a Cervarixem objevuje bolest v místě vpichu u 83,0–93,4 % očkovaných, bolest hlavy a únava u 50–60 % očkovaných žen a dívek (21).

3.4 PODÍL NÚ K POČTU PRODANÝCH HPV VAKCÍN

Přes uváděné a hlášené NÚ po očkování HPV vakcínami se při statistickém hodnocení počtu aplikovaných vakcín oproti počtu NÚ setkáváme opakovaně s ujištěním, že tyto vakcíny jsou zcela bezpečné. Jak uvádí metaanalýza amerických autorů (22), po podání 600 000 dávek 4vHPV u dívek a žen ve věku 9–26 let v USA nebyl zjištěn statisticky průkazný výskyt NÚ v podobě Guillanova-Barrého syndromu, infarktu, cerebrální vaskulitidy, venózního tromboembolismu, apendicitidy, synkop, alergických reakcí či anafylaxe. Ve stejném smyslu uvádějí materiály WHO (23), že při hodnocení NÚ HPV vakcín v letech 2013–2016 bylo zjištěno: Neexistují žádné vědecké důkazy o tom, že vakcíny obsahující hliník mají jakýkoliv vztah k autoimunitě, fragmenty HPV DNA nejsou zodpovědné za záněty, cerebrální vaskulitidu, nebo jiné imunitně zprostředkované fenomény. Problémy vztahující se k CRPS nebo POTS se objevily v určitých geografických oblastech (Japonsko, Dánsko) a vznikají ve vztahu ke specifickým reakcím adolescentů. Ujištění, že oba syndromy se vyskytují v celé populaci nezávisle na očkování HPV vakcínami, vydala i EMA.

Tolik tedy objektivní vědecké hodnocení, které vychází z přesvědčivosti statisticky průkazných čísel. Nicméně, jak uvádějí Tomljenovic a Shaw, hodnocením počtu NÚ podle systému VAERS zjišťujeme, že NÚ po Gardasilu tvoří 61 % ze všech vážných hlášených NÚ po veškerých očkováních žen do 30 let. Počty úmrtí po HPV vakcínách představují 62 % a počty trvalé neschopnosti tvoří 82 % všech hlášených případů NÚ (24). Diane Harperová však připomíná, že i přepočtení NÚ na počet distribuovaných dávek je poněkud zavádějící. Pokud by se totiž vzal v úvahu počet žen, které očkování skutečně absolvovaly, a vzhledem k tomu, že každá by měla dostat tři dávky, pak se procento výskytu NÚ zvýší nejméně pětkrát. Dr. David Kessler, bývalý ředitel FDA, řekl o VAERS: „Hlásí se pouhé jedno procento nežádoucích účinků.“

V Austrálii zaznamenali v roce 2008 o 85 % NÚ více než v roce 2003 a tento nárůst jde na vrub očkování 12–26letých dívek a žen HPV vakcínami. V roce 2013 se objevil další nárůst NÚ oproti 2012 o 59 %, kdy 54 % očkovaných mělo synkopy (25).

Mimořádně vysoký výskyt NÚ po očkování 4vHPV byl pozorován u stovek 14letých dívek v Carmen de Bolivar i v řadě dalších měst v Kolumbii, kde proběhla v letech 2013–14 plošná vakcinace ve školách. Nicméně, tyto příznaky byly označeny jako masová hysterie adolescentek a jakákoliv spojitost s HPV vakcínami je z oficiálních míst odmítána.

Další velmi závažný problém, na který nemáme dosud přesvědčivou odpověď, je spojený s tím, že v současné praxi se HPV vakcíny podávají i ženám, které jsou již nakaženy HPV. Může takový zásah ovlivnit jejich zdraví? Na potřebu řešit i tuto otázku upozorňuje dokument

VRBPAC (26), který uvádí, že výskyt CIN2/3 je horší mezi ženami, které byly v době očkování Gardasilem infikované HPV. Upozornění, že Gardasil může zhoršit o 44,6 % výskyt vzniku prekancerózních lézí, pokud je žena v době vakcinace již nakažená, uvedl pro FDA před získáním registrace sám výrobce vakcíny Merck (26, str. 13). U vakcíny Cervarix ještě v roce 2017 vědecké zdroje uvádějí, že není známa její účinnost u osob, které jsou v čase očkování již pozitivní vůči HPV (30).

V reálném životě si však můžeme položit otázky: A co kdyby ten statisticky neprůkazný a velmi vzácně se vyskytující NÚ postihl právě vaši dceru a ovlivnil celý další život do té doby se zdravě vyvíjející dívky a celé její rodiny? Co kdyby došlo k vážnému ovlivnění života dívky, které jste právě vy doporučili preventivní očkování nebo jí podali HPV vakcínu? Poskytuje nám vědecká statistika záruku, že prospěch očkování HPV vakcínami ve smyslu záchrany života žen ve věku 50–60 let je větší, než počty zkažených životů adolescentních dívek?

4 SCREENING

Při propagaci HPV vakcín v prevenci C53 se nevěnuje stejně intenzivní osvěta upozornění, že velmi účinnou formu prevence představuje screening a pravidelné gynekologické vyšetřování. Není účelem tohoto článku zabývat se formami screeningu, avšak v řadě zemí byly získané přesvědčivé důkazy o tom, že systematicky prováděný screening je účinnou sekundární prevencí, která může včas zachytit více než 80 % prekancerózních lézí. V ČR byl zahájen národní program screeningu C53 v roce 2008, avšak teprve v roce 2014 rozeslala VZP adresné výzvy pro ženy na preventivní vyšetření. Na screening

karcinomu děložního hrdla mají v ČR nárok všechny ženy ve věku od 15 let. Screeningový test spočívá v cytologickém vyšetření stěru z děložního hrdla jednou ročně. Je vytvořena síť akreditovaných cytologických laboratoří po celém území ČR (<http://www.cervix.cz>), které vyhodnocují vzorky tkáně, kterou gynekologové odebírají pacientkám při preventivních prohlídkách.

V tabulce 3 jsem uvedla incidenci C53 v různých okresech ČR, které jsem vybrala z materiálu ÚZIS (27), a pro porovnání uvádím odpovídající incidenci podle údajů WHO v různých zemích světa (2). Z této tabulky je zřejmé, že existují okresy, kde je incidence C53 optimální, avšak ve většině jiných je situace v ČR srovnatelná se zeměmi, které nemají národní programy screeningu a systematickou gynekologickou péči. Někteří oponenti těchto údajů, jako např. prof. MUDr. Roztočil nebo RNDr. Ruth Tachezy přičítají rozdílnou situaci sociálně-ekonomickému stavu daných okresů. Pro toto tvrzení by bylo třeba provést podle kompletních údajů ze statistiky ÚZIS analýzu nejenom sociálního stavu obyvatel různých okresů, ale především by bylo užitečné porovnat, kolik žen podstoupilo pravidelné gynekologické prohlídky (viz <http://www.cervix.cz/index.php?pg=aktuality&aid=260>).

Tabulka 3. Incidence C53 v ČR v roce 2008. Podle <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2010-ve-statistickych-udajich>

OKRES V ČR	POČET/100 000 ŽEN	SROVNATELNÉ SE ZEMÍ
Prachatice	3,9	Nejlepší na světě
Benešov	4,3	Austrálie
Chrudim	7,6	Francie, Velká Británie, Finsko
Kutná Hora, Plzeň-sever	8, 0	Francie, Velká Británie, Irsko
Pelhřimov, Příbram, Opava	8,2 –8,8	Francie, Velká Británie, Irsko
Vsetín, Jeseník, Šumperk	9,4–9,6	Čína
Semily, Nymburk	10,5 –10,9	Vietnam
Strakonice, Česká Lípa, Olomouc	11,1 –11,8	Filipíny
Praha	20,6	Pákistán
Jablonec nad Nisou, Klatovy, Chomutov	32,5	Nepál
Liberec, Hodonín	33,8	Nigérie
Ústí nad Orlicí, Teplice	36,9	Ghana
	47,5	Uganda
Česká republika	19,2	Pákistán

V řadě zemí se odborníci zabývají zhodnocením optimálního scénáře kombinace HPV vakcinace a screeningových intervalů, který by byl ekonomicky výhodný pro danou oblast. Zatím nevíme, kolik žen bude očkováno a jak bude vakcína fungovat v reálné praxi. Proto bude ještě po desítky let nutné provádět pečlivý screening cervikálních lézí. Vliv vakcinace na snížení incidence karcinomu děložního

hrdla se projeví až za desítky let. Vysoká incidence C53 v ČR je vážnou výzvou k důslednému uplatňování národního screeningového programu (www.cervix.cz).

5 SITUACE V ČR

5.1 VÝSKYT HPV U ČESKÝCH ŽEN A ODHAD ÚČINNOSTI HPV VAKCÍN

Analýzu rozšíření typů HPV u českých žen provádí RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D. se svým týmem spolupracovníků (28, 29). Podle jejich poznatků je nakaženo viry HPV 16/18 pouze 6 % žen, HPV 6/11 našli u 1 % žen. Ve věkové kategorii 15–20 let je infikováno 30 % žen širokým spektrem onkogenních HPV. 5% žen je infikováno typy HPV 31, 33, 45, 52 a 58. Zcela překvapivé je i zjištění, že cca 10 % dětí je infikováno vysoce rizikovými onkogenními typy HPV, a to již ve věku 11–14 let. Na základě těchto výzkumů došla R. Tachezy k závěrům, že:

- v ČR je nutné plánovat celoplošné očkování proti HPV před 14. rokem věku
- vakcinace skupiny sexuálně aktivních žen bude ve smyslu prevence vzniku těžkých lézí děložního hrdla spojených s typy HPV 16 a 18 obsažených ve vakcíně asi u 12 % žen maximálně 50%
- plošným očkováním dívek i chlapců nonavalentní vakcínou proti HPV by bylo možno zabránit: 943 z 1300 všech současných případů C53, vulvárního a análního karcinomu a 911 z 990 současných případů C53.

5.2 POHLED Z DRUHÉ STRANY

Ve snaze otevřít vzájemnou diskusi o HPV vakcínách mi R. Tachezy odpověděla: „Myslím, že stojíme každá na jiné straně řeky. Není mi zcela jasné, co vás vede k tomu, abyste podporovala kampaň proti vakcinaci právě proti HPV. Je to jedna ze dvou existujících vakcín proti nádorovým onemocněním a jedná se o velmi bezpečnou vakcínu.“

Kolik českých dívek, mladých žen, chlapců a mladých mužů bude muset být očkováno, aby se zabránilo 900 případů C53 u žen ve věku 40–60 let? Dosavadní poznatky zatím neposkytují důkaz, že imunita navozená očkováním ve 13 letech vytrvá až do zralého či seniorského věku. Zkušenosti z očkování mnoha jinými vakcínami ukazují, že očkováním navozená imunita má krátkou dobu trvání a po několika

letech vyvane. Vytvoření kolektivní imunity funguje pouze v případě, že se udržuje imunita očkovaných. Kolik dívek a mladých žen bude muset být poškozeno, aby se statisticky prokázalo riziko používaných HPV vakcín? Kolik milionů vydají zdravotní pojišťovny na toto plošné očkování? Nebylo by ekonomicky výhodnější zaměřit se na propagaci pravidelného screeningu místo šíření strachu z úmrtí při odmítnutí HPV vakcíny? Kolik nových úmrtí může následovat po očkování již nakažených žen? Vědecký výzkum se příliš nezabývá objasněním toho, jak je možné, že většina žen se s infekcí HPV vyrovnává bez jakékoliv péče. Způsob odpovědi imunitního systému na přirozenou infekci je zcela odlišný od mechanismu indukce odpovědi po očkování. Zatímco při očkování se do organismu dodá intramuskulární injekcí vysoká dávka antigenu, která s podporou silného adjuvantu indukuje zánětlivou reakci, probíhá přirozená nákaza HPV viry na povrchu epitelu a není spojená se zánětem. O účinnosti protilátek indukovaných přirozenou nákazou nejsou dostatečné evidence, protože se tomu nevěnuje pozornost. Avšak to, že je možné, aby v některých oblastech ČR byla incidence C53 u 100 000 neočkovaných žen pouze 4 případy vypovídá o tom, že přirozená imunita vůči HPV hraje v průběhu života žen výraznou roli.

ZÁVĚR

Neměli bychom zapomínat, že mezi rizikové faktory karcinomu děložního čípku patří zahájení sexuálního života v příliš mladém věku, vysoký počet sexuálních partnerů, užívání antikoncepce, kouření, oslabená imunita a genetické abnormality ve funkci imunitního systému.

Zatímco gynekologové a epidemiologové usilují o dosažení 80% proočkovanosti českých dívek, mladých žen, a dokonce i mladých mužů HPV vakcínami, je zřejmé, že toto očkování je nejméně u každé desáté dívky ve věku do 14 let a u 30 % žen ve věku 15–20 let v ČR vysoce kontroverzní preventivní péčí. Nejenom, že může být zbytečné, ale může způsobit i vážné NÚ. Z mého pohledu vyvolává zvolený způsob prevence C53 řadu otázek.

Nebylo by pro české zdravotnictví ekonomicky výhodnější a pro zdraví českých žen prospěšnější klást důraz na pravidelný screening? Plně dvě třetiny žen totiž přicházejí s rozvojem CIN v pokročilém stadiu v důsledku zanedbané preventivní péče. Proč je v některých okresech ČR incidence C53 srovnatelná se zeměmi se zcela nedostatečnou preventivní gynekologickou péčí? Jestliže víme, že profylaktické vakcíny jsou účinné u nenakažených žen, neměli bychom před každým navrhovaným očkováním HPV sexuálně aktivních žen provést stanovení HPV? Proč nebereme v úvahu poznatky ze studie FUTURE II, která jasně prokázala, že u žen infikovaných HPV klesá dokonce i relativní redukce rizika na 50 %? Není dostatečně varovné upozornění výrobce 4vHPV, že u infikovaných žen se očkováním zvyšuje

možnost vzniku C53 o 44,6 %? Mnoho gynekologů v praxi doporučuje toto očkování i ženám s aktivním sexuálním životem a po porodu bez jakéhokoliv upozornění. Jestliže R. Tachezy došla analýzou rozšíření nákazy HPV u českých žen k závěru, že vakcinace skupiny sexuálně aktivních žen bude ve smyslu prevence vzniku těžkých lézí děložního hrdla spojených s typy HPV 16 a 18 obsažených ve vakcíně asi u 12 % žen maximálně 50%, není jejich očkování zbytečné?

Zdravotníci pracovníci propagující plošné očkování HPV vakcínami by si měli důkladně prostudovat příbalové informace o těchto vakcínách a dbát na pokyny a limitace jejich aplikace. Stovky žen v mnoha zemích světa, jejichž zdraví bylo poškozené, nejsou považovány za statisticky průkazné vzhledem k milionům prodaných vakcín. Nicméně toto konstatování patrně neposkytne útěchu rodičům, kterým po tomto očkování zemřelo dítě, ačkoli je vakcína měla ochránit v dalším životě.

Každá dívka a mladá žena není pouze součástí statistického souboru, ale živá bytost a budoucí matka. Nejistá perspektiva záchrany života jedné ženy v 60 letech není totéž, jako poškození života jedné ženy v 9–20 letech (30). Je třeba si přiznat to, co při zavádění Cervarixu konstatovali i výrobci: jedná se o světový experiment, který má teprve v budoucnu přinést poznání, zda můžou HPV vakcíny zabránit karcinomu děložního čípku a dalším karcinomům spojenými s nákazou HPV. Nenabízíme současnou generaci českých dívek a mladých žen ve věku 9–26 let jako státem podporovaný experimentální soubor?

ZDROJE

1. Harald zur Hausen. The search for infectious causes of human cancers: where and why. Nobel Lecture, December 7, 2008
https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2008/hausen_lecture.pdf
2. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
3. Ondruš J., Dvořák V. Přirozený průběh infekce virem lidských papilomatózních lézí (HPV). Postgraduální medicína 1, 2008. viz <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/prirozeny-prubeh-infekce-virem-lidskych-papilomatoznich-lezi-hpv-338168>
4. Příbalová informace: informace pro uživatele Silgard® viz <https://www.vakciny.net/object?id=353>

5. Příbalová informace: informace pro uživatele Gardasil viz
http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf
6. Příbalová informace: informace pro uživatele Cervarix viz
http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000721/WC500024632.pdf
7. Příbalová informace: informace pro uživatele Gardasil 9 viz
http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/003852/WC500189111.pdf
8. <http://ospozcs.cz/document-view?id=2&fromsection=doporuceni&frompage=1>
9. Wang J. W., Roden R. B. S. Virus-like particles for the prevention of human papillomavirus associated malignancies. *Expert Rev Vaccines*. 2013; 12(2): 129–141.
10. Kash N., Lee M. A., Kollipara R., et al. Safety and efficacy data on vaccines and immunization to human papillomavirus. *J Clin Med*. 2015;4(4): 614–633.
11. Toh Z. Q., Russell F. M., Reyburn R., et al. Sustained antibody responses 6 years following 1, 2, or 3 doses of quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in adolescent fijian girls, and subsequent responses to a single dose of bivalent HPV vaccine: A prospective cohort study. *Clin Infect Dis*. 2017; 64(7):852–859.
12. American College of Pediatricians Warns About Gardasil Risk, 2016, viz
<http://www.thevaccinereaction.org/2016/02/american-college-of-pediatricians-warns-about-gardasil-risk/>
13. Colafrancesco S., Perricone C., Tomljenovic L., Shoenfeld Y. Human papilloma virus vaccine and primary ovarian failure. *Am J Reprod Immunol*. 2013;70(4):309–316.
14. http://www.yakugai.gr.jp/topics/file/20161102_Refutation_of_GACVS_Statement_on_Safety_of_HPV_Vaccines_20151217.pdf

15. Brinth L. S., Pors K., Theibel A. C., Mehlsen J. Orthostatic intolerance and postural tachycardia syndrome as suspected adverse effects of vaccination against human papilloma virus. Vaccine. 2015;33(22):2602–2605.
16. Tomljenovic L, Shaw CA. Death after quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccination: Causal or coincidental? Pharmaceut Reg Affairs 2012; S12:1–11.
17. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/sideeffects/side-effects-from-medicines/hpv-vaccination/adverse-reactions-from-the-hpv-vaccine/>
18. Lee S. H. Detection of human papillomavirus (HPV) 11 gene DNA possibly bound to particulate aluminum adjuvant in the HPV vaccine Gardasil. J Inorg Biochem. 2012; 117: 85–92.
19. Film Vyšší dobro (The Greater Good) se slovenskými titulky viz <http://www.veoh.com/watch/v81666646RrNe5rXj>
20. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA' - autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. J Autoimmun. 2011; 36(1): 4–8.
21. Schiller J. T., Castellsagué X., Garland S. M. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. Vaccine. 2012; 30 Suppl 5: 123–138.
22. Gee J., Naleway A., Shui I. Monitoring the safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine: Findings from the Vaccine Safety Datalink. Vaccine 2011; 29: 8279– 8284.
23. WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety on the safety of human papillomavirus (HPV) vaccines 2013–2016, viz http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/en/
24. Tomljenovic L., Shaw C. Too fast or not too fast: the FDA's approval of Merck's HPV vaccine Gardasil. J Law Medicine & Ethics. 2012; 40(3):673–681.
25. Mahajan D., Dey A., Cook J, et al. Surveillance of adverse events following immunisation in Australia annual report. Commun Dis Intell 2015;39(3):E369–E386.
26. VRBPAC Meeting <https://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4222B3.pdf>
27. <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2010-ve-statistickych-udajich>

28. Tachezy R., Smahelova J., Kaspirkova J., Salakova M. Human Papillomavirus type-specific prevalence in the cervical cancer screening population of Czech women. PLoS ONE 2013; 8(11): e79156.
29. Tachezy R. Prevalence HPV infekce v ČR. XII. HVD, 2016.
<http://www.vakcinace.eu/data/files/hradecke2016/tachezyr-prevalencehpvinfekcevcsekepopulaci.pdf>
30. <http://www.ockovanihpv.cz/uvod>

KONTAKT

Prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc.

Bulharská 38, 101 00 Praha 10

Anna.strunecka@gmail.com

LEGISLATÍVA V OŠETROVATEĽSTVE NA SLOVENSKU

LAURINC, M.

Abstrakt

Príspevok sa venuje platnej slovenskej legislatíve, ktorá nedostatočne reflektuje na súčasnú potrebu praxe a nevyužíva poznatky z ošetrovateľstva založeného na dôkazoch. V nadväznosti na európsku legislatívu analyzuje strategické zmeny v ošetrovateľskej praxi, ktoré významne ovplyvňujú kompetencie sestier špecialistiek v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť vo vybraných štátoch sveta: Česká republika, Nórsko, Poľsko, Rakúsko, Švajčiarsko, Veľká Británia a USA.

Kľúčové slova

Legislatíva. Kompetencie. Anestéziológia a intenzívna medicína. Sestra špecialistka. Špecializované pracovné činnosti.

ÚVOD

Za posledných 16 rokov malo vplyv na legislatívu v ošetrovateľstve na Slovensku osem ministrov zdravotníctva, pričom v organizačnej štruktúre ministerstva zdravotníctva slovenskej republiky (MZ SR) sa v období 2008 – 2016 nenachádzala pozícia riaditeľky odboru ošetrovateľstva „ministerskej sestry“, k čomu sa SR zaviazala ešte v roku 2000 a ktorej úlohou malo byť koncepčné a systematické riadenie odboru ošetrovateľstvo. Základným stavebným prvkom slovenskej legislatívy dotýkajúcej sa odboru ošetrovateľstvo je samotná koncepcia tohto odboru.

1 KONCEPCIA ODBORU OŠETROVATEĽSTVO Č. 14535/2006 – 00

Koncepcia odboru ošetrovateľstva je jedna z legislatívnych noriem, ktorá definuje odborné koncepčné javy a pojmy charakterizujúce ošetrovateľstvo. Vymedzuje, čím sa ošetrovateľstvo zaoberá, čo je jeho predmetom, a stanovuje jeho postavenie a ciele. Prvá koncepcia odboru ošetrovateľstvo bola na Slovensku schválená v roku 1994 (Žiaková, a kol. 2009, s. 49 – 50). Koncepcia odboru

ošetrovateľstva bola jedným z prvých dokumentov, ktoré po roku 1989 prijal a schválil zdravotnícky odbor. 19. júl 1994 bol slávnostný deň pre ošetrujúcich Slovenska, keď pred všetkými hlavnými odborníkmi tri sestry na čele s hlavnou odborníčkou pre ošetrovateľstvo Máriou Magdalénou Kurriľovou obhajovali koncepciu ošetrovateľstva (Hanzlíková, 2011, s. 64). Národná rada Slovenskej republiky (NR SR) dňa 29. mája 2006 v zmysle § 45 ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení zákona č. 350/2005 Z. z. novelizovala túto koncepciu.

1.1 NÁPLŇ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE

Ošetrovateľstvo je samostatný odbor, ktorého záujmom je osoba, rodina a komunita v zdraví a v chorobe. Je založené na vedeckých poznatkoch overených výskumom a je charakterizované: poskytovaním komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite zameranej na upevňovanie zdravia, podporu zdravia a navrátenie zdravia; udržiavaním a podporovaním telesného, duševného a sociálneho zdravia osoby, rodiny a komunity v súlade so sociálnym a ekologickým prostredím a holistickým prístupom k osobe, rodine a komunite. Centrom záujmu ošetrovateľskej starostlivosti je osoba, ako celostná bio-psycho-sociálna bytosť nachádzajúca sa v určitom prostredí a v určitom stave zdravia. Ošetrovateľstvo spolupracuje s medicínskymi odbormi a humanitnými odbormi, ktoré sú zamerané na prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu a biomedicínsky výskum. MZ SR odborne – metodicky vedie odbor ošetrovateľstvo a spracúva: návrhy na implementáciu vecne príslušných smerníc a dokumentov Európskej únie (EÚ) dotýkajúcich sa ošetrovateľstva. Spolupracuje s hlavným odborníkom pre ošetrovateľstvo MZ SR a so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA). Na úrovni samosprávneho kraja na úseku zdravotníctva vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti plní úlohy preneseného výkonu štátnej správy sestra samosprávneho kraja. V zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti za riadenie ošetrovateľskej starostlivosti a za odbornú úroveň ošetrovateľskej starostlivosti zodpovedá odborný zástupca pre ošetrovateľskú starostlivosť, tj. námestníčka pre ošetrovateľskú starostlivosť. Na jednotlivých klinických pracoviskách za odbornú úroveň ošetrovateľskej praxe zodpovedá vedúca sestra. Sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti vedú ošetrovateľskú dokumentáciu, ktorá je podkladom pre výskum, štatistické spracovanie a sledovanie úrovne ošetrovateľskej starostlivosti (Konceptia, 2006, s. 3).

1.2 ROZVOJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE

Prioritou vývoja ošetrovateľstva v súlade s odporúčaniami Medzinárodnej rady sestier (ICN), Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) a smernicami Rady EÚ je: poskytovať samostatnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť; vymenovať manažérku kontinuálneho zabezpečovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti v každom ústavnom zdravotníckom zariadení; vypracovať lokálne ošetrovateľské štandardy vo všetkých aplikovaných odboroch ošetrovateľstva; vypracovať štandardy hodnotenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti; pracovať podľa ošetrovateľských štandardov v ošetrovateľskej praxi; zaviesť systém skupinového a tímového ošetrovania; pracovať s ošetrovateľskou dokumentáciou v elektronickej podobe; realizovať programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia obyvateľstva vo všetkých vekových skupinách; rozvíjať multikultúrne ošetrovateľstvo. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú povinní nepretržite zabezpečovať systém kvality, ktorého cieľom je zabezpečiť poskytovanie nepretržitej minimálne štandardizovanej starostlivosti. Systém kvality zabezpečuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa štandardizovaných postupov, dodržiavaním minimálnej normatívy personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia spĺňajúcim požiadavky na bezpečnosť, systém celoživotného vzdelávania, registrácie a certifikátov kvality a štatistické vyhodnocovanie výsledkov poskytovanej starostlivosti (Konceptia, 2006, s. 4).

1.3 VZDELÁVANIE PRACOVNÍKOV OŠETROVATEĽSTVA

Ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú sestry v zdravotníckych zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti, v zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti a v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. Podmienkou pre vykonávanie zdravotníckeho povolania v kategórii sestra je získanie odbornej spôsobilosti. Na vykonávanie špecializovaných a certifikovaných pracovných činností je potrebné získať odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností v akreditovaných študijných programoch. Sústavné vzdelávanie je vzhľadom na dynamický rozvoj odboru významné a dôležité. Pozostáva z priebežného obnovovania a udržiavania získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom odboru po celý čas výkonu povolania sestry (Konceptia, 2006, s. 5).

2 ANALÝZA PRÁVNÝCH PREDPISOV V OŠETROVATELSKEJ PRAXI NA SLOVENSKU

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov. Pre podmienky výkonu povolania sestry je najdôležitejšou časťou tohto zákona: charakteristika „ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľskej praxe.“ Ďalej zákon popisuje etické podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti, informovaný súhlas pacienta a upravuje spôsob vedenia zdravotnej dokumentácie, ktorej súčasťou je aj ošetrovateľská dokumentácia (Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z.).

Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento zákon vymedzuje základné pojmy ako sú zdravotnícke povolanie a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Ďalej sa zaoberá podmienkami výkonu povolania: odbornou a zdravotnou spôsobilosťou pre výkon povolania, vzdelávaním a registráciou zdravotníckych pracovníkov, vydávaním licencií. Jednou z najdôležitejších častí zákona je piata časť ktorá pojednáva o stavovských organizáciách „komorách“ v zdravotníctve o ich cieľoch a úlohách (Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z.).

Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. – Ustanovuje: odbornú spôsobilosť na výkon odborných, špecializovaných a certifikovaných pracovných činností v jednotlivých zdravotníckych povolaniach. Ďalej sa zaoberá spôsobom ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústavou špecializačných odborov a certifikovaných pracovných činností (NV SR č. 296/2010, Z. z.).

Nariadenie vlády SR č. 213/2011 Z. z. – Obsahom tohto nariadenia je návod, akým spôsobom jednotlivé zdravotnícke povolania môžu využívať profesijné tituly po získaní odbornej spôsobilosti a odbornej spôsobilosti pre výkon špecializovaných pracovných činností (NV SR č. 213/2011 Z. z.).

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. – Určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. (Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z.)

Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. (Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z.)

Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. hovorí o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. (Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z.)

Výnos MZ SR č. 07575-OL-2011 z 23. augusta 2011, ktorým sa mení a dopĺňa výnos MZ SR zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL – Týmto výnosom sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra. (Výnos MZ SR č. 07575-OL/2011)

Výnos MZ SR č. 12422/2010-OL, – ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra, v znení neskorších predpisov. (Výnos MZ SR č. 12422/2010-OL)

Odborné usmernenie MZ SR č. 16138-2/2004-OO pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii. (Odborné usmernenie MZ SR č. 16138-2/2004-OO).

Odborné usmernenie MZ SR č. 05354/2005-OO o riadení poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zariadení. (Odborné usmernenie MZ SR č. 05354/2005-OO).

Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009 – OZS o vedení zdravotnej dokumentácie. (Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009 – OZS).

3 ANALÝZA LEGISLATÍVY EURÓPSKEJ ÚNIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Sestry a pôrodné asistentky majú byť v popredí európskej zdravotnej agendy a významným partnerom pri jej zabezpečení. Direktíva Európskej komisie v značnej miere ovplyvňuje postavenie sestier a pôrodných asistentiek na národnej úrovni. Dôležitými medzinárodnými legislatívnymi normami sú:

Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ, ktorou sa mení smernica 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií a nariadenie EÚ č. 1024/2012 o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu (20. november 2013).

Smernica popisuje prínos zavedenia „európskeho profesijného preukazu“ na účely posilňovania vnútorného trhu a podpory voľného pohybu odborníkov pri súčasnom zabezpečení väčšej efektívnosti a transparentnosti uznávania kvalifikácií. Preukaz by mal dopĺňať, a nie nahrádzať registračné požiadavky súvisiace so získaním konkrétneho povolania. V záujme zabezpečenia vysokej úrovne

bezpečnosti verejného zdravia a pacientov vnútri Únie a aktualizovania smernice 2005/36/ES treba upraviť kritériá na definovanie základnej zdravotníckej odbornej prípravy tak, aby sa podmienky týkajúce sa minimálneho počtu rokov a hodín stali kumulatívne. Cieľom tejto úpravy nie je oslabenie požiadaviek odbornej prípravy pre základné zdravotnícke vzdelávanie. Povolanie sestry v uplynulých troch desaťročiach prešlo výrazným vývojom. Komunitne založená zdravotná starostlivosť, využívanie komplexnejších terapií a neustále sa vyvíjajúca technológia predpokladajú schopnosť sestier prevziať väčšiu zodpovednosť. Odborná príprava sestier, ktorej organizácia sa stále líši v závislosti od vnútroštátnych tradícií, by sa mala viac zameriavať na výsledky a poskytovať väčšiu istotu, že odborník počas svojej odbornej prípravy získal určité znalosti a zručnosti a je schopný aspoň niektoré kompetencie uplatňovať pri výkone činností v rámci svojho povolania. Profesionálne organizácie, ktoré sú zastúpené na úrovni Únie, a za určitých okolností vnútroštátne profesionálne organizácie alebo príslušné orgány by mali mať možnosť predkladať k spoločným zásadám odbornej prípravy pripomienky Komisii. Následne by bolo možné, spolu s vnútroštátnymi koordinátormi posúdiť možné dôsledky týchto zásad na vnútroštátne systémy vzdelávania a odbornej prípravy, ako aj na vnútroštátne predpisy upravujúce prístup k regulovaným povolaniam. V smernici 2005/36/ES sa už odborníkovi stanovuje povinnosť mať potrebné jazykové znalosti. Pre povolania, ktoré majú vplyv na bezpečnosť pacienta, je dôležité to, aby sa kontroly jazykových znalostí podľa smernice 2005/36/ES uplatňovali ešte predtým, ako odborník začne vykonávať povolanie v hostiteľskom členskom štáte. Smernica 2005/36/ES už stanovuje podrobné povinnosti členských štátov vymieňať si informácie. Tieto povinnosti by sa mali posilniť. Členské štáty by mali nielen reagovať na žiadosti o informácie, ale ich príslušné orgány by mali byť poverené v rámci právomocí aktívne upozorňovať príslušné orgány iných členských štátov na odborníkov, ktorí už nemajú oprávnenie na výkon povolania. Je potrebný osobitný výstražný mechanizmus pre zdravotníckych pracovníkov podľa smernice 2005/36/ES (Úradný, 2013).

3.1 POJMY SMERNICE

Regulované povolanie je odborná činnosť alebo skupina odborných činností, ku ktorým prístup, ktorých výkon alebo jedna z foriem výkonu sú priamo alebo nepriamo, na základe legislatívnych, regulačných alebo správnych opatrení podmienené držbou osobitných odborných kvalifikácií; najmä používanie profesionálneho titulu obmedzené legislatívnymi, regulačnými alebo správными opatreniami na osoby s danou odbornou kvalifikáciou stanovuje spôsob výkonu (Úradný, 2013, s. 138).

Odborná kvalifikácia je kvalifikácia potvrdená dokladom o formálnej kvalifikácii, osvedčením o spôsobilosti a/alebo odbornou praxou. Dokladom o formálnej kvalifikácii sa myslí diplom, vysvedčenie alebo iný doklad, ktorý vydal orgán členského štátu určený v súlade s legislatívnymi, regulačnými alebo správными opatreniami tohto členského štátu, a potvrdzujúci úspešné skončenie odbornej prípravy získanej predovšetkým v Spoločenstve. Príslušný orgán predstavuje akýkoľvek orgán

alebo subjekt osobitne splnomocnený členským štátom na vydávanie alebo prijímanie diplomov a iných dokumentov alebo informácií o odbornej príprave a na prijímanie žiadostí a prijímanie rozhodnutí uvedených v tejto smernici. Regulované vzdelávanie a odborná príprava je akákoľvek odborná príprava osobitne zameraná na výkon príslušného povolania, ktoré sa skladá z kurzu alebo kurzov, v prípade potreby doplnených odbornou prípravou alebo skúšobnou alebo odbornou praxou. Odborná prax znamená skutočné a zákonné vykonávanie príslušného povolania na plný úväzok alebo rovnocenné trvanie čiastočného úväzku v členskom štáte (Smernica EP, 2005, s. 13). Adaptačné obdobie je obdobie výkonu regulovaného povolania v hostiteľskom členskom štáte pod dohľadom kvalifikovaného príslušníka daného povolania, takéto obdobie praxe pod dohľadom môže byť doplnené ďalšou odbornou prípravou. Toto obdobie praxe pod dohľadom podlieha hodnoteniu. Podrobné pravidlá, ktoré upravujú adaptačné obdobie a jeho hodnotenie, ako aj postavenie migranta pod dohľadom stanovuje príslušný orgán v hostiteľskom členskom štáte. Skúška spôsobilosti predstavuje skúšku obmedzenú na žiadateľove odborné znalosti, zručnosti a spôsobilosti vykonávaná alebo uznávaná príslušnými orgánmi hostiteľského členského štátu s cieľom vyhodnotiť schopnosť žiadateľa vykonávať regulované povolanie v uvedenom členskom štáte. Odborná stáž je obdobie odbornej praxe vykonanej pod dohľadom za predpokladu, že predstavuje podmienku na prístup k regulovanému povolaniu, a ktorá sa môže uskutočniť počas alebo po skončení vzdelávania, na záver ktorého sa vydáva diplom. Európsky profesijný preukaz patrí medzi elektronické potvrdenie preukazujúce buď, že odborník splnil všetky potrebné podmienky na účely dočasného a príležitostného poskytovania služieb v hostiteľskom členskom štáte, alebo uznanie odborných kvalifikácií na účely usadenia sa v hostiteľskom členskom štáte. Celoživotné vzdelávanie znamená každé všeobecné vzdelávanie, odborné vzdelávanie a príprava, neformálne vzdelávanie a formálne učenie sa uskutočňované po celý život, ktoré vedie k rozšíreniu kompetencií z hľadiska znalostí, zručností a spôsobilostí, čo môže zahŕňať aj profesionálnu etiku. Závažné dôvody všeobecného záujmu sú dôvody uznané ako také v judikatúre Súdneho dvora Európskej únie (Úradný, 2013, s. 139).

Európsky systém prenosu a zhromažďovania kreditov alebo kredity ECTS – systém kreditov vo vysokoškolskom vzdelávaní využívaný v európskom priestore vysokoškolského vzdelávania (Smernica EP, 2005, s. 14).

3.2 ODBORNÁ PRÍPRAVA SESTIER ZODPOVEDNÝCH ZA VŠEOBECNÚ STAROSTLIVOSŤ

Prijatie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť na odbornú prípravu je podmienené: ukončením všeobecného vzdelania trvajúceho aspoň 12 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom, ktorý vydali príslušné orgány alebo úrady v členskom štáte, alebo

osvedčením potvrdzujúcim úspešné zloženie prijímacej skúšky na rovnocennej úrovni, ktoré umožňuje prístup k štúdiu na univerzitách alebo vysokých školách na úrovni uznanej ako rovnocennej, alebo; ukončením všeobecného vzdelania trvajúceho aspoň 10 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom, ktorý vydali príslušné orgány alebo úrady v členskom štáte, alebo osvedčením potvrdzujúcim úspešné zloženie prijímacej skúšky na rovnocennej úrovni, ktoré umožňuje prístup k štúdiu na školách pre odborné vzdelávanie alebo k programu odborného vzdelávania zdravotných sestier a ošetrovateľov.

Odborná príprava sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť sa poskytuje ako denná (Smernica EP, 2005, s. 47).

Odborná príprava sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť predstavuje celkovo najmenej tri roky štúdia, ktoré sa môžu vyjadriť aj ako ekvivalent kreditov ECTS a ktoré obsahujú aspoň 4 600 hodín teoretickej a klinickej odbornej prípravy, z čoho teoretická odborná príprava predstavuje aspoň jednu tretinu a klinická odborná príprava predstavuje aspoň jednu polovicu trvania odbornej prípravy.

Teoretické vzdelávanie je tou časťou ošetrovateľskej odbornej prípravy, v ktorej vzdelávané sestry získavajú požadované odborné vedomosti, zručnosti a spôsobilosť. Odbornú prípravu zabezpečujú učitelia ošetrovateľskej starostlivosti a iné spôsobilé osoby na univerzitách a vysokých školách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná, alebo na stredných zdravotníckych školách alebo prostredníctvom programov odborného vzdelávania sestier a ošetrovateľov (Smernica EP, 2005, s. 48).

Klinická odborná príprava je tá časť ošetrovateľskej odbornej prípravy, v ktorej sa vzdelávané sestry v rámci tímu a v priamom kontakte so zdravými alebo chorými osobami a komunitami učia organizovať, poskytovať a hodnotiť požadovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť na základe nadobudnutých vedomostí, zručností a spôsobilostí. Vzdelávané sestry sa učia nielen pracovať v tíme, ale tiež viesť tím a organizovať celkovú ošetrovateľskú starostlivosť vrátane zdravotnej výchovy pre jednotlivcov alebo malé skupiny v ústavoch zdravotnej starostlivosti alebo v komunite (Smernica EP, 2005, s. 48).

Táto odborná príprava sa vykonáva v nemocniciach a v iných zdravotníckych zariadeniach a v komunitách pod dohľadom učiteľov - sestier, v spolupráci s inými kvalifikovanými sestrami a s pomocou týchto sestier. Vyučovacieho procesu sa môže zúčastniť aj iný kvalifikovaný personál. Sestry, účastníčky odbornej prípravy, participujú na činnostiach príslušného oddelenia, nakoľko sú primerané pre ich odbornú prípravu a umožňujú im naučiť sa prebrať zodpovednosť, ktorú so sebou prináša ošetrovateľská starostlivosť.

Odborná príprava pre sestry zodpovedné za všeobecnú starostlivosť poskytuje záruku, že príslušný odborník získal tieto znalosti a zručnosti: komplexná znalosť vied, z ktorých vychádza všeobecná ošetrovateľská starostlivosť, vrátane dostatočného porozumenia štruktúre, fyziologickým funkciám a správaniu zdravých a chorých osôb a vzťahov medzi zdravotným stavom a fyzickým a sociálnym

prostredím pre človeka; znalosť povahy a etiky povolania a všeobecných zásad zdravotníctva a ošetrovateľskej starostlivosti; primerané klinické skúsenosti; takéto skúsenosti, ktoré by mali byť zvolené s ohľadom na ich školiacu hodnotu, by sa mali získavať pod dohľadom kvalifikovaného ošetrovateľského personálu a na miestach personálne a technicky vybavených primerane na to, aby mohli poskytovať pacientovi ošetrovateľskú starostlivosť; schopnosť zúčastňovať sa na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu a skúsenosti s prácou s týmto personálom; skúsenosti so spoločnou prácou s členmi iných povolání v zdravotníctve (Smernica EP, 2005, s. 49).

Formálne kvalifikácie zdravotných sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť poskytuje doklad, že príslušný odborník je schopný uplatniť aspoň tieto vedomosti, zručnosti a základné spôsobilosti bez ohľadu na to, či odborná príprava prebiehala na univerzitách, vysokoškolských inštitúciách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná, alebo na stredných zdravotníckych školách alebo prostredníctvom programov odborného vzdelávania pre sestry a ošetrovateľov: spôsobilosť samostatne stanoviť potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť za využitia súčasných teoretických a klinických poznatkov a plánovať, organizovať a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť pri ošetrovaní pacientov v záujme zlepšenia odbornej praxe; spôsobilosť účinne spolupracovať s inými aktérmi v zdravotníckom odvetví vrátane účasti na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu na základe získaných vedomostí a zručností; spôsobilosť prakticky učiť jednotlivcov, rodiny a skupiny ľudí zdravému životnému štýlu a starostlivosti o seba na základe získaných vedomostí a zručností získaných; schopnosť samostatne prijať okamžité opatrenia na záchranu života a vykonávať opatrenia v prípade krízy alebo katastrof; schopnosť samostatne poradiť, dať odporúčania a poskytovať pomoc osobám, ktoré potrebujú starostlivosť, a ich blízkym; schopnosť samostatne zabezpečiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie; schopnosť komplexne odborne komunikovať a spolupracovať s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve; schopnosť analyzovať kvalitu zdravotnej starostlivosti s cieľom zlepšiť si svoju vlastnú odbornú prax ako zdravotnej sestry alebo ošetrovateľa zodpovedného za všeobecnú starostlivosť (Smernica EP, 2005, s. 49).

V súlade s touto smernicou EÚ uznáva tieto doklady o formálnych kvalifikáciách sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť získané v SR: Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „magister z ošetrovateľstva“ (Mgr.), udelený vysokou školou v profesii sestra. Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „bakalár z ošetrovateľstva“ (Bc.), udelený vysokou školou v profesii sestra. Absolventský diplom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra, udelený strednou zdravotníckou školou v profesii sestra (Smernica EP, 2005, s. 131).

4 KOMPETENCIE SESTIER V ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH

V Spojených štátoch Amerických sestry pracujúce v intenzívnej starostlivosti (CCN) pracujú prevažne na jednotkách intenzívnej starostlivosti a sú odborníkmi v ošetrovateľskej starostlivosti o novorodencov, deti a dospelých. Táto sestra musí spĺňať predpísané kvalifikačné predpoklady: môže, ale nemusí byť registrovaná s ukončeným kurzom v intenzívnej starostlivosti. Toto štúdium sa končí písomnou a praktickou skúškou. Medzi hlavné povinnosti sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti patrí: poskytovanie optimálnej starostlivosti o kriticky chorých a ich rodiny, monitorovanie vitálnych funkcií, priebežne a kontinuálne zlepšovanie zručností v kardiopulmonálnej resuscitácii (KPR), vykonávanie vysokej intenzity terapie a intervencie a intenzívne posudzovanie pacientov v ohrození života (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 18). Ďalej v americkom systéme vzdelávanie majú uplatnenie certifikované, registrované, anestéziologické sestry (CRNAs) pracujú všade tam kde sa podáva anestézia. Sestra ktorá chce pracovať v tomto odbore musí byť registrovaná, s ukončeným I. stupňom vysokoškolského vzdelania v odbore ošetrovateľstvo, musí mať minimálne ročnú prax v intenzívnej starostlivosti. Po splnení týchto minimálnych požiadaviek sestra môže absolvovať 24 až 36 mesačný študijný program po ktorého skončení absolvovaní získava Mgr. titul v odbore anestéziológia. Medzi hlavné povinnosti anestéziologických sestier patrí: predoperačné hodnotenie a príprava pacientov na chirurgický zákrok, spolupráca pri aplikácii anestézie počas chirurgického zákroku, úzka spolupráca s anestéziológom, chirurgom, a inými zdravotníckymi pracovníkmi, monitorovanie pacientov počas chirurgického zákroku, zabezpečenie podmienok, aby sa pacient pohodlne prebudil z anestézie, pooperačná starostlivosť – sledovanie a hodnotenie pacienta, vedenie zdravotnej dokumentácie, práca v rámci chirurgického tímu počas KPR, mentoring v oblasti KPR (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 18). V roku 2004 v USA Národná komisia pre akútnu starostlivosť vytvorila kompetencie pre sestry pracujúce v akútnej starostlivosti (Acute Care Nurse Practitioner – ACNP). Takáto sestra je vzdelaná tak, aby bola schopná poskytnúť kvalitnú sesterskú starostlivosť o chorých s komplexnými akútnymi, kritickými i chronickými stavmi. Tieto kompetencie platia pre všetky sestry pracujúce v akútnej starostlivosti na území USA (Lálová, 2006, s. 30 – 31). „*Sestra v akútnej starostlivosti sa podieľa na zhodnotení zdravotného stavu pacienta s ohľadom na urgentnosť alebo neodkladnosť situácie, pričom k tomu používa klinické i laboratórne získané údaje, zhodnotí klinickú nestabilitu a potenciálne život ohrozujúce stavy. Na základe získaných údajov zhodnotí potrebu ďalšieho vyšetrenia, naordinuje a urobí vhodný skrining. Zhodnotí prítomnosť a intenzitu bolesti. Zhodnotí potenciálne interakcie a synergistické účinky požitých liečiv, a to aj voľne predajných liekov*“, dodáva Lálová (2006).

Vo Veľkej Británii okrem lekára spolupracuje pri podávaní anestézie počas chirurgického zákroku aj anestéziologický asistent. Tento zdravotnícky pracovník v Anglicku nazývaný Physicians' Assistant

(Anaesthesia), je zdravotnícky pracovník, ktorý študuje vo svojom odbore 27 mesiacov. Náklady spojené s týmto vzdelávaním sú vo výške 120 000 £. Tento asistent je kompetentný samostatne podávať anestéziu pri výkonoch u pacientov s ASA I., II. Lekár anestéziológ je v tomto prípade „konzultantom“, zúčastňuje sa úvodu a ukončenia podávania anestézie, resp. v prípade potreby je do dvoch minút k dispozícii na operačnom sále. Prínosom anestéziologických asistentov v praxi nie je nahradenie lekára, ale prevzatie časti jeho kompetencií. Výhodou je zvýšenie flexibility a efektivity, kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a v neposlednom rade ekonomický prínos. Ekonomický audit v roku 2012 poukázal na to, že zaradením anestéziologického asistenta do tímu ročne ušetrí anglickému zdravotníctvu 1 000 000 £ (Rogozov, 2013). Adamcová (2013) na základe skúsenosti z praxe popisuje hlavné právomoci sestier pracujúcich na oddeleniach intenzívnej starostlivosti. *„Rada sestier a pôrodných asistentiek (Nursing and Midwifery council) registruje 660 000 sestier a pôrodných asistentke pre Anglicko, Wales, Škótsko a Severné Írsko. Jej hlavnou úlohou je ochrana verejnosti, autorizácia osnov pre vzdelávanie a vydávanie publikácií identifikujúcich najvyššie štandardy ošetrovateľskej starostlivosti založenej na posledných výskumoch. V Anglicku sa registrácia obnovuje ročne. Všetky sestry musia na požiadanie predložiť svoje „profesijné portfólio“ o ako sa vzdelávajú a udržiavajú si svoju odbornú spôsobilosť v odbore. Povinnosti, právomoci a z toho vyplývajúce zodpovednosti sestier sú podmienené dĺžkou praxe a dosiahnutým postgraduálnym vzdelaním.“* Tieto kritéria rozdeľujú sestry do piatich stupňov: „5 st.“ sestra absolventka, sestra pri lôžku; „6 st.“ sestra – koordinátorka; „7 st.“ sestra – vedúca tímu, „8 st.“ staničná sestra, vedúca sestra oddelenia; „9 st.“ „outreach“ – „intenzívna starostlivosť bez hraníc“, sestry so špecializáciou v intenzívnej starostlivosti pracujú ako mentori (poradcovia, školitelia) sestier štandardných oddelení nemocnice. Každé ústavné zariadenie má svoje vlastné štandardy, (nie sú celonárodné), z čoho vyplývajú aj kompetencie, ktoré môžu byť rozdielne v jednotlivých zariadeniach. Sestry v „6 st.“ a „7 st.“ môžu samostatne na základe indikácie, ale bez lekára: meniť parametre na UPV, extubovať pacienta, meniť dávky katecholamínov, podávať koloidy a kryštaloidy, 50% glukózu, inzulín, analgetiká, opiáty, lieky na inhaláciu, antiemetiká a antipsychotiká. Lekár len naordinuje časový interval, maximálnu dávku lieku a spôsob podania. Sestra preberá plnú zodpovednosť za tieto výkony (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 18). V Univerzitetnej nemocnici v Colchesteri, na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny, každá sestra na začiatku svojej služby vyšetří pacienta podľa ABCDE algoritmu. A+B = (airway, breathing) – dýchanie – sestra si skontroluje pomôcky zaisťujúce dýchacie cesty, nastavenie prístroja na umelú pľúcnu ventiláciu, auskultačne vyšetří dýchanie pacienta, urobí odber krvi na analýzu arteriálnych krvných plynov a odber spúta. C = circulation – obeh – sestra monitoruje a zaznamenáva dokumentácie EKG, pulz, krvný tlak, aplikáciu liečiv na podporu srdcovej činnosti, kapilárni návrat, hodinovú diurézu, telesnú teplotu, sestra kontroluje výsledky biochemického vyšetrenia krvi, koagulácie, krvný obraz, v prípade potreby kontroluje prístroje na kontinuálnu hemodialýzu, oesophageálne ultrazvukové vyšetrenie srdca. D = disability – stav vedomia – GCS, AVPU, reakcia zreničiek na svetlo, intenzita bolesti, glykémia. E = exposure – stav

kože – operačné rany, dekubity. Vyšetrovacia metóda pomocou ABCDE algoritmu je dôležitou súčasťou práce každej anglickej sestry pracujúcej v odbore AIM (Adamcová, 2013)

V roku 1990 Švajčiarska spoločnosť anestéziológie a resuscitácie (SGAR) schválila profil anestéziologických sestier a následne vymedzila kompetencie medzi lekárskeým a sestereým anestéziologickým personálom. Škarvan (2013) uvádza, že: „*Aplikácia anestézie je lekárskeý výkon za ktorý preberá lekár plnú zodpovednosť. Anestéziológ môže delegovať na anestéziologickú sestru vedenie anestézie a tá môže v jeho prítomnosti, na základe indikácie, alebo na základe štandardov vykonávať úvod a ukončiť celkovú anestéziu. Anestéziológ môže sestre zveriť starostlivosť o pacienta počas anestézie. Diplomovaný expert pre anestéziologickú starostlivosť (dipl. Expert Anästhesiepflege NDS HF) pracuje na základe poverenia anestéziológa alebo v spolupráci s ním, ak koná samostatne preberá za všetky odborné činnosti zodpovednosť a aplikuje pacientom rozličných vekových skupín a zdravotného stavu rozličné techniky celkovej anestézie.*“ Kvalifikačné predpoklady: Bc. alebo VOV vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo, minimálne ročná prax v zdravotníckom zariadení, súhlas zamestnávateľa, prijímací pohovor a skúška. Štúdium prebieha dva roky v šiestich odborných a dvoch interdisciplinárnych moduloch a je ukončené obhajobou diplomovej práce v PowerPointe a ústna skúška z oboru anestéziológia. Počas štúdia sa jeden mentor venuje maximálne trom študentom (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 18). Analýzu stavu pacienta a intenzívne monitorovanie v ohrození života, resuscitáciu, plnenie farmakologických intervencií a transport pacienta na vyšetrenia vykonáva diplomovaný expert pre intenzívnu starostlivosť (dipl. Experte Intensivpflege NDS HF), ktorý je konfrontovaný s rýchlym tempom vývoja intenzívnej starostlivosti a plnením úloh ošetrovateľstva založeného na dôkazoch (Rahmenlehrplan, 2009, s. 10).

Podľa platnej legislatívy (GuKG), intenzívna starostlivosť v Rakúsku zahŕňa pozorovanie, starostlivosť, kontrolu a ošetrovanie ťažko chorých, ako aj spoluprácu pri anestézii a dialýze. Anestéziologická starostlivosť pozostáva z pozorovania, starostlivosti, kontrol a ošetrovanie pacienta pred, počas a po podávaní anestézie, ako aj spolupráca s lekárom počas anestézie. Medzi hlavné činnosti sestier v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť patrí: neodkladná podpora životných funkcií a ošetrovateľská starostlivosť pri šoku; spolupráca pri všetkých metódach v anestézii; kontrola a starostlivosť o ťažko chorých na neinvazívnej a invazívnej umelej pľúcnej ventilácii (UPV); spolupráca pri kontrole funkčnosti prístrojového vybavenia (monitory, prístroje na umelú pľúcnu ventiláciu, injekčné pumpy, atď.); odber krvi cez arteriálny a venózneý katéter; zavádzanie žalúdočnej, alebo duodenálnej sondy a sondy na meranie centrálnej teploty; realizácia a kontrola eliminačných metód cez centrálne venózneý katéter a spolupráca pri realizácii a kontrole mimotelového obehu (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 18).

Podľa Muldowney (2011) v Nórsku zabezpečujú anestéziologickú starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach dvaja rôzni poskytovatelia, t. j. anestéziologická sestra a anestéziológ. Prevažnú časť

anestéziológov tvoria muži. Anestéziologická sestra musí mať ukončený I. stupeň vysokoškolského vzdelania v odbore ošetrovateľstvo a 18 mesiacov praxe na úseku anestéziológie. Táto sestra je podriadená anestéziológovi a spolupracuje s ním, ale tiež funguje ako sestra so všetkými povinnosťami ktoré patria k ošetrovateľskej profesii. V súlade s nórsnym štandardom anestézie, anestéziologická sestra má právomoc zabezpečiť a udržiavať celkovú anestéziu u funkčne zdravých pacientov a spolupracovať v tíme s anestéziológom v prípade, že pacient má ťažšie ochorenia. Anestéziologická sestra môže tiež samostatne pozorovať pacientov, ktorí majú regionálnu anestéziu alebo sú tlmený. Anestéziologické sestry a anestéziológovia majú veľa prekrývajúcich sa zručností, a preto môže byť rozdelenie práce mnohokrát zdrojom konfliktov (Muldowney, McKee, 2011, s. 201).

Sestry pracujúce v odbore anestéziológia a intenzívna medicína v Poľsku musia spĺňať kvalifikačné predpoklady a vedieť plniť technické, organizačné, riadiace a hodnotiace úlohy. Medzi hlavné činnosti anestéziologických sestier patrí: kanylácia artérií a odober materiálu na diagnostické účely; invazívne monitorovanie; hodnotenie zdravotného stavu pacienta na základe jeho subjektívneho prežívania a objektívneho vyšetrenia (anamnéza, fyzikálne vyšetrenie); aplikácia premedikácie; zabezpečenie KPR; vykonávanie koniotómie v prípade ohrozenia života; hodnotenie stavu vitálnych funkcií a vedomia pacienta pomocou skórovacích systémov; upravovanie dávok liekov proti bolesti počas terapie; vykonávanie biologickej skúšky pred aplikáciou krvných derivátov; hodnotenie výskytu rizika komplikácií u pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť (Głowacka et. kol., 2014, s. 36 – 37). Na základe poľskej legislatívy, lekár vykonávajúci anestéziu, môže opustiť pacienta na operačnej sále, v prípade potreby KPR iného pacienta a ak sa domnieva, že nedôjde k ohrozeniu jeho života. V tomto prípade, na základe indikácie lekára vedie priebeh anestézie sestra so špecializáciou v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť. (Rozporządzenie, 2013, s. 4)

Vyličilová (2014) definuje, že: „*Sestry pre intenzívnu starostlivosť pracujúce v rámci anestéziologicko-resuscitačnej, intenzívnej starostlivosti a akútneho príjmu vykonávajú činnosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta staršieho ako 10 rokov, u ktorého dochádza k zlyhaniu základných životných funkcií alebo hrozí toto zlyhanie.*“ Sestry bez odborného dohľadu a bez indikácie lekára: sledujú a analyzujú údaje o zdravotnom stave pacienta; hodnotia fyziologické funkcie, analyzujú krivku EKG, hodnotia závažnosť stavu; zahajujú a prevádzkajú KPR so zaistením dýchacích ciest a s použitím dostupného technického vybavenia, robia defibriláciu srdca elektrickým výbojom po zhotovení EKG záznamu; starajú sa o dýchacie cesty pacienta pri UPV, odsávajú dolné dýchacie cesty, robia tracheobronchiálnu laváž u pacienta so zaistením dýchacích ciest; zaisťujú stálu pripravenosť pracoviska, funkčnosť špeciálnej prístrojovej techniky a materiálneho vybavenia; sledujú a analyzujú údaje na špeciálnej prístrojovej technike, rozpoznávajú technické komplikácie a riešia ich (Laurinc, Boroňová, 2014, s. 19). Bez odborného dohľadu na základe indikácie lekára: merajú a analyzujú fyziologické funkcie pacienta špecializovanými postupmi pomocou prístrojovej techniky s využitím invazívnych metód; zavádzajú katéter do močového mechúra u muža; zavádzajú gastrickú

a duodenálnu sondu u pacienta v bezvedomí; robia výplach žalúdka u pacienta so zaistenými DC; vykonávajú činnosti u pacienta s akútnym a chronickým zlyhaním obličiek, ktorý vyžaduje liečbu dostupnými očisťovacími metódami krvi; vykonávajú činnosti v súvislosti s dlhodobou UPV i v domácom prostredí, edukujú pacienta a ním poverené osoby o používaní pomôcok pacienta; vykonávajú činnosti spojené s prípravou, priebehom a ukončením aplikácie metód liečby bolesti; vykonávajú činnosti pri príprave, v priebehu a bezprostredne po ukončení všetkých spôsobov celkovej a miestnej anestézie; robia punkciu artérií k jednorazovému odberu krvi a kanyláciu k invazívnemu monitorovaniu krvného tlaku s výnimkou artérie femoralis. Pod odborným dohľadom lekára: aplikujú transfúzne prípravky a objemové náhrady; robia extubáciu tracheálnej kanyly a externú kardiostimuláciu (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Ošetrovateľská prax v odbore AIM v Českej republike, tak ako u nás poukazuje na možnosti zmien vo výkone odborných činností sestier špecialistiek pre intenzívnu starostlivosť. Pytel (2012) v svojej diplomovej práci uvádza, že z celkového počtu 516 opýtaných sestier pracujúcich v odbore AIM, 46% súhlasí s možnosťou intubácie pacienta. Ďalej uvádza, že bez odborného dohľadu lekára, 57% respondentov súhlasí s možnosťou extubácie pacienta; 35% sestier súhlasí s nastavením ventilačných parametrov na prístroji na UPV a 60% sestier súhlasí s farmakologickým vedením anestézie. 38,4% opýtaných sestier je ochotná prijať zvýšenie kompetencií aj s prevzatia zodpovednosti, samozrejme po absolvovaní adekvátneho vzdelania, za čo by chceli byť aj finančne ohodnotené. Získanie odbornej spôsobilosti pre výkon špecializovaných, pracovných činností sestier získava okrem absolvovania špecializačného študijného programu v odbore „intenzívna starostlivosť“, aj magisterským študijným programom „Špecializácia v zdravotníctve v odbore intenzívna starostlivosť“. Cieľom tohto programu je v súlade so zákonom č. 96/2004 Sb. o nelekárskych povolaniach, pripraviť vysokoškolsky vzdelanú sestru, ktorá získa úplne vysokoškolské vzdelanie a odbornú spôsobilosť pre výkon špecializovaných, pracovných činností v intenzívnej starostlivosti (v znení NV ČR č. 31/2010 Sb. z 11. januára 2010). Absolvent je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník špecialista v intenzívnej starostlivosti. Kvalifikačné predpoklady: ukončenie vzdelania v odbore všeobecná sestra, následne Bc. vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo, alebo zdravotnícky záchranár a dva roky odbornej praxe na lôžkach intenzívnej starostlivosti.

ZÁVER

Slovenská legislatíva v zdravotníctve musí reflektovať na požiadavky praxe. Odbor anestéziológia a intenzívna medicína, rovnako ako ošetrovateľstvo sa radí medzi najstaršie odbory ktoré sa dotýkajú rovnako sestier, ako aj lekárov. Drábková, (2013) uvádza, že: „*pohľad do histórie je poučný. Do doby Florence Nightingal (1820 – 1910) boli sestry považované viacmennej za slúžky.*“ Sestry pracujúce

na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny sa okrem odbornej erudície, stretávajú aj s vysokým stupňom fyzickej a emocionálnej záťaže, čo môže u nich vyvolať syndróm vyhorenia. Zamestnávateľia by sa mali preto zamyslieť nad tým, ako zlepšiť pracovné podmienky výkonu povolania sestier na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny. Mnoho autorov uvádza, že práve tento odbor je najviac ohrozený nedostatkom sestier čo sa môže odzrkadliť aj v kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti na týchto vysokošpecializovaných pracoviskách.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, vrátane Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti pravidelne pripomienkuje legislatívu v oblasti ošetrovateľstva, pričom o uvedených návrhoch informuje svojich členov a širokú verejnosť aj prostredníctvom masmédií. Viacerí autori (Lincényi, Tamene, 2013; Bočáková, Lincényi, 2013) totiž upozorňujú na fakt, že médiá občanom sprostredkujú potrebné informácie z oblasti politiky, ekonomiky, zdravotníctva, vzdelávania, športu či zahraničia, ale majú tiež významný vplyv na formovanie dôležitej verejnej mienky, ktorá môže donútiť kompetentných konať. Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti preto v roku 2015 prezentovala výsledky diskusie odborníkov z VIII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou širokej verejnosti prostredníctvom tlačovej správy, ktorá mala vysoký ohlas v médiách.

Poslaním sestier a zdravotníckych pracovníkov je nielen správne a včas ošetriť pacientov, diagnostikovať ochorenie a rýchle, bez ďalších následkov vyliečiť, zároveň byť taktiež svojim pacientom a príbuzným nápomocný radou, pomocou a hlavne starostlivosťou. Dôležitou a cennou rolou sestier špecialistiek v odbore anestéziológia a intenzívna medicína by malo byť zastávanie profesie sestry s presne vymedzenými kompetenciami ukotvenými priamo v slovenskej legislatíve. Sestry nositeľky zmien, by nemali vykonávať činnosti „non lege artis“ a práve preto sme sa rozhodli reflektovať na požiadavky praxe a pripraviť legislatívnu normu, ktorá bude popisovať špecializované pracovné činnosti sestier špecialistiek v odbore anestéziológia a intenzívna medicína.

ZDROJE

ADAMCOVÁ, L. 2011: Práce zdravotní sestry ve Velké Británii v oblasti intenzivní medicíny. *In* Zborník abstraktov, Sympóziium intenzivní péče. *Ostrava*: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2011. ISBN 978-80-7368-998-8

BOČÁKOVÁ, O. – LINCÉNYI, M. 2013. Úvod do sociálnej a politickej komunikácie. - 1. vyd. - Trenčín : TnUAD, 2013. - 109 s. - ISBN 978-80-8075-613-0.

BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve*. 1 vyd. Trnava: Slovenská akadémia vied, 2009. 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.

DRÁBKOVÁ, J. 2013: Pojem „EBN – Evidence Based Nursing“ v súčasnej anesteziológii a intenzívnej péči. In *Zborník z Medzinárodného kongresu sester pracujúcich v oboru ARIM*. Praha: Sekce sester pracujúcich v oboru ARIP, 2013. ISBN 978-80-260-5032-2.

GŁOWACKA, M. – ŚLUSARZ, R. – BIERCEWICZ, M. – BARCZYKOWSKA, E. 2014: Kształcenie zawodowe pielęgniarek w kontekście ich kompetencji w anestezjologii i intensywnej terapii. In. *Zborník abstraktov a prednášok. VII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou*. [CD-ROM]: Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2014. ISBN 978-80-89542-43-7.

HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8063-360-8.

KONCEPCIA ODBORU OŠETROVATELSTVO: 14535/2006: 2006: [online]. 2014, [cit. 2014-11-01]. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/Minove/Downloads/vestnik-200607-osobitne-vydanie.pdf>

LAURINC, M. – BOROŇOVÁ, J. 2014. Kompetencie sestier v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť. In *Elektronický časopis Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia* [online]. 2014, č. 5. [cit. 2014-11-05]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/casopisy-a-publikacie/osetrovatelstvo-a-porodna-asistencia-05-2014.html> ISSN 1339-5920

LÁLOVÁ, I. 2006. *Kompetence sester na jednotkách intenzívnej péče*: diplomová práca. Praha: Univerzita Karlova, 2006. 76 s.

LINCÉNYI, M. – TAMENE, G. 2013. The media as public opinion leader in influencing and setting policy: the case of Slovakia, 2013. In: *Journal on Law, Economy & Management*. - London: STS Science Centre Ltd., 2013. - ISSN 2048-4186. - Vol. 3, No. 1, 2013, p.95-99.

MULDOWENEY, Y. – McKEE, G. 2011. Nurses new to intensive care: perceptions of their clinical learning environment. In *The Authors. Nursing in Critical Care*. [online]. 2014, vol. 16, No. 4. [cit. 2014-12-28]. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/Minove/Downloads/61140103.pdf>

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR: 05354/2005: o riadení poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zariadení: 2005: [online]. 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Minove/Downloads/Vestnik_MZSR_02_2005.pdf

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR: 07594/2009: *o vedení zdravotnej dokumentácie: 2009: [online]. 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Minove/Downloads/vestnik7-11_2010.pdf*

PYTEL, M. 2012. *Změna systému práce anesteziologického týmu: diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 2012. 107 s.*

ROGOZOV, V. 2013: Úloha nelekářů při poskytování anesteziologické péče v Anglii. *Prednáška: XX. Kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Brno, Česká republikav. 19. – 21. 09. 2013.*

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA: 15/2013 Z. z.: *w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.:2012: [online]. 2014, [cit. 2014-12-28]. Dostupné na internete: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0&ms=&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=031319>*

SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY: 2005/36/ES: *o uznávaní odborných kvalifikácií: 2005: [online] 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?qid=1415547062167&uri=CELEX:02005L0036-20140117>*

ŠKARVAN, K. (2013): 40 let partnerské spolupráce lékařů a sester v anesteziologii ve Švýcarsku. *Prednáška: XX. Kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Brno, Česká republikav. 19. – 21. 09. 2013.*

ÚRADNÝ VESTNÍK EÚ: 2013: *Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ, ktorou sa mení smernica 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií a nariadenie EÚ č. 1024/2012 o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu. Brusel. [online] 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=SK>*

URIČKOVÁ, A. – BOTÍKOVÁ, A. 2013: Intenzívne ošetrovatel'stvo vo vzdelávaní na Slovensku. *In Zborník z Medzinárodného kongresu sester pracujúcich v oboru ARIM. Praha: Sekce sester pracujúcich v oboru ARIP, 2013. ISBN 978-80-260-5032-2.*

VYHLÁŠKA MZ SR: 306/2005 Z. z.: *ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz: 2005: [online]. 2014, [cit. 2014-11-08]. Dostupné na internete: http://www.lekom.sk/files/media/944_306_2005.pdf*

VYHLÁŠKA MZ SR: 364/2005 Z. z.: *ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou*

asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom: 2005: [online]. 2014, [cit. 2014-11-08]. Dostupné na internete: [file:///C:/Users/Minove/Downloads/05-z364%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Minove/Downloads/05-z364%20(1).pdf)

VYHLÁŠKA MZ SR: 366/2005 Z. z.: o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania: 2005: [online]. 2014, [cit. 2014-11-08]. Dostupné na internete: http://www.sso.sk/data/366_2005.pdf

VYLÍČILOVÁ, A. 2014: Vzdelávaní všeobecných sester a porodných asistentek. Kompetence všeobecných sester a porodných asistentek v intenzívnej péči. *Prednáška*: VII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou. 13. – 14. 06. 2014.

VÝNOS MZ SR: 12422/2010: ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra, v znení neskorších predpisov. 2010: [online]. 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Minove/Downloads/vesnik_standardy_osob_vyd.pdf

ZÁKON NR SR: 576/2004 Z. z.: o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov: 2004: [online]. 2014, [cit. 2014-11-08]. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/Minove/Downloads/04-z576.pdf>

ZÁKON NR SR: 578/2004 Z. z.: o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov: 2004: [online]. 2014, [cit. 2014-11-06]. Dostupné na internete: <http://dh006000.useron12.hostmaster.sk/files/2004c245z578uz38.pdf>

ŽIAKOVÁ a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

KONTAKT

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 71, 851 06 Bratislava, Slovensko

e-mail: laurinc@sksapa.sk

PRÁVNE A ETICKÉ PROBLÉMY V CHIRURGII

MAZALÁN, P.

Abstrakt

Cieľom príspevku je objasnenie právnych a etických problémov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v odbore chirurgia. Príspevok sa ďalej zameriava na vzťah zdravotníckych pracovníkov, iných zdravotníckych pracovníkov a nepracujúcich v zdravotníctve k právam a povinnostiam pacientov. Detailne analyzujeme i etické problémy, ktoré sú aktuálne v každodennom kontakte s chorým pacientom. Rovnako venujeme pozornosť problematike postoja zdravotníckych pracovníkov k etickým a právnym problémom a praktickým možnostiam ich riešenia v odbore chirurgia.

Kľúčové slová

právo, ochrana pacientov, chirurgia, povinnosti zdravotníckych pracovníkov

ÚVOD

Rozvoj chirurgie spolu ruka v ruke s rozvojom anesteziologie a intenzívnej medicíny zvýšil možnosť prežitia pacientov s určitými stavmi a pozmenil naše vnímanie istej reverzibility orgánového postihnutia. Aplikácia základných etických princípov a dodržiavanie súčasťných platných právnych noriem, musí byť za všetkých okolností súčasťou celkového hodnotenia chorého v procese stanovenia diagnostickej a liečebnej stratégie. Etika a z nej vyplývajúca komunikácia chirurga s pacientom sa vo viacerých pohľadoch líši od problematiky komunikácie lekárov v iných medicínskych odboroch. Tieto špecifiká chirurgickej liečby vyplývajú z jej invazivity a samotného priebehu liečby. Komunikácia chirurga s pacientom je špecifická v tom, že chirurg sa často rozhoduje, bez toho že by mal možnosť s pacientom konzultovať možnosti ďalšieho postupu operácie, a to z dôvodu, že počas operácie je pacient v celkovej anestézii a počas operácie vznikla situácia, ktorú pred operáciou operatér nepredpokladal. Vo všeobecnosti je etika vnímaná ako náuka o morálke, ktorá sa zhmotňuje vo vzťahoch jednotlivca k okoliu, musíme vnímať túto disciplínu vo vývoji, ktorými spoločnosť práve prechádza. (Krčméryová, Padyšáková, 2007).

1 POJEM ĽUDSKÉ PRÁVA

Z ľudských práv, z ktorých základné myšlienky pochádzajú z 18. storočia francúzskej revolúcie a z amerického vyhlásenia nezávislosti sa odvíjajú súčasné právne normy. Všetci ľudia sú si rovní a slobodní v dôstojnosti a j v právach, každý má právo na slobodu, život a osobnú bezpečnosť. Nikto nesmie byť podrobený mučeniu alebo krutému, neľudskému zaobchádzaniu, ponížovaniu či trestu. Každý má právo na slobodu myslenia, svedomia a náboženstva. Nikoho nemožno nútiť, aby sa stal členom nejakého združenia, takisto právo na sociálne zabezpečenie platí pre každého.

Práva a povinnosti pacientov boli na Slovensku definované v roku 2004 v reformných zdravotníckych zákonoch. Vlastné chápanie týchto práv a povinností pacientov je v týchto zákonoch zosúladené s Európskou chartou práv pacientov, ale aj so základnou listinou ľudských práv a slobôd, ktoré zaručuje aj naša ústava. Každý jedinec má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním lekárskej starostlivosti a právo na prístup k zdravotníckym službám, na ošetrovanie, liečbu, ktoré spĺňajú vysoko stanovené bezpečnostné normy. Každý jedinec má právo na diagnostické a liečebné programy, ktoré sú čo najviac prispôbené jeho osobným potrebám (Tóth a kol. 2008.).

1.1 ZÁKLADNÉ PRINCÍPY LEKÁRSKEJ ETIKY

Predmetom lekárskej etiky je teoreticko - vedecké poznávanie a riešenie morálnych problémov v špecifickej oblasti ľudského poznávania a konania. Základné princípy sú: konať vždy v záujme a k prospechu pacienta, neškodiť, pomáhať alebo aspoň neškodiť, princíp autonómie človeka, princíp spravodlivosti (Kopecká, Korcová a kol., 2008). V súčasnom období sa kladie dôraz na etický rozmer zdravotnej starostlivosti a poskytovaných služieb v zdravotníctve. Etika ako súčasť práce je zakomponovaná v novoprijatých zdravotníckych zákonoch. Posudzovaním etických otázok, ktoré vznikajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zaoberá zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v paragrafe 5 Posudzovanie etických otázok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

1.2 ŠPECIFIKÁ PRÁCE V ODBORE CHIRURGIA

Povinnosťou chirurga je poučiť pacienta o nebezpečenstvách, ktoré vyplývajú z chirurgického výkonu primeraným obsahom a formou. Poučenie pacienta a informovaný súhlas nie je možné delegovať

na nelekársky personál. Proces dorozumievania sa je v niektorých prípadoch problematický, ale lekári by sa nemali nechať ovplyvniť a podceňovať pacientovu schopnosť rozhodnutie vykonať. Problematická situácia je z dôvodu jazykovej bariery, etnickej odlišnosti a z dôvodov zníženej intelligenčnej úrovne. Ak ide o plánovaný operačný výkon, je odporúčané informovať nadriadeného, prípadne etickú komisiu a poučiť pacienta primeraným spôsobom, aj so zaistením tlmočníka rodiny. U psychiatrických pacientov je vhodné vykonať aj psychiatrické konzílium. V neodkladných prípadoch rozhoduje lekár podľa lege artis postupu. Informovanie pacienta v chirurgii je potrebné, ale často problematické. Najväčší problém v rozhovore s pacientom pramení v rozdielnom vnímaní príhody, ktorá sa dá zvládnuť primeraným, empatickým prístupom zo strany lekára. U hospitalizovaných pacientov musíme pravidelne doplňať dekurz, zaznamenávať informácie o zdravotnom stave chorého a o všetkých diagnostických a liečebných výkonoch v časovom slede. V prípade pochybností o správnom postupe a stažnosti na lekára a na zdravotnícke zariadenia je správne vedená a úplná dokumentácia dôležitým dôkazom a východiskom pre posudzovanie v trestno-právnom alebo občiansko - právnom konaní, pre vypracovanie znaleckých posudkov. Všetko písomne zdokumentované môže byť a bude použité v procese. (Malý, 1998).

1.2.1 PREDOPERAČNÁ ÚVAHA - INDIKÁCIA OPERÁCIE

Indikácia operačného výkonu je v kompetencii odborníka - chirurga. Každý operačný zákrok musí byť zvážený z hľadiska risku/benefitu pre pacienta.

1.2.2 LEGE ARTIS POSTUP CHIRURGA VO VZŤAHU K EKONOMICKÝM MOŽNOSTIAM

Lekár, chirurg sa v súčasnej dobe dostáva do problematickej situácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá je závislá od ekonomického stavu spoločnosti. Zákon lekárovi ukladá povinnosť poskytnúť starostlivosť v súlade so súčasne dostupnými poznatkami lekárskej vedy. Nadriadený pracovník môže záväznými pokynmi redukovat' využitie všetkých metód a prostriedkov. V prípade právneho sporu nemá lekár istotu, že mu nebude vyčítaný fakt, že rešpektoval ekonomické požiadavky zamestnávateľa na úkor základnej zákonom stanovenej povinnosti. Postup lekára pridržavajúceho sa odporúčaní obsiahnutých v štandardoch bude hodnotený najpravdepodobnejšie ako postup v súlade s právnou povinnosťou.

1.2.3 INFORMOVANÝ SÚHLAS

Základnou myšlienkou informované súhlasu pred chirurgickým výkonom je právo každej ľudskej bytosti, ktorá nie je zbavená svojprávnosti rozhodnúť o tom, ako bude s jeho telom zaobchádzané. Informovaný súhlas musí vždy rešpektovať individualitu pacienta, jeho momentálny psychický stav, vzdelanie, profesiu apod. V praxi je fakt, že jednotlivé pracoviská si vytvárajú svoj vlastný informovaný súhlas. Smutné je, že v suhlase sa vytrácajú jeho základné myšlienky - empatia k pacientovi a ochrana jeho práv. Pripravené rozsiahle informované súhlasi v písomnej forme, mimo to, že nikdy neobsahujú všetko, majú nevýhodu, že žiaľ často nahrádzajú osobný kontakt chirurga s pacientom. Pacient ocení osobný rozhovor, počas ktorého je úlohou chirurga získať dôveru, všetky predpísané formuláre majú z etického pohľadu menšiu dôležitosť.

1.2.4 ODMIETNUTIE OPERÁCIE PACIENTOM

Pri otázke, ako sa zachovať v prípade akútnej situácie, keď pacient odmieta operačný výkon, je z etického pohľadu v prvom kroku nutné presvedčiť sa, či pacient informácii o operácii vôbec porozumel. Ak si chirurg nie je istý psychickým stavom pacienta v čase rozhodovania, je vhodné konzultovať toto so psychiatrom. Iným problémom pri tvorbe informovaného súhlasu môžu byť náboženské dôvody k odmietnutiu operácie - napríklad operácia pri ktorej chirurg predpokladá podanie krvnej transfúzie (Svedkovia Jehovovi). V tomto prípade môže pomôcť prizvanie cirkevného hodnostára príslušnej cirkvi. Z etického pohľadu je nesprávne, aby operatér pristúpil k operácii, počas ktorej by porušil sľub, ktorý pred operáciou pacientovi dal. Na druhej strane riskuje možnosť žaloby v prípade úmrtia chorého. Veľmi pravdepodobne by takáto žaloba však nebola úspešná.

1.2.5 CHIRURG A LEKÁRSKÁ MLČANLIVOSŤ

Etický pohľad na rešpektovanie súkromia pacienta sa nelíši od pohľadu lekárov iných odborností. Všeobecne ochrana práv na súkromie jedinca končí tam, kde nastupuje ochrana spoločnosti. Informovanie členov rodiny pacienta musí tiež prebehnúť až po povolení pacientom, ktorí členovia rodiny môžu byť informovaný a v akom rozsahu. Ich mená by mali byť uvedené v chorobopise. Tým istým schválením pacientom podlieha napríklad správa podaná zamestnávateľovi, ktorý sa snaží vždy získať čo najviac informácii o svojom zamestnancovi.

1.2.6 MÔŽE CHIRURG ODMIETNÚŤ OPERÁCIU, KTOREJ SA PACIENT DOMÁHA?

V prípade ak nie je operácia indikovaná z medicínskeho dôvodu, je správne ju odmietnúť. Etika by mala chirurgovi rozkázat' nevykonávať výkony medicínsky neindikované. Chirurg má právo odmietnuť

vykonanie operácie, s ktorou nemá dostatočné skúsenosti. V Čechách etický kódex lekárskej komory umožňuje odmietnuť pacienta v prípade, že by chirurg bol pracovne preťažený. V prípade HIV pozitivity, či hepatitídy C pacienta, by chirurg nemal odmietnúť operáciu.

1.2.7 SŤAŽNOSTI NA PRÁCU CHIRURGA

Sťažnosti na chirurga sú častejšie než sťažnosti na lekárov iných profesií. Väčšina sťažností nemá odborné zdôvodnenie a často je zapríčinená nedostatočnou komunikáciou chirurga s pacientom alebo jeho blízkým. Lekári iných odborností kritizujú prácu chirurga, aj v prípade že sa problematike nerozumejú a všetko posudzujú z hľadiska výsledku a niekedy v emócií. (Ptáček, Bartůnek, 2011).

ZÁVER

Správne riešenie právnych a etických problémov v chirurgii závisí od stupňa dosiahnutého vzdelania, informovanosti v zdravotníckej legislatíve, medicínskej etike a od skúsenosti zdravotníckych pracovníkov. Pri výkone povolania zdravotníka v odbore chirurgia sú okrem iných faktorov ako nepozornosť, podcenenie situácie, nevedomosť, vyčerpanosť z prepracovania a podobne, podstatné a aj rozhodujúce ďalšie faktory, ktoré v niektorých iných medicínskych odboroch nie sú vyhrotené do extrémov. Patrí k nim najmä časový chronický stres, v rámci ktorého musia medicínsky zdravotnícki pracovníci správne reagovať. Na základe tohto sú podstatné ovplyvnené aj reakcie, ktorými sa prezentujú v kontakte s pacientmi, so zdravotníckymi pracovníkmi iných odborov, inými zdravotníckymi pracovníkmi a nepracujúcimi v zdravotníctve. Ďalšej významné faktory, ktoré negatívne ovplyvňujú konanie, správanie a prezentáciu pracovníkov v zdravotníctve sú: nedostatočná alebo žiadna ventilácia operačných sál, expozícia röntgenovému žiareniu, infekcii pri nedostatočnom vybavení ochrannými pracovnými prostriedkami, nozokomiálnym infekciám. Nedostatok chirurgov na Slovensku spôsobuje v konečnom stave psychickú a fyzickú preťaženosť pri nevyhnutnosti zabezpečenia prevádzky chirurgických pracovísk. Nedostatok času na oddych a relaxáciu, nedostatočná psychohygiena spôsobujú vznik syndrómu vyhorenia a problémy na pracovisku a v osobnom živote. Uvedené problémy a nedostatočná orientácia v právnych a etických normách v akútnej klinickej situácii, ktorú treba riešiť správne v časovom strese, môže spôsobiť vznik omylov, nespokojnosti, ktoré môžu byť zdrojom interpersonálnych konfliktov. Problematickým situáciám, ktoré môžu vyústiť až do súdnych sporov sa dá predchádzať systematickým vzdelávaním a informovanosťou zdravotníckych pracovníkov v legislatíve a etike v odbore chirurgia. Chirurg pri zvažovaní svojich etických postupov na rozdiel od Hippokratovej doby, kedy lekár prisahal len svojmu učiteľovi, žije v určitom právnom

a ekonomickom prostredí. Nie vždy to, čo je vnímané ako etické, korešponduje s naším právnym prostredím.

LITERATÚRA

KOPECKA, K. – KORCOVÁ, M. a kol. 2008. Zdravotnícka etika. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008. 119 s. ISBN 978-80-8063-278-6.

KRČMÉRYOVÁ, T. – PADYŠÁKOVÁ, H. 2007. Zdravotnícka etika. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2007, roč. IV., č. 4, s. 121-122.

MALÝ, I. 1998. Lékařská etika v chirurgii, In *Trendy soudobé chirurgie*. Svazek 1. vyd. Galén. 1998. 103 s. ISBN 8085824760

PTÁČEK, R. BARTUNEK, P. 2011. Etika a komunikace v medicíně. 1. Vyd. Praha: Grada, 2011, s. 528. ISBN 978-80-247-3976-2

TÓTH, K. a kol. 2008. Právo a zdravotníctvo. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry Herba, 2008. 381 s. ISBN 978-80-89171-57-6.

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. [citované 2012-06-12]. Dostupné na internete: <<http://www.pravovzdravotnictve.sk/sk/legislativa/predpisy/zakon-c-576-2004-z-z-o-zdravotnej-starostlivosti-sluzbach-suvisiacich-s-poskytovanim-zdravotnej-starostlivosti-vzneni-neskrosich-predpisov.p-2.html>>.

KONTAKT

MUDr. Pavol Mazalán

Chirurgická klinika SZU a UNB, Limbova 5, 83305 Bratislava

pavolmazalan@gmail.com

STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – FISHERŮV EXAKTNÍ TEST

JEXOVÁ, 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. Test chí kvadrát nelze použít vždy a jeho použití má svá omezení. V některých případech se místo něj používá Fisherův exaktní test. V příspěvku je vysvětlen princip Fisherova exaktního testu a popsán výpočet testové statistiky (p -hodnoty), na jejíž základě se určuje, zda je mezi danými znaky nezávislost.

Klíčová slova

Čtyřpolní tabulka, Fisherův exaktní 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. V některých případech metodu chí kvadrát nelze použít. V těchto případech stojí za úvahu, zdali by mohli používat Fisherův test, který je založen na jiném principu.

1 TEST NEZÁVISLOSTI - FISHERŮV EXAKTNÍ TEST

Fisherův exaktní test se používá, pokud nelze použít test nezávislosti chí kvadrát. Test nezávislosti chí kvadrát nelze použít, je-li rozsah souboru menší než 20 a nejsou-li splněny další předpoklady pro použití

testu (očekávané četnosti jsou malé). Pomocí Fisherova testu zjišťujeme závislost dvou kvalitativních veličin na prvcích téhož výběru. Máme náhodný výběr rozsahu n rozdělený do dvou skupin (skupina 1, skupina 2). Skupiny mohou nabývat hodnotu jednoho ze dvou znaků (znak 1, znak 2). Příkladem může být skupina ženy, muži, znak kouří, nekouří. Úkolem testu je rozhodnout, zda znaky jsou na sobě závislé nebo nezávislé (zda znak 1 má vliv na znak 2). Fisherův exaktní test byl odvozen pro kontingenční tabulku 2×2 tzv. čtyřpolní tabulku, ale existuje i jeho zobecnění pro libovolnou kontingenční tabulku.

1.1 ZÁKLADNÍ PRINCIP FISHEROVA TESTU

Fisherův exaktní test se používá k hodnocení závislosti dvou znaků nabývajících pouze dvou hodnot. Testujeme nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze.

Nulová hypotéza H_0 : znaky 1 a 2 jsou nezávislé. (Pozorované četnosti by měly odpovídat očekávaným četnostem.)

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

Nepředpokládá se, že teoretické rozdělení četností je známé, ale počítá se přímo pravděpodobnost odchylky od nulové hypotézy. Při testování se generují varianty pozorované tabulky četností a určuje se pravděpodobnost výskytu všech obměn, které mají stejné součty okrajových četností.

Pravděpodobnost α volíme obvykle 0,05 nebo 0,10 a nazývá se hladina významnosti. Je-li hladina významnosti 0,05 (0,10), je pravděpodobnost, že jsme se dopustili chyby 5 % (10 %). Nižší hladina významnosti znamená vyšší statistickou významnost. Neznamená důležitější nebo kvalitnější výsledek. S hladinou významnosti souvisí kvantil $(1-\alpha)$. Kvantil představuje pravděpodobnost, s jakou přijímáme hypotézu H_0 . Jestliže hodnota leží v kritickém oboru, zamítáme hypotézu H_0 ve prospěch alternativní hypotézy H_1 . Pokud naměřená hodnota v kritickém oboru neleží, hypotézu H_0 nezamítáme a alternativní hypotéza H_1 se neprokázala.

1.2 VÝPOČET TESTOVÉ STATISTIKY

U Fisherova testu se vytváří z dat získaných např. dotazníkovým šetřením čtyřpolní tabulka (tab. 1). Hlavní myšlenkou testu je výpočet pravděpodobnosti, se kterou bychom získali čtyřpolní tabulky stejně nebo více vzdálené od nulové hypotézy při zachování marginálních četností.

Tab. 1 Čtyřpolní tabulka

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	a	b	$a+b$
Skupina 2	c	d	$c+d$
Součet	$a+c$	$b+d$	n

Uvnitř tabulky jsou četnosti a, b, c, d . V řádku a ve sloupci „Součet“ jsou okrajové četnosti tzv. marginální četnosti. Z hodnot a, b, c, d se vybere hodnota a a od té se postupně odečítá a po té přičítá hodnota 1, aby součet okrajových četností zůstal stejný a byly vyčerpány všechny možné případy. Např. pokud se od hodnoty a odečte 1, musí se k hodnotě b přičíst 1, k hodnotě c přičíst 1 a od hodnoty d odečíst 1, aby okrajové četnosti zůstaly stejné. Generují se všechny možné varianty tabulky četností. Pro původní a každou vygenerovanou tabulku se vypočítá pravděpodobnost. Pravděpodobnost se vypočítá podle vzorce

$$p_i = \frac{\binom{a+c}{a} \binom{b+d}{b}}{\binom{n}{a+b}} = \frac{(a+b)! (c+d)! (a+c)! (b+d)!}{n! a! b! c! d!}$$

kde p_i je pravděpodobnost vypočtená z tabulky i . Uvnitř tabulky i jsou četnosti a, b, c, d . Hodnotou testového kritéria testové statistiky je součet všech vypočtených pravděpodobností menších nebo stejných jako hodnota pravděpodobnosti, která přísluší čtyřpolní tabulce sestavené na základě pozorovaných hodnot. Hodnota testového kritéria se porovnává s hladinou významnosti α . V případě oboustranného testu se sčítají hodnoty všech vypočtených pravděpodobností u tabulek, které jsou menší nebo rovny než skutečná zjištěná četnost. Pokud je $\sum p_i < \alpha$, potom nulovou hypotézu o nezávislosti zamítáme a přijímáme hypotézu, že určitá závislost existuje.

Uvedeme konkrétní případ. Budeme mít skupinu 1 a 2 a znak 1 a 2. Budeme zkoumat závislost mezi skupinami a znaky. Hladinu významnosti zvolíme 5 %. Ze získaných dat vytvoříme čtyřpolní tabulku (tab. 2).

Tab. 2 Čtyřpolní tabulka z dotazníkového šetření

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	2	5	7
Znak 2	3	2	5
Součet	5	7	12

Z této tabulky vybereme hodnotu 2 (skupina 1, znak 1) a od hodnoty 2 postupně odečítáme 1 a po té přičítáme hodnotu 1. Ostatní hodnoty doplňujeme tak, aby součet okrajových četností zůstal stejný. Dostaneme následující tabulky:

Tab. 3a Vygenerovaná tabulka 1

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	0	7	7
Znak 2	5	0	5
Součet	5	7	12

Tab. 3b Vygenerovaná tabulka 2

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	1	6	7
Znak 2	4	1	5
Součet	5	7	12

Tab. 3c Vygenerovaná tabulka 3

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	3	4	7
Znak 2	2	3	5
Součet	5	7	12

Tab. 3d Vygenerovaná tabulka 4

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	4	3	7
Znak 2	1	4	5
Součet	5	7	12

Tab. 3e Vygenerovaná tabulka 5

	Znak 1	Znak 2	Součet
Skupina 1	5	2	7
Znak 2	0	5	5
Součet	5	7	12

Pro každou tabulku se podle výše uvedeného vzorce vypočte pravděpodobnost, p_0 je pravděpodobnost pro čtyřpolní tabulku sestavenou na základě pozorovaných hodnot, p_i je pravděpodobnost pro vygenerovanou i tabulku.

$$p_1 = \frac{\binom{0+5}{0} \binom{7+0}{5}}{\binom{12}{0+7}} = \frac{(0+7)! (5+0)! (0+5)! (7+0)!}{12! 0! 7! 5! 0!} = 0,001263$$

$$p_2 = \frac{\binom{1+4}{1} \binom{6+1}{6}}{\binom{12}{1+6}} = \frac{(1+6)! (4+1)! (1+4)! (6+1)!}{12! 1! 6! 4! 1!} = 0,044192$$

$$p_0 = \frac{\binom{2+3}{2} \binom{5+2}{5}}{\binom{12}{2+5}} = \frac{(2+5)! (3+2)! (2+3)! (5+2)!}{12! 2! 5! 3! 2!} = 0,265152$$

$$p_4 = \frac{\binom{3+2}{3} \binom{4+3}{4}}{\binom{12}{3+4}} = \frac{(3+4)! (2+3)! (3+2)! (4+3)!}{12! 3! 4! 2! 3!} = 0,441919$$

$$p_3 = \frac{\binom{4+1}{4} \binom{3+4}{3}}{\binom{12}{4+3}} = \frac{(4+3)! (1+4)! (4+1)! (3+4)!}{12! 4! 3! 4! 4!} = 0,220960$$

$$p_5 = \frac{\binom{5+0}{5} \binom{2+5}{2}}{\binom{12}{5+2}} = \frac{(5+2)! (0+5)! (5+0)! (2+5)!}{12! 5! 2! 0! 5!} = 0,026515$$

Pravděpodobnost pro čtyřpolní tabulku sestrojenou na základě pozorovaných hodnot je 0,265152. Menší nebo stejné hodnoty nabývají pravděpodobnosti p_1 , p_2 , p_3 , p_5 . Hodnota testové statistiky (p -hodnota) je součet všech vypočtených pravděpodobností menších nebo stejných jako hodnota pravděpodobnosti pro čtyřpolní tabulku sestrojenou na základě pozorovaných hodnot, tzn., že je $\sum p_i = p_1 + p_2 + p + p_3 + p_5 = 0,001263 + 0,044192 + 0,265152 + 0,220960 + 0,026515 = 0,558082$. Není splněna podmínka $\sum p_i < \alpha$, platí $\sum p_i > 0,05$, nulovou hypotézu o nezávislosti přijímáme a lze konstatovat, že mezi skupinami 1 a 2 a znaky 1 a 2 není závislost.

Generování všech možných variant tabulky četností je poměrně pracné, ale existuje řada programů, kde stačí zadat hodnoty zjištěných četností do tabulky a výsledkem je hodnota testové statistiky. Příkladem vhodného programu je odkaz na <http://www.langsrud.com/fisher.htm>

ZÁVĚR

V případech, kdy nelze použít test chí kvadrát, je možnost použít Fisherův test. Kromě testování nezávislosti pomocí testu chí kvadrát by mohli studenti ve svých bakalářských pracích používat Fisherův test. Podobně jako při testování pomocí chí kvadrátu je možné použít on line pomocníky, kde stačí vložit kontingenční tabulku a program vypočte výslednou p -hodnotu, kterou stačí porovnat se zvolenou hladinou významnosti. Na základě porovnání je možné potvrdit nebo zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti.

ZDROJE

DUŠEK, Ladislav, Tomáš PAVLÍK a Jana KOPTÍKOVÁ. 2009. Analýza dat v Neurologii. Díl XIV. Vyzkoušejte zvláštní typ neparametrického testování hypotéz, permutační testy a Fisherův exaktní test. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 72(2), 183-185. ISSN 1210-7859.

PAVLÍK, Tomáš; Ladislav DUŠEK. 2012. *Biostatistika*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o. 132 s. ISBN 978-80-7204-782-6.

HOLČÍK, Jiří, KOMENDA, Martin (eds.) a kol. *Matematická biologie: e-learningová učebnice* [online]. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 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--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-kvalitativnich-promennych--fisheruv-exaktni-test>

SOUKUP, Petr, 2010. *Nesprávná užívání statistické významnosti a jejich možná řešení*. [online]. Praha: Institut sociologických studií, Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova v Praze [cit. 2017-20-03].

Dostupné z: http://dlib.lib.cas.cz/6488/1/DaV10_2_s77_104.pdf

KONTAKT

Ing., Soňa, Jexová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: jexova@vszdrav.cz

STRES A NÁDOROVÉ OCHORENIA

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

Abstrakt

O žiadnom inom ochorení neexistuje medzi ľuďmi toľko teórií a názorov ako o rakovine. Prvé zmienky o rakovine môžeme nájsť už v staroveku, kedy ju ako prvý opísali Galen a Hippokrates. Podľa nich bola rakovina spôsobená „čiernou žľou“ alebo „melanchóliu“, chápali ju teda ako duševnú nerovnováhu jedinca. Dnes rakovinou súhrnné označujeme najrôznejšie formy malígnych procesov, ktoré majú rôzne prognózy a pravdepodobne rozdielne príčiny a vznik. Cieľom príspevku je objasniť možné súvislosti stresu ako spolupôsobiaceho faktora pri vzniku a priebehu nádorového ochorenia.

Kľúčové slová

Nádorové ochorenie. Osobnosť. Psychoneuroimunológia. Stres. Zvládanie – coping.

1 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY NÁDOROVÝCH OCHORENÍ

Príčiny vzniku malígnych procesov sú i dnes napriek rozsiahlym a intenzívnym výskumom pomerne neznáme, avšak v súlade s množstvom vedeckých poznatkov, musíme hovoriť o multifaktorovom vzniku tohto ochorenia. Na vzniku rakoviny kumulovane alebo interaktívne pôsobí vplyv životného prostredia (žiarenia, vírusy, karcinogény), psychosociálne faktory (stres, vzorce správania), imunologické, endokrinne a genetické faktory (Hünry, podľa: Tschuschke, 2004).

V súvislosti s touto problematikou môžeme hovoriť o relatívne novom interdisciplinárnom obore psychoonkológii, ktorá úzko súvisí s onkológiou, imunológiou, endokrinológiou, psychológiou a sociológiou (Tschuschke, 2004).

V nasledujúcej časti príspevku spomenieme významné psychosociálne faktory, ktoré sa môžu podieľať na vzniku a priebehu nádorových ochorení.

1.1 STRES AKO SPOLUPÔSOBIACI FAKTOR PRI VZNIKU A PRIEBEHU NÁDOROVÉHO OCHORENIA

Výskumy podporujú tvrdenia, že miera stresu a kvalita zdravia sú vzájomne prepojené. V oblasti nádorových ochorení však tieto vzťahy ešte nie sú objasnené (Spiegel, podľa: Weiner, 2003).

Vplyv stresových životných zmien na vývoj nádorového ochorenia skúmali dve prospektívne štúdie. Forsén (podľa: Weiner, 2003) uskutočnil rozhovory s 86 pacientkami s rakovinou prsníka, ktoré boli po operácií. Rozhovor sa týkal stresujúcich životných udalostí, ktoré pacientky zažili v priebehu 12 mesiacov pred operáciou a ďalej skúmal zdravotnú dokumentáciu pacientiek po 7. až 9. roku po operácii. U žien, ktoré udávali viac stresujúcich životných udalostí sa vyskytovalo zvýšené riziko recidívy, a dokonca zvýšené riziko úmrtia na rakovinu. Ďalším významným prediktorom recidívy na úmrtia na rakovinu bola príslušnosť k určitej sociálnej vrstve. Príslušnosť k nižšej sociálnej vrstve bola spojená s nižším počtom intervalov bez ochorenia ako nižším počtom tých, ktorí prežili. Tieto výsledky ostali nezmenené i potom, čo autor skontroloval klinické fakty.

Na rozdiel od toho nenašli Barraclough et al. (podľa: Weiner, 2003) vo svojej prospektívnej štúdii s 204 pacientkami s rakovinou prsníka žiadny vzťah medzi závažnými životnými udalosťami a rizikom recidívy. Výsledky štúdií prospektívneho charakteru sú všeobecne považované za dôveryhodnejšie ako retrospektívne vyšetrenia.

Weisman a Worden (podľa: Tschuschke, 2004), hovoria o tzv. emocionálnom strese, ktorý je skôr dôsledkom ťažkého pôvodného ochorenia ako príčinou jeho rýchleho postupu. Napriek tomu, že výskumy nedokazujú jasný vzťah medzi intrapsychickými premennými a progresiou nádorového ochorenia, údaje hovoria o tom, že veľký výskyt stresu, hlavne z dôvodov somatických symptómov, môže do určitej miery predpovedať úmrtnosť.

Spiegel (podľa: Weiner, 2003) na podklade empirických štúdií naznačuje, že priama súvislosť medzi stresom a vznikom, prípadne vývojom rakoviny ešte nemôže byť jednoznačne identifikovaná, napriek tomu, že dôkazy podporujúce predpoklad o vzťahu medzi oboma aspektmi stále pretrvávajú. Jedným z problémov výskumu je, že pacienti nie sú povzbudzovaní, aby uskutočňovali zhodnocovanie životných udalostí alebo situácií. Je možné, že u ľudí ktorí svoju prácu, svoj stav, alebo smútok neprežívajú ako stresujúci, nemá tento fakt nepriaznivý účinok na ich zdravie.

1.2 DEPRESÍVNA OSOBNOSŤ

Mnohé výskumy ukázali, že medzi pacientmi s rakovinou sa objavuje viac ľudí s depresívnou náladou ako pri kontrolnej vzorke. Fox (podľa: Tschuschke, 2004) považuje za kuriózne, že väčšina vedcov sa nezaujíma o možnosti vzniku depresívnej nálady ako dôsledok toho, že pacienti vedia o svojom nádorovom ochorení, teda depresiou ako následkom ochorenia, ale skúma depresiu ako jeden zo spúšťacích mechanizmov.

Novšia epidemiologická štúdia *Walnut Creek Contraceptive* (Hahn, Petitti, podľa: Tschuschke, 2004) zahŕňa 9832 žien v časovom horizonte 10 až 15 rokov a nedokazuje žiadnu súvislosť medzi skóre dosiahnutými v depresívnej škále MMPI a nádorovými ochoreniami prsníkov u týchto žien, ktoré na začiatku štúdie nemali žiadny nádorový nález. Nijaká súvislosť nebola preukázaná, ani pokiaľ sa brali do úvahy len ťažké depresívne prejavy.

Kaplan a Reynolds (podľa: Tschuschke, 2004) vyšetrili v priebehu 17 rokov 688 zdravých osôb s ohľadom na vznik nádorového ochorenia. Ani tu nebola preukázaná súvislosť medzi skóre na osemnásťpoložkovej sebaopisovacej škále depresie a nádorovým ochorením.

Stres často vyvoláva negatívne afekty ako je depresia. Vogt et al. (podľa: Weiner, 2003) skúmali vzťah medzi depresiou a telesným zdravím, vrátane vzniku nádorového ochorenia u náhodne vybranej vzorky dospelých osôb. Depresia meraná pomocou Pangnerového indexu mentálneho zdravia sa po 15. rokoch neukázala prediktorom vo vzťahu ku vzniku nádorového ochorenia.

Na základe dostupných štúdií s veľkou vzorkou osôb napokon Fox dospel k záveru, že výskyt depresívnych nálad preukázateľne nepresahuje relatívne riziko (1,0) teda náhodnú pravdepodobnosť. Znamená to, že nebol zistený žiadny zaručený vzťah medzi mierou, prípadne výskytom depresie a následným nádorovým ochorením. Týmto je hypotéza depresie uzavretá, ale teoreticky tu zostáva možnosť pomocou exaktnej a prospektívnej štúdie vysvetliť a objasniť ako depresia prispieva ku vzniku nádorového ochorenia (Tschuschke, 2004).

1.3 OSOBNOSŤ TYPU C

Pri koncepcii C typu osobnosti je dominantnou charakteristikou rizikových vlastností osobnosti sklon k popieraniu a potláčaniu emócií, hlavne negatívnych, silné prežívanie straty blízkej osoby, ďalej prehnaná ochota, nekonečná trpezlivosť a podriadenia vlastných potrieb potrebám ostatných (Joshi, 2007).

Pre rozpracovanie problematiky vzťahu správania a zdravia boli veľmi podnetné výsledky prospektívnych štúdií, uskutočňovaných na prelome 70. a 80. rokov 20. storočia Eysenckom a jeho spolupracovníkmi. Prvá štúdia bola realizovaná v malom meste Crevence, v bývalej Juhoslávii, ďalšie dve v meste Heidelbergu (Weiner, 2003).

Tieto štúdie sledovali vybrané vzorky populácie viac ako desať rokov, registrovali údaje o stresogenných udalostiach, osobnostných vlastnostiach probandov, ale tiež dáta, týkajúce sa pitia, fajčenia, prekonaných ochorení. Medzi hlavné zistenia, získané z výsledkov týchto štúdií patrí konštatovanie, že v populačných skupinách s vyššou úrovňou stresorov sa objavila mortalita o 40 % vyššia ako v skupinách menej stresovaných.

Prejavili sa tu tiež rozdiely medzi dôsledkami akútneho a chronického stresu, avšak s celkom odlišnými závermi, ako vo väčšine iných štúdií. Zatiaľ čo akútny stres mohol viesť podľa výsledkov uvedených štúdií k potlačeniu činnosti imunitného systému a tým napomáhať vzniku a rozvoju nádorových ochorení, chronický stres mohol pod podmienkou jeho úspešného zvládania pôsobiť ako činiteľ zvyšujúci odolnosť voči týmto ochoreniam (Grossarth – Maticek et al., podľa: Weiner, 2003). V rámci ďalších analýz výsledkov týchto štúdií koncipoval následne tento tím spolupracovníkov špecifickú osobnostnú typológiu vzťahujúcu sa k dvom typom ochorení, k ICHS (ischemická choroba srdca, ďalej ICHS) a nádorovým ochoreniam. Ich typológia zahŕňa štyri osobnostné typy:

Prvý typ osobnosti na situáciu straty blízkej osoby alebo významnej hodnoty reaguje pocitom bezmocnosti, zúfalstva a depresie. Potláča svoje emócie. Tento typ je podľa autorov predisponujúci pre vznik a rozvoj nádorových ochorení.

Druhý typ je nadmerne výbušný, disponuje vysokou iritabilitou. Na neúspech reaguje hostilitou a agresiou. Tento typ je náchylný k rozvoju ISCH a zodpovedá charakteristikám správania typu A.

Tretí typ je nazývaný nejasným či ambivalentným, pretože v charakteristikách jeho prežívania a správania sa objavujú prejavy prvého a druhého typu striedavo. U osôb tohto typu sa objavili prípady úmrtia na jednu z hore uvedených ochorení.

Posledný typ charakterizuje zdravú, autonómnu osobnosť bez vzťahu k uvedeným ochoreniam.

Austrálska prospektívna štúdia kolektívu Priceovej mala ako súbor 541 žien, ktoré podstúpili mamografiu. Pred vyšetrením im boli administrované psychologické dotazníky zamerané na vlastnosti typu osobnosti C. Štúdia nepotvrdila väzbu medzi psychologickými faktormi charakterizujúcimi osoby typu C a rakovinu prsníka. Výskumníci však našli vysoko významný vplyv interakcie negatívnych životných udalostí a nedostatok emocionálnej sociálnej opory na vznik karcinómu prsníka. Riziko vzniku karcinómu bolo u týchto osôb deväťkrát vyššie v porovnaní s ostatnými (Šolcová, Kebza, 2006).

Pri výskumoch osobnostného typu, ktorý je predisponovaný k nádorovému ochoreniu sa jedná o stereotypnú typológiu, pri ktorej je potrebné vziať do úvahy extrémnu charakteristiku, ktorá nepopisuje normálnu, alebo priemernú osobnosť, ale iba elementy spôsobu správania (Weiner, 2003).

1.4 SMÚTOK A NEGATÍVNE EMÓCIE

Procesy smútenia nad prežitou stratou či už materiálnou, väzbovou alebo funkcionálnou sú normálnou osobnostnou formou prežívania a dokonca sú nutné k tomu, aby jedinec túto stratu spracoval do svojho života a prekonal (Taročková, 2005).

Hranice medzi spracovaním a nespracovaním smútkom nie sú jasne stanovené. Opakované smútenie môžeme chápať ako chronicky stresujúci aspekt, ktorý vyústí do bezmocnosti a beznádeje teda patologickej reakcie (Le Shan, podľa: Taročková, 2005).

Veľká fínska štúdia (Kaprio et al., podľa: Tschuschke, 2004), ktorá pracovala s takmer deväťdesiatšesťtisíc ľuďmi, ktorí ovdoveli v roku 1972, nevykazovala u 7600 osôb s rakovinovým ochorením v nasledujúcich štyroch rokoch vyššiu úmrtnosť.

Britská štúdia dokonca zahrňovala jedno percento celkovej populácie Veľkej Británie a Walesu (Jones, Goldblatt, podľa: Tschuschke, 2004). Mala za úlohu zistiť príčiny smrti u ovdovených osôb. Ani u žien, ani u mužov nebol zistený nárast úmrtnosti v dôsledku smútenia.

Na základe týchto rozsiahlych štúdií s prognostickým charakterom Fox (podľa: Tschuschke, 2004) vyvodzuje, že nie je možné predpokladať všeobecnú súvislosť medzi stúpajúcim výskytom rakoviny alebo úmrtnosti na rakovinu a smútením.

Avšak psychoimunologické štúdie, ktoré podnietili opätovný záujem o smútenie naznačujú, že pri akútnom zármutku sú znížené imunitné funkcie. Irvin et al. (podľa: Šelcová, Kebza, 1998) skúmali aktivitu NK - buniek (prirodzených zabíjačov) a subpopuláciu T-lymfocytov u troch skupín žien: smútiace ženy; ženy, ktoré ráтали so smrťou svojho partnera, ktorý mal rakovinu pľúc; kontrolná skupina. Aktivita NK - buniek v oboch skupinách, ktoré boli porovnané s kontrolnou skupinou, boli signifikantne nižšie, pričom u najviac postihnutých žien sa vyskytovala najmenšia aktivita NK-buniek a najmenšie zmeny vo vzťahu medzi pomocnými T-lymfocytmi a cytotoxickými T-lymfocytmi. Tieto výskumy poukazujú na veľmi dôležité súvislosti vo vzťahu medzi zníženou imunitnou funkciou a vplyvy, ktoré do istej miery ovplyvňujú vznik rakoviny i jej priebeh.

1.5 ZVLÁDANIE - COPING PRI NÁDOROVOM OCHORENÍ

Väčšina výskumov týkajúcich sa spôsobu zvládania správania pri nádorových ochoreniach sa zaoberá pacientkami s rakovinou prsníka. V klasickej štúdií, ktorá spájala prejavy dysforie a vývoj ochorenia, rozdelili Derogatis et al. (podľa: Weiner, 2003) pacientky s metastázujúcim karcinómom prsníka do dvoch skupín: na tie, ktoré žili menej ako rok a tie, ktoré žili dlhšie. Pri porovnaní oboch skupín vykazovali pacientky, ktoré žili dlhšie vyšší výskyt dysforie - úzkostného stavu, vrátane nepriateľstva, strachu a odcudzenia, ktoré nasledovalo po stanovení diagnózy. Tieto ženy, mali tiež častejšie negatívny postoj voči vlastnému ochoreniu a liečbe, čo odpovedá konceptu bojového nastavenia.

Kato (podľa: Weiner, 2003) však dodáva, že je potrebné vziať do úvahy to, že ženy, ktoré žili dlhšie boli signifikantne menej vystavované chemoterapii čo znamená, že ochorenie bolo menej závažné. Ďalším možným vysvetlením je rozdiel v pocite sebaistoty. Ženy, ktoré žili dlhšie mali výrazne viac energie.

Greer et al. (podľa: Weiner, 2003).vo svojej štúdií týkajúcej sa karcinómu prsníka prišli nato, že pacientky s bojovým nastavením žili v porovnaní s tými, ktoré prežívali bezmocnosť a beznádej, alebo stoicky prijali svoj osud, dlhšie. Ženy s bojovým nastavením vykazujú optimistický postoj a snažia sa získať o svojom ochorení viac informácií.

Dean a Surtees (podľa: Tschuschke, 2004) ale naopak zistili, že u pacientiek s rakovinou prsníka v ranom štádiu bolo popretie spojené s ďalším časovým úsekom bez recidívy, zatiaľ čo bojové nastavenie vôbec. Rovnako prekvapivý bol iný záver tejto štúdie a to, že beznádej a bezmocnosť rovnako ako stoické prijatie sa ukázali pre prežitie priaznivejšie.

K veľmi zaujímavým záverom dospela štúdia McCaula et al. (podľa: Weiner, 2003), ktorá ukázala, že zvládajúce stratégie, ktoré sa snažia od ochorenia odvieť pozornosť majú za následok signifikantne viac prežívaného stresu. Pri použití pozornosť odvádžajúceho zvládania sa taktiež objavuje znížená kvalita života. Spiegel (podľa: Tschuschke, 2004) v tejto súvislosti zdôrazňuje, že sa nesmie jednať o tzv. slepý optimizmus, ale o optimistický realizmus.

Pacientky s metastázujúcim karcinóm prsníka žili dlhšiu dobu, pokiaľ bol minimalizovaný tlak, ktorí prežívali. Koncept minimalizácie tlaku a ohrozenia je jednou z foriem obrany, ktorá je síce podobná popretiu, ale zdá sa byť jeho miernejšou formou takže sa vlastne nejedná o samotné popretie (Weiner, 2003).

1.6 SOCIÁLNA OPORA

Sociálna opora, respektíve sociálna izolácia ako množstvo výskumov naznačuje je to čo zvyšuje riziko úmrtnosti u všetkých možných ochorení. House et al. (podľa: Tschuschke, 2004) na podklade viacerých štúdií poukazujú na fakt, že sociálna izolácia súvisí s dvojnásobne zvýšením rizikom úmrtia na akékoľvek ochorenie.

Skutočnosť, že sociálna izolácia zvyšuje riziko úmrtnosti je dobre potvrdená, existujú však náznaky, že sociálna izolácia môže byť taktiež spojená so špecifickým priebehom nádorového ochorenia. Goodwin et al. (podľa: Weiner, 2003) zistili, že ženatí pacienti, alebo vydaté pacientky s rakovinou vykazujú signifikantne lepšie šance na prežitie ako slobodní pacienti.

Ell et al. (Weiner, 2003) skúmali vzťah medzi sociálnou oporou a šancou na prežitie u rakoviny prsníka, kolorektálneho karcinómu a rakoviny pľúc. Z 294 pacientov ich 74 zomrelo. Väčšina z tých, ktorí zomreli mala rakovinu prsníka, alebo kolorektálny karcinóm. Títo výskumníci zistili, že emocionálna opora v skorom štádiu ochorenia mala kladný vplyv na prežitie pacientov. To sa však potvrdilo, len v rámci jedného z troch typov opory. Všeobecne adekvátne vnímaná opora pozitívne korelovala s prežitím. Neplatí to ale pre rodinný stav a rozsah sociálnej integrácie. U žien s rakovinou prsníka vyazuje rodinný stav a vnímanie sociálnej opory pozitívny vzťah k prežitiu. Naopak neplatí to pre sociálnu integráciu. V pokročilom štádiu ochorenia sa u pacientov s rakovinou pľúc ani u pacientov s kolorektálnym karcinómom žiadny podobný vzťah nevyskytuje.

Imunologické a psychologické parametre skúmal Levy et al. (podľa: Tschuschke, 2004) u 90 žien s rakovinou prsníka približne päť dní po operácií. Medzi vybranými psychosociálnymi parametrami bola prežívaná sociálna opora okolia, predovšetkým od členov rodiny. Výskumníci sledovali pacientky v priebehu piatich rokov. Počas tejto doby prišlo u 29 žien k recidíve. Najlepším prediktorom recidívy bola aktivita NK -buniek (prirodzených zabíjačov). Sociálna opora sa nepreukázala prediktorom recidívy. Autori však zdôrazňujú, že mierka sociálnej opory nebola dostatočne precízna, čo môže znamenať, že sociálna opora, ktorú ženy zažívali nebola postačujúco zaznamenaná.

Existuje mnoho štúdií, ktoré dokazujú, že sociálna opora ma pozitívny vzťah k prežitiu rakoviny napriek tomu, že tento vzťah zostáva v jadre neobjasnený a vyžaduje ďalšie skúmanie. Rovnako by bolo vhodné skúmať sociálnu oporu spoločne s prežívaním stresu, pretože sociálne kontakty môžu ovplyvniť zdravie tým, že likvidujú následky stresu (Spiegel podľa: Tschuschke, 2004).

2 PSYCHONEUROIMUNOLÓGIA A NÁDOROVÉ OCHORENIA

Interdisciplinárne výskumné snahy v oblasti psychoneuroimunológie podľa Bovbjerga, Valdimarsottira (1994, podľa: Vymětal, 1997) presvedčivo dokazujú veľmi úzke prepojenie medzi centrálnou nervovou sústavou a imunitným systémom. Existujú taktiež dôkazy možného vplyvu tohto spojenia na zdravie a ochorenie. „Konvenčný spôsob pohľadu“ (Bovbjerg, Valdimarsottira, 1994, podľa: Vymětal, 1997) na súčasný stav informácií a diskusií vzťahujúcich sa k implikácii psychoneuroimunológie v onkológii je nasledujúci:

- Existujú dôkazy, že určité psychosociálne faktory ovplyvňujú vznik a priebeh nádorového ochorenia.
- Ďalej existujú štúdie, ktoré dokazujú, že určité imunitné aktivity organizmu ovplyvňujú vznik a vývoj nádorového ochorenia.
- A napokon, určité psychické faktory ovplyvňujú niektoré funkcie, prípadne aktivity imunitného systému.

Z týchto bodov môžeme usudzovať, že psychické ovplyvňovanie imunitného systému sprostredkováva vplyv psychických faktorov na vývoj nádorového ochorenia.

K poslednému z bodov ale neexistujú takmer žiadne priame štúdie, takže úroveň poznania je obmedzená na empirickú podstatu predchádzajúcich štúdií na ktorých všetko stojí a padá.

2.1 MOŽNOSTI OVPLYVNĎOVANIE BUNKOVEJ IMUNITY

Rozširujúci sa výskum spájajúci psychologické a behaviorálne faktory pri výskyte a rozširovaní rakoviny uvádza, že psychologické faktory môžu ovplyvňovať niektoré druhy rakoviny (Cohen, Rabin, 1998, podľa: Křikava, Dostál, 2007).

Výskyt a rast určitých nádorov môže byť v zásade ovplyvnený dopadom behaviorálnych a psychologických faktorov na reakciu bunkovej imunity a na funkciu NK buniek (prirodené zabíjače). Výskum psychoneuroimunológie (PNI) u zdravých jedincov môže byť dôležitý pre skúmanie rakoviny. Súčasné výsledky výskumu PNI potvrdzujú prepojenie medzi psychologickými ťažkosťami a dvomi dôležitými aspektmi karcinogenézy (Andersen, 1998, podľa: Křikava, Dostál, 2007):

- slabá oprava poškodenej bunkovej DNA,
- modulácia apoptózy.

Rakovina sa skladá z heterogénnej skupiny chorôb s mnohopočetnými príčinami a imunologické postihnutie sa líši u rôznych druhov rakoviny (rakovina pľúc, prsníka, leukémia). Tie, ktoré sú vyvolané chemickými karcinogénmi môžu byť menej ovplyvnené psychologickými, behaviorálnymi a imunologickými faktormi ako rakoviny, ktoré sa spájajú s vírusom, napr. Epstein-Barr vírus (EBV), ktoré sú imunogénne. Potlačenie bunkovej imunity je spájané s vyšším výskytom určitých typov nádorov, hlavne lymfoproliférne choroby (napr. leukémia) spojené s EBV u pacientov s transplantovanými orgánmi a Kaposiho sarkóm a B-cell lymfóm spojený s EBV u pacientov s AIDS (Bovbjerg, 1991, podľa: Křikava, Dostál, 2007).

Podľa mnohých štúdií stresové faktory sú spájané s poruchou imunitného systému. Problematika imunologických zmien vyvolaných stresom upozorňuje na dôležitosť NK buniek (prirodzené zabíjače) u rakoviny, nakoľko zohrávajú dôležitú úlohu pri rôznych funkciách imunitného systému vrátane obranyschopnosti proti vírusovým infekciám a dohľadu nad nádorovými bunkami.

Niektoré štúdie poskytli údaje o imunologických následkoch chronického stresu u starších jedincov, ktorí sa starali o svojich partnerov s Alzheimerovou chorobou. Štúdie boli zamerané na rozdiely v činnosti NK buniek u skupín opatrovateľov jedincov s demenciou, bývalých opatrovateľov, ktorým partneri zomreli a u skupiny, ktorá opatrovanie neposkytovala. V súlade s inými prácami neboli zistené žiadne rozdiely v cytotoxicite (otrave buniek) NK buniek v periférnych krvných leukocytoch získaných v spomenutých skupinách. Avšak v prvých dvoch skupinách periférne krvné leukocyty mali výrazne slabšiu NK bunkovú reakciu na niektoré cytokinetiká (látky produkované telom, ktoré napomáhajú pri komunikácii medzi rôznymi druhmi buniek zodpovednými za imunitnú reakciu) a jednotlivci v týchto skupinách uvádzali výrazne nižšiu pozitívnu spoločenskú podporu, slabú citovú blízkosť pri spoločenských kontaktoch (Kiecolt- Glaser et al., 1994).

Iné štúdie uvádzajú prepojenie medzi osobnými vzťahmi a cytotoxicitou NK buniek, napr. u skupiny bývalých opatrovateľov, ktorým partneri zomreli bol zistený zvýšený kortizol a znížená činnosť NK buniek (Kiecolt- Glaser et al., 1994).

Všetky tieto štúdie dokazujú, že stres môže narušiť funkciu NK buniek vrátane potlačenia stimulačnej reakcie NK buniek na cytokinetiká. Psychosociálne faktory môžu tiež pôsobiť v zhode s rizikovými faktormi rakoviny na rozvíjanie poruchy imunitného systému. Napríklad depresia a fajčenie mali synergické účinky na spomalené znižovanie NK buniek. Je potrebné si uvedomiť, že existujú dôkazy o niekoľkých aspektoch odozvy bunkovej imunity nepriaznivo ovplyvnenej psychosociálnym stresom. A preto je možné, že stres by mohol eventúálne zmeniť dôležitú obranyschopnosť voči rakovine.

2.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY A BUNKOVÁ IMUNITA

Stres môže mať tiež priamy účinok na vznik a tvorbu abnormálnych buniek nezávisle od imunitného systému. Zdá sa, že väčšina karcinogénov vyvoláva nádory poškodzovaním bunkovej DNA, ktorá produkuje abnormálne bunky (Anderson, 1994, podľa: Zikmund 1998).

Možnosť prepojenia medzi emocionálnou úzkosťou a opravou DNA bola preskúmaná v štúdií s použitím periférnych krvných leukocytov (Willenz, 2007).

Je zrejmé, že psychosociálne faktory môžu ovplyvniť opravu DNA a teda stres môže mať priamy účinok na karcinogénu prostredníctvom zmeny v oprave DNA spolu s ovplyvnením schopnosti špecifickej a prirodzenej imunitnej reakcie na eliminovanie rastom premenených a celkom zhubných buniek (Tomei, Glaser, 1990, podľa: Willenz, 2007).

Okrem účinkov stresu na opravu DNA ďalší výskum zaznamenal vplyv stresu na apoptózu, čo je geneticky programovaná zmena v štruktúre bunky smerujúca k poruche bujnenia a diferenciácie a prípadnej bunkovej samovraždy (Levy, Herbermann, Lipmann, 1987, podľa: Willenz, 2007).

Toxický stres vyvolaný liečbou môže tiež potláčať účinnosť niektorých protinádorových terapií rakoviny. Špecificky cytotoxické poškodenia, ktoré sú výsledkom vírusovej infekcie, chemickej dávky alebo ionizujúceho žiarenia, môžu vyvolať výskyt geneticky riadenej bunkovej smrti, ktorá sa vyznačuje objavením sa extenzívnej a charakteristickej fragmentácie bunkovej DNA. Bolo dokázané, že protinádorové účinky somatostatínu a uvoľňovania luteinizínu majú za následok ovplyvňovanie kontroly apoptózy. Takáto činnosť môže zahŕňať aj obnovenie schopnosti nádorových buniek vyvolať apoptózu (Tomei, Glaser, 1990, podľa: Willenz, 2007).

ZÁVER

Stres ako univerzálny fenomén, má svoju dlhú históriu, ktorá siaha do prvej štvrtiny dvadsiateho storočia. Cannon pri svojom koncepte núdzovej reakcie „útok, alebo útek“, položil základy na ktorých princípe stojí zachovanie rovnováhy - homeostázy jedinca.

V dnešnej dobe s množstvom stimulov, informácií a nárokov kladených na človeka môžeme konštatovať, že často dochádza práve k vychýleniu tejto rovnováhy a nastupuje oslabenie imunity čo spôsobuje citlivosť na rôzne ochorenia.

Na podklade množstva štúdií je preukázané akým významným podielom stres ovplyvňuje psychickú i somatickú stránku ľudského bytia. Chápeme ho ako jeden z možných psychosociálnych faktorov, ktorý sa podieľa na vzniku a priebehu viacerých ochorení.

Mnohé štúdie sa zhodujú v záveroch, že stres je jedným z faktorov, ovplyvňujúcich priebeh ochorenia v spolupôsobení s ďalšími psychosociálnymi faktormi. Záverom treba dodať, že výskum v tejto oblasti pokračuje aj napriek nejednoznačným zisteniam, ktoré sú spôsobené zložitou danej problematiky.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

HAMPLOVÁ, L., PEKARA, J. Nové trendy v edukácii obyvateľov ke zdravému životnému štýlu. In: *Zborník medzinárodnej vedeckej konferencie Univerzity J. Selyeho - 2013*. Komárno: Univerzita J. Selyeho, 2013, s. 443-448. [CD-ROM]. ISBN 978-8122-073-9.

JOSHI, V., 2007. *Stres a zdravie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-211-9.

KIECOLT-GLASER, J.K. T.F. ROBLES et al., 2002. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. In: *Oxford Journals, Medicine, Annals of Oncology*. [online]. Vol. 13, Supplement 4, p. 165-169. [cit. 2017-04-10]. ISSN 1569-8041. Dostupné na: http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/suppl_4/165.pdf.

KŘÍKAVA, K., M. DOSTÁL et al., 2007. Klinický stres, emoce a fenotyp lymfocytů v periférní krvi. *Československá psychologie*. **51**(2), 12-21. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA, 1998. Psychoneurominologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*. **42**(1), 32-41. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA, 2006. Typy správania, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. *Československá psychologie*. **50**(5), 419-430. ISSN 0009-062X.

TAROČKOVÁ, T., 2005. *Životné straty a smútenie*. Prvé vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-1931-7.

TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.

WEINER, I.B., 2003. *Handbook of psychology- Health psychology*. Academic press. s. 691. ISBN 80-471-38514-X.

WILLENZ, P., 2007. New research show chronic stress worsens neurodegenerative disease course. [online]. APA Press Release. [cit. 2017- 04- 04]. Dostupné na: <http://www.apa.org/release/chronicstressC07.html>.

VYMĚTAL, J., 1997. Psychické procesy, imunita a psychoterapie. *Československá psychologie*. 42(2), 163-170. ISSN 0009-062X.

ZIKMUND, V., 1983. *Choroby z civilizácie?* 1. vyd. Bratislava: VEDA. 219 s. ISBN 80-71-058-83.

KONTAKT

Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.

FiF UK, Katedra andragogiky

Gondová 2, 814 99 Bratislava, Slovensko

MUDr. Pavol Mazalán

Chirurgická klinika SZU a UNB, Limbova 5, 83305 Bratislava

Starorímska 3, Bratislava 85110

pavolmazalan@gmail.com

Doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.

USL a LE LFUK Bratislava

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

INFUZNÍ TERAPIE V PNP VE 21. STOLETÍ V ČR

PEKARA, J., PEŘAN, D.

Abstrakt

Článek popisuje průzkum mezi Zdravotnickými záchrannými službami v ČR z hlediska použití krystaloidních a koloidních roztoků. Jako metodu průzkumu jsme použili smíšený design – průzkumné dotazníkové šetření mezi jednotlivými ZZS v ČR, doplněné o rozhovory s 50 zdravotnickými záchranáři (ZZ) z celé ČR. Komparace probíhala v souladu s doporučeními k tekutinové resuscitaci (Doporučení pro Život ohrožující krvácení, Guidelines NICE, European Guidelines for Management of Bleeding). Z hlavních výsledků vyplynulo, že 7 ZZS odebírá 5 a více infuzních roztoků, pouze 2 ZZS v ČR nepoužívají koloidní roztoky, a že tři různé balancované krystaloidní roztoky jsou zastoupeny u 11 ZZS v ČR. Z hlediska kvalitativní studie jsme našli nedostatky v tekutinové resuscitaci u prosté hypovolémie a u léčby popálenin.

Výstupem článku je návrh pro vybavení vozidel ZZS nezbytnými infuzními roztoky v ČR.

Klíčová slova

Hypovolémie. Infuzní roztok. Balancované roztoky. Zdravotnický záchranář.

ÚVOD

Zajištění periferního žilního vstupu a podání objemové náhrady (krystaloidního roztoku) je jednou z kompetencí zdravotnického záchranáře v PNP v ČR (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 17). V současné době jsou k objemovým náhradám preferovány zejména balancované krystaloidní roztoky. V případě jejich neefektivního působení je možné ztrátu cirkulujícího objemu saturovat roztoky koloidními (od roku 2013 však v omezené míře a pouze některé). Díky široké nabídce infuzních roztoků na trhu a nejednotné výbavě vozidel ZZS těmito roztoky je znalost specifických vlastností roztoků zásadní pro záchranáře a v konečném důsledku zejména pro pacienta. Hlavním cílem našeho průzkumu bylo zjistit, jaké infuzní roztoky se v rámci PNP na ZZS v ČR používají, jaký je postoj k užití koloidních roztoků, a zda se situace přístupu k tekutinové resuscitaci na ZZS v ČR za posledních pět let změnila.

1 METODIKA PRŮZKUMU

V našem průzkumu (červenec – září 2016) jsme se snažili zmapovat jaké infuzní roztoky jednotlivé výjezdové skupiny ZZS v ČR používají, a jaké je všeobecné povědomí o infuzních roztocích. Jako metodu průzkumu jsme použili smíšený design – průzkumné dotazníkové šetření mezi jednotlivými ZZS v ČR, doplněné o rozhovory s 50 zdravotnickými záchranáři (ZZ) z celé ČR.

Průzkumné šetření spočívalo v oslovení vybraných zástupců jednotlivých ZZS v ČR (náměstci pro lékařskou péči, vrchní sestry či zástupci vzdělávacího a výcvikového střediska), kteří nám odpovídali na otázky ohledně infuzní terapie (*Jaké infuzní roztoky daná ZZS používá; Jak se měnila politika tekutinové terapie v posledních pěti letech, a jaký je jejich přístup ke koloidním roztokům*). Získaná data (podařilo se získat data ze 14 ZZS, návratnost = 100 %) byla zpracována do kontingenční tabulky a podrobena komparativní analýze. Dílčí část – 50 strukturovaných rozhovorů se ZZ, byla zaměřena na informovanost ZZ o infuzních roztocích. Byl připraven anonymní dotazník (deset otázek) zaměřující se na rozpoznání jednotlivých skupin infuzních roztoků, včetně modelových situací zobrazujících různé příčiny hypovolémie a ZZ volně odpovídali, jak by postupovali z hlediska tekutinové resuscitace. Výsledná data byla srovnávána podle mezinárodních guidelines a konzultací s lékaři.

1.1 HLAVNÍ VÝSLEDKY

Souhrnný přehled zjištěných používaných infuzních roztoků na jednotlivých ZZS v ČR shrnuje Tabulka č. 1. Balancované roztoky jsou zvýrazněny, posledních pět uvedených roztoků je koloidních.

Tabulka č. 1 Přehled používaných infuzních roztoků v ČR v PNP (14 ZZS)

roztoky	ZZS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	%
	objem															
F1/1	100															100
	250															36
	500															43
<i>Plasmalyte</i>	500															43
Ringer 1/1	500															43
<i>Ringerfundin</i>	500															14
<i>Hartman</i>	500															29
G5 %	250															29
G 5%	100															14
G 5%	500															29
G10%	500															14
Voluven	500															36
Gelaspan 4%	500															43
<i>Plasma volume</i>	500															7
<i>Tetraspan</i>	500															29
HES 10%																7

Zdroj: Pekara, Peřan, 2016

Z hlediska dílčí (kvalitativní) části průzkumu bylo provedeno 50 strukturovaných rozhovorů se ZZ. Pro oslovené ZZ byl připraven dotazník (deset otázek) zaměřující se na rozpoznání jednotlivých skupin infuzních roztoků, včetně modelových situací zobrazujících různé příčiny hypovolémie a ZZ volně odpovídali, jak by postupovali z hlediska tekutinové resuscitace. Soubor tvořilo 50 zdravotnických záchranářů (muži ve věku 35-45 let; průměrná praxe 9 let na ZZS, 60 % Bc., 40 % DiS.). Z hlediska resumé našich výsledků kvalitativního průzkumu vyplynulo:

- 100 % dotazovaných dokázalo rozpoznat krystaloidní roztoky
- 50 % dotazovaných rozpoznalo roztoky koloidní (byl uveden výčet roztoků a dotazovaní označovali, o jaký roztok se jedná)
- 60 % dotazovaných správně označilo balancované krystaloidní roztoky.
- z hlediska postupu u vybraných modelových situací 60 % dotazovaných postupovalo v souladu s doporučeními k tekutinové resuscitaci (Doporučení pro Život ohrožující krvácení, Guidelines NICE, European Guidelines for Management of Bleeding)
- 40 % dotazovaných by při popáleninovém šoku způsobila hypervolémii
- u masivní krevní ztráty 20 % dotazovaných iniciálně použije koloidy, 40 % iniciálně použije krystaloidní roztok a 40 % použije balancovaný krystaloidní roztok
- u otázek prosté dehydratace 20 % dotazovaných iniciálně preferuje balancované krystaloidní roztoky, 80 % preferuje krystaloidní roztok s vysokým obsahem soli (NaCl, Ringerův roztok)

2 DISKUZE

Tabulka 2 Přehled ne/balancovaných krystaloidních roztoků na ZZS v ČR

Krystaloidní roztoky na ZZS ČR		
balancované	11	79%
nebalancované	3	21%

Zdroj: Pekara, Peřan, 2016

Tabulka 3 Detail používaných ne/balancovaných krystaloidních roztoků na ZZS v ČR

roztoky	ZZS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	objem														
F1/1	100	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	250			■	■			■		■		■			
	500		■				■		■				■	■	■
<i>Plasmalyte</i>	500	■		■	■			■	■				■		
Ringer 1/1	500	■			■		■				■			■	■
<i>Ringerfundin</i>	500		■			■									
<i>Hartman</i>	500							■		■		■			■

Zdroj: Pekara, Peřan, 2016

Z hlediska našeho průzkumu (viz Tabulka 2) jsme našli zastoupení tří balancovaných krystaloidních roztoků u 11 ZZS v ČR. Detail jednotlivých roztoků uvádí Tabulka 3.

Z uvedených výsledků vyplývá, že logicky nejvíce zastoupeným roztokem u ZZS v ČR bude 100 ml fyziologický roztok. Jeho forma je vhodná jako nosič léku, k ředění léků či tzv. zajištění periferního žilního/intraoseálního vstupu. Z hlediska 250 ml roztoku fyziologického (formu 100 ml a 250 ml má 5 ZZS z dotazovaných) se můžeme ptát na jeho přínos pro PNP – roztok, který stojí na pomezí 100 ml a 500 ml varianty fyziologického roztoku – pro ředění snad příliš mnoho, pro korekci hypovolémie snad jako „vhodný úvod“. 500ml variantu fyziologického roztoku vlastní 6 ZZS a usuzujeme, že se s největší pravděpodobností jedná o roztok určený ke korekci hypovolémie. Fyziologický roztok je 0,9% roztokem chloridu sodného a obsahuje v jednom litru 154 mmol Na⁺ a 154 mmol Cl⁻. Odpovídá tedy fyziologickým parametrům pouze svou izotonicitou s plazmou, jeho složení je však zásadně odlišné ve smyslu vysoké koncentrace Cl⁻ a absence dalších prvků, které tvoří elektrolytové složení plazmy. Fyziologický roztok dále neobsahuje žádné komponenty plazmatického puřovacího systému. Typickou klinickou situací (a v rozsahu činnosti PNP nejspíše jedinou), kdy je plně indikováno použití fyziologického roztoku, je hyponatremická hypochloremická metabolická alkalóza, která nejčastěji vzniká po masivním zvracení. Principem je substituce objemu a obnovení elektrolytového složení při selektivním deficitu Na⁺ a Cl⁻. Naproti tomu u objemové substituce v případech víceméně normálních plazmatických koncentrací základních iontů (dehydratace, krvácení) je indikováno a jednoznačně preferováno (Doporučení ČSIM) použití balancovaných roztoků (jejich složení se více, na rozdíl

od solného roztoku NaCl podobá krevní plazmě), z důvodu předejití nadměrnému přívodu Cl⁻ (Těšínský, 2013). Matějovič (2013) a Cvachovec (2014) popisují řadu studií, kdy ve srovnání balancovaných krystaloidů s 0,9% roztokem NaCl přineslo významný benefit pacientům: při užití balancovaných roztoků jsou méně časté poruchy ABR (hyperchloremická acidóza), akutní poškození ledvin, potřeba externí náhrady ledvinných funkcí, menší krevní ztráty a výrazně menší celková četnost komplikací (vč. infekčních). Česká společnost intenzivní medicíny vydala 6. 9. 2016 Stanovisko k doporučení k tekutinové léčbě hospitalizovaných pacientů, kde na základě současných vědeckých poznatků **doporučuje nahrazení nebalancovaných krystaloidních roztoků (zejména fyziologický roztok) balancovanými krystaloidními roztoky**. Připomínáme, že doporučení vzniklo za účelem zvýšené bezpečnosti podávané tekutinové terapie – tedy hlavním důvodem je ochrana pacientů před nežádoucími komplikacemi (Beneš, Černý, Matějovič, 2016).

V České republice jsou z balancovaných krystaloidních roztoků dostupné: Hartmannův roztok, Ringer – laktát, Ringer – acetát, Plasmalyte, Isolyte, Ringerfundin a další. Balancované krystaloidní roztoky jsou obecně doporučovány i ERC Guidelines 2015. Novější klinické a experimentální studie z let 2011 až 2013 prokázaly snížení parametrů oxidačního stresu, pokles zánětových parametrů, zvýšení prokrvení ledvin a zlepšení renální oxygenace při použití balancovaných roztoků u akutních stavů ve srovnání s nebalancovanými krystaloidními roztoky (Těšínský, 2013).

Roztok *Plasmalyte* 500 ml je zastoupen u 6 ZZS (z toho tři ZZS odebírají současně 250 ml fyziologického roztoku a dvě ZZS současně odebírají 500 ml fyziologického roztoku). Roztok *Hartman* 500 ml je využíván čtyřmi ZZS, z nichž tři současně odebírají infuzi 250 ml fyziologického roztoku a jedna ZZS odebírá i 500 ml Plasmalyte. Dvě ZZS využívají *Ringerfundin* (jedna ZZS současně i fyziologický roztok 500 ml). Šest ZZS používá Ringer roztok (tři ZZS odebírají současně variantu fyziologického roztoku 500 ml a dvě ZZS balancovaný roztok Plasmalyte 500 ml). Zde nalézáme patrně pravděpodobné nedorozumění dané podobností názvů Ringerův roztok, *Ringerfundin*, *Ringer laktát* apod. K nejasnostem ohledně jeho složení: Ringerův roztok má obsah solí 8,60 g/1 litr (pro srovnání fyziologický roztok obsahuje 9g/1 litr; pozn.: doporučená denní dávka soli dle WHO je 2-4g/den). Kationty Ringerova roztoku (Na⁺, K⁺, Ca⁺) se podobají složení plasmy, ale **Ringerův roztok** pro absenci organických aniontů s pufrovací schopností **není balancovaný** (jediným aniontem je Cl⁻).

popáleninami. Pouze u náhle vzniklé a život ohrožující hypovolémie je možno individuálně zvážit podání infuzního roztoku na bázi hydroxyethyl škrobu. V takových případech je ovšem nutno podat co nejnižší množství roztoku po co nejkratší dobu a dbát na dostatečnou hydrataci pacienta. Přehodnocení postoje k infuzním roztokům na bázi hydroxyethyl škrobu výborem PRAC bylo na základě zveřejnění studií, které prokázali, že podání roztoku na bázi hydroxyethyl škrobu zvyšuje riziko poškození ledvin a následné nutnosti dialýzy a zvyšuje též riziko mortality (Myburg, 2012; Perner, 2012; Brunkhorst, 2008).

Moderní koloidní roztoky (s obsahem 6% hydroxyethyl škrobu) se v tomto ohledu nezdají výhodnější. Jejich zastoupení může v praxi nahradit použití balancovaných koloidních roztoků, kdy koloidní látky roztoku nejsou rozpuštěny ve fyziologickém roztoku, ale v balancovaných krystaloidních roztocích (Ševčík, 2014). Nejasné je rovněž uvážení, zda mít ve vozidle ZZS koloidní roztok. I přesto, že se výjezdové/dojezdové časy jednotlivých ZZS v oblastech ČR různí, je stále platný princip tzv. zlaté hodiny, respektive platinových minut. Vzhledem k dojezdovým časům ZZS v praxi v podstatě není čas vyhodnotit objemovou účinnost iniciálně podaného krystaloidu dříve, než je pacient předán na urgentní příjem.

Závěrem diskuze si dovolíme pouze připomenout, že v případě masivní ztráty objemu – bez ohledu na aplikovaný roztok, zůstává v dobré víře každého pracovníka ZZS na prvním místě prospěch pacienta. Podávání tekutin u hypovolemických stavů je jednou z částí směřující k optimalizaci stavu pacienta. Nemělo by také být opomenuto uvážlivé používání turniketů a škrtidel u otevřených ran, stejně tak jako respektování cílové hodnoty systolického tlaku (do chirurgické kontroly krvácení je snaha usilovat o cílový systolický tlak v pásmu 80-90 mmHg; u pacienta se známkami hemorrahického šoku a současném kraniocerebrálním poranění udržovat systolický tlak těsně nad hranici 100 mmHg) (Černý, 2016).

Při celkovém pohledu na získaná data v tabulkách můžeme zohlednit i ekonomický aspekt ZZS při nákupu infuzních roztoků. Když budeme vycházet ze zjištění, že výjezdovým skupinám – na základě současných vědeckých poznatků – vystačí k zajištění periferního vstupu a ředění léků 100 ml roztok NaCl a k ředění specifických léčiv 100 ml G5%, dostáváme se k závěru, že dále postačuje každé ZZS k tekutinové náhradě jeden balancovaný krystaloidní roztok a jeden balancovaný koloidní roztok v objemu 500 ml. Je otázkou, zda je tento model dostačující a reálný. I přesto všechno je vidět odklon většiny ZZS od rutinního používání koloidních roztoků (2 ZZS je nemá vůbec) a fyziologického roztoku 500 ml jako hlavní objemové náhrady. ZZS ČR přechází ve světle nových doporučení k častějšímu používání balancovaných krystaloidních roztoků – proč i přesto odebírají několik infuzních roztoků najednou (7 ZZS odebírá 5 a více infuzních roztoků)? ZZS HMP od 1. 1. 2017 aplikuje tyto poznatky s následujícím vybavením - 100ml fyziologický roztok, 5% Glukóza 250ml, Plasmalyte 500ml, Gelofusin 500ml nebo 4% Gelaspan 500ml (dle dodavatele), Ringer roztok 500ml.

Při dotazování v 5 pražských nemocnicích (urgentní příjmy, anesteziologicko-resuscitační oddělení), zda záleží na volbě infuzního roztoku u „našich hypovolemických“ pacientů při předávání do nemocnice je závěr jednotný – důležitý je pacient s optimálním tlakem a pokud této hodnoty bylo dosaženo balancovaným krystaloidním roztokem, očekávejte uznání. Samostatnou kapitolou zůstává povědomí o jednotlivých infuzních roztocích u dotazovaných zdravotnických záchranářů. Tento úkol je možné saturovat revizí některých doporučených knih určených pro studenty oborů Zdravotnických záchranář a profesionálním zdravotnickým záchranářům z praxe prezentací doporučení v rámci jejich lokálních seminářů a školení.

ZÁVĚR

Na základě průzkumu se smíšeným designem (průzkumné dotazníkové šetření mezi jednotlivými ZZS v ČR, doplněné o rozhovory s 50 zdravotnickými záchranáři z celé ČR) a rozboru dostupných doporučení odborných společností v České republice jsme v závěru dospěli k návrhu vybavení vozidel ZZS následujícími roztoky:

- 100 ml roztok NaCl (zajištění periferního vstupu a ředění léků),
- 100 ml G5% (ředění specifických léčiv),
- balancovaný krystaloidní roztok v objemu 500 ml,
- balancovaný koloidní roztok v objemu 500 ml.

Tento postup se zdá být bezpečným pro pacienty, dostatečným pro zdravotnické pracovníky a méně nákladným pro ZZS.

LITERATURA

BENEŠ J., ČERNÝ VL., MATĚJOVIČ M. Česká společnost intenzivní medicíny. Doporučený postup k tekutinové léčbě hospitalizovaných dospělých pacientů. 2016.

BRUNKHOST, Frank et al., 2008. Intensive Insulin Therapy and Pentastarch Resuscitation in Severe Sepsis. In: *The New England Journal of Medicine* [online]. **358**, 125-139 [cit. 2016-01-07]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <http://www.nejm.org/>

CVACHOVEC K. Krystaloidy, nebo koloidy? Existuje jasná odpověď? *Příloha Zdravotnických novin*. 6/2013 (Kongresový list 2/20). ISSN. 1805-2355.

CVACHOVEC K. Objemová terapie 2014 - co, kdy a kolik? Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/cvachovec-objemova-terapie.pdf>

ČERNÝ VL. Česká společnost intenzivní medicíny. Doporučený postup k používání syntetických koloidních roztoků na bázi hydroxyetyl škrobu u pacientů v intenzivní péči. 2013.

ČERNÝ, Vladimír. Život ohrožující krvácení v intenzivní a perioperační medicíně. *Postgraduální medicína*. 05/2016. ISSN: 1212-4184.

HADIMIOGLU N, SAADAWY I, SAGLAM T, ERTUG Z, DINCKAN A. The Effect of Different Crystalloid Solutions on Acid-Base Balance and Early Kidney Function After Kidney. *Transplantation. Anesthesia & Analgesia*. 2008 Jul; 107: 264-9.

MATĚJOVIČ M. Studie podávání krystaloidů se zásadně rozcházejí se stanovisky učebnic. *Příloha Zdravotnických novin*. 6/2013 (Kongresový list 2/18). ISSN. 1805-2355.

MYBURGH, John et al., 2012. Hydroxyethyl Starch or Saline for Fluid Resuscitation in Intensive Care. In: *The New England Journal of Medicine* [online]. **367**, 1901-1911 [cit. 2016-01-07]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <http://www.nejm.org/>

PERNER, Anders et al., 2012. Hydroxyethyl Starch 130/0.42 versus Ringer's Acetate in Severe Sepsis. In: *The New England Journal of Medicine* [online]. **367**, 124-134 [cit. 2016-01-07]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <http://www.nejm.org/>

TĚŠÍNSKÝ P. Pro objemovou substituci jsou preferovány balancované roztoky. *Příloha Zdravotnických novin*. 6/2013 (Kongresový list 2/17). ISSN. 1805-2355.

ŠEVČÍK, P., M. MATĚJOVIČ, V. ČERNÝ, K. CVACHOVEC a I. CHYTRA. *Intenzivní medicína*. 3. přeprac a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN-13: 978-80-7492-066-0.

KONTAKT

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Zdravotnická záchranná služba hl. města Prahy

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Sekce Nelékařských zdravotnických pracovníků Společnosti urgentní medicíny a katastrof

Korunní 98, 101 00 Praha 10

jaroslav.pekara@zzshmp.cz

Mgr. David Peřan

Zdravotnická záchranná služba hl. města Prahy

Sekce Nelékařských zdravotnických pracovníků Společnosti urgentní medicíny a katastrof

Česká resuscitační rada

david.peran@zzshmp.cz

AKTUÁLNY FENOMÉN KONTAKTU V INTERKULTÚRNEJ NEVERBÁLNEJ KOMUNIKÁCIÍ V OŠETROVATEĽSTVE

LAUKOVÁ, P., MAZALÁNOVÁ, A., ČAPSKÁ, J.

Abstrakt

Ošetrovateľská starostlivosť je jednou z oblastí, kde sa v súčasnosti interkultúrna komunikácia uplatňuje v čoraz väčšej miere, nakoľko sestry prichádzajú pomerne často do kontaktu s cudzincami, predstaviteľmi odlišných národných kultúr. Ku komunikačným bariéram dochádza nielen v dôsledku jazykových nedorozumení, ale najmä vplyvom rozdielnych hodnôt spojených v jednotlivých kultúrach so zdravím a chorobou a kontaktom zdravotník – pacient. Cieľom štúdie je identifikovanie neverbálnej komunikácie s akcentom na kontakt, dotyk, medzi všeobecnou sestrou a pacientom a zdôraznenie významu dotyku v živote človeka s rešpektovaním odlišností v multikultúrnom prostredí.

Kľúčové slová

Kontakt. Dotyk. Interkultúrna neverbálna komunikácia. Transkultúrne ošetrovateľstvo. Pacient – cudzinec.

ÚVOD

Komunikácia ako špecifická forma vzájomného styku predstavuje nielen odovzdávanie informácií, ale je nevyhnutnou zložkou sociálnej interakcie ako vzájomného ovplyvňovania ľudí a vytvárania sociálnych vzťahov a kontaktov.

Základným predpokladom existencie človeka je jeho kontakt s materiálnym, prírodným, či sociálnym prostredím, alebo kontakt so sebou samým. Toto vzájomné pôsobenie, kvalita a kvantita kontaktu významne ovplyvňujú vývoj jedinca.

Kontakt je základným predpokladom všetkých ľudských vzťahov. Bez predchádzajúceho kontaktu nie je možná interakcia a predpokladom správne fungujúceho kontaktu je úspešná komunikácia, bez ktorej nemôže vzniknúť žiadna sociálna výmena a identifikácia jednotlivca.

Najdôležitejším vzťahom v živote človeka je jeho vzťah k iným ľuďom. Je podmienkou nášho bytia ako sociálnej bytosti, či ako individua.

Vzťahy vznikajú v medziľudských kontaktoch, ich upevňovaním a zintenzívňovaním. Tým sa javí schopnosť človeka vytvárať kontakty veľmi dôležitou, pretože prostredníctvom kontaktov získava človek hlbšiu schopnosť spolupráce, jeho „ja“ sa pozitívne vyvíja.

Komunikácia v zdravotníctve predstavuje základný spojovací článok medzi zdravotníkom a pacientom, klientom, odovzdávame ňou nielen určité informácie, ale jej prostredníctvom vytvárame kvalitnejšie kontakty, pretože je nástrojom porozumenia, tvorby medziľudských vzťahov a uspokojovania potrieb (Lauková, 2016).

V súčasnej medicíne i v ošetrovatelstve je trendom zavádzanie nových, technicky dokonalých, moderných diagnostických a terapeutických postupov. Pohladenie a dotyk ako jednu z najjednoduchších a najvýznamnejších komunikačných zručností, začíname v našom zdravotníctve opäť objavovať. Všeobecné sestry by mali disponovať určitými predpokladmi, ktoré sú nevyhnutné k vykonávaniu tejto náročnej profesie. V súčasnej dobe je kladený veľký dôraz na kontinuálne a ďalšie vzdelávanie zamerané na osvojovanie si nových poznatkov. Predpokladom profesie všeobecnej sestry je kultivované vystupovanie a empatický prístup k pacientovi. Sestra by mala vedieť pohladieť a vziať za ruku, povzbudiť sa dotknúť.

Jeden láskavý dotyk má väčší význam ako desiatky slov.

Sociálny styk, kontakt

Kontakt považujeme za základný predpoklad existencie ľudského jedinca. Ako uvádza Petzold (Lauková, 2006, 2016), ľudská existencia sa odohráva medzi dvoma pólmi: individuálnou existenciou a „bytím s inými“. Schématicky to možno označiť ako:

Ja vo svete.

Ja s ostatnými.

Ja.

Tieto tri oblasti sa dopĺňajú a sú spojené ako nerozdielny celok v nekonečnom dialektickom procese.

Ja ako celok je vysvetľovaný skutočnosťou, že človek pozostáva z tela, duše a ducha. Telo obsahuje postoj, pohyby, výraz. Duša obsahuje pocity, želania, potreby. Duch obsahuje vedomie, poznatok, myslenie. Všetky tieto časti tvoria nedeliteľný celok, jednotu, vzájomne sa ovplyvňujú, tak v pozitívnom, ako aj v negatívnom zmysle. Ak sa napríklad dlhší čas cítime depresívne, máme pocit, akoby nás niečo potláčalo. Tento pocit vyjadrujeme aj telesne: hlava sa nám skláňa, ramená padajú

dopredu, tvár nadobúda smutný výraz. Tento spôsob postoja ovplyvňuje taktiež naše pocity. Aj s myšlienkami je to podobné, plynú pomalšie.

Tento stav môžeme zmeniť, ak sa vzpriamime, hlavu vztýčime, poobzeráme sa okolo seba a pokúsime sa usmiať, alebo môžeme zmeniť chod svojich myšlienok tým, že si predstavíme niečo pekné. Prostredníctvom nášho telesného postoja môžeme teda do istej miery ovplyvniť naše pocity, ktoré zasa ovplyvňujú naše myšlienky. Je to akási dynamická jednota, ideálny stav, ktorý vzniká vtedy, keď tieto tri súčasti bytia sú v rovnováhe.

Bytie s inými tvorí dôležitú časť vlastného bytia. Človek potrebuje druhého človeka pre svoju vlastnú seberealizáciu a súčasne je však aj on potrebný pre realizáciu druhých. Jedinec porovnáva svoj postoj, konanie a zážitok vždy s inými, s ich normami a pravidlami. Dokonca aj v myslení sa človek nachádza vždy uprostred medziľudských vzťahov. Tak sa stáva bytie s inými dôležitou súčasťou vlastného bytia.

Ja vo svete sa prejavuje tým, že človeka sa rodí do určitej spoločnosti, ktorou je ovplyvňovaný, často aj proti svojej vôli. Ak však pozná spôsob, ktorým ho ovplyvňuje, môže voliť čo chce a čo nie a sám to môže meniť. Môže sa rozhodnúť, či sa chce nechať ovplyvňovať alebo nie. Prostredníctvom svojej voľby ovplyvňuje svoje okolie a okolie ovplyvňuje zasa jeho. Tak vzniká vzájomný vzťah medzi jedincom a jeho okolím a tým sa taktiež stáva zodpovedný za svoje okolie, za svet, za spoločnosť, do ktorej je začlenený. K tomuto systému môže povedať svoje „áno“ alebo „nie“ a môže ho taktiež meniť.

Človeka považujeme za celok. Aspekty telo – duša – duch sú nedeliteľné, spolu spojené a stále sa navzájom ovplyvňujúce.

Kontakt vzniká pri stretnutí dvoch ľudí. Každý z nich prináša so sebou svoju individuálnu osobnosť, svoju celistvosť, telo – dušu – ducha – jednotu, želanie a rozhodnutie nadviazať kontakt. Od ich realizačných schopností v mnohom ohľade závisí, ako a či vôbec sa kontakt rozvinie. Na tento kontakt vplýva tiež vonkajšie materiálne a prírodné prostredie. Syntéza a striedavé pôsobenie vnútorných a vonkajších podmienok sa prejavuje v ďalšom vzťahu komunikujúcich osôb. Všetko, čo si človek prináša ako skúsenosti zo svojej minulosti, najmä z detstva, je v prítomnosti aktuálne a odzrkadľuje sa v jeho schopnosti nadviazať kontakty a vzťahy. Tieto skúsenosti sa dajú rozdeliť na negatívne, pozitívne a tzv. deficitné.

Pod pojmom deficitné skúsenosti rozumieme také skúsenosti, ktoré človeku chýbajú, alebo ktoré mal kedysi prežiť. To znamená, že v priebehu vývinu, najmä v detstve, vplyvom svojho postihnutia alebo sociálneho prostredia, sa jedinec nekontaktoval so zážitkami a skúsenosťami, ktoré boli pre jeho zdravý vývin potrebné a tým nastala v istých odvetviach psychická deprivácia. Petzold (In Lauková, 2006, 2016) definuje depriváciu ako „odopretie podráždení a skúseností, ktoré sú potrebné na psychický a fyzický vývin.“

Deprivácia môže vzniknúť:

- vplyvom nepriaznivých podmienok vnímania (poruchy pri vývine, spracovaní alebo sprostredkovaní podráždenia)
- vplyvom nepriaznivých podmienok okolia (poškodenie prostredím).

Nepriaznivé podmienky vnímania

Medzi najzávažnejšie nepriaznivé podmienky vnímania zaradíme deficit a *nedostatok stimulácie*. Ak malé dieťa nepocíti'uje nijaké podráždenia, nevie sa učiť, čo spätne znamená nemožnosť ďalšieho vývinu. Extrémny nedostatok podráždení v detstve môže spôsobiť nepriaznivý vývin inteligencie, čo v neskoršom veku nemožno dohnať. Psychoanalytik R. Spitz a iní vedci pozorovali, že dojčatá a malé deti trpia telesne i duševne a začínajú degradovať, upadať, ak im chýba emocionálnu náklonnosť, láskavú nežnosť, telesný kontakt a príhovor matky alebo iných blízkych ľudí. Toto emocionálne poškodenie nastáva aj napriek tomu, že deti boli zaopatrené a kŕmené. Vysoké percento týchto detí sa nedoživa druhého roku života, u iných zistili časté, nenapraviteľné poruchy vývinu. Z uvedeného vyplýva, že nielen podráždenia, ale aj materinská stimulácia, sociálna stimulácia, sú pre dieťa nevyhnutné.

V histórii boli známe pokusy viacerých panovníkov (Fridrich II, Pruský cisár, 1712), ktorí údajne dali vychovávať deti pestúnkami s prísnyim rozkazom, aby ich dojčili, kúpali, starali sa o ne, ale aby sa vystríhali prihovárania a láskania. Fridrich II. totiž predpokladal, že reč, ktorou začnú deti hovoriť, ak ich žiadnu nikto neučil, bude najpôvodnejšou rečou ľudstva. Jeho vedecká zvedavosť nebola uspokojená, pretože všetky deti zomreli, nemohli žiť bez lásky a radostného výrazu svojich pestúnok (Lauková, 2016). Existuje aj možnosť, že stimulácia existuje, ale človek ju nemôže prijímať. Poruchy príjmu zrakovej, sluchovej alebo dotykovej stimulácie sa vyskytujú u zmyslových postihnutí (napr. nemí, nevidiaci ľudia).

Porucha pri spracovaní stimulácie sa vyskytuje, vtedy, keď mozog vplyvom svojho poškodenia nemôže spracovať prijaté vzruchy. To môže byť prípad poškodeného mozgu v detstve, alebo napríklad u autistických ľudí, ktorí nevedia selektovať prijaté vzruchy, čo má za následok ich ohraničené možnosti v rôznych činnostiach.

Porucha sprostredkovania nastáva vtedy, keď telesne postihnutí ľudia (s poruchou chôdze) majú za istých okolností všetky anatomické a psychické predpoklady prijímať vzruchy bez porúch a adekvátne ich spracovať, ale so svojím okolím majú ohraničené skúsenosti. Z psychického hľadiska to znamená, že nikdy nenadobudnú skúsenosť urobiť sami isté úkony. Ich nervová sústava nemá možnosť sprostredkovať určité vzruchy.

Nepriaznivé podmienky prostredia

U duševne postihnutého človeka sú ohrozené jeho možnosti získavať skúsenosti napríklad tým, že nevie čítať, nechápe súvislosti a javy, nemá predstavivosť, neorientuje sa v čase a priestore. V praxi sa často stretávame s prípadmi, keď dieťa ležiace v kočiariku, veľa ľudí oslovuje, hladká a usmieva sa naň. Takto získava už v útlom detstve pozitívnu skúsenosť: ľudia ma majú radi - som milý - svet je tu pre mňa. Celkom ináč môže prebiehať vývoj u postihnutého dieťaťa, najmä, ak je postihnutie u neho zreteľne viditeľné. Na toto dieťa sa neusmieva veľa ľudí, nik sa mu neprihovori, neberú ho často do náručia, mnohí ľudia sa ho istým spôsobom stránia. Keď vyrastie, nebude sa s vrstovníkmi tak hrať ako intaktné deti. Jeho skúsenosti v rámci sociálnych kontaktov budú oveľa menšie, budú mu chýbať možnosti identifikácie a napodobňovania. Takéto dieťa pri stretnutí s okolím mnohokrát získava negatívne skúsenosti, ktoré ovplyvňujú jeho správanie a celý ďalší život. Preto je veľmi dôležité, aby postihnutí ľudia získavali pozitívne skúsenosti so svojim okolím, aby vzniknutú nerovnováhu v medziľudských vzťahoch čo najviac redukovali.

Na základe uvedeného možno konštatovať, že ľudia nemôžu žiť bez vzájomného styku, ktorý ovplyvňuje uspokojovanie ľudských potrieb a sám je výrazne ľudskou potrebou (Lauková, 2016).

Kontakt je ponímaný ako moment a výsledok procesu vzájomného styku.

V súčasnosti je problematické v sociálnej psychológii definovanie vzájomných súvislostí medzi pojmami interakcia (vzájomné pôsobenie), komunikácia (vzájomné oznamovanie), kontakt a sociálna facilitácia (uľahčovanie). Komunikácia sa spravidla spája s pojmom sociálna interakcia, považuje sa za prípad interakcie a v druhom ponímaní predstavuje odovzdávanie obsahu s určitým významom. Ak však chápeme interakciu ako vzájomné ovplyvňovanie ľudí, je zřejmé, že komunikácia je jeho nutnou zložkou. Človek sa stáva človekom predovšetkým tým, že rozumie svetu, ktorý je okolo neho, že rozumie správaniu druhých ľudí a sám sa správa tak, aby sa prispôbil spoločenským pomerom a sociálnym podmienkam okolia. Znamená to, že rozumie sociálnym podnetom a že sám dáva svojmu správaniu, a teda aj komunikácii spoločenský význam (Lauková, 2016).

Pojem *interkultúrna komunikácia* označuje tri rôzne oblasti pôsobenia. Podľa Průchu (2010, s.13-18) je to sociálny proces prebiehajúci na verbálnej i neverbálnej úrovni, taktiež vedecká disciplína zaoberajúca sa reálnymi procesmi interkultúrnej komunikácie a tvorba edukačných a podporných aktivít zameraných na prax. Komunikácia medzi rôznymi kultúrami je označovaná v angličtine ako cross-cultural communication alebo aj interethnic communication, u nás sa používa výraz interkultúrna komunikácia, ale aj medzikultúrna komunikácia. Ako vedecká disciplína má interkultúrna komunikácia krátku históriu, najmä na Slovensku sa zatiaľ nerozvíja ako samostatný odbor vysokoškolského štúdia. Potreba venovať pozornosť interkultúre vznikla v USA po 2. svetovej vojne, v dôsledku migrácie (Průcha, 2010, s. 31-49). Prvýkrát sa tento pojem objavuje v roku 1954 v diele E. Halla a D. Dagera – *Culture as Communication*. Dell Hymes v 60. rokoch 20. storočia zakladá etnografickú komunikáciu, ktorá mala

viest' k riešeniu sociálnych problémov spoločnosti, v ktorej žije viac národov vedľa seba, ale nezdierajú rovnaké spôsoby komunikácie.

Dotyk v transkultúrnom ošetrovatel'stve

V ošetrovatel'stve sa dotyku nevyhneme, je jeho súčasťou. Všeobecné sestry si uvedomujú, že v transkultúrnom ošetrovatel'stve môže cudzinec pochopiť dotyky ako netaktné, nepríjemné, nešetrné. Môže vnímať postoj sestry ako nadradený. Je nutné vzdelávať zdravotnícky personál v odlišnosti kultúr. Podľa Jobánkovej (2002), dotyky v zdravotníctve majú svoje špecifiká. Väčšinou k nim dochádza pri rôznych vyšetreniach, zákrokoch, ale predovšetkým pri prvom kontakte s pacientom. Základným dotykom je podanie ruky. Dotyk je pre pacienta neverbálnou komunikáciou, ktorá prináša dôveru, posilňuje, ukludňuje. Záleží na empatii sestry v danej situácii. Schopnosť dotýkať sa vytvára medzi ľuďmi puto, v zdravotníctve stimuluje pacientov k lepšej spolupráci (Lauková et al, 2012).

Ako vyplýva z analýz odbornej literatúry (Špirudová, 2006; Mastiliaková, 2003), v ázijských krajinách vo všeobecnosti platí, že dotyk nohou je veľmi pokorujúci. Dotyk druhého rukou na hlave, kam patrí aj hladkanie detí, sa nepraktizuje, pokladá sa za ponížujúci. Dotyk rúk je pri pozdravoch zriedkavý. Pozdrav často sprevádza zdvorilý úklon hlavy. V Indii, ale aj v Kórei, Číne a moslimských krajinách sa rozlišovanie pravej a ľavej strany prísne dodržiava. Podat' niečo ľavou rukou je nielen pokorujúce, ale aj nehygienické. Nohami by sa vôbec nemalo dotýkať osôb ani posvätných predmetov. Pre východné kultúry platia pre dotyky v komunikácii iné, pre nás rigoróznejšie pravidlá. Počas hospitalizácie vietnamského etnika by sestra mala vedieť, že pri zoznamovaní sa podáva pravá ruka a ľavou rukou sa ešte jemne stisne. Podanie predmetu jednou rukou je nezdvorilé, preto sa predmety podávajú vždy oboma rukami. V pediatrii je nutné predchádzať dotykom a hladeniu hlavičky novorodenca. Pri osobnom alebo sociálnom kontakte sa Vietnamci cítia lepšie pri väčšom odstupe. Ak sa sestra dotkne hlavy klienta omylom, alebo sa jej musí dotknúť v rámci starostlivosti a klient je presvedčený, že hlava je posvätná, sestra sa musí dotknúť tiež opačnej strany hlavy popr. ramena, aby tým zabránila úniku životnej sily. Pohladkanie po vlasoch je tiež považované za prejav veľkej neúcty.

Veľa konfliktov môže vzniknúť pri prvom kontakte s pacientom, moslimom. Vzhľadom k tomu, že v moslimských krajinách je zvykom, že ženy a muži sú striktne separovaní. Prísne ortodoxní moslimovia odmietajú podat' ruku opačnému pohlaviu. Moslimovia ktorí odmietajú podanie ruky, majú ruky založené za chrbtom. Dotyky a kontakt je medzi mužmi a ženami tabu, tak ako aj intenzívny pohľad do očí je neprijateľný. Je dôležité pacienta pripraviť na kontakt opačného pohlavia v rámci vyšetrenia. Ak je to možné nech sa sám rozhodne, poprípade ho môže sprevádzať rodinný príslušník. Je dôležité počítať s množstvom návštev, pretože pre moslima je kontakt s rodinou veľmi dôležitý.

Moslimovia dodržiavajú špeciálnu etiketu stolovania, ak je to možné berú jedlo výlučne pravou rukou, pretože ľavá ruka je určená len k „nečistým účelom". Chlieb nekrájajú nožom, ale lámú, vodu nesrkajú

ani hlasne nehltajú. Voda sa má vždy vypiť celá, alebo sa musí podať susedovi, nikdy sa nesmie vyliat' (Vrátilová, 2011).

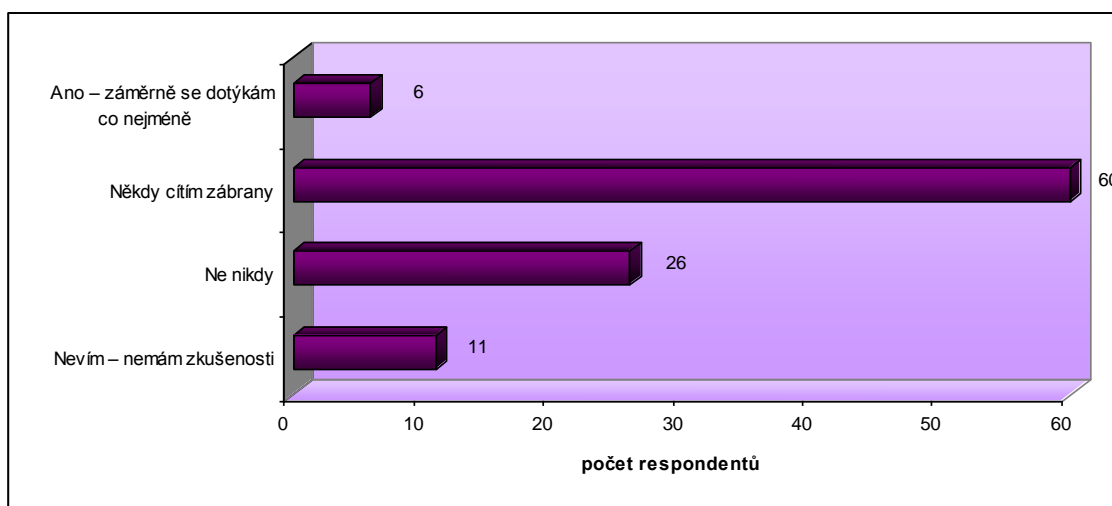
Problematikou interkultúrnych aspektov v zdravotníctve, ako uvádza Průcha (2010), sa zaoberajú Nový a Schroll-Machl (2005, In Průcha, 2010), najmä v súvislosti s imigrantami, ktorí majú obtiažne postavenie v zdravotníckej starostlivosti nie v dôsledku jazykovej bariéry, ale predovšetkým kvôli kultúrnym rozdielom, nevynímajúc neverbálnu komunikáciu, dotyk, nakoľko je kultúrne podmienená.

Výsledky prieskumu zameraného na identifikáciu dotyku medzi všeobecnou sestrou a pacientom iného etnika (Vrátilová, 2011).

Prieskum bol realizovaný v nemocnici na Františku v Prahe v roku 2011. Súbor respondentov tvorilo 89 žien a 14 mužov. 31 respondentov bolo vo veku do 29 rokov, 28 vo veku 30-39 rokov, 33 probandov vo veku 40-49 rokov a 10 vo veku 50-59 rokov, 1 respondent nad 60 rokov. Charakteristika súboru podľa dĺžky praxe bola nasledovná - 20 respondentov pracovalo v zdravotníctve menej ako 5 rokov, 18 od 5-10 rokov, 16 respondentov do 20 rokov, 31 do 30 rokov a 9 nad 30 rokov. Podľa stupňa dosiahnutého vzdelania 48 respondentov tvorili všeobecné sestry s úplným stredoškolským vzdelaním, 35 malo stredoškolské vzdelanie s maturitou + špecializáciu, 12 respondentov malo vyššie odborné vzdelanie, 3 respondenti mali titul bakalár a 5 respondentov magister ošetrovateľstva.

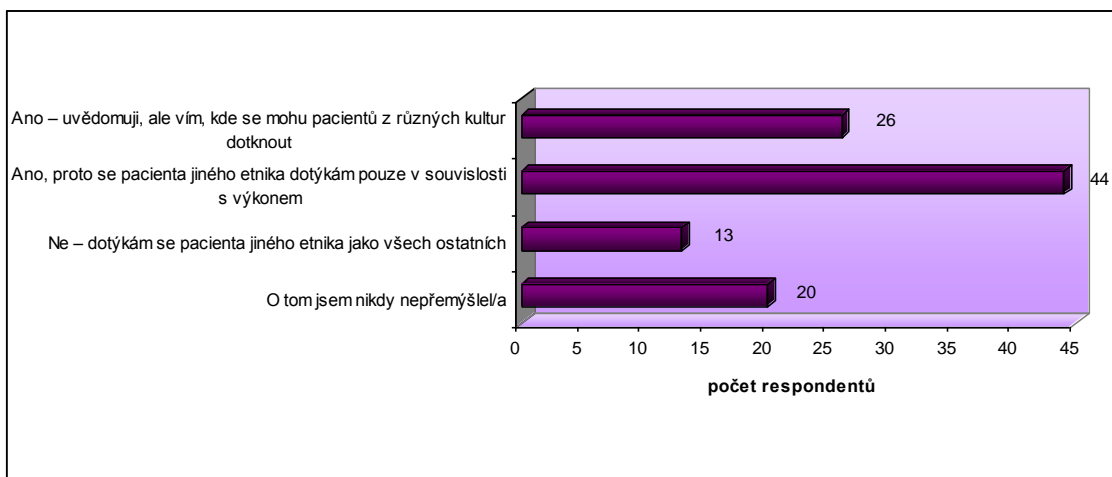
Prvá hypotéza „Frekvencia dotyku všeobecných sestier u pacientov z odlišných etnických kultúr je v relevantnej závislosti od znalosti problematiky všeobecných sestier“ mapovala, či etnická príslušnosť pacienta môže znížiť frekvenciu dotyku z dôvodu neznalosti problematiky. Transkultúrne ošetrovateľstvo je u nás veľmi mladý odbor a 72 respondentov starších ako 30 rokov, ktorí dotazník vyplňovali, sa pravdepodobne s multikultúrnym ošetrovateľstvom, ako predmetom v škole, vôbec nestretlo. Nie je prekvapujúce, že pri otázke zisťujúcej zábrany v dotyku pokiaľ na oddelení leží pacient iného etnika, respondenti odpovedali, že zábrany cítia 66 z nich, nemá skúsenosť 11 respondentov a 26 respondentov zábrany necíti.

Graf 1 Počet respondentov majúcich zábrany dotýkať sa pacienta iného etnika



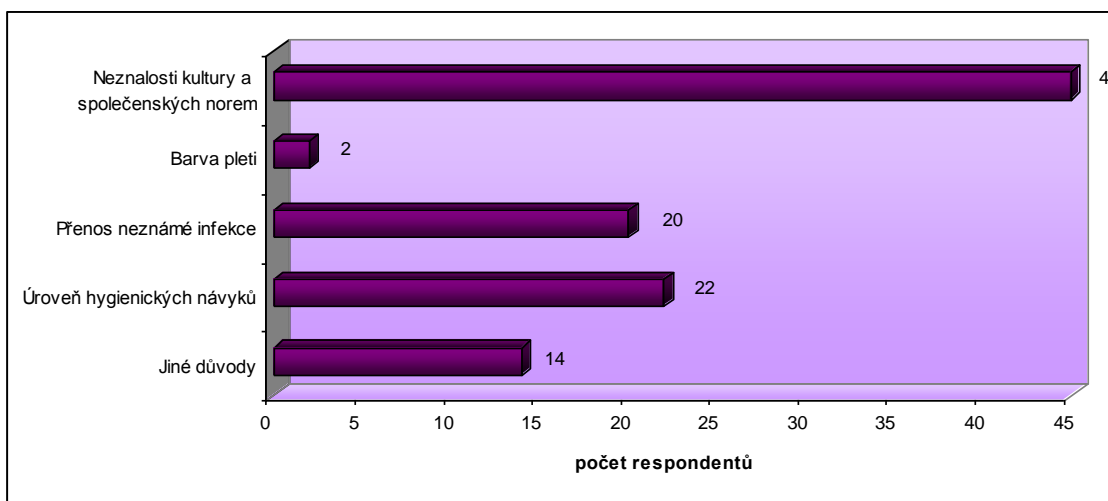
Otázka, ktorá monitorovala, či si uvedomujú respondenti, že v multikultúrnom ošetrovatel'stve nesprávnym dotykom môžu pacienta i uraziť, 44 respondentov odpovedalo, že práve preto sa dotýkajú pacienta iba v súvislosti s výkonom, 26 respondentov vie, kde sa môžu dotýkať, 13 respondentov sa dotýka všetkých pacientov rovnako a 20 respondentov o tom nepremýšľalo.

Graf 2 Počet respondentov, ktorí si uvedomujú riziko urážky pacienta nesprávnym dotykom



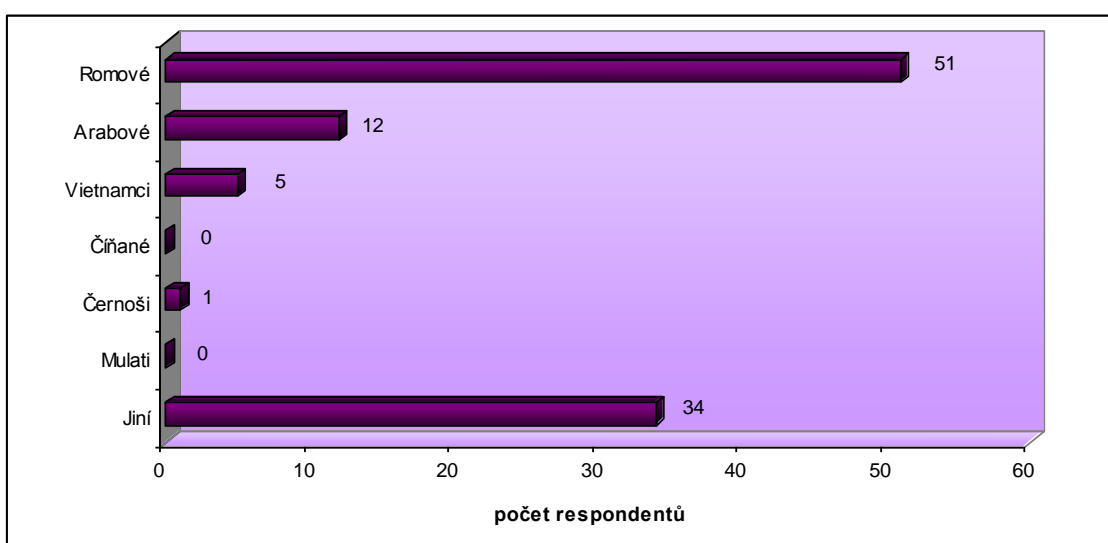
Zajímavou informáciou boli dôvody respondentov, ktoré im bránia v dotyku u pacientov iného etnika. 45 respondentov uviedlo neznalosť kultúry a spoločenských noriem, 22 respondentov uviedlo úroveň hygienických návykov, 20 respondentov má strach z prenosu neznámej infekcie, 2 respondenti uviedli farbu pleti, 10 respondentov uviedlo, že v dotyku im nič nebráni a 4 respondenti uvedli, že záleží na individualite cudzinca.

Graf 3 Počet respondentov majúcich strach dotknúť sa pacienta iného etnika



V otázke, ktorá mapovala, či existuje etnická skupina, pri ktorej neradi používajú haptiku odpovedalo 51 respondentov u Rómov, 12 respondentov u Arabov, Vietnamcov uviedlo 5 respondentov, černocho 1 respondent, aziatov a mulatov neuviedol nikto a 5 respondentov uviedlo, že sa nerado dotýka Ukrajincov, 9 respondentov sa nerado dotýka všetkých pacientov a 18 respondentov uviedlo, že im nevedí žiadna konkrétna skupina. Všeobecné sestry si uvedomujú odlišnosti dané rôznymi kultúrami a sú schopné ich akceptovať, napriek tomu iba 18 respondentov uviedlo, že im nevedí používanie haptiky u žiadnej konkrétnej etnickej skupiny a 85 respondentov vždy nejakú skupinu vybralo. Na základe uvedeného možno konštatovať, že hypotéza 1 sa potvrdila a preto nás núti táto skutočnosť k zamysleniu.

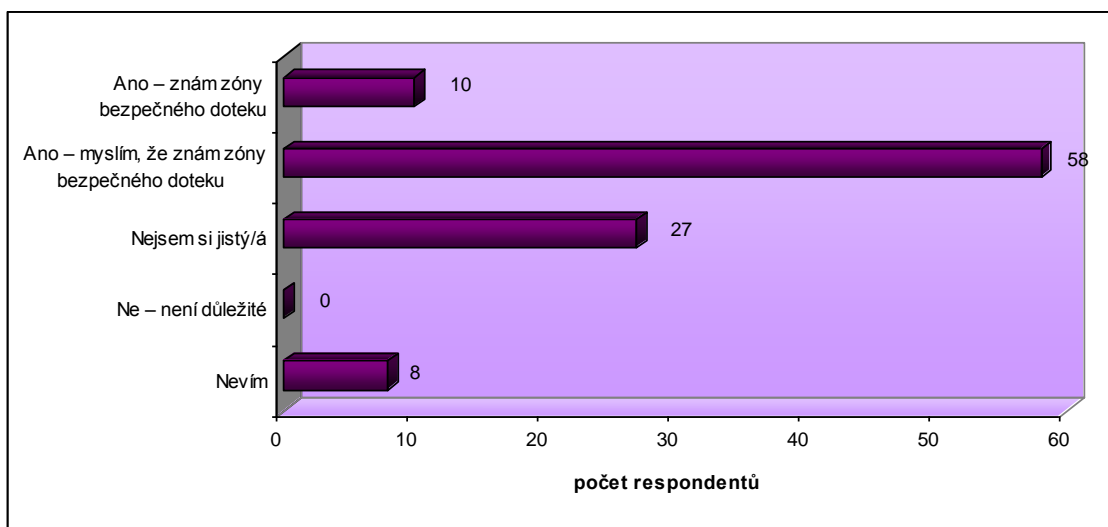
Graf 4 Komparácia etnických skupín u ktorých respondenti neradi používajú haptickú komunikáciu



Interkultúrnou komunikáciou v zdravotníctve sa zaoberá množstvo odbornej literatúry (Průcha 2010, Ivanová 2005), ktorá podrobne mapuje problematiku v jednotlivých kultúrach. Z nášho prieskumu je však zrejmé, že výsledky týchto prác nie sú zatiaľ vo všeobecnom povedomí zdravotníckeho personálu, čo sa negatívne prejavuje vo využívaní haptického dotyku. Pritom práve v kontakte s pacientami, u ktorých v dôsledku jazykovej bariéry by použitie haptiky bolo veľkým prínosom, je frekvencia dotyku nižšia. Túto skutočnosť by bolo vhodné riešiť pomocou manuálov a odovzdávaním informácií, ktoré sú konkretizované v odporúčaniach pre prax. Náš predpoklad dôležitosti haptickej komunikácie v transkultúrnom prostredí potvrdzuje i práca H. Koďouskové (2011, In Vrátilová, 2012), o transkultúrnem ošetrovatelstve v polných podmienkach zahraničných misií o spôsobe komunikácie, ktorú vojenský zdravotníci na zahraničných misiách najčastejšie volili pri dorozumívaní sa s cudzincami. Napriek tomu, že boli vojenské sestry pomerne dobre jazykovo zdatné, tak si 84 % opýtaných plne uvedomovalo dôležitosť neverbálnej komunikácie. 75 % respondentov využívalo tlmočníka, 59 % komunikovalo s cudzincami samostatne, 49 % sa dorozumievalo pomocou kolegu či kolegyně a 23 % s pomocou iného pacienta, len 9 % malo skúsenosti s využitím symbolických kariet. 87 % opýtaných bolo presvedčených, že znalosť cudzích jazykov má vplyv na vedomé využívanie neverbálnej komunikácie s cudzincami, 14% respondentov túto súvislosť odmietalo. Uvedená skutočnosť potvrdzuje, že neverbálne prvky sú neoddeliteľnou súčasťou komunikácie, napriek tomu, že väčšinou máme tendenciu komunikovať verbálne.

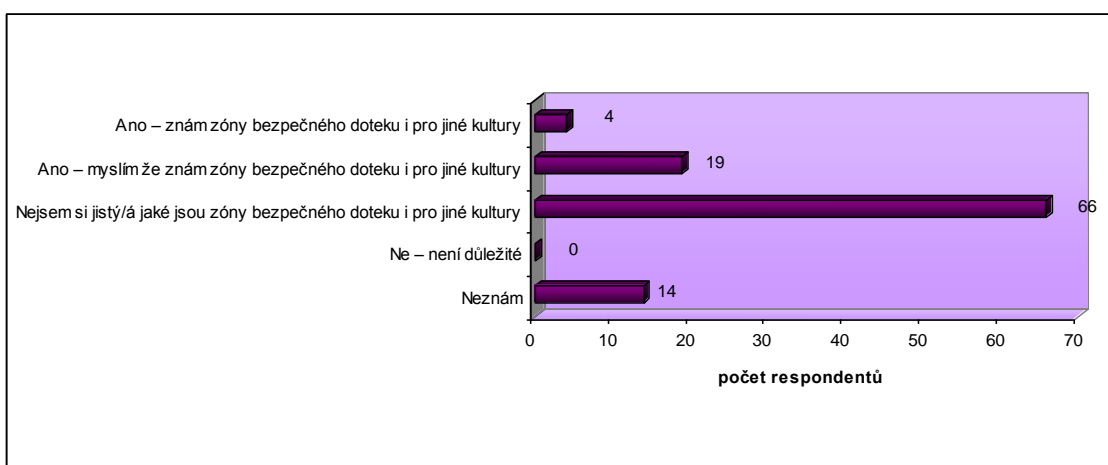
Druhá hypotéza „Správnosť používania vedomej haptickej komunikácie všeobecných sestier u pacientov s odlišnou etnickou príslušnosťou je v relevantnej závislosti od ich dostatočných informácií“ sa týkala predpokladu, že väčšina všeobecných sestier pri výkone svojho povolania nemá dostatočné informácie, ako správne používať vedomú haptickú komunikáciu u pacientov s ohľadom na ich vek, pohlavie a etnickú príslušnosť. Respondenti, ktorí sa mali vyjadriť, či poznajú vhodné zóny dotyku na mužskom a ženskom tele na obe otázky odpovedali totožne. 64 respondentov odpovedalo, že určite áno, poznajú zóny, alebo sa domnievajú, že poznajú, 20 si nie sú istí, 10 respondentov si myslí, že to nie je dôležité a 9 respondentov zóny nepozná. Ďalšou otázkou sme monitorovali, či si respondenti uvedomujú, že sú na tele zóny bezpečného dotyku a zóny zákazu dotyku. 10 respondentov uviedlo, že pozná zóny, 58 respondentov si myslí, že ich pozná, 27 si nie sú istí, 8 nevie.

Graf 5 Počet respondentov so znalosťou bezpečného a nedovoleného dotyku



Opakom bola otázka, kde sme zisťovali, či respondenti vedia, že u rôznych kultúr sú zóny bezpečného dotyku odlišné. 4 respondenti uviedli, že poznajú zóny bezpečného dotyku i pre iné kultúry, 19 respondentov odpovedalo, že si myslia, že poznajú zóny bezpečného dotyku i u inej kultúry, 66 respondentov si nie je istých a 14 respondentov nepozná. U pacientov iných kultúr však iba 18 % respondentov pozná zóny bezpečného dotyku a 64 % si nie je istých a 14 % tieto zóny nepozná. Preto sa hypotéza 2 potvrdila, respondenti majú informácie o zónach bezpečného dotyku pre mužov a ženy s ohľadom na vek a pohlavie, ale nemajú informácie o zónach u iných etnických kultúr.

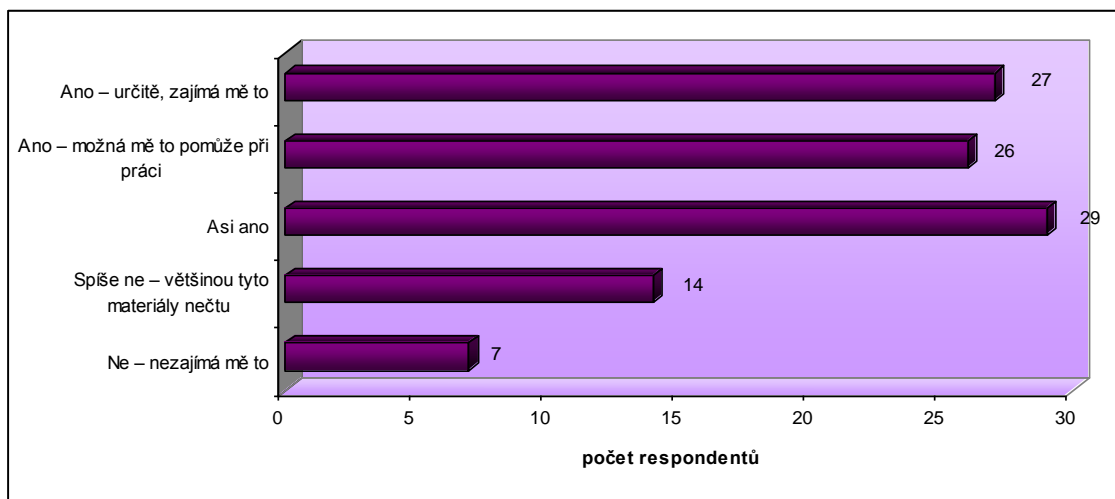
Graf 6 Počet respondentov so znalosťou rozdielu zón bezpečného dotyku u iných kultúr



Tretia hypotéza „Vedomé používanie dotykov všeobecných sestier u pacientov s odlišnou etnickou príslušnosťou je v relevantnej závislosti od znalostí ich špecifik.“ mapovala, či väčšina všeobecných sestier používa dotyky podvedome, bez znalosti rozdielov etník. Taktiež sme zisťovali postoj

na vytvorenie vhodného informačného letáku, ktorý by poskytoval návod. Na otázku, ktorou sme monitorovali, či by respondenti privítali manuál, ktorý by poskytol informácie, kde je vhodné sa dotýkať mužov, žien a pacientov z iných etník, odpovedalo 82 respondentov, že ich to určite zaujíma a pomôže im to v práci. Iba 14 respondentov sa vyjadrilo, že uvedené materiály nečíta a 7 respondentov to nezaujíma. S brožúrou či letákom, ktorý sa venoval dotyku, 11 respondentov odpovedalo, že sa stretlo a 92 respondentov uviedlo, že nie. V otázke, kde sme sa pýtali respondentov, či budú mať dostatok informácií o účinku dotyku, budú ho používať vedome a častejšie, odpovedalo 55 respondentov, že áno, neviem a nie odpovedalo 48 respondentov. Pri zisťovaní skutočnosti, že ak budú mať respondenti informácie o bezpečných zónach dotyku u iných etník, budú sa dotýkať častejšie než doteraz, 33 respondentov odpovedalo, že áno či skôr áno, 32 respondentov odpovedalo že nie, 38 respondentov odpovedalo že nevie. Na základe týchto informácií sa nám hypotéza 3 potvrdila. S dotykou u iných etník si väčšina všeobecných sestier nevie rady, preto sa správajú zdržanlivejšie a o dotyku premýšľajú. S materiálom, ktorý by informoval o neverbálnej komunikácii s cudzincom, alebo sa dotyku konkrétne venoval, sa 90 % respondentov nikdy nestretlo.

Graf 7 Počet respondentov, ktorí by privítali manuál o dotyku u pacientov iných etník



Odborná literatúra poskytuje základné informácie o neverbálnej komunikácii, dotyku sa však prevažne venuje z hľadiska haptiky. Význam hodnoty dotyku v našom kontexte sa nikde hlbšie neuvádza a preto je potrebné, aby sa zdravotnícky personál oboznámil s pravidlami dotyku, nakoľko počet pacientov rôznych etník stúpa a tento trend sa i naďalej bude zvyšovať. Z hypotéz je zrejmé, že väčšina všeobecných sestier si predmetnú problematiku uvedomuje, ale nemá dostatok informácií hlavne s rôznymi etnikami. Vzhľadom k tomu, že z výsledkov prieskumu vyplýva, že schopnosť všeobecných sestier s dlhšou praxou používať dotyk ako súčasť terapie stúpa, je vhodné poskytnúť im viac informácií o odlišnostiach v neverbálnej komunikácii s rôznymi etnikami, aby nedochádzalo k nedorozumeniam

alebo dokonca k nevhodnému správaniu. Na základe zistených skutočností sú vyvedené nasledovné odporúčania pre prax:

- Pre všeobecné sestry realizovať kurzy na osvojenie si zásad komunikácie:
 - venovať cudzincovi čas, predstaviť sa, pred podaním ruky počkať na signál od chorého
 - pri častom kontakte s príslušníkmi jednej národnosti je potrebné ovládať v ich jazyku aspoň pozdrav, poďakovanie, prosím → prejav zájmu a úcty
 - zistiť v akom jazyku sa môžete dorozumieť, ako ho príslušník iného národa ovláda. Pri komunikácii stojíme čelom k chorému
 - pamätajte, že hlavnou oblasťou komunikácie je Vaša tvár, oči, ústa, hovorte pomaly, zreteľne artikulujte, nezvyšujte hlas. Navodte pokojnú atmosféru, úsmev.
 - používajte slovník, komunikačné karty, ponúknite pero a papier.

V oblasti managementu

- zabezpečiť potrebný a vhodný materiál pre všeobecné sestry, ktorý by uľahčil komunikáciu s cudzincami. Napríklad komunikačné karty – piktogramy, ktoré sú prispôbené klinickému pracovisku (súbory 150 kariet, ktoré obsahujú témy stravovania, hygieny, odborné výkony a iné).

V oblasti vzdelávacích inštitúcií

- venovať komunikácii väčšiu pozornosť, učiť študentov uvedomovať si neverbálnu komunikáciu.
- vzdelávať študentov v oblasti multikultúry a učiť rozdiely medzi etnikami.
- sústrediť sa taktiež na náboženstvo, aby sa všeobecné sestry v zásadných veciach zorientovali.

ZÁVER

Dotyk je prirodzenou potrebou človeka. Správna komunikácia v práci všeobecnej sestry je jednou z hlavných úloh pri vykonávaní každodennej ošetrovateľskej starostlivosti. Potreba dotyku sa zvyšuje najmä v chorobe. Preto je potrebné, aby sestry využívali kvalitný haptický kontakt s pacientom a najmä aby rozvíjali umenie dotyku ako súčasť neverbálnej komunikácie ďalším vzdelávaním, aby boli pripravené poskytovať kvalitnú a ohľaduplnú starostlivosť pacientom rôznych národností s odlišnou kultúrou (Hamplová a kol, 2015).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

HAMPLOVÁ, L., HULÍNSKÝ, P., JEXO VÁ, S., PEKARA, J. Problematika zdravotní gramotnosti v České republice. In Sborník z 10. vědecké konference s mezinárodní účastí- vzdělávání ve zdravotnictví. Praha: Vysoká škola zdravotnická, Palestra, 2015, s. 49-56.

[CD-ROM]. ISBN 978-80-905728-2-9.

IVANOVÁ, K. - ŠPIRUDOVÁ, L. - KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I.* Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JOBÁNKOVÁ, M. 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 224 s. ISBN 80-7013-365-1

LAUKOVÁ et al. 2012. *Význam haptiky v interakcii sestry – pacient.* VŠZ, Praha, 2012, s. 62-76, ISBN 978-80-904955-6-2.

LAUKOVÁ, P. 2006. *Spôsoby a možnosti realizácie sociálnej interakcie ako základu komunikácie s mentálne postihnutými ľuďmi.* In Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných techník. Roč.12, č.3 (2006), s. 117-120. ISSN 1335-5090.

LAUKOVÁ, P. 2016. *Komunikácia vo vzdelávaní dospelých.* Bratislava: Stimul.UK Bratislava, 2016, 100s. ISBN 978-80-904955-6-2.

MASTILIAKOVÁ, D. 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče.* 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-7042-344-7.

PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace.* Praha: Grada, 2010. 199 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

ŠPIRUDOVÁ, L. - TOMANOVÁ, D., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II.* Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

VRÁTILOVÁ, B. 2011. *Význam doteku v interakci sestry – pacient.* VŠZaSP sv. Alžbety, diplomová práce, 91s.

KONTAKT

doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

FiFUK Bratislava

Gondova 2, 800 00

nela.laukova@gmail.com

ALEXANDER LOWEN A JEHO PŘÍNOS V HOLISTICKÉM POHLEDU NA OSOBNOST

KYMROVÁ, E.

Abstrakt

Stat' informuje o relativně novém a dynamicky se rozvíjejícím se způsobu práce s klientem, jež prolíná psychoanalytický přístup se speciálními technikami. Osobnost je chápána na pozadí kauzálního řetězce, který ukazuje možnost ovlivnění všech rovin osobnosti změnou v těle probíhajících energetických procesů.

Klíčová slova

Bioenergetika. Emoce. Energie. Myšlení. Vegetoterapie.

Bioenergetika se snaží porozumět lidské osobnosti na základě energetických procesů těla. Charakterizuje člověka s deficitem energie jako bytost s nesprávnou látkovou výměnou, na základě chybného způsobu dýchání, které je stažené a povrchní. Toto nedostatečné dýchání je projevem chronického svalového napětí. Objevuje se ve svalstvu brady, krku, ramen, hrudníku, zádech břicha a pánve. Je výsledkem emocionálních konfliktů, které se utvořily v minulosti života.

Neurotik tak uchovává rovnováhu tím, že svoji energii váže ve svalových napětích a své sexuální vzrušení zadržuje. Naopak zdravý člověk svou energii neblokuje, energie volně proudí.

Dobře víme, že při všech bolestivých pocitech zadržujeme dech, stejně jako při stresu, strachu, smutku a úzkosti. Emoce se redukují tehdy, když je hladina energie na nízké úrovni. Lowen podstoupil svou první terapii s názvem Vegetoterapie již u Reicha.

Vegetoterapie - je mobilizace emocí pomocí dechu a jiných tělesných funkcí, které aktivují vegetativní centra - ganglia autonomního nervového systému a uvolňují tak „vegetativní energii“. Lowen uvádí, jak terapie u Reicha změnila celý jeho dosavadní život.

Reichova analýza se od Freudovy analýzy lišila tím, že Reich měl přímý kontakt s tělem klienta.

Za to byl Reich tehdejšími psychology velmi odsuzován, protože žádná psychotherapeutická metoda neumožňovala dotknout se těla klienta. Reich tlačil na místa, kde bylo napětí, např. na šíji, dolní partie

sanice, zad, ohýbačů stehen aj. Po uvolnění svalového napětí pomocí tlaku, se obnovilo plynutí pocitů tělem a opětovné proudění energie.

Člověk se musí nejprve spojit se svým tělem, aby se mohl znovu spojit s okolím. Poté nastanou pocity hluboké integrace, uvolnění, vnitřního míru a úplné pohody.

Vegetoterapie umožňuje také mobilizaci emocí pomocí dechu. Uvolněné dýchání pozitivně ovlivňuje i myšlení.

Lowen metodu dále rozvíjel a nazval ji **Analytickou vegetoterapií**. Ve svých záznamech často zmiňuje skutečnost, kterou je prožívání transcendentálních zážitků během terapie a to jak osobních, tak i u většiny klientů. Poprvé se s tímto fenoménem setkal již v terapii u Reicha, později u většiny svých klientů, kteří shodně označují zážitky jako nepopsatelný prožitek vykoupení a osvobození „Já“. Kdo něco podobného prožil, ptá se, kde je vlastně ta pravá realita života.

Při práci s energií se transcendentální zážitky dostávají dříve nebo později, zvláště tehdy, rozhodne-li se člověk pro vnitřní růst. Lowen zdůrazňuje, že život sám je projevem růstu, který začíná růstem těla a končí sumou zkušeností, kterou nazýváme moudrostí (viz univerzální symbol Vlny). Podobnými slovy se Lowen vyjadřuje o lidském štěstí: „*Lidské štěstí je uvědomování si růstu*“. Reich to tehdy vysoce ocenil.

Významným přínosem bioenergetiky je také zjištění, že v přítomnosti může člověk rozvíjet sebe až tehdy, když plně ožíví svou minulost.

Upozorňuje, že když člověk popře svou minulost, nemůže vytvářet budoucnost. Oddělení a potlačení minulosti neumožní očekávat naplněnou a úspěšnou budoucnost. Růst podléhá stejným zákonům, jako celý život. V přítomnosti se můžeme plně rozvíjet až tehdy, když oživíme svoji minulost. Strom roste do výše a jeho kořeny vrůstají hluboko do země.

Člověk se učí tím, že studuje svoji minulost. Může růst jen tehdy, když posiluje svoje kořeny, které ho spojují s jeho minulostí. Člověk jako jedinec je částí celku - společnosti, takže je v něm samém obsažena i minulost celé společnosti. Podle holistických zákonů každá část obsahuje celý celek. Má-li národ růst, musí posilovat kořeny, které ho spojují s minulostí. **A minulost člověka je jeho tělo!**

Bioenergetika a rozvoj osobnosti

V roce 1953 začal Lowen spolupracovat s Dr. Johnem Pierrakosem, se kterým dokončil svoji terapii, protože Wilhelm Reich se již v této době zabýval výzkumem orgonu.

Alexander Lowen došel po více jak 30-ti leté praxi se svými klienty významnému závěru: **Život člověka je životem jeho těla a životem těla je cítění.**

Protože žijící tělo zahrnuje ducha, životní energii a energii duše, prospíváme duchu, životní síle a duši tím, že plně prožíváme život těla. Když něco není v této oblasti v pořádku, pak je to proto, že nejsme plně v našem těle. Přestaneme-li se identifikovat plně se svým tělem, prožíváme mnoho životních problémů. Jsou to problémy ze všech rovin - osobní, vztahové, zdravotní i psychické. Připomeňme si vyjádření myslí, která analyzuje a vzpomíná, tělo, které cítí a prožívá a duše, která ví.

Pro jakýkoliv rozvoj osobnosti je bioenergetika nepostradatelná a jako terapeutická metoda pomáhá člověku znovu se setkat se svým tělem, prožívat uvolnění, lehkost a úžas ve svém životě i v sexuálním prožitku, uskutečňovat harmonické vztahy a duchovně růst.

Cílem bioenergetiky je pomoci člověku k jeho pravé přirozenosti, ke stavu svobody, půvabu a krásy. *„Svoboda je ponoření do řeky emocí, půvab je projev této řeky v pohybech a krása je vyjádření vnitřní harmonie, kterou tato řeka přináší“* (Lowen, A. 1992).

Lowen hovoří o „**primární přirozenosti**“ každé lidské bytosti, kterou se tato otvírá životu a lásce. Naopak ostražitost, napětí, neklid, nedůvěra a „obrnění“ se v současné kultuře staly tzv. „**druhou přirozeností**“, kterou se současný člověk brání před zraněním. Stanou-li se obranné mechanismy součástí charakteru nebo struktury osobnosti, jsou mnohem nebezpečnější, než původní ohrožení.

Závěr

Všechny psychické funkce můžeme ovlivňovat změnou energetických procesů v těle. Nejsme zvyklí vidět a posuzovat lidskou osobnost z hlediska energie, ale přitom jsou obě roviny od sebe neoddělitelné. Kolik energie člověk má a jak ji použije, o tom rozhodne jeho osobnost. Reich i Lowen popsali ústřední roli, jakou hraje tělo člověka v každé teorii osobnosti.

LITERATURA

DRAGOMIRECKÝ, A. 2005(a). *Informační teorie osobnosti*. Praha: Stratos, 2005. 142 s. ISBN 80-85962-21-7.

IGNATĚNKO, A. 1998. *Schola Vitae*. Praha: Pragma, 1998. 399 s. ISBN 80-7205-606-9.

LOWEN, A. 1992. *Bioenergetika*. Překlad O. Tegze, se svolením autora pro náklad 100 ks. Jako zájmový tisk pro posluchače PCA 1992. 260 s. ISBN není uvedeno.

TOLLE, E. 1999. *Moc přítomného okamžiku*. Praha: Pragma, 1999. 178 s. ISBN 80-7205-839-

TIPPING, C. C. [c2006]. *Radikální odpuštění: otevíráme cestu zázrakům*. [Konstancin - Jeziorna] : Medium, c2006. 275 s. ISBN 83-87025-51-8.

WIESNER, I. *Děti moudrých draků*, Ústí n./Labem: 2005

KONTAKT

PhDr. Eva Kymrová, PhD.

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

kymrova@vszdrav.cz

PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

RYBOVÁ, M.

Abstrakt

Prevence a včasná diagnóza významně snižují incidenci a mortalitu u onemocnění kolorektální rakovinou. Zvláštní pozornost by měla být věnována výživové prevenci. Je faktorem kontrolovatelným a skrývá obrovský potenciál. Zdravý životní styl tvoří vyvážená strava a dostatek pohybu. Doporučení pro českou populaci je více pohybu, více zeleniny a ovoce, méně uzenin, piva, stresu a cigaretového kouře.

Klíčová slova

Faktory, kolorektální karcinom, prevence, výživa, životní styl.

ÚVOD

Kolorektální karcinom je v České republice nejčastěji se vyskytujícím maligním onemocněním trávicí soustavy a druhým nejčastějším zhoubným novotvarem vůbec. Dle Českého národního webového portálu epidemiologie nádorů je roční incidence tohoto onemocnění 78 a mortalita 43 případů na sto tisíc obyvatel. Metastázování do lymfatických uzlin je jedním z hlavních predikčních faktorů relapsu nádorového onemocnění a přežití u pacientů s kolorektálním karcinomem (ABRAHÁMOVÁ, 2010).

1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence by měla být součástí lékařské péče, zejména v souvislosti s preventivními lékařskými prohlídkami. Základní principy primární prevence, které obsahují snižování vlivu nejzávažnějších rizikových faktorů ve způsobu života, byly opakovaně ověřovány, a také

definovány Světovou zdravotnickou organizací. Úkolem primární prevence je předcházet zdravotním problémům u zdravých lidí. Jedná se nejen o prevenci vzniku nemocí, ale i pozitivní ovlivňování zdravotního stavu s cílem zvyšovat kvalitu života. Prevence a podpora zdraví by měli směřovat k částečné či úplné eliminaci expozice rizikovým faktorům způsobu života: kouření, nevhodná strava, nadměrná spotřeba alkoholu, nízká pohybová aktivita, nevhodné sexuální a reprodukční chování. A tím, k zabránění vzniku a rozvoji nemocí s nimi spojených (HRUBÁ, 2013).

1.1 KOUŘENÍ A ZHOUBNÉ BUJENÍ

Kouření podle odborných hodnocení přispívá 30 % k úmrtnosti na rakovinu a má klíčovou úlohu ve stoupající incidenci nádorových onemocnění. Epidemiologické studie prokázaly, že kouření je odpovědné za dramatický nárůst úmrtnosti na rakovinu plic i mnoha dalších typů rakoviny. Pro vznik rakoviny tlustého střeva je druhým nejrizikovějším faktorem hned po výživě. Studie také potvrzují, že kouření je odpovědné za 16 % úmrtí na karcinomy tlustého střeva a 22 % úmrtí na rakovinu konečníku. Tabákový kouř je zařazen v seznamu IARC (International Agency of Research on Cancer) mezi prokázané humánní karcinogeny, přesto mnoho badatelů údajně popisovalo pozitivní vztahy kouření ke kolorektálnímu karcinomu. U žen kouření ovlivňuje riziko stejně, avšak má delší dobu latence (minimálně 35 let). Riziko středně silných kuřáček je dvakrát vyšší než u nekouřících žen. Nepříznivé účinky tabákového kouře jsou přímé i nepřímé. Kouř vyvolává zhoubné bujení ve tkáních, s nimiž je v přímém kontaktu i v orgánech vzdálených. Incidence u těchto karcinomů stoupá s denní dávkou, po zanechání kouření se rizikovost snižuje jen u silnějších kuřáků. Výše rizika je kromě denního množství vykouřeného tabáku ovlivněna také typem tabáku, dobou kouření, způsobem inhalace a individuální sensitibilitou. Existují důkazy o vyšší vnímavosti mladých osob ke karcinogenním účinkům tabákového kouře. Tyto důkazy vyplývají z epidemiologických studií, které dokumentují vyšší relativní rizikovost zhoubných nádorů u osob, které začaly kouřit před dosažením plné biologické zralosti. V tzv. „hlavním proudu tabákového kouře“ je obsažena většina prokázaných humánních karcinogenů zařazených do seznamů IARC a EPA (Environmental Protection Agency). Účinkům těchto látek je vystavován aktivní kuřák. Jako „vedlejší proud cigaretového kouře“ je označován kouř doutnající cigarety, který je navíc obohacován zbytky vydechovanými kuřákem. I pasivní kuřák je vystaven škodlivým zplodinám. Nejúčinnější obranou pro snížení nemocnosti a úmrtnosti na zhoubné nádory je

omezit a postupně vyloučit kouření ze životního stylu. Výjimečnými, by se staly právě nejčastější nádory. Je všeobecně známo, že kouření má kauzální vztah ke vzniku rakoviny plic i jiným formám zhoubných nádorů a že kuřáci mají také další vážné zdravotní problémy. V prevenci a odvykání kouření mají výjimečnou a nezastupitelnou roli lékaři. Bezpečná cigareta a neškodné kouření neexistují (KOMÁREK, 2008).

1.2 VÝŽIVOVÉ FAKTORY V PREVENCI NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Souvislosti jednotlivých základních nutričních složek, některých potravinových komplexů a úpravy jídel jsou založeny na mnoha empirických studiích. Dietní faktory mohou zasahovat do procesu karcinogeneze prakticky na všech úrovních. Působí nejen formou jednotlivých specifických chemických látek, ale také komplexněji a navíc v neustálé interakci s ostatními enviromentálními vlivy a v rámci genetických predispozic (DUŠEK, 2014).

1.3 ENERGIE A SOUVISEJÍCÍ FAKTORY

Příliš vysoký příjem energie svědčí o zvýšení rizika vzniku nádorového onemocnění. Možným mechanismem přímého vlivu je, že nadbytečná energie v buňce může zvýšit pohotovost k replikaci a tím i nádorové riziko. Úzce souvisejícími faktory jsou: BMI (Body Mass Index), fyzická aktivita a růst v dětství. Efekt celkového příjmu nelze posuzovat odděleně bez těchto faktorů. Vysoká hodnota BMI poukazuje na nadváhu či obezitu, která zvyšuje rizika řady nádorů. Kauzální vztah má především na nádory endometria, prsu, ledvin, žlučníku a tlustého střeva. Ať už je mechanismus vzniku obezity jakýkoli, tukové zásoby představují zvýšenou nabídku energie pro buňky a ta je stimulem k replikaci. Navíc v tělesném tuku se mohou ukládat a hromadit karcinogeny. Některé nádory jsou hormonálně závislé a je zřejmé, že tuková tkáň hraje významnou roli v metabolismu a produkci hormonů. Kvalifikovaná doporučení BMI představují rozmezí 18,5-25 pro dospělé jedince. Hodnoty 25-29,9 označují nadváhu a vyšší než 30 obezitu, tyto kategorie představují jisté riziko. Správně vyvážená energetická bilance vede k udržení zdravé tělesné hmotnosti. Nadbytečný tuk lze redukovat zvýšením tělesné aktivity a omezením příjmu energeticky bohaté potravy (MARQUES-VIDAL, RAVASCO, CAMILO, 2008).

1.4 ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SLOŽKY

Základní nutriční složky potravy tvoří sacharidy, lipidy, proteiny a neméně důležité vitamíny s minerály. Plnohodnotná strava by měla obsahovat přiměřené množství základních i doplňkových nutričních složek (DRASTICH, 2009).

Sacharidy

Významnou protektivní složkou v prevenci nádorů tlustého střeva a konečníku je potravinová vláknina., tvořená neškrobovými polysacharidy, rezistentními oligosacharidy a ligninem. Vláknina je rezistentní vůči hydrolýze trávicími enzymy, prochází traktem v nezměněném stavu a ovlivňuje peristaltiku střevní pasáže. Rychlejší průchod střevního obsahu snižuje dobu expozice škodlivých složek stravy se sliznicí tlustého střeva. Následně zabraňuje vstřebávání nežádoucích látek. Rozpustná část vlákniny má schopnost vázat nejen vodu, ale i mastné kyseliny, žlučové kyseliny a steroly. Fyziologické prospěšnost spočívá v omezení vstřebávání těchto látek a snížení hladiny cholesterolu a glukózy v krvi. V tlustém střevě je vláknina částečně fermentována mikroorganismy, které významnou měrou příznivě ovlivňují stav organismu. Potravinová vláknina je přirozenou složkou rostlinné potravy, je hojně zastoupena v ovoci, zelenině, luštěninách, cereáliích a o ořechách. Doporučená denní dávka je 25 gramů. Zvýšená konzumace jednoduchých sacharidů naopak zvyšuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku. Příjem rafinovaných cukrů by měl tvořit méně než 10 % celkového energetického příjmu (DRASTICH, 2009).

Tuky

Vysoká konzumace tuků se ukázala jako možný rizikový faktor ve vztahu k nádorům tlustého střeva. Prokázaná skutečně kauzální asociace je však velmi slabá. Nepřímý efekt tuků je však spojován se zvýšeným příjmem celkové energie a obezitou, která prokazatelně zvyšuje rizika nádorových onemocnění. Vliv specifických tuků na nádory je nadále zkoumán. Je vhodné se řídit výživovým doporučením. Tuky by měly zastupovat maximálně 30 % z celkového energetického příjmu (DRASTICH, 2009).

Bílkoviny

Neexistuje žádná kauzální spojitost zvýšeného rizika kolorektální karcinomu s příjmem bílkovin, rizikovitost souvisí s úpravou (DRASTICH, 2009).

Vitamíny

Nedostatečný příjem vitamínů může ovlivnit rizika vzniku nádorového onemocnění. Významná funkce vitamínů spočívá především v antioxidačních účincích. Antioxidanty potlačují volné radikály (reaktivní sloučeniny s jedním nebo více volnými elektrony) poškozující tkáň, která

je pak méně resistantní vůči vzniku rakoviny. Nejvíce prospěšné až nepostradatelné se ve vztahu k tomuto riziku ukazují vitamíny: A + karotenoidy, D, E, B5, B6, B12 a C. Pro vitaminy B1 a B2 je jen málo důkazů a naopak lykopen, karotenoid bez aktivity provitaminu A patří mezi průkazně prospěšné. Pro účinnost je doporučováno dodávat vitaminy konzumací ovoce a zeleniny. Vitaminové suplementy nejsou doporučovány pro neprokázaný příznivý efekt (GRIFIN, 2012).

Minerály

Minerály ve vztahu k různým druhům nádorů mají také protektivní význam. Pro prevenci kolorektálního karcinomu jsou však méně podstatné. Jako stopové prvky s protinádorovým účinkem jsou hodnoceny selen a zinek (GRIFIN, 2012).

Koenzym Q10

Je nejznámějším antioxidantem a jeho role v prevenci karcinomů je velmi významná. Je všudypřítomný, v organismu je vytvářen z potravy během mnoha pochodů a působením střevních bakterií (GRIFIN, 2012).

Fytochemikálie

Jsou to bioaktivní látky, obsažené v rostlinných potravinách. Jejich účinek je ve fázi výzkumu, avšak předpokládá se velký antikarcinogenní účinek těchto látek (GRIFIN, 2012).

1.5 POTRAVINY A NÁPOJE, KOMPLEXNĚJŠÍ SLOŽKY

Komplexnější složky obsahují základní nutriety v různých zastoupeních. Jejich hodnocení je důležité vzhledem k faktu, že žádná ze složek zpravidla není konzumována jednotlivě. Dále je uveden přehled základních potravinových skupin a jejich vliv na prevenci kolorektálních nádorů (SVAČINA, 2010).

Obiloviny

Obiloviny tvoří základ zdravé stravy, měly by představovat 45-60 % celkového energetického příjmu. V denní porci je to 400-800 gramů. Jejich důležitost spočívá v obsahu vitamínů a minerálních látek. V prevenci rakoviny střeva hraje roli především vitamín E a selen. Prospěšnost je dále spojována s obsahem vlákniny. Doporučuje se především konzumovat obiloviny celozrnné. Míra zpracování cereálií ovlivňuje efektivnost prevence kolorektálního karcinomu (SVAČINA, 2010).

Zelenina a ovoce

Prospěšnost ovoce a zeleniny spočívá v obsahu stovek potencionálně prospěšných látek, jako jsou vitamíny, minerály, vláknina a další bioaktivní protinádorové látky. Mnoho studií prokázalo spojitost mezi snížením vzniku rakoviny se zvýšenou konzumací ovoce a zeleniny. Účinek mnohých obsažených složek sice dosud není prokázán, avšak komplexní působení ovoce a zeleniny je nejpřesvědčivější ze všech dietních faktorů. Doporučená denní dávka je minimálně 400 gramů, to je zhruba 5 porcí, nejlépe v syrovém stavu. ACS (American Cancer Society) doporučuje konzumovat rozmanité druhy a širokou paletu ovoce a zeleniny ke každému jídlu. Ovocné a zeleninové šťávy vybírat 100 % (SVAČINA, 2010).

Maso a vejce

Dieta s vysokým obsahem především červeného masa a vajec podle různých studií zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Červené maso by mělo být konzumováno v maximálním denním množství do 80 gramů. Přičemž je lépe nahradit jej spíše masem drůbežím nebo rybím. Pro nádorové riziko může být důležitý právě nasycený tuk, proto je třeba vybírat pouze maso libové a pro úpravu použít tuk rostlinný, nikoliv sádlo. Úprava má také důležitou úlohu. Jsou-li živočišné bílkoviny vystaveny vysoké teplotě, vznikají mutagenní sloučeniny přispívající k riziku rakoviny (SVAČINA, 2010).

Alkohol

Alkoholické nápoje jsou klasifikovány jako karcinogeny první třídy, tedy karcinogenní pro člověka. Na vznik kolorektálního karcinomu působí jejich přímý efekt na buňky epitelu. Z výčtu mechanismů se jedná například o vznik volných radikálů a inhibici reparačních enzymů. Přestože se konzumace nedoporučuje vůbec, je stanovena maximální doporučená denní dávka pro muže na 500 ml piva, 200 ml vína nebo 50 ml destilátu. Ženy odbourávají v těle alkohol mnohem hůře, proto jejich doporučená dávka je poloviční (SVAČINA, 2010).

Káva a čaj

Existují výzkumy, které potvrzují, že káva a zelený čaj mají protinádorové účinky. V případě kávy je princip založen na omezení vzniku žlučových kyselin. Zelený čaj je zdrojem antioxidantů, polyfenolů, fluoridů, katechinů a taninů. Obsahuje vitamíny E, C a minerální látky - draslík, hořčík, zinek, železo a fosfor. Pravidelné pití zeleného čaje snižuje riziko vzniku rakoviny kolorekta na polovinu. Doporučené množství je 4 až 5 šálků denně (SVAČINA, 2010).

Léčivé rostliny

Několik málo dalších rostlin obsahuje některé z bioaktivních látek podporujících prevenci onemocnění rakovinou. Evropským populárním lékem je výtažek z hroznových jader. Hroznová jádra obsahují skupinu přírodních látek ze skupiny flavonoidů. Prevence spočívá

ve schopnosti upravovat genetická poškození buněk. Ginko biloba je antioxidant, v jehož složení nalezneme bioaktivní flavonoidy a terpeny. Obrovský význam v prevenci má ženšen, který potlačuje růst nádorových buněk a zvyšuje obranyschopnost. U pacientů podstupujících chemoterapii zmenšuje úbytek kostní dřeně. Určitý léčebný vliv může mít zejména pro pacienty po ozařování třapatka nachová. Tato rostlina známá pod názvem echinacea obsahuje velké množství cenných látek v kořenu a kvetoucí nati. Tato rostlina stimuluje buňky imunitního systému a působí jako přírodní antibiotikum. Slibných výsledků dosahuje podávání starodávné léčivky – aloe vera, jeho účinek je v obraně proti infekci a zlepšení funkcí zažívacího traktu. Léčivé silice zázvoru působí také jako antioxidanty a zlepšují zažívání. Pro zvýšení obrany schopnosti lze dále doporučit: yuccu, pupalku, propolis, mateří kašičku, a jiné další. Protizánětlivé účinky má tea tree oil (SVAČINA, 2010).

Probiotika

Probiotika jsou nepatogenní mikroorganismy, které po konzumaci vykazují pozitivní vliv na zdraví nebo fyziologii hostitele. Probiotičtí mikrobi jsou využíváni pro výrobu fermentovaných mléčných výrobků. Jedná se nejčastěji o bakterie mléčného kvašení, kmeny *Lactobacillus* a *Bifidobacterium*. Lidská střevní mikroflóra obsahuje stovky druhů bakterií, které tvoří přirozenou ochranou bariéru proti patogenním mikroorganismům. Probiotika upravují mikroflóru narušenou antimikrobiálními látkami v terapii, například antibiotiky či po dietní chybě, tak aby nedošlo k vymícení či přemnožení některých kmenů. Pro kmen *Lactobacillus acidophilus* obsažený v kysaném mléce je prokázáno, že přispívá snížit počet hnilobných bakterií ve střevě. Právě hnilobné bakterie jsou považovány za rizikový faktor pro vznik karcinomu tlustého střeva. I jiné kmeny jsou doporučovány v prevenci a jako doplněk k léčbě onemocnění gastrointestinálního traktu. Příznivý účinek je prokázán pro urychlení léčby enteritidy, gastroenteritid a rotavirových průjmů. Účinek probiotik v prevenci zánětlivých onemocnění střev a kolorektálního karcinomu je nadále zkoumán (HRONEK a kol., 2008).

Zamezení karcinogeneze pomocí probiotik je spojováno s úpravou fyzikálně - chemických podmínek ve střevě, vazbou a degradací potencionálních karcinogenů a se zvýšenou imunitní odpovědí organismu. Probiotika nebo látky jimi produkováné totiž umí inhibovat růst nádorových buněk (prokázáno na základě studie MCF7 buněčné linie nádoru prsu). Další schopnost bakterií mléčného kvašení je vázat metabolity vzniklé při rozkládání tuků. Střevní bakterie umí syntetizovat vitamín K a některé vitamíny ze skupiny B, zvyšují vstřebatelnost vápníku a snižují hladinu LDL lipoproteinů. Přestože většina poznatků o působení probiotik v prevenci karcinomu není přímo prokázána na člověku, avšak pouze laboratorně na zvířecích modelech, je zřejmé, že mají všeobecně pozitivní vliv na lidský organismus a působí

detoxikačně. Probiotika mohou být konzumována ve zmíněných mléčných produktech s obsahem mléčné kultury či formou suplement. Pro podporu růstu bakterií v tlustém střevě lze využívat takzvaných prebiotik. Jedná se o substráty, které vytvářejí vhodné prostředí pro život těchto bakterií. Vhodným substrátem jsou nestravitelné oligosaridy, z nichž nejvýznamnější je inulin (HRONEK a kol., 2010).

1.6 ZPRACOVÁNÍ, SKLADOVÁNÍ A PŘÍPRAVA POTRAVY

Potraviny mohou být kontaminovány různými chemickými látkami nebo mikroorganismy. Chemické látky se jsou především rezidua běžně používaných průmyslových hnojiv, pesticidů, herbicidů, veterinárních léků a rovněž těžké kovy. Většina těchto chemikálií nepřesahuje v potravinách takové množství, aby byla dávana do souvislosti s rakovinou. Potraviny napadené mikroorganismy, zejména mykotoxiny je nevhodné konzumovat. V některých studiích byla souvislost s rakovinou prokázána. Veřejností hojně diskutovanou složkou pro vylepšení vlastností a konzervaci potravin jsou aditiva. Jedná se o různá barviva, ochucovadla, arómata jiné konzervační látky. Ani pro tyto látky nejsou důkazy přímého vztahu s karcinomy. Pro způsob uchování potravin je nejlepší zmrazování, neboť není zapotřebí dalších konzervantů. Konzervování uzením a přidáváním různých dusitanů a dusičnanů je vůbec nejhorším způsobem uchovávání potravin. Ačkoli konzumace toho druhu jídla by měla být výjimečná, není tomu tak a zřejmě i to je hlavním důvodem vysoké incidence kolorektálního karcinomu

v ČR. Druhým hlavním důvodem je úprava masa za vysokých teplot. Při grilování a smažení vznikají karcinogeny z řady heterocyklických aminů. Vhodnější způsobem úpravy je vaření a dušení (ŠACHLOVÁ, 2011).

1.7 POHYBOVÁ AKTIVITY V PREVENCI NÁDOROVÉHO BUJENÍ

Zvýšení fyzické aktivity se jeví významným preventivním faktorem. Je součástí kvalitních doporučení pro prevenci nádorů vydaných ACS (American Cancer Society) a důkazy jsou klasifikovány jako přesvědčivé. Účinnost pohybové aktivity je komplexní. Pravidelný pohyb pomáhá udržet optimální tělesnou hmotnost a vyrovnává bilanci mezi energetickým příjmem a výdejem. Přímým mechanismem je ovlivnění peristaltiky tlustého střeva a rychlosti pasáže.

Dochází tak k redukci expozice střevního epitelu s mutageny. V případě hormonálně závislých nádorů má pohybová aktivita vliv zejména na energetický metabolismus a snížení koncentrace inzulínu. Součástí prevence rakoviny tlustého střeva je i prevence diabetu druhého typu a obezity. Pozitivní efekt má zvýšený pohyb také na fyziologické pochody související se steroidními hormony a na imunitní funkce. Aktivní životní styl by měl odpovídat nejméně 1,75 násobku bazálního metabolismu, což odpovídá 1 hodině ostré chůze denně a alespoň 1 hodině intenzivního cvičení v týdnu. K redukci rizik karcinomu kolon zřejmě dochází již při mírné až středně intenzivní pohybové činnosti (KOMÁREK, 2008).

2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

V České republice se odborníkům podařilo vybudovat uznávaný systém sekundární prevence. Tento systém se podařilo zařadit mezi jednu z priorit českého zdravotnictví, především díky výsledkům celosvětových epidemiologických statistik, podle kterých představuje kolorektální karcinom v ČR závažný zdravotní problém. Sekundární prevence toho onemocnění je zaměřena na asymptomatické jedince vysoce rizikových skupin, které jsou definovány ve směrnících České gastroenterologické společnosti. Jedná se o cílené vyhledávání osob, které nemají příznaky nemoci, přesto mají jisté riziko onemocnění vzhledem k věku či dědičnému faktoru. Systém se zaměřuje na dva programy. Depistážní program asymptomatických jedinců nad 50 let věku má jednotný diagnostický program, obsahující test na okultní krvácení a v případě positivity kolonoskopii či irrigografií. Z celkového počtu pozitivních testů se uvádí zjištění zhruba 10-20 % karcinomů, u 15-30 % jde o nezhoubné polypy a 40-50 % jedinců o jinou příčinu krvácení. Právě odstranění doposud adenomových polypů, které se často označují jako prekancerózy je významnou složkou profylaxe. Metoda endoskopické polypektomie a pravidelného kontrolování snižuje incidenci karcinomu kolorekta. Metody screeningu jsou různé, avšak nejčastěji se používá vyšetření na okultní krvácení ve stolici (TOKS). Zejména pomocí testu Hemocult II, což je papírek impregnovaný guajakovou pryskyřicí, která s hemoglobinem ve stolici reaguje modře a označuje tak pozitivní test. Především je tato metoda populací velmi dobře akceptována, má vysokou specifiku, dává málo falešných výsledků a je ekonomická. Splňuje tedy požadavky pro masovou identifikaci nerozpoznané nemoci u zdravě se cítící populace. Právě u této metody byla prokázána vysoká efektivita sekundární prevence

pomocí populačního screeningu. Mortalita na kolorektální karcinom tak klesla o 19 % a incidence pokročilého stádia o 10-48 %. Jako další metody pro screening se využívají flexibilní simoideoskopie (FSS), kombinace TOKS a FSS, kolonoskopie a virtuální kolonografie (ZAVORAL, ZÁVADA, 2009).

Dispenzární program vysokorizikových skupin nemá oproti depistážnímu programu stejný diagnostický postup. Pro dané rizikové skupiny se užívá různého testování, v různých časových intervalech. Rizikové skupiny tvoří osoby s rodinnou nebo osobní anamnézou kolorektálního karcinomu, případně adenomu, dále jedinci s familiární adenomovou polypózou, se syndromem hereditárního nepolypózního kolorektálního karcinomu (Lynch I. a II.) a s dlouhotrvajícím idiopatickým střevním zánětem. Metody používané pro tento program zahrnují kromě opakovaných endoskopických vyšetření a klinického testování také genetické poradenství a testování, kde cílem je detekovat vrozené mutace tumor-supresorových genů u genotypických jedinců a nosičů mutace u příbuzných. Přičemž pro každou vysoce rizikovou skupinu jsou navrženy metody specifické. Návrhy pro metodiku dispenzárních programů jsou založeny na předchozích směrnících a směrnících Americké gastroenterologické asociace a je třeba je po určité době upravovat. Novelizace jsou prováděny na základě poznatků a výsledků tak, aby vedly ke zlepšení péče o takto vysoce rizikové skupiny populace (FRÍČ, ZAVORAL, 2007).

3 TERCÍÁLNÍ PREVENCE

Terciální prevence se týká osob, kteří se podrobili operaci pro zhoubný nádor a absolvovali základní onkologickou terapii. Je uváděno, že asi u 10 % vyléčených nemocných přetrvává riziko vzplanutí zhoubného onemocnění nebo vnik metastáz. Tyto osoby jsou systematicky dispenzarizovány na gastroenterologickém a onkologickém oddělení. Oblast sekundární a terciální prevence je řešen vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 60/1997 Sb., která stanovuje interval kontrolního vyšetření na 3 až 12 měsíců (DUŠEK, 2014).

ZÁVĚR

Do dnešní doby není nalezen žádný převratný lék na toto zmíněné onemocnění. Výraznou změnu nepřinesla ani nejnovější léčba cytostatiky, která se testují při klinických studiích. Jedinou možnou cestou je prevence a cesta včasného záchytu.

ZDROJE

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2010. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7472-034-5.

DUŠEK, Ladislav, 2014. *Rakovina je jako povodeň*. Praha: Mladá fronta. *Zdravotnictví Medicína*, roč. 5, č. 10. ISSN 2336-2987.

DRASTICH, Pavel. 2009. Česká gastroenterologická společnost: *Směrnice pro screening, diagnostiku a terapii kolorektálního karcinomu*. Retrieved 2009 on the World Wide Web: http://www.cgs-cls.cz/cps/rde/xchg/cgscls/xsl/index_21155.html.

FRIČ, Přemysl a Miroslav ZAVORAL, 2007. *Dispenzární programy vysokorizikových skupin kolorektálního karcinomu (KR-CA)*. Loket - bulletin České spol. hepatopankreato-biliární chirurgie, roč. 13, č. 2. Retrieved 2007 on the World Wide Web: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-05>.

GRIFFIN, Edward, 2012. *Svět bez rakoviny - příběh vitamínu B17*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-2517-1.

HRUBÁ, Dagmar, 2013. *Strategie primární prevence (nejen) v onkologii*. Brno NOÚ: Sborník abstrakt. ISBN 978-80-904-596-4.

HRONEK, Miloslav a kol. 2010. *Probiotika v prevenci kolorektálního karcinomu*. Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, roč. 7, č. 3. ISSN 1805-4129.

HRONEK, M. a kol. 2008. *Onkologická rizika*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, ISBN 978-80-238 -7620-1.

KOMÁREK, Lumír, 2008. Primární prevence jako součást primární lékařské péče. *Interní medicína pro praxi*, roč. 4, č. 2. ISSN 0044-1996.

SVAČINA, Štěpán. 2010. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. 1. vyd. ISBN 978-80-7262-676-2.

ŠACHLOVÁ, Milana. 2011. *Nádorová onemocnění a výživa*. Brno: Masarykův onkologický ústav, Sborník abstrakt. ISBN 978-80-904-595-4.

ZAVORAL, Miroslav a František ZÁVADA, 2009. *Screening sporadického kolorektálního karcinomu*. Interní medicína pro praxi. ISBN 978-80-7254-902-3.

KONTAKT

PhDr. Marcela Rybová

Chrlická 56, Brno-Tuřany, 620 00

rybovamarcela@seznam.cz

ANTIBIOTIKÁ JAKO „SINGLE“ TERAPIA AKÚTNEJ APENDICITÍDY

MAZALÁN, P.

Abstrakt

Štúdia sa zameriava na problematiku antibiotickej liečby pri diagnóze akútnej apendicitídy. Ide o retrospektívnu analýzu vybraných zahraničných prehľadových štúdií dostupných v elektronických databázach EBSCO, MEDLINE, ClinicalKey, SpringerLink a Wiley v časovom rozhraní od roku 2006 do roku 2012. Špecifickú pozornosť venujeme histórii, etiológii ale i patofyziológii ochorenia akútnej apendicitídy. Napokon konštatujeme, že trendy zahraničných výskumov naznačujú príklon k antibiotickej liečbe pri ľahšej forme akútnej apendicitídy.

Kľúčové slová

akútnej apendicitídy, etiológia, patofyziológia, antibiotická liečba.

ÚVOD

Akútnej apendicitídy je v súčasnosti najčastejšia náhla príhoda brušná s ktorou sa chirurg na urgente stretáva. Podľa odbornej svetovej literatúry prekoná počas svojho života akútnej apendicitídy vyspelých krajinách okolo 8 % obyvateľstva, s vekovým rozhraním medzi 10 až 30 rokom života (Sabiston, 2008). Vzhľadom na frekvenciu daného ochorenia boli a stále sú prepracované nové postupy liečby akútnej apendicitídy. Či už postupný vývoj operačnej techniky klasickej apendektómie až po laparoskopiu, ktorá v súčasnosti tvorí na mnohých pracoviskách štandard chirurgickej liečby.

Súčasná doba prináša zo sebou jeden veľmi dôležitý fakt, že i zdravie a jeho prinavrátenie z choroby má svoju cenu a tým myslíme financie. V mnohých prácach, z rôznych pracovísk po celom svete sa vždy neopomenie spomenúť slovo *cena*. Cena hospitalizácie, cena operácie a pod. V princípe aj laparoskopická apendektómia, respektíve miniinvazívna chirurgia vznikla a má svoje základy položené na slove cena. Avšak i laparoskopická chirurgia má svoje úskalia, ktorými máme na mysli pooperačné

komplikácie. Z tohto dôvodu tak prichádza nový trend liečby akútnej apendicitídy „neoperovať“. Nemyslíme neoperovať všetkých, ktorí cítia bolesť v pravom podbruší. Mnohé retrospektívne štúdie súčasnosti poukazujú na spôsob liečby akútnej apendicitídy antibiotikami.

Cieľom je poukázať na aktuálny pohľad liečby ľahšej formy akútnej apendicitídy, antibiotickú liečbu.

Napriek tomu, že akútna apendicitída je najčastejšia náhla príhoda brušná, stále ostáva akoby neobjaveným kútom sveta. Mnoho odborných prác a štúdií píše o význame antibiotickej liečby, chirurgickej liečby, eventuálne porovnávajú obe. Avšak domnievame sa sme presvedčení, že stále chýbajú štúdie alebo jednoducho smernice, ktoré by určovali, ktorého pacienta liečiť ATB a ktorého operovať.

1 HISTÓRIA OCHORENIA APENDICITÍDY

Hoci už starodávne pramene uvádzajú jednoduché chirurgické zákroky pre ochorenie znejúce ako apendicitída, prvenstvo za uskutočnenie prvej apendektómie patrí Claudiusovi Amyandovi, chirurgovi z *St. George's Hospital* v Londýne, ktorý roku 1736 operoval 11 ročného chlapca so skrotálnou herniou a črevnou fistulou. Počas operácie Amyand našiel vo vaku hernie perforovaný appendix, ktorý úspešne zresekoval (Brunicardi et al., 2007).

Appendix nebol do 19. stor. považovaný ako orgán zapríčiňujúci ochorenie. Reginald Fitz, profesor patológie na Harvarde roku 1886 razil termín apendicitída. Opísal appendix ako primárnu príčinu zápalu pravého dolného kvadrantu brucha (Brunicardi et al., 2007) a odporúčal skoré chirurgické riešenie ochorenia (Townsend et al., 2008).

Prvú chirurgickú liečbu pre apendicitídu bez abscesu uskutočnil Hancock v roku 1848, v tej dobe vykonal incíziu peritonea, zadrenoval pravé podbrušie bez odstránenia appendixu. Následne Kronlein v roku 1886 popisuje prvú apendektómiu pre apendicitídu, hoci pacient druhý deň po operácii umrel (Brunicardi et al., 2007).

V roku 1889 Chester McBurney popisuje charakteristickú migrujúcu bolesť (Townsend et al., 2008) a rovnako opisuje *McBurneyov bod* ako bod maximálnej citlivosti (Brunicardi, et al., 2007). Čo sa týka novodobej histórie akútnej apendicitídy, svoje nezastupiteľné miesto v nej zastáva nemecký gynekológ Kurt Semm, ktorý v roku 1982 uskutočnil prvú laparoskopickú apendektómiu (Townsend et al., 2008).

2 VÝSKYT, ETIOLÓGIA A PATOFYZIOLÓGIA AKÚTNEJ APENDICITÍDY

Ako sme už vyššie spomenuli v rozvinutých krajinách je akútna apendicitída najčastejšou náhlou príhodou brušnou, vyskytujúcou sa vo všetkých vekových skupinách, postihujúcou asi 7–10 % populácie (Šváb, 2007). Podľa ďalšej odbornej literatúry 7 % všetkého obyvateľstva sa podrobí apendektómii pre akútnu apendicitídu (Brunicardi et al., 2007). V niektorých častiach Afriky a Ázie sa však nevyskytuje. Vznik akútnej apendicitídy môžu podmieňovať niektoré z civilizačných faktorov, ako napríklad vymývanie múky, zbavovanie celulózových zvyškov, ktoré sa podieľajú na intenzite pasáže tráviacim traktom. Bujnejúca infekcia v lumene apendixu následne napadá ľahšie lymfatické tkanivo v črevnej stene (Šváb, 2007).

Zmena charakteru invazivity bakteriálnych kmeňov v dôsledku používania antibiotík rôzneho typu v populácii, je tiež vysvetľované ako časť vzniknutých zápalov apendixu (Švab, 2007).

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

Taktiež svetová literatúra uvádza ako dominantnú príčinu akútnej apendicitídy obštrukciu lumenu apendixu. Koprolity sú najčastejšou príčinou apendikálnej obštrukcie. Koprolity sú nájdené v 40 % prípadov ľahšej formy akútnej apendicitídy, v 65 % prípadov gangrenóznej apendicitídy a skoro v 90 % prípadov gangrenóznej perforovanej apendicitídy (Brunicardi et al., 2007).

Obštrukcia lumenu apendixu vedie k bakteriálnemu premnoženiu a pokračovaniu sekrécie hlienu, čo vedie k intraluminálnej distenzii a nárastu tlaku črevnej steny. Intraluminálna distenzia produkuje viscerálnu bolesť, ktorú pacient vníma ako periumbilikálnu bolesť. Ďalšie zhoršenie lymfatickej a venóznej drenáže vedie k ischemii mucosi. Tieto nálezy v kombinácii, podporujú lokalizovaný zápalový proces, ktorý môže viesť ku gangréne a perforácii. Inflamácia prilahlého peritonea znamená vzostup lokalizovanej bolestivosti do pravého podbrušia. Aj keď je značná variabilita, perforácia sa typicky objavuje po 48 hodinách od objavenia sa príznakov a je sprevádzaná abscesovou dutinou ohraničenou tenkým črevom a omentom. Raritne sa vyskytuje voľná perforácia apendixu do

peritoneálnej dutiny, ktorá môže byť sprevádzaná peritonitidou a septickým šokom a komplikovaná ďalšími formáciami početných intraperitoneálnych abscesov (Townsend et al., 2008, s. 1334).

3 TERAPIA AKÚTNEJ APENDICITÍDY

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

- chirurgicky,
- konzervatívne,
- apendektómia v intervale.

Napriek príchodu viac sofistikovaných diagnostických postupov, by význam skorej operatívnej intervencie nemal byť opomenutým. Mnohé štúdie preukázali účinnosť antibiotík v predoperačnej liečbe za účelom zníženia infekčných komplikácií akútnej apendicitídy. Väčšina chirurgov pravidelne indikuje antibiotiká u všetkých pacientov s podozrením na akútnu apendicitídu. Pri náleze ľahkej formy akútnej apendicitídy, nie je žiadny benefit v predĺžovaní antibiotickej liečby (ďalej ATB) nad 24 hodín. V prípade peroperačného nálezu perforovanej alebo gangrenoznej apendicitídy, antibiotická liečba pokračuje až kým pacient nie je afebrilný a má fyziologické hodnoty leukocytov (Brunicardi et al., 2007). *Keď operačný výkon potvrdí ľahkú formu akútnej apendicitídy (ďalej AA), nie je nutná pooperačná liečba ATB. Avšak ak nájdeme komplikovanú AA, pooperačná liečba ATB je indikovaná (Shein, 2011, s. 228).*

4 KONZERVATÍVNY POSTUP

U nekomplikovanej akútnej apendicitíde pôsobia antibiotiká profylakticky, zatiaľ čo pri komplikovaných apendicitídach terapeuticky. Treves bol obhajca skorého neoperatívneho manažmentu akútnej apendicitídy, ešte pred uvedením ATB do liečby AA. V post-antibiotickej ére, Coldrey predstavil svoju retrospektívnu sériu 471 pacientov s AA liečených antibiotikami. Táto liečba zlyhala u najmenej 57 pacientov, z toho u 48 bola vyžiadaná apendektómia a u 9 pacientov bola potrebná drenáž perianpendikularneho abscesu.

Erikssonom a spol. (Zinner, Ashley, 2008) na základe výsledkov ich štúdie, poukazujú na vysokú mieru recidívy akútnej apendicitídy liečenej konzervatívne. Autori štúdie vybrali 40 dospelých pacientov

s predpokladanou AA riešených apendektómiou a pacientov na 10 dňovej intravenózne a perorálnej antibiotikovej liečbe. U 8 pacientov (40 %) z 20 v skupine liečených ATB bola vyžiadaná apendektómia do 1 roka: jeden pacient pre perforáciu do 12 hodín od randomizácie a ďalších 7 pacientov pre recidívu apendicitídy (z ktorých jeden mal perforácie). Na základe vysokej miery zlyhania atb terapie, konzervatívny postup AA sa neodporúča. Antibiotická liečba môže byť užitočná v prostredí s nedostupnosťou chirurgickej liečby, ako napr. vo vesmíre a v ponorke (Zinner, Ashley, 2008).

Konzervatívna liečba sa odporúča (Sisir, 2011):

1. Pri kolísavých teplotách.
2. Ak hodnoty pulzu sú v norme.
3. Hmatateľná rezistencia s postupne mäkkšou zmenšujúcou sa konzistenciou.
4. Žiadny dôkaz difúznej peritonitídy.
5. Samovoľný odchod vetrov.
6. Tolerancia tekutín per os a dobrá chuť do jedla.
7. Návrat hodnôt leukocytov takmer do normálu.

Ak sa u pacienta vyvinú príznaky difúznej peritonitídy, musí sa vykonať operácia (Sisir, 2011, s. 236). Tradične je akútna apendicitída po diagnostike v krátkosti chirurgicky riešená. Pokusy konzervatívnej liečby AA s antibiotickou liečbou samotnou boli spojené s vysokou mierou klinického zlyhania alebo recidívy. Avšak jednorazové predoperačné podanie ATB zreteľne znižuje mieru pooperačných infekcií v rane. *Single terapia*, typicky s atb druhej generácie ako napr. cefalosporíny alebo chinolóny je dostačujúca. Ak je appendix perforovaný, antibiokotická terapia by mala pokračovať aj v pooperačnom období. Presná doba trvania antibiotickej terapie by mala byť určená podľa klinického stavu pacienta, podávaním ATB aspoň po dobu jedného týždňa, alebo pokým sa nezvládne infekcia u pacienta. Podľa dôkazov prebieha systémová infekcia 1 týždeň po operácii akútnej apendicitídy, alebo po intraabdominálnom abscese (Fisher et al., 2011).

Antibiotická profylaxia je vo všeobecnosti účinná v prevencii pooperačných infekčných komplikácií (ranová infekcia, vnútrobrušný absces). Predoperačné podanie atb je preferované, avšak niektorí odborníci tvrdia, že môže byť oddialené. Pre AA, atb krytie štandardne pozostáva z cefalosporínov II. generácie. U pacientov s akútnou apendicitídou bez perforácie je jednorazové užitie ATB dostačujúce. Antibiotická terapia pri perforovanej alebo gangrenóznej apendicitíde by mala pokračovať ešte 3 až 5 dní po operácii (Klingensmith et al., 2008).

5 ANTIBIOTIKÁ AKO „SINGLE“ TERAPIA AKÚTNEJ APENDICITÍDY

Antibiotická liečba ako samostatná liečba akútnej apendicitídy nie je novátorskou myšlienkou. V roku 1959 Eric Coldrey publikoval prácu, kde 471 pacientov s podozrením na akútnu apendicitídu bolo liečených konzervatívne s antibiotikami, pokojom na lôžku a hladovaním. Dospel k záveru, že tento prístup je bezpečný a vyhovujúci, len s jedným úmrtím v skupine pacientov. Prvá prospektívna kontrolovaná štúdia porovnávajúca liečbu antibiotikami s apendektómiou bola publikovaná v roku 1995. Jednalo sa o pilotnú štúdiu 40 dospelých pacientov. Iba jeden z dvadsiatich pacientov (5 %), ktorí dostali antibiotiká sa touto liečbou nezotavil (i. v. Cefotaxim 2 g x 2 a Tinidazol 800 mg x 1 po dobu 2 dní s následnou per os formou Ofloxacín 200 mg x 2 a Tinidazolu 500 mg x 2-8 dní) a bola u neho indikovaná operácia.

O dekádu neskôr bola prezentovaná prospektívna multicentrická kontrolovaná štúdia u 252 mužov medzi 18 a 50 rokom života s predpokladanou akútnou apendicitídou. Miera uzdravenia na základe atb terapie bola 88 % a miera rekurencie apendicitídy do 1 roka bola 14 %. Toto zistenie bolo porovnávané s mierou komplikácií u 14 % pacientov v skupine operovaných.

Závery metaanalýz a systematických prehľadov boli nekonzistentné a menili sa na konštatovania tvrdiac, že antibiotiká môžu byť použité iba u vybraných typov pacientov s nekomplikovanou apendicitídou, zatiaľ čo apendektómia zostáva zlatým štandardom. Existuje viac pozitívnych postojov vo vzťahu k antibiotickej terapii, z dôvodu vzniku menších komplikácií v porovnaní s operáciou (Hansson, Körner et al., 2012).

Podľa autorov Hanssona, Körnera et al. (2012) antibiotiká boli podávané v intravenózne forme najmenej jeden deň. Spočiatku pacienti dostali parenterálnu výživu zo zákazom per os prijmu tekutín a stravy. Pacienti boli následne prepustení do ambulantnej starostlivosti, ak sa ich klinický stav zlepšil po 12 až 24 hod. s odp. pokračovať v perorálnom užívaní antibiotík v celkovej antibiotickej liečbe po dobu desiatich dní. Toto rozhodnutie bolo uskutočnené v súlade s zhodnotením klinického stavu, laboratórných parametrov (CRP, Leukocyty). Intravenózna antibiotická terapia by mohla byť predĺžená v prípade, že klinický stav pacienta sa jednoznačne nezlepšil. Apendektómia bola vykonaná u pacientov, u ktorých sa zhoršil klinický stav alebo naďalej nevykazovali známky zlepšenia v závislosti na zodpovednosti chirurga. Pred začiatkom vyšetrovania ako uvádza Hansson, Körner et al. (2012), výber liečby antibiotikami býva vykonaný po porade s odborníkmi z infektológie a v súlade s regionálnou antibiotickou rezistenciou v tom čase. Preto v prospektívnej štúdiu používali rôzne

antibiotiká v i. v. forme, kde porovnávali antibiotiká s apendektómiou v liečbe AA (Cefotaxim 1 g x 2 a Metronidazol 1,5 g x 1). Hansson, Körner et al., (2009) sa prikláňajú v porovnaní s naväzujúcou prospektívnou štúdiou zavedenia antibiotík prvej línie liečby k dispozícii všetkým nevybraným pacientom s AA (Piperacilín, Tazobaktám 4 g x 3). Hlavným princípom bolo ponúknuť všetkým pacientom liečbu antibiotikami v prvej línii s určitými výnimky (Hansson, Körner et al., 2012):

1. kde je operácia považovaná za potrebnú (napr. difúzny zápal pobrušnice, vysoká horúčka, sepsa) podľa klinického rozhodnutia zo strany lekára,
2. tehotenstvo,
3. opakujúca sa apendicitída.

Hypotéza autora znela, že flegmonózna apendicitída by sa mala mať s najvyššou pravdepodobnosťou vyliečiť antibiotikami, v porovnaní s gangrenóznou alebo perforovanou apendicitídou

5.1 ANALÝZA ANTIBIOTICKEJ LIEČBY

Klinickú kontrolnú štúdiu antibiotickej liečby verzus apendektómie ako primárnej liečby akútnej apendicitídy u neselektovaných pacientov ponúkajú autori Hansson, Körner et al. (2009). V nej porovnávajú antibiotickú liečbu s apendektómiou u 369 pacientov. Primárnym cieľom bolo objasniť účinnosť liečby a komplikácie. U 5-10 % pacientov bolo klinické rozhodnutie potreby primárnej operácie. Úspešnosť antibiotickej liečby bola v danej štúdii v 91 %, s mierou rekurencie po 1 roku 14 %. Väčšina rekurencií bola s flegmonóznym nálezom apendicitídy a pacienti v porovnaní s tými ktorí boli primárne operovaní netrpeli viacerými komplikáciami.

Tabuľka 1 Recidíva počas 1 roka sledovania

počet	vek	priemerný čas	liečba	perop.	diagnostika	rozmedzie	k rekurencii	anti	ope
		(mesiace)	biotiká	rácia	app.	app.	app.		
Randomizovaná	15/14	%/ 35-83	4	3	12	8	1	3	
Kontrolná štúdia	—————								

Prameň: Hansson, Körner et al., 2009.

Primárna liečba antibiotikami je spojená s menším počtom komplikácií v porovnaní s primárnou operáciou. Najbežnejšou komplikáciou u pacientov liečených antibiotikami bola určitá forma vedľajšieho účinku antibiotík (najmä hnačka) a medzi primárne operovanými, ranová infekcia.

Hospitalizácia bola významne kratšia u pacientov liečených antibiotikami v porovnaní s operovanými (Hansson, Körner et al., 2009).

Nasledujúca prospektívna populáčná štúdia predstavuje antibiotiká ako liečbu prvej línie u všetkých nevybraných pacientov s AA. Štúdia zahŕňala 558 pacientov hospitalizovaných a liečených pre akútnu apendicitídu od mája 2009 do februára 2010. Z toho 79 % (n 442) pacientov dostalo ATB ako liečbu prvej línie a 20 % (n 111) boli primárne operovaní. Miera účinnosti antibiotickej liečby bola 77 % z počtu (n 442). Miera rekurencie apendicitídy v období 1 roka bola 11 % (n 38). Antibiotická liečba predstavovala menej komplikácií v porovnaní s primárnou operáciou. Komplikácie po ATB terapii pozostávali predovšetkým z vedľajšieho účinku ATB. Doba hospitalizácie bola signifikantne kratšia u pacientov liečených antibiotikami (Hansson, Körner et al., 2012).

Tabuľka 2 Recidíva počas 1 roka sledovania

počet	vek	priemerný čas	liečba	perop.	diag.	rozmedzie	k rekurencii	anti	ope
	flegmon.	gangren.	perf.	(mesiace)	biotiká	rácia	app.	app.	
Prospektívna	39/11 %/	17-89	5	5	34	27	4	3	
Populačná štúdia									

Prameň: Hansson, Körner et al., 2009.

V retrospektívnej observačnej štúdií predoperačných parametrov u 384 pacientov, bola štúdia spojená s histopatologickým výsledkom appendixu za účelom vytvorenia modelu predikcie antibiotickej odpovede. Hypotézou štúdie je, že flegmonózna apendicitída by sa mala s najvyššou pravdepodobnosťou liečiť antibiotikami v porovnaní s gangrenóznou a perforovanou apendicitídou. Analýza pacienta pred začatím liečby vo vzťahu k histopatologickej diagnostike ukázala, že vek, CRP a leukocyty boli významné prediktory flegmonózne apendicitídy vo viacerých logistických regresných analýzach.

Model s vekom <60 rokov, CRP <60 mg/L a leukocyty <12x10 na 9 má za následok 89% pravdepodobnosť, že daný model nevyžaduje chirurgickú exploráciu, kedy boli všetky tri kritéria splnené.

Tabuľka 3 Predikcia flegmonóznej apendicitídy a antibiotická reakcia

Predikcia flegmonoznej apendicitídy		Predikcia atb odpovede	
PPH %		PPH %	
<u>Prediktívny model</u>			
- vek/roky/	< 60		
- CRP/mg/L/	< 60	89	89
- Leu/x10 ⁹ /L/	< 12		

PPH - pozitívna prediktívna hodnota

V prospektívnej pozorovacej štúdií o hodnotení prokalcitoninu (PCT) ako prediktora včasnej terapeutickú účinnosti poskytovanej antibiotickej liečby od autorov Hanssona Körnera et al. (2009) použili v ďalšej štúdií, vyššie zmienení autori tých istých pacientov od mája 2009 do júna 2010. Hodnoty prokalcitoninu boli sekvenčné merané s cieľom analyzovať účinnosť zahájenej antibiotickej liečby. PCT je prekursor kalcitonínu a môže byť markerom zápalu a infekcie. Úloha PCT v porovnaní s tradičnými laboratórnymi testami, ako CRP a Leukocyty, nie je ešte úplne objasnená. PCT koreluje v tesnosti s bakteriálnou infekciou a ukazuje dynamiku infekcie. U pacientov s ťažkou sepsou a infekciou dýchacích ciest je PCT ako prognostický faktor a môže byť použitý v algoritme nasadenia, event. ukončenia antibiotickej liečby (Schuetz, Chiappa et al., 2011). U pacientov s akútnou apendicitídou môžu zvýšené hladiny naznačovať gangrénu alebo perforáciu, hoci so zlou citlivosťou. V súlade s hypotézou autorov štúdie je, že PCT môže slúžiť ako rýchly laboratórny ukazovateľ, či je antibiotická liečba účinná, alebo predstavuje suboptimálnu liečbu. Test bol vykonaný na 71 % pacientov, ktorí dostali atb liečbu. Lákavou teóriou je, či hodnota PCT ako rýchleho zápalového parametra podporuje rozhodovanie o začatí a ukončení antibiotickej terapie. Avšak, u pacientov s akútnou apendicitídou, neboli autori štúdie schopní potvrdiť výhodu PCT, v porovnaní s tradičnými zápalovými markermi ako CRP, Leukocyty a telesná teplota.

Vons, Barry et al. (2011) vo svojej nedávnej rozsiahlej retrospektívnej štúdií, na pacientoch s predpokladanou AA a s CT potvrdenou diagnózou nekomplikovanej apendicitídy, podradujú antibiotickú liečbu apendektómii. 8 meta-analýz a recenzii, vrátane Cochrane správy retrospektívnych štúdií, porovnávajúce antibiotickú liečbu s chirurgiou (viď Tabuľka 4) publikované počas posledných rokov, prinášajú závery správ, ktoré však neboli zhodné. Údaje iných autorov tvrdia, že pacienti

s koproliťazou verif. CT majú vysoké riziko zlyhania konzervatívnej liečby a taktiež vysoké riziko rekurencie.

Tabuľka 4 Antibiotická liečba – miera uzdravenia a rekurencie

Pacienti liečení	Miera uzdravenia	Rekurencia	Rekurencia
antibiotikami	%	1 rok %	5 rokov %
Eriksson a spol., 1995	20	95	37
Styrud a spol., 2006	128	88	14
Hansson a spol., 2009	119	91	14
Malik a spol., 2009	40	95	11
Turhan et al., 2009a	107	82	10
Vons et al., 2011	120	88	25
Hansson et al., 2012	442	77	11

a- nerandomizovaná

Prameň: Vons, Barry et al., 2011

ZÁVER

Na základe vyššie uvedených citovaných štúdií a publikovaných materiálov od zahraničných autorov si dovoľíme tvrdiť, že antibiotická liečba je bezpečná alternatíva k operácii. Výhodou antibiotickej liečby pre pacientov je vyhnutie sa operácii, a tým zníženie rizika komplikácií súvisiacich s operáciou.

Z čerpaných údajov vychádza, že hlavnou nevýhodou antibiotickej liečby pre pacienta je riziko recidívy. Ako spomínajú citovaní autori, pacienti by mali mať pri prijatí na chirurgiu nárok na primerané informácie o antibiotickej liečbe akútnej apendicitídy ako alternatívy chirurgického riešenia. Samozrejme pri akceptovaní danej liečby musia súhlasiť s počiatočným rizikom zlyhania ATB liečby alebo neskoršou recidívou. Tento princíp platí napr. vo Švédsku, kde bola uskutočnená veľká retrospektívna štúdia a v iných vyspelých krajinách, kde je snaha liečiť AA, teda ľahšie formy konzervatívne ATB.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BACHOO, P., A.A. MAHOMED and G.K. NINAN. Acute appendicitis: the continuing role for active observation. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001, vol. 17, n. 3, p. 125–128. ISSN 0022-3468.

BRUNICARDI, F.CH. et al. *Schwartz's Principles of Surgery*. 8. vyd. New York: McGraw Hill, 2007. ISBN 978-0-8089-2401-2.

CLYD, C., T. BAX, A. MERGS et al. Timing of intervention does not affect outcome in acute appendicitis in a large community practice. *The American Journal of Surgery*. 2008, vol. 195, n. 3, p. 590–593. ISSN 0002-9610.

HANSSON, J., U. KÖRNER, K. LUDWIGS et al. Antibiotics as first line therapy for acute appendicitis: evidence for a change in clinical practice. *World Journal of Surgery*. 2012. ISSN 1432-2323.

HANSSON, J., U. KÖRNER et al. Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *British Journal of Surgery*. 2009, vol. 96, n. 5, p. 473–481. ISSN 1365-2168.

KLINGENSMITH, M.E. et. al. *The Washington Manual of Surgery*. 5. vyd. St Louis: Lippincott Williams & Wilkins, 658 s. ISBN 0-7817-74470.

NAGPAL, K., N. UDGIRI, N. SHARMA et al. Delaying an appendectomy: is it safe? *The American Surgeon*. 2012, vol. 78, n. 8, p. 897–900. ISSN 1555-9823.

SCHEIN, M. a P.N. ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie. Schen's Common Sense Emergency Abdominal Surgery*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0.

SCHUETZ, P., V. CHIAPPA et al. Procalcitonin algorithms for antibiotic therapy decisions: a systematic review of randomized controlled trials and recommendations for clinical algorithms. *Archives of Internal Medicine*. 2011, vol. 171, n. 15, p. 1322 -1331. ISSN 0888-2479.

SISIR, K.M. *Clinical practice and surgery of the colon, rectum and anus*. 1st edition. New Delhi: Ajanta Offset a Packagings, 2011. 294 s. ISBN 978-81-8448-992-7.

STAHLFELD, K., J. HOWER, S. HOMITSKY et al. Is acute appendicitis a surgical emergency? *The American Surgeon*. 2007, vol. 73, n. 2, p. 626-629. ISSN 1555-9823.

ŠVAB, J. *Náhle příhody břišní*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 199 s. ISBN 978-80-7262-458-0.

TEIXEIRA, P.G., E. SIVRIKOZ et al. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. *Annals of Surgery*. 2012, vol. 256, n. 3, p. 538–543. ISSN 1528-1140.

TOWNSEND, C. M. *Sabiston Textbook of surgery. The Biological Basic of Modern Surgical practice.* 18. vyd. Canada: Saunders Elsevier, 2008. 2353 s. ISBN 978-1-4160-3675-3.

VONS, C., C. BARRY, S. MAITRE et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, noninferiority, randomised controlled trial. *The Lancet Journal.* 2011, vol. 377, n. 97, p. 1573–1579. ISSN 0140-6736.

ZINNER, M. J. and S.W. ASHLEY. *Maingot 's Abdominal Operations.* 11. vyd. New York: McGraw Hill, 2008. ISBN 978-007-1-4476-6.

KONTAKT

MUDr. Pavol Mazalán

Chirurgická klinika SZU a UNB, Limbova 5, 83305 Bratislava

Starorímska 3, Bratislava 85110

pavolmazalan@gmail.com

EMOCE Z POHLEDU HOLISTICKÝCH PŘÍSTUPŮ

KYMROVÁ, E., NĚMCOVÁ, J.

„Emoce jsou reakcí těla na naši mysl. Jsou odrazem mysli v těle člověka. Myšlenka vytvoří zesílený obraz sebe samé ve formě emoce a vibrační energie emoce posílí původní myšlenku“, říká Eckhart Tolle v knize *„Moc přítomného okamžiku“*. Emoce představují energizovanou myšlenku se silným energetickým nábojem.

Jinými slovy - emoce jsou síla, kterou katalyzujeme původní myšlenku. Mysl - nástroj Ega odvádí naši pozornost od přítomného okamžiku, protože Ego se ve své neustálé turbulenci neumí zastavit. Navíc v přítomném okamžiku si uvědomíme, kdo jsme, což je pro Ego krajně nepřijatelné, neboť naše sebeuvědomění nás vytěsňuje z moci Ega. (Phoenix, č. 8/2007, str. 26).

Slovo **emoce** vzniklo z latinského slova **e m o v e r e**, což znamená **v y r u š i t**,

Jinak řečeno - ztratit celistvost. Vyrušit z čeho? Z přirozeného stavu vědomí toho, kým skutečně jsme. Vznikly z pocitu oddělenosti od naší duše, od síly, která nás stvořila, od naší Božské Podstaty. Zapomněli jsme, kdo jsme. Čím více se ztotožňujeme s myslí a emocemi, tím jsme méně sami sebou - a tím se i navyšuje náboj emoční energie v emočním vibračním poli. Neuvědomované a „potlačené“ emoce se projevují v naší fyzické realitě, jak v tělesné oblasti, tak i podobě nepříjemných situací a ve střetech s lidmi.

Radost, klid a láska nejsou ve skutečnosti emocemi, ale hlubokým a přirozeným stavem Bytí. Spojují nás s naší Podstatou. Představují naši celistvost s duší a s Bohem. Jsou to stavy srdce a vytoužené stavy mysli. Nepatří do duálního světa (duální reality) a nemají žádný protiklad, protože existují za hranicemi mysli.

Tyto stavy srdce jsou součástí každé bytosti, jsou věčné a nepomíjivé. Pokud nejsme schopni prožívat tyto stavy (klidu, míru, radosti, naplnění, láskyplnosti a dávání), znamená to, že jsme ovládáni myslí. Duální (rozdělená) mysl nechce znát přítomný okamžik, proto nás k němu nepustí.

Duální mysl je naší myslí ve světě polarit a rozdělení. S touto myslí jsou spojeny naše emoce v duálním světě. V dualitě jsou k sobě patřící věci vždy rozděleny proto ji prožíváme bolestivě (opak sjednocení do celistvosti).

EMOCE JSOU TEDY MODIFIKACEMI PŮVODNÍ EMOCE STRACHU.

Strachů je celá řada - strach ze ztráty, ze změny, z bolesti, z ohrožení, z neúplnosti z opuštění a mnoho dalších.

Emoce jsou projevem bolesti a podléhají vždy zákonu protikladů.

Emoce jsou ve skutečnosti ovlivňovány okolím, situacemi kolem nás, jinými lidmi, jejich chováním a postoji.

Stav Bytí - stav srdce nebo tzv. vytoužený stav mysli je naopak vnitřním stavem, na našem okolí naprosto nezávislým. Většinou zaměňujeme vnitřní stav srdce (blaho, klid, mír v srdci, láska, sebejistota, jednota, radost) za tzv. pozitivní emoce, což je vlastně i chybně nazváno, neboť emoce, jak je shora uvedeno nemohou ve své podstatě vyjadřovat stav srdce, protože srdce přes pravdu sjednocuje a vše přijímá, nikoliv jako levý mozek bolestivě rozděluje a pravdu odmítá.

POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ POCITY

P o z i t i v n í p o c i t y, stejně jako **n e g a t i v n í e m o c e**, mají vždy protiklad a jsou vždy způsobeny něčím z venku, něčím, mimo nás, tedy i kýmkoliv z našeho okolí.

Pozitivní pocity jsou tedy vždy podmíněčné. Patří sem zamilovanost, podmíněčná láska, úspěch, oceněnost, pocit důležitosti, všechny příjemné zpětné vazby, kterými nám okolí sděluje, jak jsme dobří, nepostradatelní, šikovní, úžasní a mocní. Všechny tyto pocity se časem změni v protiklad - v nelibost, nenávisť, prohru, v pocit nedocenění, v křivdu aj.

Pozitivní pocity tak nejsou trvalým stavem. Je to přechodný a pomíjivý pocit. Jsou podmíněny jinými lidmi a situacemi z okolí. Vymizí vždy, jakmile se vnější zdroj vzdálí, změni, přestane se starat nebo se začne jinak chovat, mít své zájmy apod. Pociťujeme odpojení, jako by nás někdo přestal milovat, přijímat a vyciřovat. Cokoliv je napojeno na vnější svět, je vždy na něm závislé a zevní svět dokáže nemilosrdně ovládat a kontrolovat. **Vnitřní stav vychází naopak z našeho nitra, není závislý na vnějších podmínkách a je trvalý.**

Takže emoce nás vytrhávají ze stavu klidu, blaženosti a celistvosti. Boří naši Jednotu - sjednocení těla, mysli a ducha.

Většina lidí nezná vnitřní stav klidu a spokojenosti v srdci, protože jsou ovládáni emočním tělem (emočním vibračním polem). To vždy znamená, že jsou závislí na vlivu okolí, cele mu podléhají a pozitivní prožitky jsou jen chvilkové (známé rčení - štěstí je jenom muška zlatá).

Lidé se chtějí buď okolí zalíbit, nebo s ním bojovat. Obvykle své emoce nevyjadřují pravdivě nebo je potlačují, skrývají nebo prostě tají.

Vše, co je zdrojem pozitivních pocitů, které pocházejí ze zevního světa, vše je doprovázeno strachem, že o tento zdroj přijdeme.

(„To, čeho jsem se tolik strachoval, to postihlo mě, dolehlo na mne to, čeho jsem se lekal“. Job, 3,25).

To, čeho se bojíme, nebo do jisté míry pouze „obáváme“, to si zpravidla přitahujeme, ačkoliv si to vědomě nechceme připustit a potom nastupuje rychle protiklad - negativní emoce. Emoce vzniká ze strachu, který je zpravidla na úrovni podvědomí, vždy podporován nedostatkem sebejistoty. Vše je doprovázeno ospravedlňováním sebe sama, které je založeno na strachu ze ztráty. V dualitě vzniká známý kruh: hledáme nový zdroj „pozitivních emocí“ a vše se opakuje.

MYSL VE VZTAHU K EMOCÍM

Mysl zahrnuje vědomé i nevědomé emoce. Mysl hledá naplnění pouze ve vnějším světě, kde má také Ego svůj referenční bod. Mysl je naplněná touhami a potřebami. Pokud nejsou tyto touhy i potřeby uspokojeny, jedinec pociťuje tíseň a frustraci. Pociťuje **emocionální bolest**.

Totéž platí i pro nenaplněnou zpětnou vazbu od okolí. Člověk je tak na okolí závislý a stále plní něčí očekávání.

Emocionální bolest je již reakcí tzv. **emocionálního těla - emočního vibračního pole**. Často bývá příčinou fyzické i psychické bolesti.

Bolestí tak můžeme nazvat potlačenou a zablokovanou emoci. Přesto, že se přes mysl snažíme bolest odstranit, nedaří se to, protože mysl je sama součástí bolestivé situace. Skutečnou lásku, radost, stav hlubokého klidu a uvolnění prožíváme tehdy, když se nám podaří zmírnit nebo zcela přerušit myšlenkový proud.

To se však podaří velmi zřídka a to zejména v hraničních situacích, v tzv. pohnutých stavech: ohromení, šokové stavy, extrémní námaha, vyčerpání, ohrožení života, bezprostřední nebezpečí, ale i nadšení, úžas i jiné pohnuté stavy. Většinou jde o stavy trvající okamžik, které následně doprovází prožitek hlubokého vnitřního klidu, pochopení, smíření, lásky i radosti. Jde o hluboké stavy Bytí a stavy srdce. Tyto prožitky nemají žádný protiklad, protože vznikají za hranicemi mysli. Mysl však záhy obnovuje svou hlučnou aktivitu.

EMOCE A EMOČNÍ TĚLO Z POHLEDU TERAPEUTICKÉHO SYSTÉMU ONE BRAIN

Emoce nefungují na principu vědomé činnosti mozku. Existují v limbickém, mozkovém systému, pod mozkovou kůrou i v ní, jsou propojeny se „starým mozem“ - hypotalamem, thalamem a mostem. Studie potvrdily, že „skutečným jazykem“ limbického systému je barva.

Vědci opisují limbickou činnost jako „barevný tok“. Systém One Brain pracuje často s barvami, jednak na úrovni tzv. Barometru chování, což je jinak řečeno - prioritní hladina vědomí, jednak při Infuzích, kdy se používají barvy drahokamů. (Stokes, G. Whiteside, D. 1996).

„Emocionální tělo“ je z tohoto pohledu považováno za naše primární Já, esenci našich instinktivních reakcí na přežití. Jsou to mimořádně intenzivní reakce ano/ne, boj nebo útěk, láska nebo nenávisť, nad nimiž jak se zdá, nemáme kontrolu.

Barva se proto používá v terapii ke korekci a odblokování. V základě jde o to, že se „obejdou mozkové funkce - především levého mozku, takže se nekomunikuje s tím, v co „věří“ Systém přesvědčení v mentálním poli. Pro levý mozek je barva cosi, co souvisí s minulou zkušeností a to je vědomě nebo nevědomě verbalizováno.

Pro pravý mozek je barva „jazykem životní zkušenosti“. V každém případě je barva jedním z faktorů, s nimiž souhlasí obě mozkové hemisféry. Barva doslova „programuje“ každou naši reakci a odpověď.

Systém One Brain je výrazná celostní terapie, která zapracovává nejnovější poznatky z kvantové fyziky, informační medicíny, neurofyzologie, strukturální neurologie, holografických zákonitostí a energoinformačních věd.

Tento úhel pohledu na emoce je vyjádřen pouze v základní orientaci v souladu s orientačním účelem textu.

LITERATURA

Whiteside Daniel, „*Vztahy v ohrožení*“, (*Relationships in Leopardy*). transl. Amicus, Košice: 2001

Stokes Gordon, Whiteside, Daniel. „*Svalové okruhy, bolest a porozumění*“. Amicus s.r.o. Liberec: 1996

Tolle Eckhart, „*Moc přítomného okamžiku*“. Praha: 1999. ISBN 80-7205-839-8

KONTAKT

PhDr. Eva Kymrová, PhD.

kymrova@vszdrav.cz

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

nemcova@vszdrav.cz

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

SESTRY JAKO REPREZENTANTKY PROFESE

STUHLÍKOVÁ, K., PADYŠÁKOVÁ, H.

Abstrakt

Role sestry, tak jak jí to ukládají strategické dokumenty WHO, které byly přijaté a deklarované Mnichovskou konferencí v roce 2000, v dnešní době sehrávají velmi důležitou klíčovou úlohu v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Zásadních změn v profesi sestry bylo také docíleno vstupem České republiky do Evropské unie. Přijetím Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací, přinesla sestřím poskytujícím ošetrovatelskou péči otevřený prostor pro vlastní realizaci svých schopností a vědomostí. Aproximace práva Evropské unie a České republiky umožnila sestřím uplatnit se na trhu práce v celé Evropě. Sestry se staly důležitým hráčem v oblasti regulovaného povolání. Zároveň tato změna vytvořila precedens v obrovském nedostatku sester ve vlastní zemi. V neposlední řadě vytvořila odborný a politický tlak na stát, aby sestry vnímali, jako nepostradatelnou složku společnosti, bez které není možné poskytovat kvalitní zdravotní péči celé společnosti.

Klíčová slova

Odpovědnost, ochranné faktory, ošetrovatelská péče, profese všeobecné sestry, role sestry.

ÚVOD

V současné době dochází ve zdravotnictví k neustálým změnám v jeho systému a organizaci, což klade stále větší nároky na veškerý zdravotnický personál. Práce všeobecných sester je fyzicky a psychicky velmi náročná. Jsou členkami multidisciplinárního týmu a očekává se od nich klidný a vlídný přístup, velká míra sebeovládání a efektivní komunikace. V jejich povolání jsou na ně kladeny extrémní nároky, které vedou ke stresovým zátěžím a následně k psychickým a zdravotním potížím. Pokud nežádoucí vlivy překročí snesitelnou hranici, selžou adaptační mechanismy, mohou

se objevit různá onemocnění. Udržování tělesného zdraví a duševní pohody, patří k jednomu z cílů vedoucím ke kvalitnímu životu a vykonávání své profese sestry.

Funkce všeobecných sester se dotýkají jejich postavení ve společnosti a jsou zpravidla konstantní v souvislosti se změnou prostředí. Základní funkce sester spočívá v tom, že pomáhají zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Pracují samostatně a za poskytnutou péči odpovídají. Každá sestra je zároveň odpovědná za svou odbornou úroveň a za způsob svého dalšího vzdělání.

1 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

„Profese sestry náleží v kontextu evropských norem k profesi uznávané a regulované. Také v zemích mimo Evropu je výkon profese sestry upraven speciálními zákony a normami. V České republice je profese regulovaná jak v rovině akreditací sesterských vzdělávacích programů (pregraduálních i postgraduálních), tak v rovině samotného výkonu profese sestry, a to systémem opakovaných individuálních profesních registrací“ (ŠPIRUDOVÁ, 2015a, s. 10-11).

Profese sestry spadá do kategorie pomáhajících profesí, která je určena k ošetřování a doprovázení lidí ve specifických životních situacích, jejichž hlavním cílem je pomáhat druhým. V rámci ošetřovatelství je pomoc druhým lidem specifikována prostřednictvím péče, která je chápána jako specifický způsob vztahu jednoho člověka ke druhému v určitém kontextu se zaměřením na rozvoj pacienta i sestry v jejich vzájemném vztahu a jedinečnosti. Pomáhající profese se vyznačuje následujícími znaky: orientace na klienta/pacienta; neplatnost normy reciprocity; limitovaný čas trvání; nadřazenost klientových/pacientových zájmů nad zájmy pomáhající profese; mechanismus kontroly zajišťovaný kolegy, supervizory a nadřízenými; pomáhající vztah nenabízí egalitární partnerství. Sestry doprovázejí lidi ve zdraví i nemoci, od dětského věku až po stáří a smrt. Ošetřování nemocných je činnost pomáhající, pečující a zaopatřující. Profese se opírá o systematickou teorii oboru ošetřovatelství, metodologii a metody (ŠPIRUDOVÁ, 2015a); (ŽIAKOVÁ a kol., 2009).

Vymezení sesterské profese podle charakteristik Kellera

„Podle Kellera jsou pro profesi důležité tyto charakteristiky:

- existence systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese;
- profesní autorita, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje;
- systém profesních asociací plnících více funkcí, především pečujících o růst kvalifikace svých členů;
- profesní etika normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi“ (ŠPIRUDOVÁ, 2015a, s. 10).

Vymezení sesterské profese podle charakteristik Freidsona

„Freidson definuje profesi úhlem pohledu skupiny lidí vykonávajících soustavnou aktivitu, která je hlavním zdrojem jejich obživy. Tyto odborné aktivity provádějí za odměnu. Znaky profese podle něho jsou:

- odborné znalosti získané vyšším vzděláním a kvalifikací;
- monopol na určité úkoly a procedury;
- autonomie – řízení pracovních podmínek a přístupů k profesi;
- vlastní etický kodex nebo pravidla chování“ (ŠPIRUDOVÁ, 2015a, s. 12).

Povolání všeobecné sestry vyžaduje vysokou odpovědnost. Morální, fyzické i psychické předpoklady jsou nezbytnou součástí k výkonu tohoto náročného povolání. V současné době se trendy v organizaci zdravotnictví rychle mění, jsou zaváděny nové funkce pro zdravotníky a mění se organizace práce. U sester jsou na prvním místě požadovány znalosti nejen medicínské a ošetrovatelské, ale rovněž i psychologické, právní, sociální, pedagogické a další. Předpokladem pro úspěšný výkon povolání sestry je vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče.

V souvislosti s neustálým rozvojem veškerých technologií se kladou stále vyšší nároky na jejich odbornou přípravu a celoživotní vzdělávání. Požadavky na profesionalitu a kvalitu vykonávané práce zdravotnických pracovníků jsou všestranně velmi vysoké. Nedílnou součástí zdravotnických pracovníků jsou i lékaři, kteří se podílejí na péči o pacienta. Snad ve všech kulturách a ve všech historických obdobích byli a jsou lékaři pokládáni za elitní, téměř neomylnou skupinu a sestry většinou za jejich pomocnice. Tento názor mnohdy přetrvává dodnes. Tradiční vztah sestry – lékař se v historickém vývoji v rámci sociální situace postupně mění. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je důležité si uvědomit skutečnost, že role lékaře a role sestry jsou odlišné. Lékař je

zaměřen na léčení, zatímco sestry jsou odpovědné za ošetrovatelskou péči. Není však pravdou, že léčba je důležitější než ošetrovatelská péče.

V rámci své profese sestry pečují o potřeby a přání pacienta, které zahrnují nejen jeho potřeby biologické, ale i potřeby společenské či potřebu bezpečí. Sestry jsou s pacientem v užším každodenním kontaktu, znají jeho duševní pohodu a jsou prostředníky mezi ním a lékařem. V tomto povolání je nepostradatelná a velmi důležitá dobrá schopnost verbální i neverbální komunikace jak s pacientem, tak s jeho rodinou.

Povolání všeobecných sester s sebou nese změny v životním stylu, na které se musí jedinec adaptovat:

- práce na směny, včetně sobot, nedělí a svátků;
- noční směny – v čase, kdy lidské tělo má odpočívat a mobilizovat síly na další den, což vede ke vzniku poruch spánku, onemocnění žaludku a střev, onemocnění srdce a krevního oběhu, úzkostných stavů, zvyšují se počty chyb při práci, apod.;
- pracovní přetížení;
- psychické vypětí;
- nepravidelné stravování a pitný režim;
- nepravidelné čerpání pracovních přestávek;
- rizika vzniku infekčních chorob (BÁRTLOVÁ, CHLOUBOVÁ, TREŠLOVÁ, 2010); (BARTOŠÍKOVÁ, 2006); (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

1.1 PRESTIŽ A IMAGE SESTRY

Osvojení si role, adaptace na nové funkce a odpovědnost závisí jednoznačně na prestiži povolání ve společnosti. Posílení prestiže sester se stalo jednou z prioritních cílů Strategického plánu České asociace sester. Dle výzkumných šetření lze usuzovat, že prestiž povolání sestry se pravděpodobně zvyšuje se současným vzděláváním sester v České republice. Prestiž vzrůstá taktéž autonomním podílem sester na ošetrovatelském procesu. Prestiž povolání statisticky významně preferují sestry, které nepracují v nepřetržitém provozu (SIKOROVÁ, 2011); (VÉVODA, IVANOVÁ, 2013).

V současné době sestry usilují o image sestry profesionálky, která zastupuje jedince progresivního, asertivního a sofistikovaného, který se stále vzdělává a snaží se dosahovat co nejvyšší úrovně poskytované ošetrovatelské péče. Sestry se nacházejí na různých pracovištích

a v různých rolích, proto není možné, aby ošetřovatelství mělo pouze jednu image. Interní image představuje individuální pohled sestry na samu sebe a na svou ošetřovatelskou profesi. Představu, kterou mají o roli sester lékaři, laická veřejnost, politici i média, zastupuje externí image.

Image sestry je přímo i nepřímo ovlivněna následujícími faktory:

- verbální a neverbální komunikace;
- přístup k pacientovi – respekt, ochota, sympatie, aj.;
- způsob naslouchání a vnímání;
- reakce sestry – profesionální a neprofesionální chování, sebejistota, vysoké sebevědomí;
- získávání vyšší odbornosti;
- zviditelnit se – aktivní zapojení na kongresech, konferencích, seminářích (SIKOROVÁ, 2011).

1.2 PROFESNÍ ROLE SESTRY

Profesní role sester je velmi různorodá, mění se v čase a vždy je svázaná s konkrétním kulturním, ekonomickým, sociálním a politickým systémem. Neustálý vývoj přináší potřebu změn i v definování profesních rolí sester. Do základní struktury rolí sester patří role ošetřovatelky, komunikátorky, poradkyně, edukátorky, manažérky, advokátky, týmové hráčky, výzkumnice a nositelky změn. Všechny uvedené role se v povolání sestry prolínají.

Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopna samostatné práce v oblasti své působnosti. Vyspělé zdravotnictví vede sestry k realizaci řady v historii neznámých nebo „nesesterských“ činností, ale součástí zůstávají nadále ošetřovatelské činnosti a zručnosti (SIKOROVÁ, 2011); (ŠPIRUDOVÁ, 2015b).

1.3 SESTRA A SOUČASNOST

Sestry musí využít, k dosažení svých cílů strategie postavené na jednotě mezi sestrami, pacienty, členy multidisciplinárního týmu a veřejností. V týmu působí sestry jako odborníci, partneři i vedoucí.

Sestry jako odborníci:

- vysoká kvalifikace;
- kompetentní vzdělání, profesionálové;
- závaznost lidem využívajících jejich služeb na základě svědomitosti, kompetentnosti, soucitu, bezpečí, zaměření na pacienta a péči;
- závaznost k profesionálním hodnotám – trvalé zkvalitňování, soucit, čestnost, obhajování a partnerská práce;
- poskytování efektivní ošetrovatelské péče, která vede ke zlepšení zdravotních výsledků a pohody lidí;
- adekvátní vzory pro studenty a nové sestry.

Sestry jako partneři:

- práce na partnerské úrovni s pacienty;
- obhájeři a manažeři ošetrovatelských postupů;
- uznávání partneři v rámci multidisciplinárního týmu;
- zodpovědnost za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, nad kterou dohlíží.

Sestry jako vedoucí:

- podněcování a zkvalitňování péče;
- zodpovědnost za účinnost a vhodnost poskytování ošetrovatelské péče;
- koordinace zdrojů a dovednosti k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče;
- přesvědčení zlepšovatele se zájmem o prezentaci ošetrovatelství;
- supervize nad studenty zdravotnických oborů (BÁRTLOVÁ, CHLOUBOVÁ, TREŠLOVÁ, 2010).

1.3 OCHRANNÉ FAKTORY PROFESÉ SESTRY

V sestřské profesi existují nejen rizikové faktory, ale i ochranné faktory, které umožňují nacházet v práci sester satisfakce, které mohou posilovat motivaci v další práci a zároveň se podílejí na spokojenosti sester. K těmto nejvýznamnějším faktorům řadíme:

- Pocit uspokojení z dobře vykonané práce.
- Neustálý styk s různými lidmi může být zdrojem poučení a rozšíření vlastních obzorů.

- Porovnání vlastních starostí se zátěží života nemocných a může vést k přehodnocení vlastních pohledů a postojů na život.
- Neustálý kontakt s jinými pacienty může vést k poučení a rozšíření vlastních názorů.
- Pomoc druhým lidem činností, která je smysluplná a ceněná.
- Zkušenosti z pracovního prostředí lze využít i v osobním životě.
- Osobní kompetence na základě zkušeností z náročné práce
- Nadprůměrné znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany.
- Smysluplnost a zaujetí pro práci patří k faktorům, které zvyšují odolnost vůči zátěži.
- Zážitky hrdosti a radosti (FIALOVÁ, 2012); (SIKOROVÁ, 2011).

1.4 POSTAVENÍ SESTER VE SPOLEČNOSTI

Nakonečný (2009) ve svém díle popisuje, že nepochybně jedním z nejsilnějších sociálních motivů je snaha po dosažení vysokého společenského statutu a tím i prestiže. Je to snaha spojená se způsobem života a jeho podmínkami v západní kultuře, ovládané soutěživostí a tendencí jít nahoru. Díky neustále se zvyšující odbornosti a vysoce kvalifikované práci se sestřím sice daří posilovat své společenské postavení a prestiž, nutno však podotknout, že společenský kredit této profese není zcela ideální. Veřejnost na jednu stranu oceňuje vysokou náročnost a nepostradatelnost tohoto oboru, na druhou stranu si však často na sestry stěžuje a smýšlí o nich jako o pomocném personálu. Naši společnosti chybí ucelený obrázek o profesi všeobecné sestry. Vnímání této profese je ovlivněno mediálním obrazem. Veřejné sdělovací prostředky se zmiňují o sestřích pouze v souvislosti s nějakou senzací. Filmy z lékařského prostředí zase vyobrazují sestry pouze jako hezké bytosti, které si většinou samy neumí poradit ani s vlastním životem, natož aby pomáhaly někomu jinému. Mediální pohled na sestry není lichotivý, je velmi neobjektivní a sestra se tak lehce stává terčem posměšných narážek. Profesionální image sester a prestižní postavení ve společnosti by se mělo stát jednou z priorit nejen sester, ale také orgánů, které je zastupují ve společnosti. Je potřebné, aby jejich působení postupně pozitivně ovlivňovalo pohled na tak významnou profesi, jakou sesterské povolání bezesporu je.

2 ODPOVĚDNOST SESTER PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Zodpovědnost v ošetrovatelství znamená povinnost zodpovídat za specifické chování sestry, které je součástí její profese. Rámec odpovědnosti poskytuje v ošetrovatelství právě metoda práce sestry a to je ošetrovatelský proces. Sestry zodpovídají za kvalitu péče pacientovi/klientovi, veřejnosti, profesním organizacím, svým zaměstnavatelům, spolupracovníkům a taky samy sobě (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Sestra je zodpovědná za to, že bude provádět pouze činnosti stanovené v rozsahu dosaženého vzdělání. Za tyto činnosti a nepřekročení stanovených kompetencí nese morální i právní zodpovědnost (HEŘMANOVÁ a kol., 2012).

Odpovědnost představuje ochotu trpět sankce za protiprávní jednání, za které je považováno takové jednání, které je v rozporu s předpisy stavovské organizace a dobrými mravy, pokud je fyzická osoba jejím členem. Sestra může být volána k odpovědnosti, při poskytování ošetrovatelské péče, v následujících případech:

- pracovně právní odpovědnost;
- občanskoprávní odpovědnost;
- trestně právní odpovědnost;
- disciplinární odpovědnost;
- smluvní odpovědnost (VONDRÁČEK, WIRTHOVÁ, 2009).

Pracovně právní odpovědnost

Zákoník práce a písemně uzavřená smlouva o pracovním poměru mezi zdravotnickým zařízením a sestrou, jsou pramenem pracovně právní odpovědnosti. Nedílnou součástí je stanovena pracovní náplň sestry. Sestra vykonává svou pracovní činnost podle stanovené pracovní náplně, ale i podle vedoucího zaměstnance. Při poskytování ošetrovatelské péče se vedoucím zaměstnancem obvykle rozumí náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra, staniční sestra, ale i směňová sestra. K odpovědnosti může být sestra volána při porušení pracovních povinností.

Občanskoprávní odpovědnost

Při poskytování zdravotní péče se jedná o odpovědnost za škodu. Sestra může být volána k odpovědnosti za spáchanou majetkovou škodu při poskytování ošetrovatelské péče. Právním pramenem je občanský zákoník.

Trestně právní odpovědnost

V případě, že sestra spáchá trestný čin v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče, je volána k trestně právní odpovědnosti. Trestný čin může být spáchán vědomě, nebo z nedbalosti, která je nejčastější. Nedbalost je právem hodnocena jako neznalost.

Disciplinární odpovědnost

Disciplinární odpovědnost je možná při postupu non lege artis během poskytování ošetrovatelské péče. Obvykle se jedná o nevhodné jednání se spolupracovníky a neetické jednání vůči pacientům. K této odpovědnosti může být přivolána pouze sestra, která je členkou stavovských organizací sester a dopustí se jednání v rozporu se stavovským předpisem.

Smluvní odpovědnost

Smluvní odpovědnost se týká především sester, které provozují domácí péči. Jedná se nejčastěji o nedodržení smluvních ujednání, pokud má sestra uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami.

Při poskytování ošetrovatelské péče vzniká dále odpovědnost sestře za odebranou anamnézu; za souhlas pacienta s ošetrovatelským výkonem, který provádí a za provedení výkonů, které provedla, nebo měla provést a neučinila tak; za poučení pacienta. Sestra je vzhledem ke své kvalifikaci oprávněná poučit pacienta o ošetrovatelské péči, zejména o konkrétních výkonech, které jsou v rámci pracovní náplně sestry. Poučení nesmí být v rozporu s poučením, které poskytli jiní zdravotničtí pracovníci, zejména lékaři (VONDRÁČEK, WIRTHOVÁ, 2009).

ZÁVĚR

V relativně krátkém časovém úseku prošla profese sestry významnými změnami. K dosažení a udržení standardu péče jsou vyžadovány od sester nové dovednosti, zejména ve vztahu

k sociálním problémům, které provázejí a obklopují více nemoc a zdraví jedince či skupiny. Poznání vlastní role sestry se stává součástí vzdělání sester a podmiňuje i kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Charakterizovat profesi sester je velice obtížné, protože se v tomto povolání vykonávají různorodé činnosti, na které musí být sestra stále připravena, i když je aktuálně nepotřebuje pro výkon své funkce. Osvojování si své profese, adaptace na nové funkce a odpovědnost za vzory chování závisí značně na společenské prestiži povolání sestry.

ZDROJE

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

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

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4032-4.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3469-9.

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

NÁKONEČNÝ, Milan, 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.

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

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015a. *Doprovázení v ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5711-7.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2012. *Sestry v nouzi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 143. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, J. a K. IVANOVÁ, 2013. Pracovní spokojenost efektivně aneb peníze nejsou všechno. In: *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 143. ISBN 978-80-247-4732-3.

VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3132-2.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ŽIAKOVÁ, K. a kol., 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-315-8.

KONTAKT

PhDr. Karolína Stuchlíková

Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 14, 833 03 Bratislava

stuchlikova@vszdrav.cz

POSTER - EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

STUHLÍKOVÁ, K., VEREŠOVÁ, J., PADYŠÁKOVÁ, H.

ZDROJE

HLINOVSKÁ, J. a K. STUHLÍKOVÁ. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství* [online]. Studijní opora. VŠZ, o. p. s. 2013. Dostupné na: www.vszdrav.cz/sharepoint, CZ.1.07/2.2.00/28.0004.

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada publishing. s. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUBEROVÁ, H. 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha: Portál. s. 248. ISBN 978-80-7367-684.1.

MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 160. ISBN 978-80-8063-326-4.

NEMCOVA, J., a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2010. s. 260. ISBN 978-80-8063-321-9.

SYSEL, D. – KUKUROVÁ, E. – WEIS, M. 2008. *Ošetrovatelská starostlivosť v schémach minútovej bázy znalostí*. Brno: Tatratron. s. 62-67. ISBN 978-80-969923-0-0.

KONTAKT

PhDr. Karolína Stuchlíková (Fakulta ošetrovatel'stva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Limbová 14, 833 03, Bratislava)

e-mail: stuchlikova@vszdrav.cz

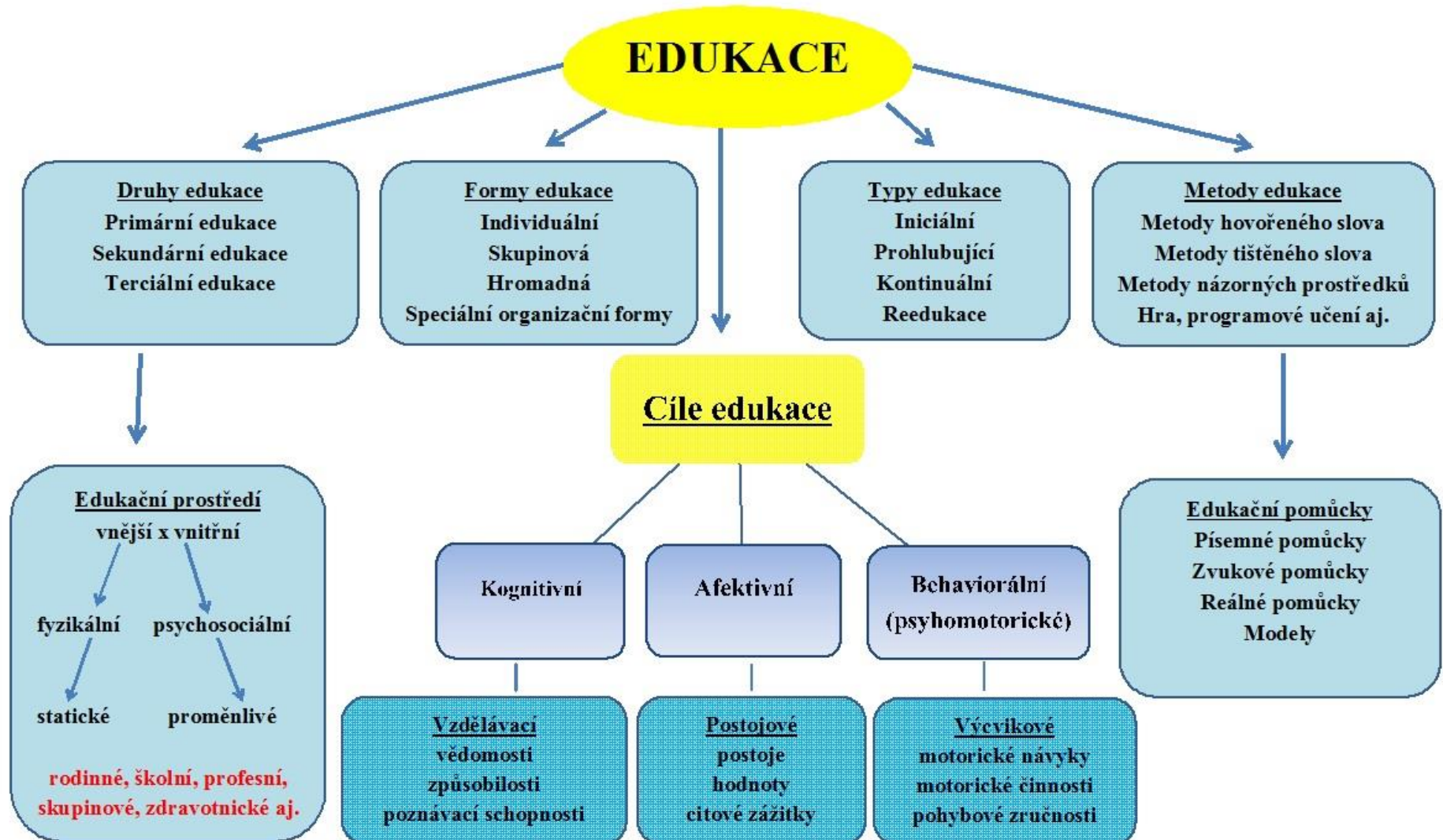
PhDr. Jarmila Verešová (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n. o., Bratislava, Palackého 1, 810 00, Bratislava)

e-mail: veresova@vszdrav.cz

doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD. (Fakulta ošetrovatel'stva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Limbová 14, 833 03, Bratislava)

EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

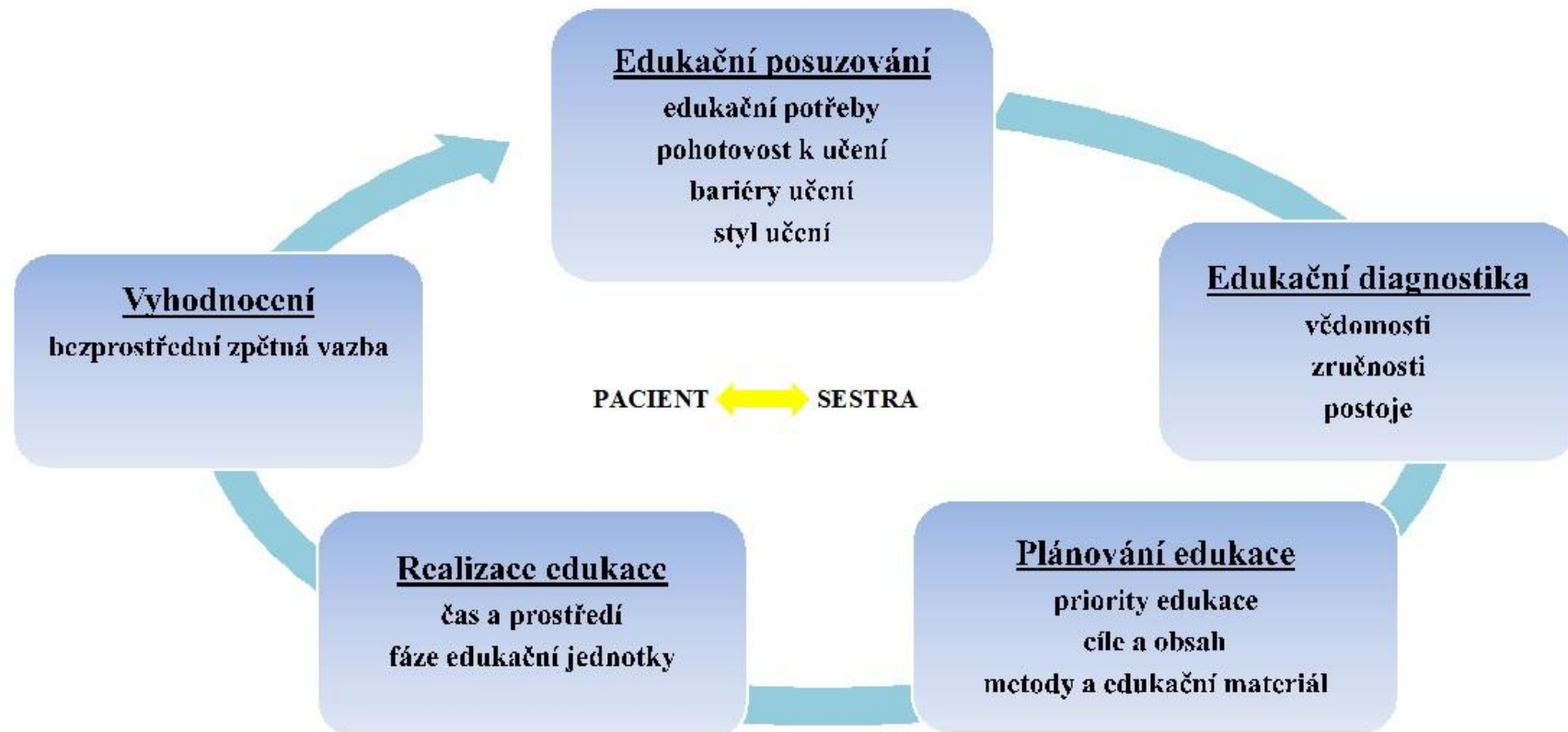
Edukace je proces výchovy a vzdělávání, jehož cílem je osvojení si vědomostí, zručností a vytváření si hodnotových, postojevých a volních změn.



EDUKAČNÍ PROCES

Systematický, logický, následný a plánovaný proces, ve kterém probíhají vzájemně se ovlivňující činnosti – vzdělávání a učení.

- 1. POSUZOVÁNÍ:** IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE; ANAMNÉZA; ZÁKLADNÍ ÚDAJE; POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB; PROFIL RODINY; ZDROJE POMOCI A PODPORY RODINY, SOCIÁLNĚ-EKONOMICKÝ STAV; ŽIVOTNÍ STYL, KULTURA, NÁBOŽENSTVÍ, HODNOTY, POSTOJE; ADEKVÁTNOST A NEADEKVÁTNOST RODINNÝCH FUNKCÍ; POROZUMĚNÍ SOUČASNÉ SITUACE RODINOU; VSTUPNÍ TEST.
- 2. DIAGNOSTIKA:** DEFICIT VĚDOMOSTÍ; DEFICIT V POSTOJÍCH; DEFICIT ZRUČNOSTÍ.
- 3. PLÁNOVÁNÍ:** PRIORITY; STRUKTURA; ZÁMĚR; CÍLE; MÍSTO REALIZACE; ČAS; VÝBĚR; EDUKAČNÍ POMŮCKY; FORMA A TYP EDUKACE; STRUKTURA EDUKACE.
- 4. REALIZACE:** EDUKAČNÍ JEDNOTKY.
- 5. VYHODNOCENÍ:** ZHODNOCENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU; POROVNÁNÍ VSTUPNÍHO A VÝSTUPNÍHO TESTU.



EDUKAČNÍ JEDNOTKA



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

Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje

Editor

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

Recenzenti

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

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

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

IČ: 27235530

1. vydání

185 s.

Praha, 2017

ISBN 978-80-88249-00-9

