

**Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra
ošetrovatel'stva**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Fakultná nemocnica Trnava

NOVÉ TRENDY V OŠETROVATEL'STVE V.

s tematickým zameraním

Ošetrovatel'ská prax založená na dôkazoch

Veda a výskum v ošetrovatel'stve

Minulosť a súčasnosť sesterskej profesie

Klinické prostredie vo vzdelávaní sestier

Študentské vedecké práce

07. 11. 2018 Trnava

zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

Zostavovatelia:

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.

doc. PhDr. Silvia Puteková, PhD.

Recenzenti:

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

ISBN 978-80-568-0151-2

EAN 9788056801512

I. vydanie

© Copyright by Trnavská univerzita v Trnave

© Copyright by Autori jednotlivých príspevkov

Vydal:

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

Za jazykovú a obsahovú stránku zodpovedajú autori príspevkov.

ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

(IN EXTENZO)

Zostavovatelia uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej konferencie.

OBSAH

VÝZNAM ÚSTNEJ HYGIENY U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV (Eudmila Andraščíková, Andrea Ševčovičová)	7
ROZDILY VE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U VYBRANÝCH CÍLOVÝCH SKUPIN OBYVATELSTVA (Sylva Bártlová)	10
OŠETROVATELSTVO V PSYCHIATRII VČERA A DNES – VÝZNAM KOMUNIKÁCIE V KONTAKTE S PSYCHIATRICKÝM PACIENTOM (Stanislava Bédiová, Zdenka Trokanová, Veronika Szaóová).....	12
HODNOCENÍ NORMOTERMIE U OPERANČÍCH VÝKONŮ NA ORL PRACOVIŠTI (Andrea Benešová, Jana Škvrňáková).....	14
POMER POČTU OŠETROVATELIEK K CHORÝM V MINULOSTI (Jana Boroňová).....	17
POSÚDENIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV SO SYNDRÓMOM DIABETICKEJ NOHY (Andrea Botíková, Alena Dziacka, Eva Tomíková, Ivana Vričanová)	19
DEKUBITY AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM (Andrea Botíková, Oľga Kabátová, Silvia Puteková, Jana Martinková)	21
ANALÝZA POUŽITÍ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU CHILD CARE QUALITY AT HOSPITAL (CCQH) (Iveta Černohorská, Eva Hlaváčková, Lenka Hodačová)	23
SPOKOJENOST PACIENTŮ S TIŠENÍM POOPERAČNÍ BOLESTI (Zuzana Červenková, Petr Vaníček, Eva Hlaváčková, Lenka Hodačová)	25
PORUCHA PRÍJMU POTRAVY AKO DETERMINANT MALNUTRÍCIE U SENIOROV S PORUCHOU KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ (Gabriela Doktorová)	27
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DIABETICKOU NOHOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ (Alena Dziacka, Katarína Čelková)	28
SOUČASNÉ MOŽNOSTI PŘI ZVYŠOVÁNÍ ADHERENCE LÉČBY A OŠETŘOVATEĽSKÉ PÉČE U HIV POZITIVNÍCH PACIENTŮ (Jiří Frei,).....	30
CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ A KVALITA ŽIVOTA (Veronika Gigalová, Lenka Hodačová, Eva Vachková).....	32

HÄUSER ZUM LEBEN – WE ARE THE FUTURE (Gabriele Graumann, Eva Bader, Karin Branikova).....	34
ŠPECIFICKÉ OPATRENIA ZAMERANÉ NA OBMEDZENIE ŠÍRENIA MRSA (Ivica Gulášová, Ján Hruška, Jozef Babečka)	36
MONITORING PÁDŮ PACIENTŮ NA VYBRANÝCH ODDĚLENÍCH JIHOČESKÝCH NEMOCNIC (Hana Hajduchová, Iva Brabcová, Valérie Tóthová, Sylva Bártlová, Martin Doseděl, Josef Malý, Jiří Vlček)	37
OŠETŘOVATELSKÉ SOUVISLOSTI PÁDŮ NA VYBRANÝCH ODDĚLENÍCH JIHOČESKÝCH NEMOCNIC (Hana Hajduchová, Iva Brabcová, Valérie Tóthová, Sylva Bártlová, Martin Doseděl, Josef Malý, Jiří Vlček)	39
LÉKAŘ A PACIENT – SPOLUROZHODOVÁNÍ O LÉČBĚ A EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE (Lenka Hodačová, Eva Vachková, Veronika Gigalová).....	41
DODRŽOVÁNÍ PRAVIDEL HYGIENY RUKOU V PERIOPERAČNÍ PÉČI (Andrea Horáková, Jana Wichsová).....	43
NÁRODNÝ ÚSTAV SRDCOVOCIEVNÝCH CHOROB – Detské kardiocentrum (Marián Hrebík , Katarína Melicherčíková, Alexandra Fádliková, Oľga Sekaninová).....	45
APLIKÁCIA KOMPLEXNÉHO GERIATRICKÉHO POSÚDENIA (Oľga Kabátová, Silvia Puteková)	46
OPERACE U NESPECIFICKÝCH ZÁNĚTŮ STŘEVNÍCH, ANO ČI NE? (Kasalický M, Koblíhová E, Pažin J).....	48
VPLYV HMOTNOSTI A POVOLANIA NA VÝSKYT AXIETY A DEPRESIE ŽIEN V KLIMAKTÉRIU (Mária Kopáčiková, Eva Moraučíková)	50
DOPORUČENÉ POSTUPY PREVENCE INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ (CAUTI) (Jitka Krocová, Radka Prokešová)	52
PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ U ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH (Lenka Kroupová, Kristýna Nachtmannová)	54
DIAGNOSTIKA ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME NA INFEKČNEJ KLINIKE (Adriána Kršáková).....	56
FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE VÝŽIVU PACIENTOV S HYPERTENZIOU (Andrea Lajdová)	58

PREVENCE RIZIK SOUVISEJÍCÍCH S POUŽÍVÁNÍM ELEKTROCHIRURGICKÝCH PŘÍSTROJŮ (Kateřina Langrová, Magda Taliánová)	60
MANAŽMENT KVALITY POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V PNPP PEZINOK (Oľga Lukačovičová).....	62
EDUKACE V OBLASTI STRAVOVÁNÍ U PACIENTŮ S ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ (Lenka Machálková, Eva Reiterová, Zuzana Janštová, Věra Kubišová)	71
NARUŠENÝ SPÁNOK U SENIOROV (Jana Martinková).....	73
PREDANALYTICKÁ FÁZA AKO FAKTOR OVPLYVŇUJÚCI LABORATÓRNE HODNOTY (Nicholas Martinka)	75
ÚČAST PACIENTA NA PREVENCI KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB (Helena Michálková, Lenka Šedová, Radka Prokešová, Věra Olišarová, Valérie Tóthová)	77
MUŽI V PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY (Zdeňka Mikšová, Pavla Svobodová, Dominik Petrželka, Andrea Drobiličová).....	79
TELESNÁ HMOTNOSŤ ŽIEN V MENOPAUZE (Eva Moraučíková, Mária Kopáčiková)..	81
PŘIDĚLOVANÁ - OPOMÍJENÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (Eva Mynaříková, Eva Janíková, Ilona Plevová, Darja Jarošová, Renáta Zeleníková)	83
HODNOCENÍ PŘÍJMU TEKUTIN POPULACÍ 40+ V ČESKÉ REPUBLICE (Věra Olišarová, Valérie Tóthová, Sylva Bártlová, Vlastimila Urbanová, Kristýna Toumová)	85
ŽIVOTNÍ STYL A PREVENCE NADVÁHY A OBEZITY U ROMŮ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH (Věra Olišarová, Valérie Tóthová).....	87
CHIRURGICKÝ DÝM, HROZBA PRO PERSONÁL OPERAČNÍCH SÁLŮ (Petra Pavlová)	89
VÝŠE FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ VYNAKLÁDANÝCH OBČANY ČESKÉ REPUBLIKY DO SPORTOVNÍCH AKTIVIT V KONTEXTU PREVENCE A LÉČBY KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ (Radka Prokešová, Valérie Tóthová, Věra Olišarová)	90
NARATÍVNA TERAPIA V OŠETROVATEĽSTVE (Marek Rabinčák)	92
PRÁCE SESTRY NA OPERAČNÍM SÁLE DŘÍVE A DNES (Kateřina Ratislavová, Blanka Drápelová)	94

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM PŘI ROZHODNUTÍ O OPTIMÁLNÍ LÉČBĚ NEMOCNÉHO S DUKTÁLNÍM ADENOKARCINOMEM PANKREATU (Miroslav Ryska)	96
PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PORODNÍ BOLESTÍ (Eva Šalanská).....	99
SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ UMÍRÁNÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ Z PERSPEKTIVY PEČUJÍCÍHO - INTERPRETATIVNÍ FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA (IPA) (Lenka Šáteková, Šárka Šaňáková)	103
MOŽNOSTI REALIZACE INTERVENCÍ V KARDIOPREVENCI (Lenka Šedová, Valérie Tóthová, Věra Olišarová, Marek Zeman, Vlastimila Urbanová)	105
PREVENCE IMCHV V SOUVISLOSTI S PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVOU (Romana Šrajerová, Jana Wichsová)	107
PREDIKČNÍ VALIDITA MĚŘÍCÍCH NÁSTROJŮ K HODNOCENÍ DELÍRIA – LITERÁRNÍ PŘEHLED (Blažena Ševčíková, Hana Matějovská Kubešová)	109
ČO MOTIVUJE ŠTUDENTOV OŠETROVATELSTVA K ŠTÚDIU? (Alena Uričková) ..	111
PÁD PACIENTA JAKO OŠETŘOVATELSKO – FILOZOFICKÝ PROBLÉM (Jana Vácová)	113
VÝVOJ A VYUŽITÍ SPECIFICKÉHO NÁSTROJE MĚŘÍCÍHO KVALITU ŽIVOTA ŽEN V TĚHOTENSTVÍ (QOL-GRAV) (Eva Vachková, Veronika Gígalová, Lenka Hodačová)	116
BEZPEČNÁ PERIOPERAČNÍ PÉČE – PROJEKT STUDENTSKÉ GRANTOVÉ SOUTĚŽE UNIVERZITY PARDUBICE (Jana Wichsová, Jana Škvrňáková, Romana Šrajerová, Andrea Horáková, Andrea Benešová)	118

VÝZNAM ÚSTNEJ HYGIENY U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV

Ludmila Andraščíková¹, Andrea Ševčovičová²

¹Katedra dentálnej hygieny, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Slovenská republika

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Starostlivosť o ústnu dutinu hospitalizovaných pacientov je rovnako dôležitá ako ostatné súčasti ošetrovatel'skej (hygienickej) starostlivosti u pacienta. Hospitalizovaní pacienti môžu mať rôzne zápalové procesy, onkologické ochorenia, celkové systémové ochorenia, ale aj rôzne poúrazové stavy. Vymenované stavy sa môžu v ústnej dutine objaviť ako príznak alebo ako následok ochorenia či samotnej liečby. Správna starostlivosť o ústnu dutinu hospitalizovaného pacienta realizovaná v spolupráci s dentálnym hygienikom vo významnej miere prispieva k uzdraveniu pacienta, zmierneniu ťažkostí či k samotnej prevencii ochorení v ústnej dutine.

Starostlivosť o ústnu dutinu: Sestra dokáže u hospitalizovaného pacienta v spolupráci s dentálnym hygienikom zabezpečiť optimálnu starostlivosť o ústnu dutinu. Dentálny hygienik poskytne sestre informácie o prevencii problémov v ústnej dutine (zápaly, afty, plesne) a realizuje inštruktáž hygieny ústnej dutiny. Do tejto starostlivosti zapája nielen sestry, ale aj opatrovatel'ov, rodičov, rodinných príslušníkov či blízkych príbuzných pacienta. Pri motivácii pacienta, sestier a ostatných účastníkov starostlivosti o ústnu dutinu kladieme dôraz na hospitalizáciou zmenenú psychiku pacienta, strach z ochorenia, vek, určitý stupeň nedôvery pacienta k novým a neznámym metódam v ústnej hygiene. Pri samotnej inštruktáži čistenia ústnej dutiny je nevyhnutné rešpektovať zdravotný stav pacienta, stupeň jeho manuálnej zručnosti, postoj a súčasné vedomosti k aktuálnym fyzickým a psychickým dispozíciám pacienta (samostatný pacient, pacient vyžadujúci čiastočnú pomoc, pacient vyžadujúci úplnú pomoc). Cieľom starostlivosti o ústnu dutinu pacienta v rámci celkovej hygienickej starostlivosti je predchádzať vzniku možných problémov, upevniť orálne zdravie a zvýšiť komfort pacient počas doby hospitalizácie.

Metodika čistenia ústnej dutiny: Kým sestra pristúpi k samotnej hygiene ústnej dutiny, posúdi *stav pier* – farba, suchosť, zmeny (opar, herpes, kútiky); *stav jazyka* – fyziologický, povlaky,

ryhy (ragády); *stav d'asien* – opuchy, začervenanie, zmeny v tvare a farbe, celistvosť, citlivosť, prípadne krvácanie na dotyk; *stav chrupu* – kazy, medzerovitosť, kývavosť, zmeny na povrchu zubov, ich náhrady (čiasťočné, celkové – protézy). Po posúdení stavu ústnej dutiny a určení samostatnosti pacienta pri vykonávaní hygieny sestra pripraví pomôcky. U samostatného pacienta skontroluje realizáciu ústnej hygieny. Čiasťočne samostatnému pacientovi pripraví zubnú kefku, zubnú pastu, pohár s vodou, ústnu vodu a hygienickú vreckovku na osušenie pier, prípadne emitnú misku.

U imobilného pacienta pri vedomí hygienickú starostlivosť v ústach vykoná v plnom rozsahu sestra použitím jeho pomôcok k individuálnej ústnej hygiene. Zubnou kefkou vykonáva stieravú, tzv. Stillman techniku čistenia zubov. Pozornosť zameriava aj na jazyk, ktorý je bohatým zdrojom baktérií a plesní, najmä pri prítomnosti bielych povlakov. Vhodné je použiť medzizubné kefky, najmä pri večernej hygiene pacienta po jedle a tesne pred spaním, aby sa znížilo riziko vzniku zubných kazov, plesňových ochorení a eliminoval sa zápach z úst. Nevyhnutnou súčasťou ústnej hygieny je aj použitie ústnej vody, teda ak ju pacient dokáže sám vyplŕúvať. V opačnom prípade sestra pomocou tampónov z mulu navlhčenými v ústnej vode jemne vytiera celú ústnu dutinu. Pery pacienta ošetrí vazelínou, Calciom panthotenicom alebo balzomom na pery, ak ho má pacient k dispozícii. U onkologických pacientov je vhodné používať špeciálne zubné pasty, ústne vody a gély, ktoré nevysušujú ale naopak zvlhčujú sliznicu úst. Významnú úlohu má žutie žuvačiek podporujúcich produkciu slín. Sestra dbá aj o dostatočný pitný režim pacienta.

Záver: Sestra v spolupráci s ďalším ošetrojúcim personálom by nemali podceňovať starostlivosť o ústne zdravie hospitalizovaných pacientov, nielen za účelom pozitívneho ovplyvňovania kvality starostlivosti, ale aj za účelom zabezpečenia celkového zdravia a pohodlia pacienta.

Kľúčové slová: Orálne zdravie. Ústna hygiena. Hospitalizovaný pacient. Sestra. Dentálny hygienik.

Kontaktná adresa:

PhDr. Bc. Ľudmila Andraščíková

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra dentálnej hygieny

Partizánska 1

080 01 Prešov

e-mail: andrascikova.ludka@gmail.com

PhDr. Andrea Ševčovičová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi,

Kósu - Schoppera 141/22

048 01 Rožňava

e-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

ROZDILY VE ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U VYBRANÝCH CÍLOVÝCH SKUPIN OBYVATELSTVA

Sylva Bártlová

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Zdravotní gramotnost přispívá ke zlepšení zdraví, posiluje schopnost lidí rozhodovat se v každodenním životě tak, aby to bylo prospěšné pro jejich zdraví a zároveň zvyšuje účinnost, efektivitu i kvalitu zdravotnického systému.

Cíl: Cílem výzkumu bylo poukázat na některá specifika některých cílových skupin, týkající se zdravotní gramotnosti v Jihočeském kraji. Smyslem výzkumu bylo vymezit potřebu zdravotní gramotnosti z různých hledisek – věku, genderu, socioekonomického statusu a popsání kompetencí zdravotnických pracovníků v oblasti zdravotní gramotnosti se zaměřením na péči o zdraví ve vybraných skupinách obyvatelstva.

Metody: Šetření bude realizováno za využití kvalitativně-quantitativních metod. Kvalitativní fáze výzkumu bylo realizována prostřednictvím hloubkových rozhovorů u cílových skupin – kódováním nebo kategorizací dat v programu Atlas-ti.

Kvantitativní výzkum byl koncipován formou rozhovoru, jehož struktura byla odvozena od standardizovaného dotazníku určeného k identifikaci zdravotní gramotnosti obyvatelstva Evropské unie HLS-EU-Q16 (Evropský dotazník pro průzkum zdravotní gramotnosti) doplněného o několik otázek sociodemografického charakteru, hodnocení subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face) v období od 1. 1. - 30. 5. 2017.

V rámci výzkumu zdravotní gramotnosti bylo provedeno šetření u 1698 respondentů cílových skupin: děti a adolescenti (302 respondentů), dospělá populace (303 respondentů), senioři (326 respondentů), občané žijící pod hranicí chudoby (300 respondentů), Romové (301 respondentů), zdravotníci -lékaři a sestry (166 respondentů).

Výsledky: Neadekvátní nebo problematická zdravotní gramotnost významně častěji byla uváděna u osob žijících pod hranicí chudoby (66,2%), u romské minority (62,5%) a u seniorů (61,1%). Dostatečná zdravotní gramotnost byla významně častěji prokázána u dětí, adolescentů (52%) a dospělých (51%).

Závěr: Ke zdravotní gramotnosti je nutné přistupovat diferencovaně. Výzkum v oblasti zdravotní gramotnosti by se měl v nejbližších letech v České republice zaměřit především na vybrané cílové skupiny, jako jsou senioři, osoby žijící pod hranicí chudoby a Romy, u kterých by bylo nutné se věnovat nejen zdravotní ale též sociální intervenci.. Zdravotní gramotnost a její rozvoj by měl být založen na kvalifikovaných analýzách.

Klíčová slova: Zdravotní gramotnost. Děti a adolescent. Dospělí. Senioři. Osoby žijící pod hranicí chudoby. Romové.

Tento výzkum je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo ZGO2016_001.

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

e-mail: bartlova@zsf.jcu.cz

OŠETROVATEĽSTVO V PSYCHIATRII VČERA A DNES – VÝZNAM KOMUNIKÁCIE V KONTAKTE S PSYCHIATRICKÝM PACIENTOM

Stanislava Bédiová, Zdenka Trokanová, Veronika Szabóová
Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie, Slovenská republika

Abstrakt

V minulom roku oslávila Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie 60. výročie svojho založenia. V priebehu 6-tich dekád fungovania sa zásadným spôsobom zmenil charakter a postavenie psychiatrického ošetrovatelstva vo svete aj u nás. Na základe enormnej vedeckovýskumnej aktivity sa skokovito rozšírili terapeutické možnosti v liečbe duševných ochorení. V minulosti slúžili psychiatrické zariadenia iba na detenciu duševne chorých, dnes máme k dispozícii širokú paletu psychofarmák, neurostimulačných metód (elektrokonvulzívna liečba, repetitívna transkraniálna magnetická stimulácia), psychoterapeutických intervencií a rehabilitačných aktivít. Podľa WHO budú do roku 2020 psychické poruchy spolu s kardiovaskulárnymi chorobami predstavovať najzávažnejší zdravotný problém spoločnosti. Zo štatistík NCZI vyplýva, že dochádza k nárastu počtu pacientov ošetrovaných v psychiatrických ambulanciách. Veľa pacientov však lekársku pomoc nevyhľadá. Súvisí to s predsudkami a mýtmi o duševných poruchách v spoločnosti. Strach zo stigmatizácie odrádza pacientov od vyhľadania pomoci. Sestra má nezastupiteľné miesto v starostlivosti o psychiatrického pacienta. Nestretne sa s ním však iba na psychiatrickom oddelení, ale aj na akomkoľvek somatickom oddelení. Základom práce s psychiatrickým pacientom zostáva komunikácia. Cieľom nášho príspevku je priblížiť špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti pri jednotlivých psychiatrických diagnózach. Profesionálna a odborná verbálna a neverbálna komunikácia pomáha pri zvládaní prejavov agresivity, úzkosti, či halucinácií. Pre sestru je dôležité, aby vedela nadviazať s pacientom efektívnu komunikáciu, vytvoriť atmosféru dôvery, vybudovať terapeutický vzťah, pacienta edukovať a podporiť jeho spoluprácu v liečbe. Problematika liečby a ošetrovania pacientov s duševnými poruchami má celospoločenský význam a je nutné sa ňou intenzívne zaoberať.

Kľúčové slová: Ošetrovateľská starostlivosť. Psychiatrický pacient. Verbálna a neverbálna komunikácia. Sestra.

Kontaktná adresa:

Mgr. Bédiová Stanislava

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Rínok 344/48

951 35 Veľké Zálužie

e-mail: stanka.bediova@gmail.com

HODNOCENÍ NORMOTERMIE U OPERANČÍCH VÝKONŮ NA ORL PRACOVÍŠTI

Andrea Benešová, Jana Škvrňáková

Katedra ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Hypotermie neboli teplota tělesného jádra pacientů, podstupujících operační výkon v celkové anestezii, jež je nižší než 36 °C, je z hlediska zdravotního stavu pacientů závažný problém. Vyskytuje se u 50–90 % všech operovaných osob a následkem jsou nežádoucí fyziologické změny, např. změny srdeční funkce či vědomí. Negativní vliv má hypotermie také na imunitní funkce organismu, zvyšuje tak náchylnost pacientů k výskytu perioperační infekce v ráně, vede k prodloužení hospitalizace a zvyšuje i pooperační mortalitu a morbiditu. (Nevtípilová, s. 28, 2017) Studie Pyszkové, do které bylo zařazeno 401 nemocných, potvrzuje výskyt hypotermie v době přijetí na Post-anaesthesia care unit (PACU) u 253 nemocných (63 %). (Pyszková et al., s. 267, 2014)

Na operačních sálech provádí pravidelnou kontrolu tělesné teploty anesteziologická sestra spolu s anesteziologem. Sledují hodnoty tělesné teploty pacienta a kontrolují správné uložení čidla snímajícího tělesnou teplotu (Jindrová a kol. 2016, s. 150). K poklesu tělesné teploty dochází po úvodu do celkové anestezie ve třech fázích. V první fázi klesne teplota o 1-3 °C během první hodiny anestezie. Z tohoto důvodu by se neměli opomíjet ani pacienti, podstupující kratší a nekomplikovaný operační výkon. V druhé lineární fázi dochází již k tepelným ztrátám postupného charakteru, a to během následujících dvou až třech hodin. K rovnováze mezi ztrátami a tvorbou tepla organismem dochází až ve třetí fázi zvané plató. Pooperačně se normotermie obnovuje, když poklesne koncentrace anestetika v mozku a dojde tak k znovuoobnovení normální termoregulační obrany. Účinné obnovení žádoucího stavu ovšem snižuje zbytková anestezie a opiáty, které jsou důležitou součástí pooperační analgezie. Znovuoobnovení normotermie trvá dvě až pět hodin po operaci, a proto je zapotřebí zajistit teplotní komfort i na jednotce pooperační péče (ARO, JIP, dospávací pokoj). I přes všechny dobře známé nežádoucí následky hypotermie se perioperační péče stále potýká s výzvou udržet pacienta v tepelném komfortu v průběhu celého operačního výkonu. K udržení normální tělesné teploty pacienta je zapotřebí týmového úsilí (Nevtípilová 2017, s. 28).

Výzkumné šetření je zaměřeno na sledování hypotermie u pacientů podstupujících operační výkon v celkové anestezii na otorinolaryngologickém pracovišti a na centrálních operačních sálech chirurgického pracoviště. Dále jsou sledovány a posuzovány standardy a postupy pro sledování, hodnocení a zápis tělesné teploty na operačních sálech.

Cíle výzkumného šetření jsou tři:

1. Sledování změn v normotermii u pacientů podstupujících operační výkon na otorinolaryngologickém pracovišti (ORL) a na centrálních operačních sálech (COS) chirurgického pracoviště.
2. Zjistit, jaké jsou standardy a postupy pro sledování, hodnocení a zápis tělesné teploty na operačních sálech.
3. Sledovat četnost subjektivně uváděných symptomů pacientů v perioperačním a pooperačním období, jejichž příčinou je změna normotermie na operačním sále/dospávacím pokoji.
4. Hodnocení změn normotermie v souvislosti s BMI a délkou operačního výkonu.

Metody:

Pro sběr a hodnocení dat bylo zvoleno kvantitativně-kvalitativní šetření.

Výzkumné šetření je prováděno na operačních sálech ORL a COS vybraných nemocnic, sběr dat probíhá pomocí pozorování a záznamu dat do vytvořeného protokolu. Zdrojem informací je také zdravotnická dokumentace a standard daného pracoviště pro sledování fyziologických funkcí, zejména tělesné teploty. Data o subjektivních pocitech pacientů v perioperačním a pooperačním období jsou získána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Před samotným sběrem dat proběhlo pilotní šetření k ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku vlastní konstrukce a funkčnosti záznamového archu pro pozorování. Data jsou zpracována do tabulek četností a grafů v programu Microsoft Excel, Statistika. Respondenty jsou pacienti přijatí k operačnímu výkonu (18 let a více), podstupující výkon v celkové anestezii s délkou výkonu 30 minut a déle. Do souboru jsou zařazeni operanti z ORL a COS vybraných nemocnic v období od června 2018 do ledna 2019. Zařazení do výzkumného šetření je zcela dobrovolné, na základě ústního souhlasu pacienta/respondenta. Před zahájením sběru dat byl získán souhlas zdravotnického zařízení s výzkumným šetřením a sběrem dat. Minimální počet respondentů, zařazených do výzkumu na operačním sále ORL je 30–40 a taktéž na COS chirurgického pracoviště.

Výsledky: prvné zkušenosti získané z výsledků pilotního šetření a sběru dat.

Závěr: předběžný závěr získaný z prvních výsledků.

Klíčová slova: Hypotermie. Perioperační péče. Tělesná teplota.

Kontaktná adresa:

Bc. Andrea Benešová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Průmyslová 395

532 10 Pardubice – Černá za Bory

e-mail: st45146@student.upce.cz

POMER POČTU OŠETROVATELIEK K CHORÝM V MINULOSTI

Jana Boroňová

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Príspevok sa zaoberá výskumom realizovaným v počiatku 30. rokov 20. storočia vo viacerých krajinách sveta. Obsažná správa, ktorú vypracovala referentka Reimanová, je výpočtom obsiahleho písomníctva, ktoré povedľa dotazníkovej akcie bolo základom k vedecky spracovanej práci.

Medzinárodný výbor nemocníc v 30. rokoch 20. storočia nariadil podvýboru pre otázky v ošetrovatel'stve, aby zistil pomer medzi počtom ošetrovateliek (dnes *sestier*) a chorých. Bolo zrejmé, že ide o zistenie skutočnosti, koľko je ošetrovateliek zamestnaných priamou starostlivosťou o chorých v najprednejších ústavoch rôznych krajín a taktiež bolo potrebné zistiť počet zamestnaných ošetrovateliek u 100 pacientov po dobu 24 hodín. Ťažkosti pri skúmaní predloženej otázky spočívali v najrôznejších skutočnostiach, napr. rás a stupeň ošetrovaných chorôb, sociálny stav chorých, vek a pohlavie, odborná výchova a národné znaky ošetrovatel'stva, architektonické rozvrhnutie a vybavenie nemocníc, podmienky zdravia a podnebia a odchýlky ročných období. Uvedená správa bola vypracovaná pre II. Medzinárodný nemocničný zjazd vo Viedni v roku 1931. V rámci obtiažnosti realizovania danej úlohy a získania spoľahlivého spôsobu porovnania došlo k rozdeleniu správy na tri časti:

- I. Stručný prehľad o realizovaných hlavných šetreniach v otázke pomeru počtu ošetrovateliek k chorým.*
- II. Výsledok dotazníkovej akcie subkomitету.*
- III. Význam práce ošetrovateliek – žiačok pre nemocnice.*

Napriek tomu, že pre predmetný výskum boli požadované tri uvedené časti, zaujímavou sa javí aj štvrtá – a to *denný počet pracovných hodín*.

Záver: V závere danej správy sa uvádza, že v rámci ročných období sa podstatne mení zloženie ošetrovaných chorých, ošetrovatel'ský personál však zostáva celkovo nezmenený. Čím je počet chorých menší, tým je väčší počet ošetrovacích hodín venovaných priamej starostlivosťou o pacientov. Služba a celková starostlivosť je takto dokonalejšia. Pokiaľ ide

o prácu žiačok (dnes *šudentiek*), je z predložených správ zrejmé, že vykonávajú dostatočnú službu a pre ich nahradenie by bol potrebný bezmála rovnaký počet školených ošetrovateliek (*sestier*).

Kľúčové slová: Ošetrovatel'ka – sestra. Chorý. Žiačka – študentka. Ošetrovatel'ský personál.

Príspevok je súčasťou projektu VEGA „*Ošetrovatel'ská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia*“, projekt č. 1/0688/18

Kontaktná adresa:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

e-mail: jana.boronova@truni.sk

POSÚDENIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV SO SYNDRÓMOM DIABETICKEJ NOHY

Andrea Botíková¹, Alena Dziacka¹, Eva Tomíková^{1,2}, Ivana Vričanová¹

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika, študent PhD

Abstrakt

Úvod: Diabetická noha je jednou z mnohých komplikácií sprevádzajúcich ochorenie nazývané diabetes mellitus. Syndróm diabetической nohy výrazne znižuje nielen sebestačnosť pacienta, ale má vplyv aj na jeho celkovú kvalitu života. V starostlivosti o diabetikov je preto nutné venovať zvýšenú pozornosť prevencii a predovšetkým dôkladnej edukácii, ktorej účelom je predchádzať akémukoľvek porušeniu integrity kože na končatinách.

Cieľ: Posúdiť kvalitu života pacientov s diagnózou diabetická noha v oblastiach fyzického zdravia, psychického zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia.

Metódy: K zberu dát bol použitý štandardizovaný dotazník Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL-BREF rozšírený o demografické údaje a informácie týkajúce sa liečby diabetu a diabetической nohy pacientov. Základný súbor tvorí 99 pacientov so syndrómom diabetической nohy, ktorý využívali služby agentúry domácej ošetrovatel'skej starostlivosti a navštevovali chirurgickú ambulanciu. Údaje sme spracovávali prostredníctvom programov Microsoft Excel a štatistického programu SPSS 19, T-test a CHí-kvadrát test.

Výsledky: Na základe výsledkov výskumu sme zhodnotili, že najnižšiu kvalitu života majú pacienti so syndrómom diabetической nohy v oblasti fyzického zdravia. Naopak, za najlepšiu uvádzajú v oblasti svojho životného prostredia. Zistili sme, že so zvyšujúcou intenzitou bolesti pacientov sa ich celkové hodnotenie kvality života znižuje. Taktiež sa ukázalo, že kvalita života v oblastiach fyzického a duševného zdravia je u respondentov starších ako 65 rokov výrazne nižšia ako u respondentov mladších ako 65 rokov.

Záver: Z výsledkov výskumu a teoretických poznatkov sme zhodnotili, že pacienti so syndrómom diabetической nohy majú výrazne nižšiu kvalitu života v oblastiach fyzického zdravia, psychického zdravia a sociálnych vzťahov. K zlepšeniu kvality života pacientov so

syndrómom diabetickej nohy výrazne prispieva zavedenie efektívnych preventívnych strategických postupov.

Kľúčové slová: Ošetrovateľská starostlivosť. Syndróm diabetickej nohy. Kvalita života. WHOQOL-BREF. Pacient.

Kontaktná adresa prvého autora:

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

e-mail : andrea.botikova@truni.sk

DEKUBITY AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Andrea Botíková¹, Oľga Kabátová¹, Silvia Puteková¹, Jana Martinková¹

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

V súčasnej dobe dekubity aj napriek rozvoju medicíny, ošetrovatel'stva predstavujú závažný problém v starostlivosti o chorých. Výskyt dekubitov nie je len záležitosťou chudobnejších krajín, ale tento problém riešia aj vyspelé krajiny ako USA, Nemecko, Veľká Británia a pod. Medzi pacientov s vysokým rizikom vzniku dekubitov patria geriatrickí pacienti, pacienti vyžadujúci intenzívnu starostlivosť, imobilní a plegickí pacienti. Sledovanie výskytu dekubitov, patrí k dôležitým indikátorom kvality poskytovaných služieb. Sestra poskytujúca ošetrovatel'skú starostlivosť je na prvom mieste, ktorá realizuje v spolupráci s tímom efektívnu prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu u pacientov s dekubitmi. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) za rok 2011 vyhodnotil výskyt dekubitov ako druhú najčastejšiu nežiaducu udalosť. Najviac rizikovou skupinou sú starí ľudia, imobilní pacienti. Uvádza sa, že 5- 25% dlhodobo ležiaci pacienti majú preležaninové vredy, pričom počas života majú dekubit takmer všetci ochrnutí pacienti. Pri posudzovaní miery rizika vzniku dekubitov sa používajú viaceré škály. Musíme však podotknúť, že tieto škály nenahrádzajú klinický úsudok, neidentifikujú pacientov, u ktorých vznikne dekubit. Najčastejšie sa používajú Bradenova stupnica, Knollova stupnica, Tradenova stupnica, Nortonova stupnica, Shannonova stupnica, Waterlovova škála. Najrozšírenejšou klasifikáciou na posudzovanie dekubitov je škála NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). Celosvetový prieskum dokazuje, že až 95% dekubitov nemusí byť. V Deklarácii z Ria de Janeiro (2011) Prevencia pred vznikom preležanín ako univerzálne ľudské právo sa do popredia dostáva, aby sa o dekubitoch verejne rozprávalo a konali sa opatrenia na ich prevenciu. 16. november je vyhlásený ako svetový deň „Stop tlakovým ranám“, prvýkrát sa konal v roku 2011. Žiadne opatrenia nenahradia kvalitnú a efektívnu ošetrovatel'skú starostlivosť a ľudský prístup k pacientovi.

Kľúčové slová: Dekubity. Prevencia. Liečba dekubitov. Škála. Ošetrovatel'ská starostlivosť.

Kontaktná adresa prvého autora:

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

e-mail : andrea.botikova@truni.sk

ANALÝZA POUŽITÍ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU CHILD CARE QUALITY AT HOSPITAL (CCQH)

Iveta Černohorská¹, Eva Hlaváčková¹, Lenka Hodačová²

¹Katedra klinických oborů, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká republika

²Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Hodnocení kvality ošetrovatelské péče o hospitalizované děti je většinou realizováno u rodičů dětských pacientů. Faktory ovlivňující spokojenost rodičů a dětí se však mohou lišit, a proto badatelé v posledních letech kladou důraz na účast dětí na klinickém rozhodování a vyjadřování, a to s ohledem na jejich věk. Příspěvek prezentuje vědeckou práci, zaměřující se na transkulturní přenos nástroje pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi. CCQH je dotazník, vytvořený a validizovaný finskou autorkou Tiinou Pelander. CCQH je určen pro děti ve věku 7 - 11 let a zahrnuje hodnocení charakteristik ošetrujícího personálu,

chování ošetrujícího personálu a hodnocení nemocničního prostředí.

Cíl: Hlavním cílem příspěvku je prezentovat analýzu české verze dotazníku CCQH s ohledem na její psychometrické vlastnosti a praktičnost.

Metody: Česká verze dotazníku CCQH byla zkoumána pomocí metody rozhovoru s experty a dotazníkového šetření u hospitalizovaných dětí ve věku 7 – 11 let.

Výsledky: Statistická analýza potvrdila vhodné psychometrické vlastnosti české verze dotazníku CCQH. Výsledky testování praktičnosti však ukázaly, že dotazník je příliš dlouhý, složitý a některé položky neodpovídají kontextu české praxe. Pozitivně byl nástroj hodnocen odborníky z praxe zejména pro samotnou myšlenku a prevenci profesionální deformace.

Závěr: Kulturní specifika musí být při přenosu nástrojů respektována, proto dalším krokem tvorby první české verze dotazníku CCQH bude konkrétní návrh na přizpůsobení kontextu české klinické praxe.

Klíčová slova: CCQH, Česká verze. Praktičnost. Psychometrické vlastnosti.

Kontaktní adresa:

Mgr. Iveta Černohorská

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Katedra klinických oborů

Průmyslová 395

532 10 Pardubice – Černá za Bory

e-mail: iveta.cernohorska@upce.cz

Tel.: +420 466 037 802

SPOKOJENOST PACIENTŮ S TIŠENÍM POOPERAČNÍ BOLESTI

Zuzana Červenková¹, Petr Vaníček¹, Eva Hlaváčková¹, Lenka Hodačová²

¹Katedra klinických oborů, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká republika

² Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Bolest se téměř nedá studovat objektivně, ale navzdory tomu je možné se pokusit interpretovat sdělení, která nám bolest přináší. Adekvátní léčba bolesti je právem každého pacienta. Zmírnění pacientovy bolesti a jeho utrpení by mělo být prioritou pro všechny zdravotníky.

Cíl: Zjistit spokojenost pacientů s tišením pooperační bolesti.

Metody: Práce má kvantitativní výzkumný design, jako výzkumný nástroj byl použit nestandardizovaný dotazník. Respondenti vyjadřovali pomocí Likertovy škály souhlas/nesouhlas s nabídnutými tvrzeními, která se týkala zvlášť přístupu lékařů a zvlášť přístupu sester k jejich bolesti. Volili ze 4 možností: zcela souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím a zcela nesouhlasím. Výzkumný vzorek tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení nemocnice poskytující akutní péči, kteří byli 1. – 4. den po operaci, při plném vědomí a splnili kognitivní test. Data byla získána od 31 respondentů.

Výsledky:

25 respondentů uvedlo, že bylo zcela spokojeno s tišením bolesti, 6 bylo spíše spokojeno. Sestry vytvářely příznivé prostředí pro úlevu od bolesti (27 souhlasilo zcela, 4 spíše). S tvrzením, že se o jejich bolest lékaři zajímali aktivně, zcela souhlasilo 17 respondentů, u sester 27 respondentů. V komunikaci o tom, jak a čím bolest tišit byli respondenti více spokojeni s přístupem sester. Respondenti si spíše nemohli vybrat, čím jejich bolest tišit a diskutovat o tom se zdravotníky spíše nemohli.

Závěr:

Respondenti jsou spokojeni s tišením pooperační bolesti, jejich bolest je aktivně diagnostikována. Respondenti se spíše neměli možnost vyjádřit k tomu, jak bude jejich bolest tišena. Důvody (např. nedostatečná komunikace či nerespektování individuality pacienta) je třeba se dále zabývat a budou předmětem dalšího šetření.

Klíčová slova: Lékař. Pooperační bolest. Sestra. Spokojenost.

Podpořeno z projektu SGS_2018_009.

Kontaktní adresa:

Mgr. Zuzana Červenková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Průmyslová 395

53210 Pardubice

zuzana.cervenkova@upce.cz

PORUCHA PRÍJMU POTRAVY AKO DETERMINANT MALNUTRÍCIE U SENIOROV S PORUCHOU KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ

Gabriela Doktorová

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Zvýšenie počtu seniorov a predĺženie strednej dĺžky života považujeme už za známu skutočnosť. V priebehu demencie sa mení osobnosť a správanie človeka, znižuje sa jeho sebestačnosť. S týmto javom súvisí aj rozvoj špecializovanej geriatrickej starostlivosti. Prevalencia narušeného príjmu potravy v spojitosti s vyšším vekom sa zvyšuje a často sa s týmto problémom stretávame u pacientov s poruchou kognitívnych funkcií.

V teoretickom príspevku sa zaoberáme príčinami poruchy príjmu potravy, hodnotením stavu výživy, následnou malnutríciou a klinickými dôsledkami malnutrície. Analyzujeme spôsoby a zásady nutričnej podpory u seniorov. Prezentujeme význam a terapiu malnutrície, vhodnú techniku a zásady nutričnej podpory u seniorov s poruchou kognitívnych funkcií.

Pri podávaní stravy je nevyhnutný rešpekt k človeku ako k rovnocennej bytosti. Je dôležité prejavovať v každej situácii úctu k človeku s narušenými kognitívnymi funkciami a zachovať jeho dôstojnosť.

Kľúčové slová: Porucha príjmu potravy. Demencia. Senior. Malnutrícia. Výživa.

Kontaktná adresa:

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Katedra ošetrovatel'stva, FZaSP

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

Email: gabriela.doktorova@truni.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DIABETICKOU NOHOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Alena Dziacka¹, Katarína Čelková¹

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Syndróm diabetickej nohy závažne zasahuje do života pacientov zmenou vzhľadu tela, obmedzenou pohyblivosťou a psychickým vnímaním zdravotného stavu. Túto častú komplikáciu diabetu je možné úspešne zvládnuť profesionálnym ošetrovaním nôh multidisciplinárnym tímom.

Cieľ: Hlavným cieľom bolo porovnať ošetrovatel'skú starostlivosť pacientov so SDN v domácom prostredí.

Metódy: Metódou klinickej kazuistiky sme sa rozhodli prezentovať skúsenosti s ošetrovaním diabetickej nohy a porovnať starostlivosť o pacientov so SDN so zreteľom na mobilitu, vlastné ošetrovanie a posúdenie prežívania pacienta. Zámerným výberom sme vybrali pacientov so SDN ošetrovaných v domácom prostredí.

Výsledky: Prvý pacient bol v starostlivosti ADOS, u ktorého boli defekty zhojené. Bol mobilný a chcel žiť plnohodnotným životom. Druhý pacient bol dispenzarizovaný na chirurgickej ambulancii, o ošetrovaní defektov bola edukovaná manželka. Pacient bol čiastočne mobilný na invalidnom vozíku, vo všetkom sa spoliehal na manželku, jeho prognóza na zhojenie amputovaného 4. a 5. prsta PDK bola horšia. Pacient bol opakovane hospitalizovaný na chirurgickej klinike.

Záver: Navrhujeme podporiť psychickú pohodu u pacientov so SDN profesionálnym prístupom a vzájomnou spoluprácou sestry z ADOS, všeobecným lekárom, lekárom špecialistom a rodinou. K efektívnosti ošetrovania diabetickej nohy prispieva i medicínska pedikúra v podiatrickej ambulancii.

Kľúčové slová: Diabetická noha. Diabetes mellitus. Ošetrovatel'ská starostlivosť. ADOS. Kazuistika.

Kontaktná adresa:

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

e-mail: alena.dziacka@truni.sk

SOUČASNÉ MOŽNOSTI PŘI ZVYŠOVÁNÍ ADHERENCE LÉČBY A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U HIV POZITIVNÍCH PACIENTŮ

Jiří Frei

Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Dnešní medicína má k dispozici mnoho léčebných a ošetrovatelských postupů pro zajištění efektivní léčby HIV pozitivních pacientů. Lze tak velmi dobře omezovat progresy HIV/AIDS a tím i mnoho dalších souvisejících komplikací. K dispozici je tak nejenom velké spektrum účinných léků, ale i nejrůznější strategie jejich používání v kontextu celkové péče o HIV pozitivní pacienty.

Cíl: Léčba HIV pozitivních pacientů je často velmi komplikovaná, a proto je v posledních letech kladen důraz na její dostatečnou adherenci. Cílem je tak kontinuální monitorace a hodnocení adherence, která se zároveň stává nedílnou součástí celého léčebně ošetrovatelského procesu. Tak lze zajistit dostatečnou efektivitu a minimalizovat i nežádoucí ekonomické dopady pro zdravotnický systém.

Metody: Možností monitorace a hodnocení adherence léčby HIV pozitivních pacientů je celá řada. Jako velmi efektivní metodu lze využít i vyšetření biologického materiálu HIV pozitivních pacientů pomocí metody High pressure liquid chromatography (HPLC), díky které lze ověřit pravidelné užívání léků samotnými pacienty. V kombinaci s hodnocením kvality jejich života pak lze stanovit míru i adherence jejich léčby. V celém tomto procesu má samozřejmě nezastupitelnou roli jak lékař, tak sestra, kteří jsou s pacienty v pravidelném kontaktu.

Výsledky: Podařilo se prokázat signifikantní souvislost mezi úrovní adherence léčby HIV pozitivních pacientů a jejich hodnocením kvality života. Toto zjištění je tak velmi důležité pro samotné léčebně ošetrovatelské strategie a jejich optimální nastavení.

Záver:

Maximálným zjednodušením a „užívateľskou prívetivosťou“ zvoleného liečebného režimu lze dosáhnout vyšší úrovně adherence HIV pozitivních pacientů, což má pozitivní dopad na jejich zdravotní stav a tím i na udržení či dokonce zvýšení kvality jejich života. To se zpětně pozitivně projevuje jak ve spolupráci pacient – zdravotník, tak i v rámci minimalizace rizik v souvislosti s šířením HIV/AIDS a dalšími komplikacemi.

Klíčová slova: Adherence. AIDS. HIV. Léčba. Pozitivita. Prevence.

Kontaktní adresa:

PhDr. Jiří Frei, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence

Husova 664/11

301 00 Plzeň

e-mail: frei@fzs.zcu.cz

CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ A KVALITA ŽIVOTA

Veronika Gígalová^{1,2}, Lenka Hodačová¹, Eva Vachková¹

¹ Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

² Akutní kardiologie JIP, I. interní kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění zatížené vysokou prevalencí, morbiditou a mortalitou. V literatuře se hovoří o epidemii 21. století se závažným socioekonomickým dopadem, výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na život pacientů.

Je konečnou fází některých kardiovaskulárních onemocnění (např. ischemické choroby srdeční, neléčené nebo špatně korigované hypertenze, chlopenní vady, kardiomyopatie). Prevalence srdečního selhání v dospělé populaci ve vyspělých zemích včetně České republiky neustále stoupá. K výraznému nárůstu dochází ve vyšších věkových skupinách v souvislosti s prodlužováním střední délky života a s moderními diagnosticko-terapeutickými možnostmi. V současnosti se v ČR léčí více než 200 000 pacientů, přibližně stejné množství má asymptomatickou dysfunkci levé komory a každý rok je nově diagnostikováno zhruba 40 000 nemocných. Pacienti ve třídě I podle NYHA nemají žádné potíže způsobené srdečním selháním. Ti, kteří jsou ve třídách II, III a IV podle NYHA, mají lehké, středně těžké nebo těžké příznaky. I přes významné pokroky v diagnostice a léčbě, je toto onemocnění závažným medicínským problémem, chronické srdeční selhání má stále špatnou prognózu. Chronické srdeční selhání má vliv na všechny aspekty života pacientů. Fyzické příznaky, nežádoucí účinky léčby, deprese, nedostatečná sociální opora mohou snižovat kvalitu života až o 40 %. Z těchto důvodů jsme se rozhodli vybrat a pro českou populaci validizovat specifický nástroj, který by umožnil hodnocení kvality života u pacientů se srdečním selháním.

Záver: Kvalita života a její dynamika by měla být u těchto pacientů pravidelně měřena, aby sestry mohly ošetrovatelskou péči lépe indikovat, vykonávat a vyhodnocovat.

KPůčové slová: Srdeční selhání. Pacient. Kvalita života. Specifické nástroje měření kvality života.

Podpořeno projektem PROGRES Q 40 – 09 a AZV 16-28174A.

Kontaktná adresa:

Mgr. Veronika Gigalová

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Šimkova 870

500 03 Hradec Králové

e-mail: gigalovv@lfhk.cuni.cz

[telefon: \(+420\) 495 816 420](tel:+420495816420)

HÄUSER ZUM LEBEN – WE ARE THE FUTURE

Gabriele Graumann, Eva Bader, Karin Branikova

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, Wien Österreich

Abstract

Introduction

The senior citizens home “Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP)” with its 30 ‘Häuser zum Leben’ is Austria’s biggest provider of quality care for senior citizens. We have 4,200 committed employees from over 60 different nations looking after our roughly 8,900 residents and Klub-members. We aim to create a daily structure and home for our residents and employees – based on the three emotional principals of “glory, chill and joy”.

Goals

The KWP is highly invested in the professional and personal development of its employees and offers them a variety of social services. We especially focus on a friendly and stimulating working climate. We know that occupational joy and a shared passion are essential for a successful business. Our Teamgoals for 2018 and 2019 are: sense of purpose, fun and joy at work, which result in a higher life quality for our residents and employees.

Methods

These goals are obtained through employee-participation and self-fulfilment in the form of project-work. Our employees show great talent developing and working on projects such as animal-therapy, cooking sessions with residents or urban gardening. Besides secure jobs and a multitude of social services such as e.g. family- and commuting allowance, secure sick leave or reasonably-priced staff-food, we also offer possibilities for further education and professional development.

Conclusion

Our company thrives through innovation and the courage to change – characteristics driven by HR-measures and lived by our employees. For our diverse range of challenges, we are looking for new colleagues in the positions of ‘Graduate Nursing Staff’ as well as ‘Caretakers’ and Care-Assistants’.

Contact:

Mag.^a Gabriele Graumann

CEO of the 30 Häuser zum Leben

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Seegasse 9

1090 Vienna

E-mail: infocenter@kwp.at

ŠPECIFICKÉ OPATRENIA ZAMERANÉ NA OBMEDZENIE ŠÍRENIA MRSA

Ivica Gulášová¹, Ján Hruška², Jozef Babečka³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

²ZDRAVSTAR s.ro., Ružomberok, Slovenská republika

³Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika, študent PhD

Abstrakt

V príspevku približujeme špecifické opatrenia zamerané na obmedzenie šírenia MRSA. *Staphylococcus aureus* je najčastejším pôvodcom infekčných ochorení u človeka, ktorý môže vyvolať hnisavé ochorenia kože, podkožia, kostí, mliečnej žľazy, infekcie respiračného traktu, sinusitídy, pneumónie, meningitídy, sepsy, endokartitídy. Je najčastejším pôvodcom hnisania rán.

Jadro článku tvorí všeobecné opatrenia zamerané proti šíreniu multirezistentných kmeňov, kde patrí hlavne barierová ošetrovatel'ská technika, hygiena rúk, úroveň čistiacich a dezinfekčných prác na predmetoch a plochách nemocničného prostredia, monitoring rezistencie na antibiotiká, sledovanie spotreby antibiotík a dodržiavanie racionálnej antibiotickej liečby. Skrínning pacientov, najmä prichádzajúcich z oddelení chronických chorôb, na prítomnosť MRSA v prípade pozitívneho výsledku, ich izolácia a dekolonizácia a dôsledné informovanie zdravotníckeho personálu o tejto problematike a možných spôsoboch prevencie, vrátane edukačných programov zameraných na správnu hygienu rúk, priniesli pokles výskytu nozokomiálnych nákaz spôsobených MRSA až o niekoľko desiatok percent.

Záver článku tvorí opatrenie hygieny rúk. Medzi najvýznamnejšie opatrenia zamerané na obmedzenie šírenia MRSA patrí hygiena rúk, vrátane nosenia rukavíc a ich pravidelná výmena.

Kľúčové slová: MRSA. Špecifické opatrenia. *Staphylococcus aureus*. Hygiena rúk. Skrínning.

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA

MONITORING PÁDŮ PACIENTŮ NA VYBRANÝCH ODDĚLENÍCH JIHOČESKÝCH NEMOCNIC

Hana Hajduchová¹, Iva Brabcová¹, Valérie Tóthová¹, Sylva Bártlová¹, Martin Doseděl², Josef Malý², Jiří Vlček²

¹Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

² Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika

Abstrakt

Cíl: Cílem příspěvku bude seznámit s výsledky provedené analýzy pádů hospitalizovaných pacientů za rok 2017, ke kterým došlo na 16 vybraných odděleních, a které byly vloženy do interaktivní databáze „Monitoring rizikových faktorů pádů a jejich analýza“ (PharmaPortal EU).

Metodika: Interaktivní databáze slouží pro účely řešeného projektu pro monitoraci pádů pacientů na 6 interních, 2 chirurgických, 5 odděleních následné péče, 1 oddělení rehabilitace, 1 plicním oddělení a 1 psychiatrickém oddělení) ve čtyřech nemocnicích Jihočeského kraje České republiky, konkrétně se jedná o Nemocnici České Budějovice, a. s., Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s., Nemocnici Tábor, a. s., Nemocnici Písek, a. s. Do databáze pověřeni pracovníci (sestry a lékaři, administrativní pracovníci) vkládali údaje o jednotlivých pacientech, u kterých došlo k pádu během hospitalizace od ledna 2017 do prosince roku 2017 na jejich pracovištích. Bylo analyzováno celkem 280 pádů hospitalizovaných pacientů. Z toho v Nemocnici Tábor, a. s. se jednalo o 24,8 % pádů, v Nemocnici České Budějovice, a. s. o 35,1 % pádů, v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. o 14,2 % pádů, v Nemocnici Písek, a. s. o 25,9 % pádů.

Výsledky: Nejvíce pádu se odehrálo na odděleních skupiny následné péče 48,9 % pádů, na interních odděleních se odehrálo 44,3 % pádů, nejméně pak na chirurgických odděleních 6,8 % pádů. Téměř polovina 46,5 % pádů se týkala pacientů s délkou hospitalizace 1-7 dní. Průměrný věk pacientů, u kterých došlo k pádu, byl 76,9 let.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.16-33463A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena."

Klíčová slova: Analýza. Česká Republika. Hospitalizovaní pacienti. Ošetrovatelská péče. Pády. Rizikové faktory.

Kontaktná adresa:

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.,

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26, České Budějovice 370 05,

hajducho@zsf.jcu.cz

OŠETŘOVATELSKÉ SOUVISLOSTI PÁDŮ NA VYBRANÝCH ODDĚLENÍCH JIHOČESKÝCH NEMOCNIC

Hana Hajduchová¹, Iva Brabcová¹, Valérie Tóthová¹, Sylva Bártlová¹, Martin Doseděl², Josef Malý², Jiří Vlček²

¹Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

² Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika

Abstrakt

Cíl: Cílem příspěvku bude prezentace vybraných případů pádů hospitalizovaných pacientů z pohledu sestry, ke kterým došlo na 16 vybraných odděleních, a které byly vloženy do interaktivní databáze „Monitoring rizikových faktorů pádů a jejich analýza“ (PharmaPortal EU) v roce 2017.

Metodika: Interaktivní databáze slouží pro účely řešeného projektu pro monitoraci pádů pacientů na 6 interních, 2 chirurgických, 5 odděleních následné péče, 1 oddělení rehabilitace, 1 plicním oddělení a 1 psychiatrickém oddělení) ve čtyřech nemocnicích Jihočeského kraje České republiky, konkrétně se jedná o Nemocnici České Budějovice, a. s., Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s., Nemocnici Tábor, a. s., Nemocnici Písek, a. s.

Výsledky a závěr: Nejvíce pádů se odehrálo u pacientů v riziku pádu, v nočních hodinách na pokojích pacientů bez přítomnosti zdravotníků, doporučujeme proto na těchto pracovištích kromě již fungujících zavedených opatření nastavit systém pravidelných a častějších kontrol ošetřujícím personálem a intervence s využitím moderních informačních technologií a systémů a vycházet při aplikaci preventivních opatření z individuálních rizikových faktorů hospitalizovaných pacientů.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.16-33463A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena."

Klíčová slova: Analýza. Hospitalizovaní pacienti. Jihočeské nemocnice. Kazuistiky případů pádů.

Kontaktná adresa:

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.,

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26, České Budějovice 370 05,

hajducho@zsf.jcu.cz

LÉKAŘ A PACIENT – SPOLUROZHODOVÁNÍ O LÉČBĚ A EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Lenka Hodačová¹, Eva Vachková¹, Veronika Gígalová^{1,2}

¹Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

²Akutní kardiologie JIP, I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Zlepšení zdravotního stavu a kvality života pacientů patří mezi základní cíle poskytování zdravotní péče. Jednu z hlavních komponent kvalitní péče představuje péče zaměřená na pacienta. V posledním období se setkáváme s problematikou nonadherence pacientů k léčbě, která ohrožuje efektivitu léčby a významně zvyšuje náklady na zdravotní péči. Možná i proto jsme v současné době v mnoha zemích svědky zvýšeného zájmu a jasného posunu k většímu zapojování pacientů do procesu rozhodování o léčbě.

Jedná se o přístup, kdy klinici a pacienti společně sdílejí nejlepší dostupné informace založené na důkazech a pacienti jsou podporováni, aby na základě získaných kvalitních informací zvážili dané možnosti léčby v souladu s vlastními prioritami. Proces rozhodování má několik stádií – hodnocení potřeb, poskytování opory pacientovi, hodnocení procesu a výsledků. Jak lékař, tak i pacient sdílejí rozhodnutí i zodpovědnost. Jedná se o komplexní přístup, který je ovlivněn řadou faktorů. U pacientů to jsou např. nejistota výsledků, komplexnost lidské mysli, strach, preference menších, ale okamžitých odměn, vliv emocí, apod.; u lékaře pak jeho znalosti, zkušenost, intuice, reakce pacienta, sociální poměry pacienta, apod. Jedním z podstatných faktorů je i efektivní komunikace mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče, v němž význam hraje i efektivita interakce ze strany samotného pacienta, která je závislá na sebedůvěře pacienta ve svoji schopnost komunikovat s lékařem. V současné době se zabýváme vývojem a testováním dvou dotazníků, které zjišťují vnímání vlastní schopnosti pacientů efektivně komunikovat s lékařem a důvěru ve vlastní schopnost efektivně zvládat různé situace.

Záver: Společné rozhodování je model, který koncepčně přesahuje informovaný souhlas, je založen na akceptování principu sebeurčení jedince a vede ke snížení informační i mocenské

asymetrie medzi lekárom a pacientem. Významný je nejen z hlediska legislativního a etického, důležitý je i jeho ekonomický rámec.

KPůčové slová: Společné rozhodování o léčbě. Individualizovaná péče. Komunikace. Lékař. Pacient.

Podpořeno projektem PROGRES Q40-09 a AZV 16-28174A.

Kontaktná adresa:

doc. MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.

Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Šimkova 870

500 38 Hradec Králové

Česká republika

e-mail: hodacoval@lfhk.cuni.cz

tel.: 495816 417

DODRŽOVÁNÍ PRAVIDEL HYGIENY RUKOU V PERIOPERAČNÍ PÉČI

Andrea Horáková¹, Jana Wichsová¹

¹Katedra ošetrovatel'ství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Hygiena rukou je jedna z nejefektivnějších metod prevence nozokomiální infekce. Healthcare associated infections jsou infekce, které vznikly s přítomností původce infekce nebo jeho produktů ve spojitosti s pobytem nebo výkonem prováděnými osobou, která poskytuje péči ve zdravotnickém zařízení, domově pro osoby se zdravotním postižením nebo v domově se zvláštním režimem a v příslušné inkubační době. Tyto komplikace zatěžují jak samotného nemocného a ohrožují jeho zdraví, tak zatěžují i dané pracoviště. Jejich častý výskyt svědčí o nesprávném hygienickém režimu daného zdravotnického zařízení. Až v 60% dochází k přenosu infekce rukama zdravotníků. Nedostatečně prováděná dezinfekce rukou je velkým celosvětovým problémem, proto Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) vydala směrnici „Clean Care is Safer Care“. Jedná se o mezinárodní iniciativu, která si dává za úkol celosvětově propagovat efektivní postupy v oblasti hygieny rukou. Protože si tuto problematiku uvědomuje WHO, ale i ministerstva zdravotnictví všech zemí, vydávají pokyny, směrnice, ale i různá doporučení (WHO, 2009). Hygiena rukou je proto základním opatřením v prevenci infekcí. Bylo prokázáno, že správně prováděná hygiena rukou je velmi zásadní a levný způsob snižování výskytu infekcí, které vznikly se souvislostí s pobytem ve zdravotnickém zařízení.

Cíl: Cílem výzkumu je zjistit a porovnat teoretické a praktické znalosti pravidel dodržování hygieny rukou mezi nelékařskými pracovníky v perioperační péči.

Metody: Výzkum byl proveden formou kvantitativního výzkumu ve formě dotazníkového šetření. Do dvou nemocnic Ústeckého kraje byl rozdan nestandardizovaný dotazník. Zmíněný dotazník byl distribuován na konci září na oddělení operačních sálů ve spolupráci s vrchními sestrami. V dotazníku je uvedeno, že jeho vyplnění je anonymní, z jakého důvodu je vyplňován a návod, jak dotazník vyplnit. Toto dotazníkové šetření bude zároveň probíhat společně s pozorováním. Sběr dat z pozorování je zaznamenáván do předem připraveného záznamového pozorovacího protokolu. Následné vyhodnocení výsledku dotazníkového

šetření a přímého pozorování bude vyhodnoceno a porovnáno pomocí metod popisné statistiky.

Výsledky: Výzkum stále probíhá, budou prezentovány částečné výsledky šetření.

Závěr: Výzkum je zaměřen na dodržování a znalosti pravidel v oblasti hygieny rukou v perioperační péči. Účelem výzkumného šetření je zmapovat teoretickou i praktickou úroveň hygieny rukou u nelékařských pracovníků v perioperační péči.

Obsah výzkumu je rozdělen do dvou částí, teoretické a výzkumné. Cílem teoretické části je literární rešerše aktuálních poznatků, která poskytuje teoretická východiska pro výzkumnou část. Výzkumná část pracuje s výsledky kvantitativního výzkumného šetření provedeného metodou dotazníkového šetření a pozorování respondentů.

Respondenty jsou nelékařští pracovníci Nemocnice Děčín a Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, kteří pracují na operačních sálech. Respondenti pro zařazení do výzkumu musí být ochotni spolupracovat při pozorování a musí být schopní zodpovědět všechny otázky v dotazníku, který je součástí výzkumu.

Klíčová slova: Nozokomiální nákazy. Hygiena rukou. Perioperační péče.

Kontaktná adresa:

Bc. Andrea Horáková

Řetězová 103/13

40502 Děčín

e-mail: a.horaku@seznam.cz

NÁRODNÝ ÚSTAV SRDCOVOCIEVNYCH CHOROB – Detské kardiocentrum

Marián Hrebík, Katarína Melicherčíková, Alexandra Fádliková, Oľga Sekaninová
NÚSCH a.s., Detské kardiocentrum, Bratislava, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Chceme predstaviť NÚDCH a Detské kardiocentrum študentom .

Cieľ: NÚSCH a Detské kardiocentrum ako poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pre choroby srdca a ciev v SR .

NÚSCH, a.s. – Detské kardiocentrum je jediným špecializovaným pracoviskom na Slovensku, ktoré poskytuje vysoko špecializované, kompletné diagnostické, liečebné, katetrizačné a chirurgické výkony na srdci a cievach u detí s vrodenými a získanými chorobami srdca a ciev a to v celej škále veku .

Víziou Detského kardiocentra je : „ Pokračovať v procese zlepšovania kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti aj z hľadiska ekonomickej výhodnosti a vytvárať prostredie orientované na zabezpečenie spokojnosti a bezpečnosti pacientov, ich rodičov a aj zdravotníckeho personálu. “

Kľúčové slová: NÚSCH. Detské kardiocentrum.

Kontaktná adresa:

MUDr. Marián Hrebík, MPH .

NÚSCH a.s. Detské kardiocentrum

Limbova č. 1

833 51 Bratislava

e-mail: hrebik@dkc-sr.sk

APLIKÁCIA KOMPLEXNÉHO GERIATRICKÉHO POSÚDENIA

Oľga Kabátová, Silvia Puteková

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Sestra má za úlohu hľadať u pacienta problémy, ktoré súvisia s ošetrovaním a následne ich riešiť. Pri ošetrovaní musí sestra využívať metódy a techniky, ktoré sú vedecky zdôvodnené odborníkmi v oblasti geriatrického ošetrovatel'stva. Jednou z týchto techník je používanie hodnotiacich a meracích škál, ktoré v súvislosti s geriatriou možno nazývať komplexným geriatrickým hodnotením. Komplexné geriatrické posúdenie je neoddeliteľnou súčasťou pri posudzovaní seniora a jeho zdravotného stavu.

Cieľ: Cieľom prieskumu bolo aplikovať komplexné geriatrické posúdenie do ošetrovatel'skej praxe.

Metodika: Prieskum bol realizovaný prostredníctvom hodnotiacich nástrojov využívaných pri komplexnom posudzovaní 60 geriatrických pacientov. Pri posudzovaní sme využívali Barthelovej test základných denných činností (ADL), Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej, Test kognitívnych funkcií (MMSE) a Škálu pre hodnotenie výživy (MNA).

Výsledky: Geriatrickí pacienti vykázali vysoké riziko vzniku pádov (63 %), riziko podvýživy sme zistili u 70 % a narušené kognitívne funkcie preukazovalo 53 %. V oblasti sebestačnosti bolo 63 % pacientov mierne závislých od pomoci iných.

Záver: Využívanie komplexného geriatrického posúdenia má široký význam pri ošetrovaní starších pacientov. Vzhľadom k našim výsledkom si myslíme, že by sa komplexnému posudzovaniu seniorov malo venovať viac času. Komplexné posudzovanie prináša obsiahlejšie informácie, a tým môže byť zabezpečená efektívnejšia ošetrovatel'ská starostlivosť.

Kľúčové slová: Sestra. Geriatrické posúdenie. Senior. Hodnotiace a meracie škály.

Kontaktná adresa:

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

email: olga.kabatova@truni.sk

OPERACE U NESPECIFICKÝCH ZÁNĚTŮ STŘEVNÍCH, ANO ČI NE?

Mojmír Kasalický^{1,2}, Eva Koblíhová², Jaroslav Pažin²

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

²Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Laparoskopické, respektive laparoskopicky asistované operace (LS) v kolorektální chirurgii u nemocných s idiopatickými střevními záněty (IBD) jsou stále populárnější. 70 % - 90 % nemocných s CD se během života dožije minimálně jedné operační intervence. U 40 % - 50 % nemocných s CD je v průběhu následujících 10 – 15 letech nutná další chirurgická intervence. Benefit laparoskopického přístupu je nasnadě. Restorativní proktokolektomie (RPC) je dnes považována za téměř zlatý standard u nemocných s ulcerózní proktokolitidou (UC) nereagující na konzervativní léčbu, u které je laparoskopický přístup velkým přínosem. Vzhledem k povaze onemocnění IBD má miniinvazivní přístup a technika operování svá specifika. Při indikaci je nezbytná úzká spolupráce chirurga, gastroenterologa, radiologa eventuálně nutričního specialisty.

Metoda: K LS byli indikováni nemocní bez předchozí laparotomické intervence v dutině břišní. Od roku 2009 do poloviny roku 2018 bylo na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN u nemocných s IBD laparoskopicky, respektive laparoskopicky asistovaně provedeno 403 operací, z toho bylo 241 ileokolických resekcí, 62 hemikolektomií, 69 subtotálních kolektomií a 31 proktokolektomií s IPAA. Data byla sbírána prospektivně a hodnocena retrospektivně.

Výsledky: Průměrný čas operace byl 117 minut (65-365 min; z toho u RPC 270-365 min), průměrná krevní ztráta byla 98 ml (0-350 ml). U 32 pacientů (8,1%) byla nutná konverze na laparotomický přístup. Nemocní byli mobilizováni již první den po operaci. Obnovení činnosti zažívacího traktu bylo v průměru 3,4 dne (1-8 dne) a průměrná doba hospitalizace byla 6,9 dne (4-11dní). Z časných komplikací, které bylo třeba řešit chirurgicky, se v našem souboru u 3 pacientů vyskytl ileus na tenkém střevě a u 2 pacientů hemoperitoneum. 9 pacientů mělo infekci v minilaparotomii.

Závěr: Ve shodě s dalšími autory lze říci, že LS operace u nemocných s IBD jsou efektivní bezpečné, s minimální traumatizací v dutině břišní. Zvláště u nemocných nekomplikovaným

postižením v oblasti terminálneho ilea je LS u IBD doporučována i ECCO (European Crohn`s and Colitis Organisation).

Podpořeno MO1012.

Klíčové slová: Operace. Nespecifický zanet. IBD. Laparotomie.

Kontaktná adresa:

Prof. MUDr. Mojmír Kasalický, Csc.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

VPLYV HMOTNOSTI A POVOLANIA NA VÝSKYT AXIETY A DEPRESIE ŽIEN V KLIMAKTÉRIU

Mária Kopáčiková¹, Eva Moraučíková¹

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Klimaktérium je špecifické obdobie, ktoré je súčasťou života každej ženy. Je to proces, ktorý zahŕňa celú ženu, vrátane jej fyzickej, mentálnej, emocionálnej a duchovnej stránky (King a kol., 2013).

Cieľ: Zistiť ako vplyva hmotnosť a povolanie na výskyt depresie a úzkosti u žien v klimaktériu.

Metódy: Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou u 198 žien v regiónoch Slovenska, ktoré boli dva roky po poslednej menštruácii a nepresiahli vek 62 rokov. Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník kvality WHOQOL – BREF doplnený o ďalšie otázky týkajúce sa sociodemografických a klinických charakteristík a metódu rozhovoru. Urobili sme triedenie výsledkov prvého stupňa metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Hypotézy sme testovali pomocou indukčnej štatistiky. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program IBM SPSS Statistics 20.

Výsledky: Pri posudzovaní vplyvu hmotnosti a povolania na výskyt depresie a úzkosti u žien v klimaktériu sa nám potvrdila lineárna závislosť. Štatisticky významne vplyva hmotnosť na výskyt depresie (Pearson Correlation $-.202^{**}$), anxiety (Pearson Correlation $-.197^{**}$) a povolanie na výskyt depresie (Pearson Correlation $-.143^{*}$). Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti $p < 0, 01$ a $p < 0, 05$.

Záver: Výsledky indikujú potrebu ošetrovatel'stva intenzívneho posudzovania a odhalenia problémov a potrieb, prevencie, edukácie a kontroly problémov žien v klimaktériu. Potrebu vytvárania príležitostí pre utváranie a udržiavanie sociálnych kontaktov žien, realizáciu rôznych aktivít voľného času, zapájanie žien do aktivít.

Kľúčové slová: Klimaktérium. Psychické zdravie. Anxieta. Depresia. Ošetrovatel'stvo.

Kontaktná adresa:

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Katedra ošetrovatel'stva

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

maria.kopacikova@gmail.com

DOPORUČENÉ POSTUPY PREVENCE INFEKCIÍ MOČOVÝCH CEST SOUVISEJÍCÍCH SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ (CAUTI)

Jitka Krocová^{1,2}, Radka Prokešová¹

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, Česká republika

²Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Plzeň, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Zhruba třetinu infekcí spojených se zdravotní péčí tvoří infekce močové ústrojí, jsou touto nejčastější infekcí. Mnoha zdroji je uváděno, že tyto infekce jsou spojeny se zvýšením morbidity a mortality, nicméně na základě aktuálně doložených faktů se ukazuje, že dopady CAUTI jsou vzhledem k jejich přisuzované mortalitě nižší. Náklady na terapii a prodloužení hospitalizace jsou však podstatné, stejně tak jako negativní dopad infekce na kvalitu života pacienta.

Používáním správných preventivních postupů lze předejít 20 – 70 % močových infekcích spojených se zdravotní péčí. Za zásadní rizikové oblasti CAUTI jsou klinicky dokázány neúměrně prolongovaná katetrizace bez adekvátní indikace, diagnostické a operační výkony v oblasti močopohlavního traktu, dále opakované rozpojení sběrného močového systému, nekompetentní, řádně neproškolený zdravotnický pracovník, nízká kvalita ošetrovatelské péče o pacienta se zavedeným močovým katetrem a celkový stav pacienta. Většina uvedených infekcí vzniká v souvislosti s katetrizací močového měchýře, riziko CAUTI se zvyšuje o 5% za každý den katetrizace. Cestou zvyšování kvality péče v této oblasti a tím i snižování rizika infekcí je implementace a dodržování preventivních opatření vycházejících z doporučených postupů. Od roku 1980 bylo vydáno osm doporučených postupů prevence CAUTI, retrospektivní analýza postupů ukazuje uvádění shodných doporučení prevence, a to: adekvátní indikace ke katetrizaci, včasné odstranění katetru s přehodnocováním indikace katetrizace každý den, aseptický a správný postup výkonu katetrizace, adekvátní péče o močový katetr vč. správně prováděného postupu hygieny rukou, používání uzavřených sběrných systémů. Zásadním doporučeným postupem je Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009, který vydal Poradní výbor pro kontrolu infekce ve zdravotnictví (HICPAC) a Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (The Centers for Disease

Control and Prevention - CDC) v roce 2009, jedná se o směrnici pro prevenci močových cest spojených s katetrizací močového měchýře, nejnovější aktualizace dokumentu proběhla v únoru 2017. Dokument aktualizuje a rozšiřuje předešlou verzi z roku 1981 vydané Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) a plně akceptuje ověřené a na důkazech založené postupy prevence infekcí močových cest, určuje cíle, také směry prevence a ukazatelé výsledků implementace preventivních postupů. V roce 2001 byl vydán ve Velké Británii pokyn pro prevenci HAI, oddíl pokynu obsahoval preventivní opatření CAUTI, aktualizace dokumentu v roce 2007. V roce 2008 byl European Association of Urology (EAU) a Urological Association of Asia (UAA) vydán dokument Řízení a prevence infekcí močových cest spojených s katétrem; tentýž rok Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) spolu s dalšími společnostmi vydává souhrn doporučení týkající se preventivních postupů infekcí souvisejících se zdravotní péčí vč. CAUTI. Společnost Wound, Ostomy a Continence Nurses Society (WOCN) zveřejňuje ošetrovatelské intervence s cílem snížit riziko vzniku močových cest spojených s katetrem. Infectious Diseases Society of America (IDSA) publikuje mezinárodní doporučení ohledně diagnostiky, prevence a léčby CAUTI.

Záver: Pro stanovení odpovídajících preventivních opatření je zásadní akceptace aktuálních doporučených postupů, které vycházejí nejen z EBP a EBN. Pro poskytovatele zdravotní a sociální péče je nezbytné i vytvoření standardních postupů péče o pacienta s močovým katetrem a výkonu katetrizace na základě doporučení a samozřejmostí je plnění těchto standardů kontrolovat prostřednictvím pravidelných auditů. Neméně důležité je i periodické školení zdravotníků v problematice.

Klíčové slová: Prevence. Infekce. Močové ústrojí. Ošetrovatelská péče.

Kontaktná adresa:

PhDr. Jitka Krocová

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Husova 11

301 00 Plzeň

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

PSYCHOSOCIÁLNI ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ U ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH

Lenka Kroupová¹, Nachtmannová Kristýna¹

¹Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Chronické onemocnění přináší do života pacienta mnoho změn a vyžaduje adaptaci na novou situaci. Závažným onemocněním, které může přijít zcela nečekaně je onemocnění funkce ledvin a pacient je nucen podstoupit pravidelnou dialyzační léčbu. Mnohem náročnější je situace u pacientů podstupujících dialýzu, pokud se současně potýkají s handicapem.

Cíl: Zjistit psychosociální aspekty vlivu pravidelné dialyzační léčby na život pacienta se zdravotním postižením.

Metody: Kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru u pacientů se zrakovým, tělesným a mentálním postižením. V rozhovorech bylo položeno 32 obecných otevřených otázek ve 4 oblastech - ovlivnění života pacienta se zdravotním postižením dialyzační léčbou, změnu role pacienta v sociálním prostředí, vnímání kvality života pacienta s nefrologickým onemocněním a současně se zdravotním postižením a vnímání dialyzačního ošetření u pacientů s rozdílným zdravotním postižením. Výzkumné šetření bylo realizováno na dialyzačním středisku v Plzni v prosinci 2017 až únoru 2018.

Výsledky: V psychosociální oblasti byly zjištěny skutečnosti související s průběhem adaptace na vzniklou situaci a sociální podporou.

Závěr: Dialyzační léčba s sebou nese úskalí a komplikace. Získané informace o jejím vlivu na psychosociální oblast života u zdravotně postižených pacientů byly využity pro zkvalitnění ošetrovatelského procesu v rámci dialyzačních středisek prostřednictvím odborného semináře pro všeobecné sestry.

Klíčová slova: Dialýza. Handicap. Psychosociální problematika. Ošetrovatelský proces.

Kontaktná adresa:

Mgr. Kroupová Lenka

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotníckých štúdií

Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistencie

Husova 11

301 00 Plzeň

e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

DIAGNOSTIKA ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME NA INFEKČNEJ KLINIKE

Adriána Kršáková^{1,2}

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

²Infekčná klinika, Fakultná nemocnica, Trnava, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Erythema exudativum multiforme je kožné ochorenie, neznámej etiológie, sprevádzané horúčkou, ktorá postihuje deti i dospelých. Ak ochorenie postihuje kožu aj sliznice je označované ako Stevensov-Johnsonov syndróm. Najzávažnejším variantom je toxická epidermálna nekrolýza (TEN). Predispozíciu na toto ochorenie majú jedinci s pozitívou antigénu HLA- DR2 a HIV infekciou. Vzhľadom k tomu, že neexistuje jediné typické vyšetrenie, ktoré stanoví diagnózu je diagnostika obtiažná. V diferenciálnej diagnostike je nutné uvažovať aj o iných exantémových ochoreniach ako je Kawasakiho sy, exantém pri lues, chlamýdiových infekciách, kolagenózach, ale i o alergickej genéze. Liečbou pri herpetických eflorescenciách je virostatikum, pri závažných stavoch kortikoidy, imunoglobulíny, pri sek. bakteriálnych infekciách antibiotiká. V literatúre sa uvádza úmrtnosť 1-5%, pri TEN až 30-40%.

Kazuistika 1:

Doteraz zdravá 27-roč pacientka, prijatá s 9 dní trvajúcimi febrilitami s bolesťami hrdla, suchým kašľom, s výsevom enantému hodnoteného ako stomatitis aphtosa, bez efektu ambulantnej ATB liečby. RTG snímka pľúc vylúčila BPN. Pre pridružený výsev na koži, enantém v dú, konjunktivitídu s výrazným svrbením kože a spojoviek, bola ATB liečba ukončená. Pri prijatí subfebrilná, na končatinách makulopapulózne eflorescencie dehydratovaná, v dú papulózne prejavy, prítomná konjunktivitída. Dermatológ hodnotil kožný nález ako erythema exudativum multiforme, v.s. parainfekčné. Do liečby pridané kortikoidy p.o. Klinický stav sa nelepšil, objavila sa dysúria, zhoršenie enantému s deglutinačnými ťažkosťami, pruritus vulvy. Uvažovali sme o atypickej etiológii, preto pridaný klaritromycín Sérológie na STD - negatívne, kultivácie z ORF, moč kultivačne negatívne. Zachytené pozitívne IgA na Mycoplasma pneumoniae. Pri liečbe ešte niekoľko dní nález na koži a slizniciach progredoval, preto pridaný aj acyklovir a flukonazol. Realizovaná excízie kože,

očné vyšetrenie vrátane sterov zo spojivkového vaku na chlamýdie aj bežnú flóru. Sliznica dutiny ústnej zhojená, kožné lézie zmenšené, v klinicky zlepšenom stave prepustená domov. Etiológia bola pravdepodobne parainfekčná - v.s. po mykoplazmovej respiroinfekcii.

Kazuistika 2

13-ročný pacient bol preložený z detskej kliniky s podozrením na varicellu, kde bol hospitalizovaný a liečený 5 dní pre angínu perorálnym a neskôr kryštalickým penicilínom. V priebehu hospitalizácie dochádza k rozvoju sepsy so slizničnými /dutina ústna, horné DC, spojovky/ a kožnými prejavmi erythema exudativum multiforme, potvrdené histologicky. Pacient liečený úvodne acyklovirom, neskôr kombináciou ATB, antimykotík a kortikoidov. Realizovaná diferenciálna diagnostika v rámci ktorej vylúčená pneumónia, uroinfekt, systémové mykózy, zápal. ochorenia spojiva, na CT hrudníka nález ložiska bronchiolitídy. Zachytené hraničné IgA protilátky proti mykoplazma pneumonie, kultivačne v úvode hospitalizácie v tampóne tonzíl izolovaný beta-hemolytický streptokok a Hemofilus influenze. Potvrdená porucha celulárnej imunity, pridané imunomodulans a pacient doliečený makrolidom. Klinický stav postupne v priebehu 17 dní upravený.

Etiológia ochorenia pravdepodobne tiež parainfekčná v.s. streptokoková, mykoplazmová?

Záver: Keďže v patogenéze ochorenia podstatnú úlohu zohráva neprimeraná imunitná reakcia aktivovaná infekciou alebo liekmi je aj klinika ochorenia, výsledky vyšetrení vrátane histológie kože i odpoveď na liečbu pomerne zdĺhavá a vyžaduje trpezlivosť zo strany pacienta i zdravotníkov.

Kľúčové slová: Erythema exudativum. Pacient. Kazuistika.

Kontaktná adresa:

Doc. MUDr. Adriána Kršáková, PhD.

TU, FZaSP

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

adriana.krsakova@truni.sk

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE VÝŽIVU PACIENTOV S HYPERTENZIOU

Andrea Lajdová

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Kardiovaskulárne ochorenia sú jednou z najčastejších príčin úmrtia na svete. Ich závažným rizikovým faktorom je artériová hypertenzia, ktorá môže viesť k infarktu myokardu, mozgovej príhode, ateroskleróze a iným ochoreniam. Významný podiel na vzniku ochorenia má životný štýl, ktorého významnou súčasťou je výživa, ktorá podľa nášho názoru nie je u pacientov optimálna vo vzťahu k ochoreniu.

Cieľ: zistiť, ktoré faktory vo významnej miere ovplyvňujú výživu pacienta s arteriálnou hypertenziou.

Metódy: ako metódu sme zvolili dotazník vlastnej konštrukcie. Súbor tvorilo 156 respondentov, z toho 36,5% mužov a 63,5% žien. Na spracovanie výsledkov sme použili chí-kvadrát test nezávislosti a výpočet Pearsonovho a Cramerovho koeficientu.

Výsledky: zistili sme, že existuje vzťah:

- medzi sebestačnosťou respondentov a dodržiavaním diétnych opatrení. Čím nižšia sebestačnosť respondentov, tým boli diétne opatrenia menej dodržiavané,
- medzi vzdelaním respondentov a dodržiavaním odporúčaných diétnych opatrení, respondenti s vyšším vzdelaním v priemere dodržiavajú viac diétnych opatrení, ako respondenti s nižším vzdelaním,
- medzi pohlavím respondentov a dodržiavaním odporúčaných diétnych opatrení, ženy majú lepšie stravovacie návyky ako muži, konzumujú viac ovocia a zeleniny,
- medzi vekom respondentov a dodržiavaním zásad diétnych odporúčaní, čím vyšší vek, tým dodržiavajú odporúčania menej (najmä vek nad 50 rokov)
- medzi informovanosťou respondentov a dodržiavaním diétnych odporúčaní. Respondenti, ktorí si myslia, že majú dostatok informácií, dodržiavajú viac diétnych opatrení ako respondenti, ktorí hodnotia svoje informácie ako nedostatočné.

Zistili sme, že neexistuje vzťah:

- medzi ekonomickým zabezpečením a skladbou jedálneho lístka respondentov.

Záver: V procese prevencie a liečby pacientov s kardiovaskulárnym ochorením zohráva dôležitú úlohu sestra, ktorá svojim edukačným pôsobením môže ovplyvniť zaužívané nesprávne stravovacie návyky pacientov a tak pomôcť eliminovať rizikové faktory vedúce k vzniku kardiovaskulárneho ochorenia.

Kľúčové slová: Arteriálna hypertenzia. Rizikové faktory. Výživa. Odporúčané diétne opatrenia.

Kontaktná adresa:

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

e-mail: andrea.lajdova@truni.sk

PREVENCE RIZIK SOUVISEJÍCÍCH S POUŽÍVÁNÍM ELEKTROCHIRURGICKÝCH PŘÍSTROJŮ

Kateřina Langrová, Magda Taliánová

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, Fakulta zdravotnických studií
Univerzity Pardubice, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Elektrochirurgické přístroje (ECHP) představují v dnešní době základní technologii a jsou součástí přístrojového vybavení většiny operačních sálů. Práce s těmito přístroji je však spjata s riziky, kterým se musí předcházet.

Ciel': Cílem šetření bylo zjistit, jak mají pracoviště centrálních a oborových operačních sálů nastavená preventivní opatření související s používáním ECHP a provést komparaci informací získaných z rozhovorů od středního managementu s pozorováním na operačních sálech.

Metódy: V první fázi šetření byly získány informace z polostrukturovaných rozhovorů vedených se zástupci středního managementu, celkem 6 respondentek ze tří nemocnic, Data z rozhovorů byla analyzována kódováním. Ve druhé fázi bylo realizováno pozorování na 3 operačních sálech ve všech třech nemocnicích. Data byla vyhodnocována deskriptivní statistikou. Za správně provedený úkon byl přidělen 1 bod, celkem tedy 37 bodů: hodnocení výborné 100–90 %, velmi dobré 89–76 %, nedostatečné pod 75 %. Na závěr byla provedena komparace informací získaných z rozhovorů s výsledky pozorování.

Výsledky: Z analýzy rozhovorů plynou implementovaná preventivní opatření např. používání zkrácených návodů, namátkové kontroly, BTK 1x ročně, dvojí kontrola přístrojů, edukace pracovníků 1x ročně, používání savých podložek, čekání na zaschnutí alkoholové dezinfekce.

Z výsledků pozorování vyplývá, že při používání ECHP dochází pouze k drobným chybám, zejména před zahájením výkonu (absence ověřování používaných hořlavých anestetik, nezakrytí nožního pedálu) a v průběhu výkonu (absence kontroly neutrální elektrody či odsávání chirurgického kouře). I když střední management zmiňoval dvojí kontrolu, tak někde ji prováděl pouze sanitář (např. u kontroly přístroje, polohy, přiložení neutrální elektrody). Výsledné hodnocení bylo úrovni výborné či velmi dobré.

Záver: Výsledné hodnocení na vybraných pracovištích lze ohodnotit jako uspokojující, ale stále je nutné personál kontrolovat a edukovat, aby byly odstraněny i ty nedostatky.

Kľúčové slová: Elektrochirurgický prístroj. Prevence. Bezpečnosť, kontroly.

Kontaktná adresa:

Bc. Kateřina Langrová

Fakulta zdravotníckých štúdií Univerzity Pardubice

Katedra porodní asistencie a zdravotne sociálna práca

Průmyslová 395, 530 03 Pardubice

917 43 Trnava

e-mail: st54527@student.upce.cz

Tel. +420 776 798 213

MANAŽMENT KVALITY POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V PNPP PEZINOK

Oľga Lukačovičová

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok, Slovenská republika

Abstrakt

Príspevok prezentuje kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela Pezinok (PNPP), prostredníctvom Systému manažérstva kvality (SMK) podľa normy STN EN ISO 9001 : 2016. Cieľom je charakterizovať manažment a jeho funkcie v zdravotníctve, organizáciu a systém poskytovania zdravotnej starostlivosti v PNPP, definovať požiadavky SMK podľa normy ISO 9001 a zásady ich uplatnenia v praxi. Analyzovať manažment kvality v PNPP od budovania SMK cez monitorovanie procesu kvality, až k vyhodnoteniu preskúmaním systému a spokojnosti pacientov. Aplikovať procesné postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami praxe, reflektujúcimi špecifiká jednotlivých kliník PNPP a diagnostické zastúpenie duševnej poruchy, so zámerom zvýšenia úrovne spokojnosti pacientov a kvality zdravotnej starostlivosti.

Úvod

Riadenie zdravotnej starostlivosti v súčasnosti vyžaduje manažérsky prístup k riešeniu existencie a konkurencieschopnosti každého zdravotníckeho zariadenia. Vysoké nároky pacientov na kvalitu poskytovaných služieb vedú manažment ústavných zdravotníckych zariadení k rozhodnutiam, uplatniť čo najlepší a najefektívnejší systém riadenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti väčšina zdravotníckych zariadení využíva ako nástroj zabezpečovania, zvyšovania a trvalého zlepšovania kvality poskytovaných služieb normy radu ISO 9001. Predpokladom úspešnosti systému je jeho pochopenie a využívanie všetkými členmi organizácie. Efektivita systému sa potom prejaví v spokojnosti pacientov, vyriešením ich problémov a splnenými očakávaniami, znižovaním nákladov, redukciou rizík, zvyšovaním produktivity práce, jasným určením zodpovednosti a zvyšovaním kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

„Manažment je zodpovedný za 94 % problémov súvisiacich s kvalitou a jeho prvým krokom by malo byť odstránenie prekážok, ktoré bránia zamestnancom dobre vykonávať ich prácu.“
(Deming, 1986)

Manažment je možné charakterizovať ako sústavu princípov, metód, techník a postupov, ktoré používajú manažéri pri výkone svojej profesie. Predstavuje komplex čiastkových činností, ktoré spolu vytvárajú to, čomu hovoríme riadenie. Manažment je proces plánovania a vynakladania úsilia, organizovania a využívania zdrojov tak, aby bol dosiahnutý určitý, vopred stanovený cieľ (Kilíková, 2006, s. 7).

Riadenie manažmentu je proces vykonávania práce prostredníctvom iných, správne, načas a v rámci rozpočtu. Manažment je zložený zo vzájomne prepojených sociálnych a technických funkcií a činností, ktoré sa vyskytujú v rámci prostredia organizácie. Účelom riadenia manažmentu je dosiahnutie vopred určených cieľov prostredníctvom využívania ľudských a iných zdrojov.

Manažérske funkcie jednotlivých stupňov riadenia spočívajú v právomoci, plánovaní, organizovaní, zabezpečovaní a vedení personálu a samozrejme zodpovednosti za vykonané činnosti a rozhodnutia, v prípade zdravotníckeho zariadenia za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V neposlednom rade je dôležitá kontrola, lebo bez kontroly niet vedenia a jej poslaním je preverovať kvalitu vykonávanej činnosti, na akej úrovni je poskytovaná zdravotná starostlivosť v praxi, či sú dodržiavané štandardné terapeutické, diagnostické a ošetrovateľské postupy.

Manažér je profesia a funkcia, ktorej nositeľom je osoba zodpovedná za dosahovanie cieľov organizácie, vrátane aktívnej účasti na ich tvorbe a zabezpečení. Preberá zodpovednosť za výsledky práce iných. Niektorí autori uvádzajú, že manažérom je každá sestra, ktorá plánuje, realizuje a hodnotí starostlivosť o pacienta, jeho rodinu alebo komunitu.

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok (PNPP), so sídlom v Pezinku, Malacká cesta 63, bola zriadená s účinnosťou od 1.3.2006, ako štátna príspevková organizácia rozhodnutím Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) zo dňa 15.2.2006, č.03472-21/2006 – SP. Jej základným poslaním je plnenie úloh súvisiacich s psychiatrickou zdravotnou starostlivosťou, záchrana zdravia, jeho zachovanie a navrátenie pacientom.

Predmetom činnosti je poskytovanie špecializovanej ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, najmä prevencia, diagnostika, liečba, rehabilitácia, resocializácia a dispenzárna starostlivosť pacientom s psychiatrickými ochoreniami a poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti osobám závislým od psychoaktívnych látok a zneužívajúcich tieto látky

v rozsahu určenom MZ SR, pacientom so súdne nariadenou ochrannou psychiatrickou (OL), protitoxikomanickou, protialkoholickou a sexuologickou liečbou. PNPP je jediná znalecká organizácia, zapísaná v Zozname znalcov Ministerstva spravodlivosti SR, ktorá vykonáva znaleckú činnosť v odbore zdravotníctvo a farmácia, odvetvie psychiatria (liečba alkoholizmu a toxikománií, gerontopsychiatria). Participuje na vedecko-výskumnej činnosti v oblasti klinického skúšania liekov a zabezpečuje zavádzanie výsledkov výskumu do praxe. Spolupracuje s Ligou za duševné zdravie a pôsobí ako informačný bod Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti. Nemocnica sa aktívne podieľa na príprave na zdravotnícke povolania, na výučbe a ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, osobitne lekárov, sestier a iných pracovníkov v zdravotníctve, uzatvára dohody s univerzitnými pracoviskami, najmä Slovenskou zdravotníckou univerzitou (SZU) a inými vzdelávacími ustanovizňami.

Organizačná štruktúra PNPP je zostavená podľa jednotlivých činností a riadiacich úsekov a útvarov. Na čele je Rada riaditeľov: úsek generálneho, ekonomického a medicínskeho riaditeľa. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti zabezpečené lôžkovými oddeleniami – klinikami a odbornými ambulanciami. V súčasnosti je kapacita nemocnice 475 lôžok s personálnym zabezpečením 366 zamestnancov, z čoho je 219 zdravotníckych pracovníkov. Proces poskytovania zdravotnej starostlivosti sa realizuje na týchto klinikách:

Psychiatrická klinika SZU a PNPP – ženské oddelenie (PK ŽO)

Má 100 postelí, člení sa na 3 stanice - A (30) a B (34) - so zatvoreným ošetrovacím režimom pre akútne stavy, C (36) - s otvoreným ošetrovacím režimom pre doliečovanie psychotických porúch. Poskytuje komplexnú psychiatrickú diagnostiku a liečbu pacientkam dospelého a dorastového veku s ochoreniami z okruhu tzv. endogénnych psychóz, hraničných stavov, psychoorganických a somatogénnych stavov, závažných komplikácií u závislostí, dekompenzácií a reaktívnych stavov u osobností s rizikom suicidálnych aktivít a neurologických ochorení.

Psychiatrická klinika SZU a PNPP - mužské oddelenie (PK MO)

Má 135 postelí, člení sa na 4 stanice - AG (20) - zatvorené odd. so zvláštnym režimom pre liečbu najťažších stavov s vysokou mierou ohrozovania seba, alebo svojho okolia, A (35) - zatvorené odd. pre akútne stavy, B (35) – s polootvoreným liečebným režimom, C (35) - s otvoreným režimom pre doliečovanie psychotických stavov a intenzívnym rehabilitačno - resocializačným programom. Poskytuje diagnostiku a liečbu pac. s ochoreniami ako na PK ŽO. Na stanici AG poskytuje na prechodnú dobu akútnu starostlivosť so zvýšenou ostrahou.

Klinika drogových závislostí SZU a PNPP (KDZ)

Má 90 postelí, člení sa na 3 koedukované stanice po 30 lôžok: A, B a C. Každá stanica má osobitnú terapeutickú komunitu a liečebný program. Zabezpečuje komplexnú diagnostiku a liečbu závislostí od alkoholu a iných psychoaktívnych látok, patologického hráčstva u dospelých mužov aj žien a mladistvých od 16 rokov. Lieči aj komplikácie, ako sú abstinenčný syndróm, predelirantný stav, iniciálne štádia alkoholických psychóz bez suicidálneho rizika. Klinika prijíma i OL protialkoholické a protitoxikomanické liečby.

Gerontopsychiatrická klinika SZU a PNPP (GPK)

Má 70 postelí, je členené na 2 koedukované stanice po 35 lôžok: A pre ťažšie stavy, náročnejšie na opateru, s ťažkými poruchami motoriky, oslabenou sebestačnosťou, neovládaním sfinkterov, B pre menej závažné stavy, pričom diferenciálnym kritériom je miera samostatnosti. Poskytuje starostlivosť pacientom nad 65 rokov. U chorých s demenciou sa vykonáva špecializovaná aktivačná liečba.

Psychosomatická klinika FZaSP Trnavskej univerzity (PSK)

Má 56 postelí, člení sa na 2 koedukované otvorené stanice po 30 a 31 lôžok, na ktorých zabezpečuje komplexnú diagnostiku a liečbu neuróz, psychosomatických ochorení, porúch príjmu potravy, depresí bez suicidálneho rizika s potrebou intenzívnej psychoterapie.

Neuropsychiatrická klinika SZU a PNPP (NPK)

Má 24 postelí na 1 koedukovanej stanici. Zabezpečuje diagnostiku a liečbu pacientov s neuropsychiatrickými relevantnými poruchami a ochoreniami, podľa schválených indikačných kritérií. Venuje sa tiež prevencii a rehabilitácii. Základom práce je interdisciplinárny prístup k pacientom z hľadiska psychiatrických a neurologických diagnosticko-kvalifikačných kategórií. Zabezpečuje postgraduálne vzdelávanie lekárov v neuropsychiatrii, podľa minimálnych štandardov pre špecializačný študijný program a rozvíja neurobiologické základy vedecko-výskumných aktivít v odbore.

Ambulantná zdravotná starostlivosť je zabezpečovaná prostredníctvom odborných ambulancií pre pacientov a zamestnancov nemocnice, ktoré sú dostupné aj širokej verejnosti. Vyšetrovanie, diagnostika a liečba je realizovaná v psychiatrickej ambulancii, vo všeobecnej ambulancii pre dospelých, vo fyziatricko–rehabilitačnej ambulancii (FRO), v neurologickej, internej, oftalmologickej, gynekologicko-pôrodníckej a stomatologickej ambulancii. Špecifické diagnostické vyšetrenia sú realizované na úseku rádiologickodiagnostického oddelenia (RDG), pracoviskách elektrokonvulzívnej (ECT) liečby, elektroencefalografického (EEG) a elektrokardiografického (EKG) vyšetrenia.

Kvalita poskytovanej komplexnej liečebno-preventívnej psychiatrickej starostlivosti v PNPP je daná písomne zdokumentovaným postupom, ktorý jednoznačne stanovuje proces prijímania a diagnostiky pacienta, poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti, až po ukončenie jeho liečby prepustením s následným vyhodnotením celej hospitalizácie, prípadne ambulantnej starostlivosti tak, aby bola zabezpečená kvalita a primeraný priebeh poskytovaných služieb. **Manažment psychiatrického pacienta** na úseku zdravotnej a ošetrovatel'skej starostlivosti spočíva v prijatí pacienta na základe odborného vyšetrenia ambulantným alebo službukonajúcim lekárom, spravidla na podklade odporúčenia psychiatra, prípadne iného lekára. Bez predchádzajúceho odporúčenia k hospitalizácii sa prijme pacient v rámci psychiatrickej prvej pomoci, ak by bol odložením hospitalizácie ohrozený jeho život, alebo vážne ohrozené jeho zdravie, eventuálne by v dôsledku svojho ochorenia mohol ohroziť život, alebo zdravie iných osôb.

Pri prijatí pacienta bez svojho písomného súhlasu, je prijímajúci lekár, pokiaľ to okolnosti umožňujú, povinný bezodkladne zistiť identifikačné údaje pacienta, údaje o právnej spôsobilosti, pokiaľ súd vydal rozhodnutie o obmedzení alebo pozbavení spôsobilosti, aj meno a adresu opatrovníka, ak mu bol ustanovený, indikácie, odôvodňujúce prijatie takéhoto pacienta do ústavnej starostlivosti. Následne prijímajúca ambulancia oznámi v lehote do 24 hodín príslušnému Okresnému súdu prevzatie chorého, ktorý bol umiestnený do zdravotníckeho zariadenia (ZZ), bez svojho písomného súhlasu. V lehote 3 dní príslušná klinika písomne spracuje podanie a doplní ho o zdôvodnenie prijatia s návrhom na ustanovenie opatrovníka, ak ho pacient už nemá ustanoveného. Súd v lehote 5 dní odo dňa, keď došlo k obmedzeniu pacienta, doručí nemocnici rozhodnutie, či k umiestneniu došlo zo zákonných dôvodov. V prípade, že súd nedoručí v uvedenej lehote rozhodnutie, alebo rozhodne, že prevzatie nebolo v súlade so zákonom a pacient odmietne súhlas s hospitalizáciou, nemocnica ho prepustí.

Ak pacient, ktorý bol prijatý do PNPP so svojim písomným súhlasom, je obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom až v priebehu liečenia, prípadne vysloví nesúhlas s ďalším psychiatricky indikovaným liečením v nemocnici, táto je povinná urobiť oznámenie podľa predchádzajúcich ustanovení taktiež do 24 hodín po tom, čo k takémuto obmedzeniu došlo. Pacienti prijatí so svojím súhlasom a liečení na akútnych staniaciach sa nepovažujú za pacientov obmedzených vo voľnom pohybe, alebo styku s vonkajším svetom podľa §191a ods. 2, zákona č. 99/1963 Z. z. Občiansky súdny poriadok, nakoľko ide o

intenzívnu starostlivosť s osobitným medicínskym režimom. Príslušné vyhlásenie podpisuje pacient na tlačive "*Psychiatrické vyšetrenie pri prijatí*".

Na **ochrannú liečbu (OL)** je pacient prijatý na základe platného rozhodnutia súdu a nariadenia výkonu ochrannej liečby v PNPP. Chronickým problémom je vysoký počet pacientov s nariadenou ústavnou OL (cca 70, problematických a neprepustiteľných, vhodných do detenčného ústavu alebo do DSS, kde je problémom neúmerne dlhá doba vybavenia a administratívne prekážky vzhľadom na zákon o poskytovaní sociálnej pomoci). Pretrváva predlžovanie doby prepustenia pacientov vzhľadom na požiadavky súdu a prokuratúry, na kontrolné posudky u pacientov navrhovaných do ambulantnej OL. U psychiatrických pacientov je zabezpečený **diferencovaný liečebný režim** na príslušnej klinike, s ktorým sú pri prijatí oboznámení.

Použitie obmedzovacích prostriedkov v psychiatrii sa považuje za krajné riešenie v prípadoch, kedy je to nevyhnutné pre ochranu pacienta, ostatných pacientov, vecí a osôb v jeho okolí a personálu psychiatrického zariadenia. Obmedzujúce prostriedky je možné použiť až vtedy, keď sú ostatné možnosti vyčerpané. Najskôr je potrebné zdôvodniť, prečo sa pre obmedzenie pacienta rozhodujeme. Dôvodom nesmie byť zľahčenie zdravotnej starostlivosti, či bežný nepokoj pacienta. Je potrebné zistiť príčiny problémového správania sa, ktorými môžu byť medicínske príčiny, napr. psychotické poruchy vnímania, ale aj psychologické, napr. problémy vo vzťahu k zdravotníckemu personálu a pod. Použitie obmedzujúcich prostriedkov je zdôvodniteľné iba v prípadoch, keď sa nedá odstrániť príčina problémového správania sa pacienta a v situáciách, kedy je riziko z následkov správania sa pacienta príliš vysoké. O možnosti použitia obmedzovacích prostriedkov sú pacienti, pokiaľ je to možné, vhodným spôsobom vopred informovaní. V prípade **použitia obmedzovacích prostriedkov** u pacienta sa riadime podľa **Metodického opatrenia MZ SR 13787/2009 – OZS zo dňa 27.05.2009** a samotné použitie zaznamenávame na formulár Indikačný list pre použitie obmedzovacích prostriedkov.

V prípade výskytu **nežiaducej udalosti alebo chyby pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti psychiatrickému pacientovi**, ako je napríklad pokus o samovraždu alebo zámerna podaných liekov, pri **mimoriadnych a závažných udalostiach**, ako je napadnutie personálu alebo útek, postupujeme podľa **Metodického usmernenia č. 3/2014 Úradu pre dohľad na zdravotnú starostlivosťou, o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti**. Súčasťou riadenia procesu nežiaducich udalostí v PNPP je vypisovanie záznamu na formulár Hlásenie nežiaducich

udalostí pri poskytovaní ZS – povinné hlásenie a Hlásenie mimoriadnych a závažných udalostí – dobrovoľné hlásenie. Prehľad výskytu nežiaducich, mimoriadnych a závažných udalostí v PNPP sa posiela vždy do 31.januára na Úrad pre dohľad nad ZS (ÚDZS) za predchádzajúci rok.

Proces zavádzania a implementácie **Systému manažerstva kvality (SMK)** je pomerne náročný, hlavne v zmysle časovom, finančnom aj personálnom. Treba podotknúť, že získanie certifikátu podľa **Normy STN EN ISO 9001 Systémy manažerstva kvality. Požiadavky (ISO 9001: 2015)** je len prvý stupeň úspechu, ale oveľa dôležitejšie je zamerať sa po certifikácii na udržiavanie a zlepšovanie, čo tiež znamená vstupné investície z hľadiska času, financií a personálu.

Budovanie SMK v PNPP Pezinok podľa normy ISO 9001 sa začalo v roku 2007 podľa § 9 Systém kvality zákona č. 578/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, s. 5). Pri procese zavádzania a budovania SMK v PNPP Pezinok sa postupovalo v niekoľkých etapách, kde si vrcholový manažment utvoril určitú víziu, politiku a ciele, ktoré sú smerodajné pri budovaní účinného a efektívneho systému kvality. Bolo potrebné urobiť analýzu súčasného stavu v organizácii k požiadavkám predmetnej normy, vypracovať dokumentáciu v súlade s normami ISO radu 9000 a následné preverovanie implementácie zdokumentovaných požiadaviek formou *interných auditov*. Záverečnou etapou bol certifikačný audit, ktorého výsledkom pri pozitívnom hodnotení bolo udelenie Certifikátu SMK podľa normy ISO 9001 certifikačným orgánom.

Riadenú dokumentáciu a dokumenty SMK tvorili externé dokumenty ako boli zákony, vyhlášky, nariadenia a vestníky, usmernenia ministerstiev a normami STN. Internú dokumentáciu tvoril organizačný poriadok, príkazy riaditeľa, príručka kvality, politika kvality, ciele kvality, popisy procesov, smernice, prevádzkové poriadky, štandardy diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské, manuály, metodické a technologické postupy, audity, hodnotenie SMK vedením, certifikáty, rôzne záznamy a formuláre.

Cieľom procesu monitorovania a merania kvality v PNPP je zvyšovanie výkonnosti procesov a trvalé zlepšovanie efektívnosti SMK. Následne zabezpečiť prosperitu nemocnice a plniť požiadavky pacientov, klientov a zákazníkov pri zachovaní ekonomickej efektívnosti a zvyšovaní trendu plnenia ich očakávaní a spokojnosti. Za realizáciu zodpovedá zmocnenec

pre kvalitu, ktorý spolupracuje s vlastníkmi riadiacich, realizačných a podporných procesov. Cyklus vyhodnotenia monitorovania a merania procesu je 1 x za rok.

Vstupom do procesu kvality sú údaje o účinnosti liečby, dosahované ekonomické výsledky, preventívne a nápravné opatrenia, nezhody, výsledky z interných a externých auditov, ročné plány, úlohy, rozpočet, dotazníky spokojnosti pacienta a príbuzných, návštevníkov nemocnice, zamestnancov so stravou, ambulantných a hospitalizovaných pacientov FRO, hodnotenie dodávateľov, výsledky z prešetrovania sťažností, vyhodnotenie sťažností a reklamácií, vyhodnotenie vzdelávania a akékoľvek informácie a zistenia o možnosti poskytnúť pacientovi, klientovi alebo zákazníkovi niečo, nad jeho očakávania a požiadavky spolu s informáciami o konkurencii.

Samotná činnosť procesu monitorovania a merania kvality spočíva v získavaní podkladov pre vyhodnotenie kritérií procesov a ich dimenzií, analýzou údajov a stanovením výstupov – opatrení. V praxi to znamená tvorbu a revíziu riadenej dokumentácie pre jednotlivé činnosti na prislúchajúci kalendárny rok, ako sú zoznamy dodávateľov, meradiel, komisií, nemocničný liekový formulár, plány opráv a údržby, oboznámenia, evidencie vydaných dokumentov, záznamy z porád a vzdelávania.

Výstupom z procesu kvality je činnosť zameraná na zlepšovanie výkonnosti, efektívne opatrenia, vyriešené sťažnosti a reklamácie, prípadne modifikácia procesov a ich kritérií alebo dimenzií. V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je to spokojnejší pacient, klient a zákazník so splnenými požiadavkami a očakávaniami na primeranej úrovni a kvalite.

Činnosť PNPP je orientovaná na pacienta, na jeho požiadavky a na jeho očakávania prostredníctvom definovaných 8 riadiacich, 5 realizačných a 8 podporných procesov. Priamu podporu SMK predstavuje informačný systém pre rýchle získavanie a odovzdávanie informácií z procesov, ktorý zároveň slúži pre optimálne a odborné riadiace činnosti starostlivosti o pacienta. Zdroje sa zabezpečujú v rámci plánov pre príslušný rok.

Vedenie nemocnice jeden krát ročne spravidla v priebehu prvého štvrťroka, vykoná na porade vedenia nezávislé **preskúmanie/hodnotenie SMK v PNPP** s cieľom analyzovať vstupy minimálne v oblasti politiky kvality, naplnenia cieľov, výsledkov z auditov, spokojnosti pacientov, monitorovanie procesov, ročné rozbory, nápravné opatrenia, mimoriadne udalosti a odhaliť príležitosti na ďalšie zlepšovanie.

ZÁVER

Objektom záujmu zdravotnej starostlivosti v PNPP Pezinok je pacient s duševnou poruchou. Preto všetky manažérske aktivity zdravotníckeho tímu musia byť sústredené na to, aby

poskytovaná starostlivosť bola kvalitná a na primeranej úrovni, s ohľadom na individuálny prístup a dosiahnutú spokojnosť obidvoch zainteresovaných strán. Spokojnosť pacientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou je hlavným cieľom každého zdravotníckeho zariadenia. Preto zaoberanie sa touto témou, zisťovanie problémových oblastí a nedostatkov, ktoré spôsobujú nespokojnosť pacienta, má význam pri zlepšovaní kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a v rámci trhového hospodárstva a konkurencieschopnosti v zdravotníckej praxi.

Kľúčové slová: Manažment. Kvalita. Psychiatrický pacient. Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok. Systém manažérstva kvality.

Kontaktná adresa:

PhDr. Oľga Lukačovičová, MPH

Psychiatrická nemocnica Philipa Pinela Pezinok – PNPP

Vedúca útvaru kvality, sestra špecialistka

Malacká cesta 63

902 18 Pezinok

e-mail: lukacovicova@pnpp.sk

tel. č.: 0903045020

EDUKACE V OBLASTI STRAVOVÁNÍ U PACIENTŮ S ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ

Lenka Machálková¹, Eva Reiterová², Zuzana Janštová¹, Věra Kubišová¹

¹Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

² Centrum vědy a výzkumu,, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

Abstrakt

Úvod: V ČR patří nemoci oběhové soustavy mezi hlavní příčiny úmrtnosti. Onemocnění arteriální hypertenze se vyskytuje okolo 40 %. V rámci péče u praktických lékařů jsou poskytovány edukace o režimových opatřeních.

Cíl: Cílem kvantitativní pilotní studie je porovnat, jaké jsou stravovací zvyklosti u osob s arteriální hypertenzí před a po edukaci v oblasti stravování.

Metody: Šetření bylo realizováno pomocí škály Rapid Eating Assessment for Patients (REAP), která byla jazykově validizována. Respondenti byli starší 18ti let, sdělili, že trpí arteriální hypertenzí, souhlasili s šetřením. Soubor byl rozdělen do 2 skupin po dvaceti: osoby, kterým byla poskytnuta edukace (1. skupina) a osoby, kterým ne (2. skupina). Všechny osoby vyplnily dotazník při zahájení šetření, dále za tři a šest měsíců. Výzkum probíhal v ordinacích praktických lékařů. Výsledky byly zpracovány podle metodiky škály REAP, dále s využitím popisné a testovací statistiky v programu Excel a SPSS.

Výsledky: Výzkumu se účastnilo 40 respondentů ve věku 21 až 89 let, převážně středoškolského vzdělání, v důchodovém věku, žili ve společné domácnosti. Z výsledku vyplynulo, že z 11 rizikových oblastí stravování byl průměrný počet rizik v 1. skupině čtyři (od 0 do 6 oblastí) a 2. skupině tři (od 0 do 8 oblastí) při prvním šetření. Po realizované edukaci v 1. skupině došlo ke zlepšení u jednoho respondenta (z 6 rizikových oblastí na 4) a u jednoho zhoršení (z 0 oblastí na 1 oblast). Ve 2. skupině bylo jedno zlepšení a jedno zhoršení o 1 oblast. Jednalo se o oblasti: snížená konzumace ovoce a zeleniny, snížená konzumace mléčných výrobků, zvýšená konzumace tučného masa, smažených a tučných mléčných výrobků. Znepokojivé byly výsledky v oblasti zvýšené konzumace tučných sladkostí a svačín a dále v preferenci sedavého způsobu života u respondentů.

Závěr: Na základě výsledků je aktuální poskytování edukací v této oblasti, protože vhodné stravovací návyky mohou pomoci k dosažení a udržení optimální hodnoty krevního tlaku.

Klíčová slova: REAP. Vysoký krevní tlak. Arteriální hypertenze. Edukace. Stravování.

Príspevek je dedikován projektu IGA UP na FZV UP v Olomouci Podpora vhodných stravovacích návyků u pacientů s arteriální hypertenzí (IGA_FZV_2018_007).

Kontaktní adresa:

PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Ústav ošetrovatel'ství

Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci

Hněvotínská 3

Olomouc

775 15

Česká republika

Tel. +420585632813

lenka.machalkova@upol.cz

NARUŠENÝ SPÁNOK U SENIOROV

Jana Martinková

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Spánok je jednou z biologických potrieb organizmu a dôležitou súčasťou života každého jedinca. Počas spánku dochádza k regenerácii psychických a fyzických síl, ktoré sú významné nielen pre správne fungovanie našich kognitívnych funkcií, ale i metabolických procesov.

Starnutie je z rôznych dôvodov sprevádzané náchylnosťou k poruchám spánku. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje riziko zdravotných ochorení, psychických problémov a nadmerného užívania liekov. Všetky tieto aspekty môžu nepriaznivo ovplyvniť spánok, čím dochádza k skráteniu dĺžky nočného spánku a k jeho fragmentácii. Spánok a jeho potreba, podobne, ako u odpočinku, je u každého individuálna. Potreba spánku sa mení s vekom a vplyvom vnútorných i vonkajších zmien. Starnutím sa potreba spánku relatívne skraca a súčasne pribúda spánkových porúch. Spánok u seniorov obvykle neprebíha ako celok, ale je charakteristický častým prerušovaním. Pre seniorov je typické, že trávajú väčšie množstvo času v posteli, než osoby mladšieho veku. Zvyčajne sa v starobe predlžuje doba zaspávania, čo je ale veľmi individuálne, obvyklé je opakované nočné prebudenie, predovšetkým vďaka nutkaniu na močenie, syndrómu nepokojných nôh, bolesti, fyzickým a somatickým ťažkostiam. Problémy so spánkom sú u seniorov zvyčajne spájané so zdravotnými ťažkosťami a tiež so zmenami v každodenných činnostiach a obmedzením pohyblivosti. Neschopnosť zaspáť a spať celú noc patrí k najčastejším problémom seniorov. Približne 57% seniorov uvádza minimálne dva problémy so spánkom.

Senior by mal mať upravený režim, vyhýbať sa nadmernému spánku počas dňa. Počas dňa je vhodné mať dostatok fyzickej i psychickej aktivity. Senior by nemal konzumovať ťažké jedlá, kofeínové nápoje a alkohol pred spaním. Nastavenie správnej teploty v miestnosti a odstránenie hodín zo spálne sú tiež intervencie na podporu spánku u seniorov. Pri narušenom spánku je dôležité eliminovať rušivé faktory a odstrániť príčiny narušeného spánku.

Kľúčové slová: Senior. Narušený spánok. Problémy so spánkom. Starostlivosť.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.

Katedra ošetrovatel'stva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

jana.martinkova@truni.sk

PREDANALYTICKÁ FÁZA AKO FAKTOR OVPLYVŇUJÚCI LABORATÓRNE HODNOTY

Nicholas Martinka

Katedra laboratórných vyšetrovacích metód v zdravotníctve, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Faktory predanalytickej fázy sú neoddeliteľnou súčasťou laboratórnej diagnostiky. Medzi faktory predanalytickej fázy zaradujeme odber biologického materiálu, transport a skladovanie vzorky, biologické faktory a analytické interferencie. Len pri dodržaní faktorov predanalytickej fázy môžeme získať správny výsledok, ktorý nie je zaťažený faktormi predanalytickej fázy. Pri jednotlivých odberoch biologického materiálu kladieme dôraz na správne časovanie odberu, polohu pri odbere a špecifické požiadavky kladené na stanovaný parameter (sérum/plazma), odberové súpravy, aditíva, infúzie a transfúzie. Správne časovanie, cirkadiálny rytmus, ovplyvnenie koncentrácie hormónov, koncentrácia železa a fosforu. Správne zvolenie polohy pacienta je kľúčové. Zmena z ležiacej na vzpriamenú polohu zvyšuje koncentráciu HDL, LDL, TGA, AST, ALP. Transport biologického materiálu má byť šetrný vzorky majú byť transportované do laboratória len v stojanoch. Uskladnenie vzoriek je dané podľa charakteru požadovaných parametrov všeobecne platí, že vzorku nevystatujeme chladu ani tepla. Výsledkom nešetrného transportu, prípadne nedodržania predpísaného skladovania vzorky je vznik hemolýzy. Hemolýza patrí k najčastejším analytickým interferenciám. V klinickej praxi pozorujeme patologicky znesené hodnoty AST, ALT, LD, CK a minerálov. Medzi biologické faktory zaradujeme faktory neovplyvniteľné (vek, pohlavie, rasa, tehotenstvo). Hodnoty CK sú o 40% zvýšené u černošskej populácie oproti belochom. AMS je o 100% zvýšená u aziatov oproti belochom. Biologické faktory premenlivé (diéta, hladovka, fyzická aktivita, nadmorská výška, príjem kávy, fajčenie, alkohol, lieky a návykové látky). Príjem kávy ovplyvňuje koncentrácie glukózy, renínu a katecholamínov. Lieky a návykové látky ovplyvňujú celý rad biochemických parametrov. Amfetamíny ovplyvňujú: lipázu, pečňové enzýmy, bilirubíny, inzulín.

Kľúčové slová: Biologické faktory. Odber a skladovanie biologického materiálu.

Kontaktná adresa:

RNDr. Nicholas Martinka

email: nicholas.martinka@gmail.com

ÚČAST PACIENTA NA PREVENCI KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB

Helena Micháľková¹, Lenka Šedová¹, Radka Prokešová¹, Věra Olišarová¹, Valérie Tóthová¹

¹Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Kardiovaskulární choroby představují jednu z nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR. Mezi ovlivnitelné faktory v prevenci kardiovaskulárních chorob patří zdravý životní styl.

Cíl: Rozsáhlý výzkumný projekt byl zaměřen na preventivní intervence v kardiologii. Cílem tohoto příspěvku je prezentace dílčích dat z rozsáhlého šetření, která jsou zaměřena na znalosti pacientů v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů.

Metody: K realizaci výzkumného šetření byl využit kvantitativní výzkum. Data byla zpracována v programu SARD 1.4.12. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě chí², t – testu a testu nezávislosti. Výzkumný soubor tvořilo 1992 občanů České republiky.

Výsledky: Výzkumný soubor je reprezentativní pro jednotlivé skupiny občanů ČR ve věku nad 40let. Dotazník se zaměřil na znalosti pacientů v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů. Informace respondenti, o prevenci kardiovaskulárních onemocnění, mají především od lékaře (76,3 %), od člena rodiny (40,8 %), z internetu (38,6 %), od všeobecných sester (31,7%), z masových médií (30,1 %) a od přátel (24,9 %). Jako další zdroje uváděli respondenti odborné publikace. Mladší lidé hledání informace o zdravém životním stylu častěji na internetu a starší občané raději zjišťují informace u zdravotnického personálu. Většina dotázaných občanů chce získat informace především od lékaře (80,9 %). 43,7 % respondentů souhlasilo, že dostávají písemné materiály o prevenci od zdravotníků. Většina občanů (93 %) považuje informace o prevenci za užitečné.

Závěr: Studie byla zaměřena na znalosti pacientů o ovlivnitelných faktorech a zjišťovali jsme jaké informace respondenti mají a kdo jim je podává. Většina respondentů má informace o prevenci kardiovaskulárních onemocnění od lékaře. Respondenti považuje informace o prevenci za užitečné. Aby pacient mohl dodržovat zásady, je nezbytné aby měl náležitě informace, které mu předá odborný personál.

Kľúčové slová: Prevence. Kardiovaskulárni onemocnení. Edukační činnost sestry. Kardiovaskulárni rizika.

Príspevek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu, který je podpořen z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.15-31000A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena“

Kontaktná adresa:

Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26, České Budějovice 37005

e-mail: michalkova@zsf.jcu.cz

MUŽI V PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY

Zdeňka Mikšová¹, Pavla Svobodová¹, Dominik Petrželka^{1,3} Andrea Drobiličová^{2,4}

¹Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Ústav zdravotnického managementu, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

³Následná intenzivní péče, Vojenská nemocnice Olomouc, Česká republika

⁴Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Abstrakt

Úvod: V kontextu historického vývoje se ošetrovatelství transformovalo na výlučně ženský obor. Příspěvek předkládá informace týkající se působení mužů v rolích sester, v kontextu jejich motivace a výkonu povolání.

Vlastní text: Profese všeobecné sestry je ve společnosti stále vnímána jako pomáhající a pečující. Genderové stereotypy profese upevňují sdělovací prostředky, filmy nebo seriály. Pro volbu ošetrovatelského povolání se muži rozhodují na základě více motivačních faktorů, např. jsou motivováni potřebou práce s lidmi, touhou o někoho pečovat, jistotou zaměstnání, finanční stabilitou, možnostmi odborného vzdělávání nebo práce se zdravotnickou technikou. K setrvání v profesi přispívá pocit užitku a radosti z pomoci pacientům, možnost pracování na sobě, celoživotní vzdělávání, kariérní a finanční růst.

Muži jako všeobecné sestry jsou napříč společnostmi vnímáni různě. Pozitivní hodnocení převládá. Mužští pacienti si myslí, že muži patří do ošetrovatelství proto, že se dokáží lépe vypořádat se stresem než ženy. Ženy – pacientky ve většině případů preferují, aby o ně pečovaly sestry stejného pohlaví. Všeobecné sestry kolegyně přijímají sestru - muže pozitivně, dokonce si je často volí do vedoucích pozic. Důvodem jsou schopnosti mužů udržovat kolektiv v harmonii, snaha vyhnout se rutinním postupům, odhodlání zavést razantnější změny a narovnávat prostředí mezi lékařem a sestrou. Mužům samotným na jimi zvolené ošetrovatelské profesi vadí systém vzdělávání. V drtivé většině je vzdělávání orientováno na výuku žen a tím podporuje a prohlubuje stereotypy. Didaktika kvalifikační přípravy by měla obsahovat příběhy mužů v ošetrovatelství tak, aby se studenti mohli s nimi identifikovat.

Záver: Nárůst počtu mužů působících v rolích sester úspěšně nabourává zažitá stereotypy, což by mohlo napomoci zviditelnění ošetrovatelské profese a podpoření rozvoje partnerského vzťahu mezi lékařem a sestrou v rámci zdravotnického týmu.

Kľúčové slová: Všeobecná sestra. Muž. Role sestry. Volba povolání. Ošetrovatel'ství. Genderový stereotyp.

Kontaktná adresa:

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatel'ství

Hněvotínská 3

790 11 Olomouc

e-mail: zdenka.miksova@upol.cz

TELESNÁ HMOTNOSŤ ŽIEN V MENOPAUZE

Eva Moraučíková¹, Mária Kopáčiková¹

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Fyziologické zmeny spojené s menopauzou majú významný vplyv na celkové rozloženie telesného tuku a tukového tkaniva. Nakoľko rozloženie tukového tkaniva intraabdominálne býva ovplyvnená aj vekom, je dôležité zvážiť túto premennú pri diskusii o vplyve menopauzy na distribúciu tukových tkanív. Prírastok hmotnosti v menopauze pravdepodobnejšie súvisí so zmenami, ktoré prichádzajú s procesom starnutia a s nesprávnym životným štýlom ako so samotnou menopauzou. Nadváha a obezita ovplyvňuje výskyt nepriaznivých zdravotných stavov a závažnejších vazomotorických príznakov počas klimaktéria.

Cieľ: Príspevok prináša čiastkové výsledky (zamerané na telesné parametre probantov – telesnú hmotnosť, BMI, WHtR a ich vplyv na výskyt chronických ochorení) dotazníkového výskumu, ktorý bol realizovaný v rámci projektu KEGA č. 029KU-4/2016 An empirical study of the impact of menopause on women's health.

Metódy: Vo výskume, ktorý bol realizovaný v rámci projektu bol použitý štandardizovaný dotazník WHOQL, ktorý bol doplnený o položky vlastnej konštrukcie.

Výsledky: Počet respondentov zapojených do výskumu bol 108. Priemerný vek respondentov – žien bol $\bar{x} = 55,84$ rokov.

	m	minimum	maximum	medián	SD
výška	165,31	156,00	175,00	165,00	4,677
hmotnosť	77,94	56	105	77,50	11,70
BMI	28,48	20	39	28,50	4,157
pás	87,49	62	123	80	13,255
bedrá	105,77	82	138	115	11,894

Výsledok BMI svedčí o nadváhe. U 67 respondentiek prišlo ku nárastu hmotnosti v období menopauzy v priemere o 9,32 kg. Pomer obvodu pásu a telesnej výšky bol (Waist to Height Ratio) - WHtR = 0,53; čo predstavuje zvýšené riziko výskytu kardiovaskulárnych ochorení.

	Sum of squares	df	Mean square	F	Sig.
Between groups	18,365	17	1,080	6,286	,000

p<0,05

Výsledok testu ANOVA, naznačuje, že medzi výskytom chronických ochorení a výškou BMI existuje štatistická závislosť. Na základe vyššie uvedeného môžeme konštatovať, že hypotéza, ktorá bola stanovená H: Respondenti s BMI>25 trpia chronickým ochorením sa nám potvrdila. V nami sledovanom súbore sa vyskytli ochorenia: osteoporóza, ischemická choroba srdca, hypertenzia, diabetes mellitus a ochorenie ciev dolných končatín.

Záver: Ženy majú tendenciu nepersonalizovať prítomnosť rizikových faktorov (nadváha, obezita) a majú pocit, že sa ich to netýka. Táto mylná predstava znižuje ich aktivitu vo vzťahu k preventívnym opatreniam. Najdôležitejším preventívnym opatrením pre úpravu telesnej hmotnosti je zmena životosprávy, ktorá priaznivo ovplyvní výskyt rizikových faktorov a významne redukuje mortalitu.

Kľúčové slová: Žena. Menopauza. Obezita. BMI.

Kontaktná adresa:

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Katedra ošetrovatel'stva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

PŘIDĚLOVANÁ - OPOMÍJENÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Eva Mynaříková¹, Eva Janíková^{1,2}, Ilona Plevová², Darja Jarošová², Renáta Zeleníková²

¹Úsek ošetrovatelské péče, Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

²Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Implicitní přidělování péče sestrami způsobuje neprovedení nezbytných ošetrovatelských činností pacientovi. Zvyšuje se tím riziko negativních výsledků u pacientů, které vedou k navyšování nákladů na zdravotní péči. V ČR se výzkumem přidělované - opomíjené péče aktuálně zabývají dva projekty (*Přidělovaná ošetrovatelská péče jako jeden z indikátorů výskytu nežádoucích událostí pacientů v nemocnicích, Přidělovaná ošetrovatelská péče ve vztahu k profesnímu pracovnímu prostředí sester*). Jejich součástí je pilotní studie testující hodnotící nástroje.

Cíl: Cílem pilotní studie bylo porovnat množství, druh a příčiny opomíjené ošetrovatelské péče v České republice a na Slovensku, dále zjistit psychometrické vlastnosti slovenské a české verze měřicího nástroje.

Metodika: Pro měření přidělované - opomíjené ošetrovatelské péče byl použit nástroj MISSCARE Survery (Kalisch, Williams, 2009). Soubor tvořilo 266 sester z 5 vybraných nemocnic České a Slovenské republiky s minimálně půlroční klinickou praxí. **Výsledky:** Nejčastěji opomíjené ošetrovatelské aktivity souvisely s pohyblivostí, emocionálními a psychologickými potřebami pacientů. V obou zemích bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem opomíjené péče bylo personální zabezpečení. Interní konzistence měřicího nástroje (Cronbach alfa) byla 0,939 pro českou verzi a 0,945 pro slovenskou verzi.

Závěr: Přidělovaná ošetrovatelská péče je novým jevem, který v ČR nebyl dosud zkoumán. Výsledky šetření přispějí k zahájení diskuze k této problematice a k získání prvních informací z výzkumu v českém klinickém prostředí.

Klíčová slova: Přidělovaná - opomíjená ošetrovatelská péče. Pilotní studie. MISSCARE Survery.

Príspevek je dedikovaný projektom NV18-09-00420 Prídělovaná ošetrovateľská péče jako jeden z indikátorů výskytu nozokomiálních nákaz a vybraných nežádoucích událostí hospitalizovaných pacientů a projektem INTER-COST LTC18018 Prídělovaná ošetrovateľská péče ve vztahu k profesnímu pracovnímu prostředí sester.

Kontaktná adresa:

Mgr. Eva Mynaříková, PhD.

Fakultní nemocnice Ostrava

Úsek ošetrovateľské péče

17. listopadu 1790

708 52 Ostrava Poruba

Česká republika

e-mail: eva.mynarikova@fno.cz

HODNOCENÍ PŘÍJMU TEKUTIN POPULACÍ 40+ V ČESKÉ REPUBLICE

Věra Olišarová¹, Valérie Tóthová¹, Sylva Bártlová¹, Vlastimila Urbanová², Kristýna Toumová¹

¹Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

²Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Dostatečný příjem tekutin je pro lidský život nezbytný. Předpokládá se, že dehydratace patří k faktorům, které se podílejí na vzniku a průběhu kardiovaskulárních onemocnění. European Food Safety Authority (EFSA) pro dospělé i seniory definuje adekvátní celkový příjem vody 2l/den u žen a 2,5l/den u mužů.

Cíl: Cílem předkládaného příspěvku je poukázat na výsledky subjektivního hodnocení příjmu tekutin populací 40+ v České republice.

Metody: Otázky mapující příjem tekutin u občanů ve věku 40 + byly součástí nestandardizovaného dotazníku využívaného v rámci řešení grantového projektu zaměřeného na role sestry v preventivní kardiologii. Sběr dat probíhal v celé České republice od 1.4.2016 - 20.4.2016. Z celkového počtu 2306 náhodně oslovených občanů souhlasilo s realizací výzkumu 1992 (86,4 %) osob. Statistická analýza dat probíhala za využití programu SASD ve verzi 1.4.12. Výsledky: Nadpoloviční většina (66,5 %) dotázaných uvedla, že jejich denní příjem tekutin je v rozmezí 600-1000ml, 29,4 % uvedlo příjem tekutin vyšší než 1000ml a zbývajících 4,1 % příjem nižší než 600ml. Bylo prokázáno, že muži uvádějí významně větší denní příjem tekutin než ženy ($p < 0,01$), občané nad 80 let pak menší denní příjem tekutin než občané ve věku do 69 let ($p < 0,001$). Dále byla prokázána souvislost s rodinným stavem a velikostí místa bydliště. Zde se ukazuje, že ovdovělí uvádějí ve významně větší míře menší příjem tekutin než ostatní ($p < 0,001$), stejně jako obyvatelé nejmenších obcí (do 1.000 obyvatel) ($p < 0,001$). Potvrzuje se role vzdělání, přičemž platí, že s růstem vzdělání roste i denní příjem tekutin ($p < 0,05$).

Závěr: Výživa patří k významným faktorům ovlivňujícím kardiovaskulární onemocnění. Předkládané odpovědi respondentů naznačují, že v české populaci 40+ stále převládá nedostatečný pitný režim. Toto zjištění vnímáme jako zpětnou vazbu, která zdravotníkům

přináší informaci o nutnosti zařazení pitného režimu coby tématu, kterému je nutné v rámci edukace věnovat pozornost.

Klíčová slova: Příjem tekutin. Populace 40+. Prevence. Sestra.

„Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu, který je podpořen z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.15-31000A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena“

Kontaktná adresa:

Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

J. Boreckého 27

37011 České Budějovice

e-mail: volisarova@zsf.jcu.cz

ŽIVOTNÍ STYL A PREVENCE NADVÁHY A OBEZITY U ROMŮ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Věra Olišarová, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Romové patří v České republice k nejčteněji zastoupeným minoritám. Jejich životní styl se přímo promítá do přístupu ke zdraví a do prevence.

Cíl: Cílem příspěvku je poukázat na faktory životního stylu, které mohou ovlivnit úspěšnost aktivit spojených s prevencí nadváhy a obezity u Romů v Českých Budějovicích.

Metody: Data byla získána prostřednictvím kvalitativnímu výzkumu. Výzkumný soubor byl tvořen 25 romskými respondenty, staršími osmnácti let s hodnotou BMI ≥ 25 kg/m². Mezi respondenty bylo 8 mužů a 17 žen. K analýze dat byla využita metoda zakotvené teorie a program MAXQDA 11.

Výsledky: Z výpovědi vyplývá, že celkový životní styl ženy charakterizují spíše jako aktivní, muži naopak spíše jako sedavý. Ženy jej mají spojený zejména s úklidem a různými aktivitami souvisejícími se zajištěním chodu domácnosti a péčí o děti. Téměř všichni se shodují, že si rádi odpočinou. Naplnění všedního dne respondentů vycházelo z jejich pracovního zařazení. Pouze dva muži uvedli nějaký druh zaměstnání. Z pohledu volnočasových aktivit patřilo k nejčteněji zmiňovaným sezení u počítače, sledování televize, kontakt se známými, rodinnými příslušníky, pospávání. Pohybové aktivity byly zmiňovány minimálně. Bylo patrné, že ti, kteří pohybovou aktivitu zmínili, si uvědomují její pozitivní dopad. Ale vůle k dosažení a udržení tvalých změn byla nedostatečná. Z pohledu prevence bylo zjištěno, že s respondenty jejich ošetřující lékaři o hmotnosti či rizikovém chování nemluví. Zároveň bylo zjištěno, že nadpoloviční většina respondentů kouřila. V případě užívání alkoholu jsme se v odpovědích setkali i s častějším užíváním, ale převažovalo příležitostné užití alkoholu či žádná konzumace.

Závěr: Získaná data potvrzují, že mezi výrazné faktory, které se na vzniku nadváhy a obezity podílejí, u Romů patří právě životní styl spojený s fyzickou inaktivitou, rizikovým chováním. Při realizaci preventivních opatření je proto nezbytné vycházet i z individuálních charakteristik cílové skupiny.

Klíčová slova: Rom. Nadváha. Obezita. Životní styl. Prevence.

Kontaktná adresa:

Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatel'ství, porodní asistence a neodkladné péče

J. Boreckého 27

37011 České Budějovice

e-mail: volisarova@zsf.jcu.cz

CHIRURGICKÝ DÝM, HROZBA PRO PERSONÁL OPERAČNÍCH SÁLŮ

Petra Pavlová

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, Fakulta zdravotnických studií,
Univerzita Pardubice, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Práce na operačních sálech přináší personálu fyzickou a psychickou zátěž, ale také specifická rizika, se kterými se zdravotníci z jiných oddělení setkat nemusejí. Chirurgický tým je vystavován vlivům anestetik, která unikají do ovzduší, vlivům rentgenového záření, účinkům chemických látek, alergenům, infekci, škodlivému chirurgickému kouři atd. Cílem posteru je upozornit na nebezpečí a závažnost problematiky chirurgického kouře. Chirurgický dým vzniká při termální destrukci tkání za použití elektrochirurgie. Protože je z 95 % tvořen z vody, stává se vhodným nosičem krevních fragmentů, buněčných struktur, virů a bakterií. National Institute for Occupational Safety and Health již v roce 1998 upozornila na mutagenní účinky a toxicitu výparů. Zároveň varovala na možný přenos virů jako jsou např. HIV, HPV aj. Z kouře je též možné extrahovat neporušené rakovinné buňky a inaktivní řetězce lidské DNA.

Závěr: Na významnost problematiky reagovala Association of periOperative Registered Nurses a chirurgický kouř zařadila mezi perioperační rizika. Proto, aby rizika a výskyt nežádoucích událostí byly minimalizovány, je třeba důsledně dodržovat standardy, ctít zásady osobní ochrany, a zabývat se výzkumem zaměřeným na adekvátní ochranu před pracovními perioperačními riziky. Právě Ti, kteří pracují v infekčních, a tedy rizikových podmínkách, mají být hlavními iniciátory, kteří se prevencí perioperačních rizik zabývají.

Klíčové slova: Chirurgický kouř. Operační sály. Perioperační personál. Rizika.

Kontaktní adresa:

Mgr. Petra Pavlová, PhD.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Průmyslová 395

530 02 Pardubice, e-mail: petra.pavlova@upce.cz

VÝŠE FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ VYNAKLÁDANÝCH OBČANY ČESKÉ REPUBLIKY DO SPORTOVNÍCH AKTIVIT V KONTEXTU PREVENCE A LÉČBY KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Radka Prokešová¹, Valérie Tóthová², Věra Olišarová³

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, České Budějovice, Česká republika

^{2,3}Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Sportovní aktivity nepochybně patří mezi významné faktory, kterými lze ovlivnit u jedinců vznik a rozvoj kardiovaskulárních onemocnění. Cíl: Cílem tohoto příspěvku, vycházejícího z realizovaného projektu podpořeného z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.15-31000A s názvem „Intervenční postupy v preventivní kardiologii“, bylo zjistit, popsat a vyhodnotit souvislosti výše finančních prostředků vynakládaných občany ČR do sportovních aktivit v kontextu prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění v relaci s jejich vzděláním, zaměstnáním a rodinným stavem. Metody: Výzkum byl realizován s využitím kvantitativní výzkumné strategie, pomocí nestandardizovaného dotazníku. Výzkumný výběrový soubor složený z 1992 občanů ČR (937 mužů a 1055 žen) svou strukturou odpovídal složení všech občanů ČR a vykazuje znaky reprezentativnosti z hlediska regionů (krajů), pohlaví a věku. Výsledky:

Výsledky výzkumu prokázaly statisticky významné souvislosti mezi výší finančních prostředků vynakládaných obyvateli ČR v průměru za měsíc do sportovních aktivit v kontextu prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění ve vybraných souvislostech. V souvislosti se vzděláním více do sportovních aktivit investují respondenti s vyšším, zejména pak vysokoškolským vzděláním, méně občané se základním vzděláním či vyučením. Ve vztahu k zaměstnání více do sportovních aktivit investují občané v zaměstnaneckém poměru a podnikatelé, méně naopak starobní a invalidní důchodci. V relaci s rodinným stavem více do sportovních aktivit investují svobodní, méně ovdovělí, což může být následkem toho, že v České republice dochází ke změně struktury obyvatelstva.

Závěr: Výsledky výzkumu prokázaly statisticky významné souvislosti mezi výší finančních prostředků vynakládaných obyvateli ČR v průměru za měsíc do sportovních aktivit v kontextu

prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění ve vybraných souvislostech, a to s jejich vzděláním, zaměstnáním a rodinným stavem.

Klíčová slova: Sportovní aktivity. Finanční prostředky. Vzdělání. Zaměstnání. Rodinný stav.

Kontaktní adresa

Ing. Radka Prokešová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích

Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

e-mail: rprokes@zsf.jcu.cz

NARATÍVNA TERAPIA V OŠETROVATEĽSTVE

Marek Rabinčák^{1,2}

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, študent PhD, Slovenská republika

²Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o., Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Vyskyt depresívnej poruchy podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie má celosvetovo stúpajúci charakter. Depresia je duševná porucha, ktorá je spojená s vysokou mierou chorobnosti a funkčného poškodenia. Liečba tejto poruchy zahŕňa biologické metódy, psychoterapeutické a psychosociálne liečebné postupy. Psychoterapeutická liečba znižuje množstvo relapsov a recidív, redukuje reziduálnu symptomatiku, zlepšuje interpersonálne fungovanie, zlepšuje sociálnu a pracovnú adaptáciu, zlepšuje adherenciu k liečbe a zlepšuje komorbidity.

Jadro práce: Cieľom príspevku bolo popísať depresívnu poruchu, terapeutické metódy a ošetrovatel'ské intervencie u pacienta trpiaceho depresívnou poruchou. Bližšie sa zaoberáme naratívnou systemickou psychoterapiou a jej uplatnením v samotnej liečbe. Samotný prístup aplikovala sestra s pokročilou praxou v ošetrovatel'stve po skončení psychoterapeutického výcviku v danom smere. Naratívny psychoterapeutický prístup ide do hĺbky ľudskej komunikácie, pracuje s jazykom, s jeho zamlčanými významami, so vzoracami myslenia a usiluje sa o efektivitu a užitočnosť vzájomnej komunikácie. Naratívny (na príbeh orientovaný) prístup nám umožňuje riešiť problémy v širších súvislostiach a tak pacient v spolupráci s naratívnym terapeutom nachádza účinnejšie a trvalejšie riešenia.

Záver: Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu pracovníkov poskytujúcich starostlivosť o pacientov s duševným ochorením. Samotný potenciál, ktorým disponujú sestry je nenahraditeľný a pre pacienta prínosný. Rozvíjanie ošetrovatel'stva, ponechanie kompetencií sestram a podpora odborného rastu sestier sú v súčasnej dobe v oblasti duševného zdravia viac ako potrebné.

Kľúčové slová: Naratívna terapia. Ko-terapia. Ošetrovatel'stvo. Psychoterapia. Depresia.

Kontaktná adresa

PhDr. Marek Rabinčák

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

email: marek.rabincak@gmail.com

PRÁCE SESTRY NA OPERAČNÍM SÁLE DŘÍVE A DNES

Kateřina Ratislavová, Blanka Drápelová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Na operačních sálech pracují registrované všeobecné sestry nebo porodní asistentky, většinou se specializací v oboru perioperační péče. Instrumentování na operačním sále bylo jedním z prvních oborů specializačního vzdělávání sester, jeho tradice sahá až do 50. let 20. století. Sestra pro perioperační péči má na starosti pacienty před operačním výkonem, v jeho průběhu asistuje operátorovi a bezprostředně po operačním výkonu o pacienta pečuje. V historii se měnilo především pracovní prostředí, pomůcky a vybavení v práci sester při péči o pacienta na operačním sále.

Cíl: Historický exkurz do práce sestry na operačním sále na konci 20. a začátku 21. století

Metody: Historická analýza

Výsledky: V 50. letech 20. století vznikaly operační sály s platnými stavebně-technickými opatřeními, které by však v dnešní době neobstály. Klimatizací byla vybavena jen nejnovější a nejmodernější pracoviště. V roce 2005 (dle Vyhlášky č.195/2005 Sb.) byl zaveden tzv.bezpodávkový systém a individualizace obalových jednotek určených pouze pro jednoho pacienta. Kromě jiného se za posledních několik desítek let změnila významně péče o nástroje, operační oblečení, jsou jiné způsoby sterilizace a organizace sterilizace, která je v současné době většinou centrální.

Závěr: Práce sestry na operačním sále stále vyžaduje přesnost, vysokou koncentrovanost, dokonalou kooperaci s ostatními členy týmu a velkou míru trpělivosti. Důležité je sledování nových trendů v perioperační péči, znalost moderní techniky a přístrojů, které jsou v práci na operačním sále využívány. V rámci projektu Vnitřní soutěže ZČU jsme vytvořily vzdělávací materiál a video nahrávky, které mohou zvýšit kvalitu vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek v perioperační péči.

Klíčová slova: Operační sály. Perioperační sestry. Sterilizace. Historie.

Kontaktní adresa:

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence

Univerzitní 8

300 00 Plzeň

Česká republika

e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM PŘI ROZHODNUTÍ O OPTIMÁLNÍ LÉČBĚ NEMOCNÉHO S DUKTÁLNÍM ADENOKARCINOMEM PANKREATU

^{1,2}Miroslav Ryska

¹Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

²Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha, Česká republika

Každý pacient s karcinómom, ktorý neprochází optimálně vyspělým zdravotnickým systémem sociálního státu, potencionálně neefektivně čerpá finanční prostředky z celkového budgetu (1). Kvalita poskytnuté péče přímo souvisí s efektivně vynaloženými náklady (2). V České republice začaly multidisciplinární týmy významněji fungovat v rámci specializovaných center před 10 lety z iniciativy chirurgů, kteří prosadili úhradovou institucionalizaci těchto týmů kódem 51881 (3).

Ten byl plátcům zdravotní péče, v případě KRK v souladu s interními a radiačními onkology, gastroenterology a rentgenology, navržen jako signální s tím, že multioborové rozhodnutí o optimální terapii u konkrétního pacienta by bylo podmínkou úhrady poskytované zdravotní péče. Konsensus v léčbě znamená i optimální nákladový cost/benefit. Stále chybí klinický doporučený postup, kterým by se činnost MDT u konkrétního onkologického pacienta řídila.

Pozitivní zprávou je postupné mezioborové ovlivnění znalostí a zkušeností v průběhu činnosti MDT mezi jednotlivými lékaři podílející se na diagnosticko - terapeutickém procesu u konkrétního nemocného.

Duktální adenokarcinom pankreatu (PC), s nejhorší prognózou, tvoří 85 % malignit tohoto orgánu. Zbytek připadá na vzácné primární tumory, malignizované cystické tumory, neuroendokrinní tumory a sekundární metastatická postižení. V širším klinickém pohledu lze mezi malignity hlavy pankreatu počítat i karcinom distálního žlučovodu a maligní ampulom - vyžadují shodnou chirurgickou terapii a přístup. Ampulom má oproti PC a karcinomu žlučových cest výrazně lepší prognózu.

PC je v současnosti považován za velký zdravotní problém tzv. rozvinutých zemí. V současné době incidence, v závislosti na geografickém regionu, přesahuje 15 - 20 nových případů/100.000 obyvatel. V České republice se tak ročně jedná o 2.100 nových onemocnění. Naše populace dosahuje v posledních statistikách první místo v incidenci v Evropě (4).

Očekává se, že incidence do roku 2030 by mohla být oproti dnešku více než dvojnásobná. Nehledě ke skutečnosti, že prevalence oproti incidenci v posledním období dle dat Národního onkologického registru (NOR) narůstá, PC by tak mohl být jednou z nejčastější příčiny úmrtí na solidní zhoubný nádor v průběhu následujících 10 – 15 let.

V posledním období je patrná zjevná snaha o vytvoření optimálního diagnosticko - léčebného postupu. Vzniká celá řada doporučení (5- 9).

Nejefektivnější léčebnou modalitou s kurativním záměrem u nemocného s PC je radikální odstranění postižené části slinivky se standardní lymfadenektomií (10) a to v podobě pankreatoduodenektomie nebo levostranné pankreatektomie se splenektomií, v závislosti na lokalizaci nádoru. Totální pankreatektomie je u PC indikována poměrně výjimečně, asi v 11 % (11).

Členění pacientů podle lokální pokročilosti či přítomnosti diseminace právě odpovídá současným možnostem resekci provést:

Neresekabilní (U - unresectable): přibližně u 65 % pacientů s PC se jedná o lokálně neresekabilní nádor (LAD - locally advanced disease) či o přítomnost diseminace (M1). U této skupiny nemocných je indikována, v závislosti na celkovém zdravotním stavu nemocného (PS - performance status), nebo po dohodě s pacientem, paliativní chemoterapie či symptomatická léčba (zejména analgetická se zajištěním žlučové drenáže při stenóze terminálního choledochu). U paliativní chemoterapie je podmínkou morfologické vyšetření nádoru.

Borderline resekabilní nález (BR): na základě výsledku zobrazovacích metod lze u cca 15 % nemocných lokální pokročilost na základě tzv. borderline konceptu (12) hodnotit jako hraničně resekabilní, a to z důvodů žilní či arteriální angioinvaze. Podmínkou dalšího postupu je též morfologické potvrzení přítomnosti PC. Výsledek následné neoadjuvantní chemo(radio)terapie (v současné době upřednostňovaný FOLFIRINOX) se zhodnotí pomocí tzv. re-stagingového CT (v podobě MDCT – multidetektorová výpočetní tomografie). Regrese nádoru (v USA) či absence jeho progresu (v Evropě) znamená u přibližně 30 % pacientů této skupiny indikaci k resekčnímu výkonu (13).

Primární resekci (R - resectable) lze provést u přibližně 20 % nemocných, u kterých angioinvaze není předoperačně prokázána. Na některých pracovištích do této skupiny zařazují i pacienty s ohraničenou nádorovou infiltrací portomesenterického žilního segmentu (PMS) (14). I u této skupiny nemocných představuje podání neoadjuvantní chemoradioterapie určité výhody, u nás se však v souladu se současnou evropskou klinickou praxí mimo klinické

studie nepodáva. Cieľom chirurga je radikálna resekcia s minimálnym rizikom časných pooperačných mortalít a morbidít. Nicméně časnou pooperačnou komplikáciou zaznamenáme u viace než poloviny nemocných. Úsilie je nasmerované na čo najrychlejšie jej riešenie a na čo najmenšie predĺženie priemernej doby hospitalizácie, než bychom ohrozili pacienta.

Současnými príčinami častej beznadeje, ako u pacientov s PC, tak i u časti lekárov, sú omezené možnosti prevencie a časných diagnostík, radikálna resekcia slinivky so vznikom častej recidivy v priebehu 12 - 24 mesiacov po operácii, malá efektívnosť systémovej protinádorovej liečby a krátkodobé prežívania liečených nemocných s mediánom 18 - 23 mesiacov a 5-ročným prežívaním menším než 10 % (data NOR). Alternatívne metódy liečby – protonová terapia, lokálna chemoterapia, radiofrekvencná ablácia a ďalšie – nedoznajú širšieho klinického uplatnenia.

Dodrzenie racionálneho diagnostického postupu s včasným rozhodnutím MDT o adekvátnej terapii, a jej provedenie, znamená nejen u časti nemocných zlepšenie šance na prežitie, ale i zlepšenie kvality života tých pacientov, u ktorých nelze pro pokročilosť onemocnenia radikálnu resekčnú výkon provést (15). Týmto postupom lze zmenšit podíl nemocných, ktorí trávi zvyšujúcu časť života ve zdravotníckem zariadení, mnohdy s klamnou nadějí na uzdravení.

Kontaktná adresa:

prof. MUDR. Miroslav Ryska, CSc.

Katedra ošetrovatel'stva,

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Trnavská univerzita v Trnave.

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PORODNÍ BOLESTÍ

Eva Šalanská^{1,2}

¹Fakulta zdravotnických studií v Pardubicích, Univerzita Pardubice, Česká Republika

²Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem, Česká republika

Úvod: Porodní bolest je specifický porodnický fenomén akutní bolesti (Mander, 2014, s. 49). K pochopení porodní bolesti je důležité znát komplexně fyziologické a psychologické aspekty jejího vzniku, management bolesti. Zdrojem porodních bolestí je pravděpodobně rozpínání měkkých tkání porodních cest, tlak hlavičky plodu na porodní cesty a hormonální vliv. Porodní bolest pomáhá ženám hledat různé úlevové polohy, které napomáhají sestupu plodu a urychlení samotného porodu. Pozitivním vlivem porodní bolesti je navázání pevného kontaktu mezi matkou a dítětem, změna sebehodnocení ženy, změna její role v životě ženy (Pařízek, 2018, s. 149). **Z toho důvodu, zde vystává mnoho otázek, např. zda se snažit o bezbolestný porod, ano či ne?** Málek udává (2009, str. 33), že hlavním krokem k přístupu k bolesti je její hodnocení a posléze výběr vhodné intervence. Výzkum disertační práce se bude zabývat komplexní problematikou hodnocení porodní bolesti, hodnotícími škálami v porodní asistenci a jejich komparací. Výstupem práce bude záznamový arch hodnotící porodní bolest pomocí vybrané hodnotící škály spolu s doporučením pro porodní asistentku, jak pomoci ženě s porodní bolestí s využitím vhodných nefarmakologických copingových strategií.

Cíl: Hlavním cílem práce vycházejícím z problému, bude zhodnocení a porovnání validity tří hodnotících technik porodní bolesti v I. době porodní (Vizuální analogové škály (VAS); Numerická hodnotící škála (NRS); Melzackův dotazník bolesti) spolu s hodnocením intenzity děložních kontrakcí za pomoci monitorizace CTG. Druhým cílem bude vytvoření dokumentace managementu bolesti na porodní sál – hodnotící spis s využitím copingových strategií.

Metoda: Výzkumný design se skládá z kvantitativního výzkumného šetření, komparace vybraných hodnotících škál (Vizuální analogová škála, VAS; Numerická hodnotící škála, NRS; Melzackův dotazník bolesti) v závislosti na děložní činnosti hodnocené pomocí CTG.

Výzkumný soubor budou tvořit ženy ve věku 18 – 45 let, rodící poprvé. Dalším kritériem pro výběr žen bude efektivita kontrakcí v I. době porodní, u kterých začal porod spontánně, bez

indukce porodu a bez využití analgetik v I. době porodní. Ženy samozřejmě budou muset souhlasit s výzkumným souhlasem na základě zachování anonymity. Respondentky budou klientky hospitalizované na porodním sále ve vybraných porodnicích v ČR. V rámci výzkumu budou porodní asistentky hodnotit u žen využití 3 technik k hodnocení porodní bolesti, jež tento fenomén kvantifikují a komparovat je mezi sebou. K analýze a interpretaci dat využijeme Spearmanův korelační koeficient.

Výsledky: Zpočátku byla provedena literární review v období listopad 2017 – květen 2018. Relevantní zdroje byly vyhledány pomocí elektronické bibliografické databáze PubMed, Web of Science, CINAHL. V rámci rešeršní strategie byla definována klíčová slova, jež byla hodnocena booleovskými operátory OR a And. Výběr studií byl dle doporučení PRISMA (Moher et al., 2009, s. 1009), kdy z celkem 32 rešerší splňovalo kritéria 10 článků.

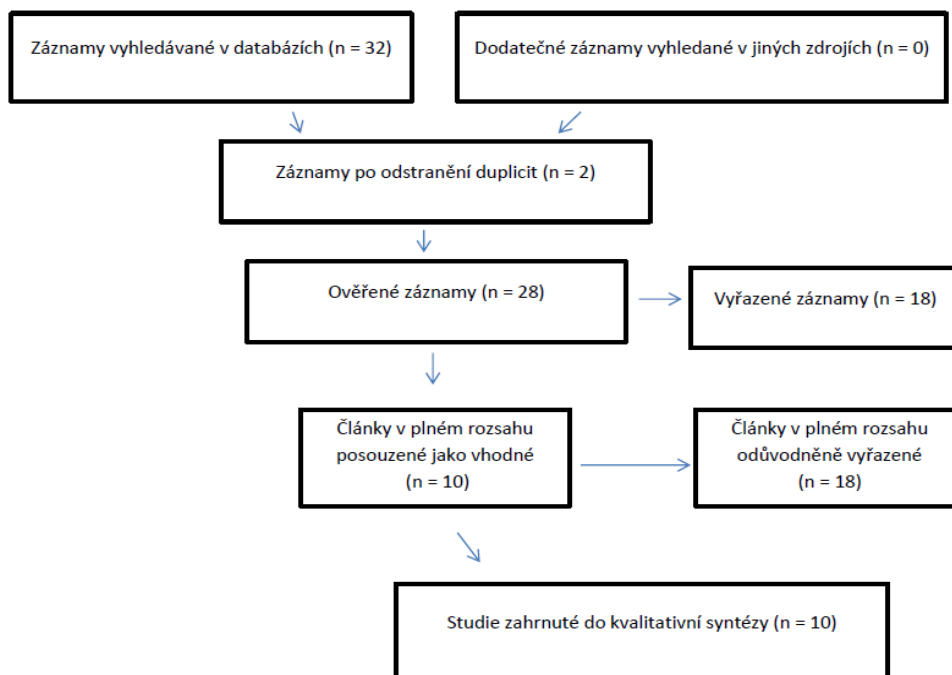
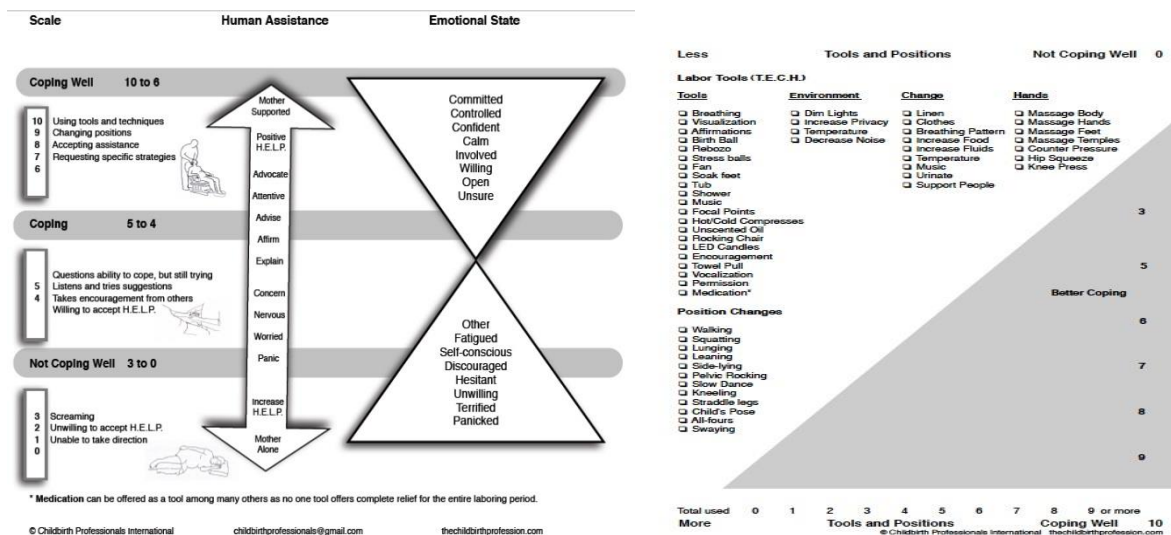


Schéma 1 Proces výběru a třídění studií

Na podkladě rešerše byly vytyčeny cíle, metodika a zvolena metoda (škály pro hodnocení porodní bolesti). Pozitivní efekt porodní bolesti a její netlumením farmakologickými metodami potvrzují výzkumy z Velké Británie, Irska (Escott et al., 2004; Slade at al., 2000; Leap et al., 2010), Ameriky (Roberts et al., 2010; Gibson, 2014, Austrálie (Whitburn et al., 2014). Výzkumy poukazují na to, že porodní bolest není příliš hodnocena a pokud tak se v

porodníctví nejčastěji využívá metoda analogové stupnice intenzity bolesti (Visual Analogue Scale, VAS), díky které se zjišťuje momentální stav, dynamické změny v čase. Ve světě se k hodnocení porodních bolestí nejvíce využívá Melzackův dotazník, který se využívá na základě multidimenzionálního pojetí bolesti (Mander, 2014, s. 51). Tyto výzkumy dále prokázaly, že informované ženy, spolupracující s porodní asistentkou, které jsou dostatečně informovány jak před porodem, tak v průběhu porodu, lépe přijmou to, že porod bolí, dokáží prožívat porodní bolest pouze za využití nefarmakologických copingových strategií jako jsou relaxace, dýchání, hydroterapie, samotný porod a mateřství komplexně. Obsahem práce bude nyní komparace hodnotících technik porodní bolesti a k tvorbě záznamového archu pro hodnocení porodní bolesti s výběrem vhodné copingové strategie při poskytované péči rodící ženě, na což poukazuje nový nástroj na hodnocení porodní – The Labor Coping Scale (Childbirth Professionals International, 2018), který bude podkladem k tvorbě záznamového archu.



Obrázek 1, 2 Labor Coping Scale 1 a 2 část (Childbirth Professionals International, 2018)

Závěr: Práci s problematikou zabývající se hodnocením porodní bolesti, hodnotícími technikami porodní bolesti a posléze zvolení vhodné nefarmakologické intervence – copingové strategie, jsem si zvolila z důvodu, neboť porodní bolest je specifický porodnický fenomén, lišící se od klasických bolestí a je ovlivněna mnoha faktory. Navíc porodní bolest je v ošetrovatelství v porodní asistenci často podhodnocována a přistupuje se k ní spíše z negativního hlediska a trendem je její tlumení pomocí farmakologickými metodami bez jakéhokoli zhodnocení stavu ženy a plodu. Tím vším dochází k narušení přirozeného procesu

porodu a vznikajú tak časté porodnické komplikácie. Hlavní výhodou komplexní péče o rodící ženu s porodní bolestí, její hodnocení a snahou pomoci ženě za využití nefarmakologických metod – copingových intervencí, výběr vhodné strategie při práci s porodní bolestí vede k lepší spolupráci s rodičkou a eliminace možných porodnických komplikací, nižší užití místní analgezie (např. epidurální), méně epiziotomií, méně operativních vaginálních porodů, což posléze vede k lepšímu přístupu k mateřství obecně nezasahování do porodního procesu.

Klíčová slova: Copingové intervence. Hodnotící škály. Porodní bolest. Porodní asistentka.

Kontaktní údaje:

Mgr. Eva Šalanská

Fakulta zdravotnických studií Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, v Ústí nad Labem

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Velká Hradební 13

Ústí nad Labem 400 01

Telefon: 776 778 179

E-mail: eva.salanska@ujep.cz

SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ UMÍRÁNÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ Z PERSPEKTIVY PEČUJÍCÍHO - INTERPRETATIVNÍ FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA (IPA)

Lenka Šáteková¹, Šárka Šaňáková¹

¹Ústav ošetrovatel'ství, Fakulta zdravotnických věd, Palackého Univerzita v Olomouci, Česká Republika

Abstrakt

Úvod: V konečných fázích života člověka je v současné době jedním z klíčových aspektů péče o rodinu. Rodinní pečující jsou často intenzivně zapojeni do péče o umírajícího. Čelí mnoha výzvám a potížím. V České republice absentují kvalitativní výzkumné studie zaměřené na tuto problematiku.

Cíl: Cílem případové studie bylo zjistit zkušenosti rodinného příslušníka s péčí o umírajícího v domácím prostředí.

Metody: Byl zvolen design případové studie. Sběr dat byl zajištěn pomocí hloubkového rozhovoru s následným využitím interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Výsledky: Bylo identifikovaných 5 hlavních témat, ve kterých rodinná pečující popsala svou zkušenost: Převzetí odpovědnosti za péči (nanominování se do péče, pečující jako držák, boj za potřeby umírajícího); Zajištění potřeb; Rodinná pospolitost (respekt, stmelení, rozloučení); Přínosy péče (setkání se smrtí odkryje netušené, změna postojů); Všechno zvládnout sama (odmítání vs. přijetí pomoci). Zásadním se stává okamžik rozhodnutí pečovat o svého blízkého a jako určující faktor se jeví právě téma rodinné pospolitosti a soudržnosti. Pro rodinnou pečující byla také velice důležitým momentem nepodpora v léčbě bolesti ze strany profesionální zdravotní péče.

Záver: Z analýzy případu vyplývá, že pro péči o umírajícího v domácím prostředí má výrazný vliv rodina a vztahy v rodině, které tvoří podpůrnou síť. Přestože péče o umírajícího rodinného příslušníka je těžká a náročná, přináší nové poznání o sobě. Pečující této zkušenosti nelituje a je připravená v případě potřeby ji zopakovat.

Príspevek je dedikovaný k projektu IGA_FZV_2018_005.

Kľúčová slova: Rodinný pečovateľ. Zkušenosť. Umieranie. Domáci péče. Interpretatívni fenomenologická analýza.

Kontaktná adresa:

Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Palackého Univerzita v Olomouci

Ústav ošetrovatel'ství

Hněvotínská 976/3

775 15 Olomouc

e-mail: lenka.satekova@upol.cz

MOŽNOSTI REALIZACE INTERVENCIÍ V KARDIOPREVENCI

Lenka Šedová¹, Valérie Tóthová¹, Věra Olišarová¹, Marek Zeman², Vlastimila Urbanová³

¹Ústav ošetrovatel'ství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

²Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

³Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Kombinace kognitivně behaviorální terapie a prvků motivačních rozhovorů je základem pro vedení edukace v oblasti úpravy životosprávy v kardioprevenci.

Cíl: Cílem experimentální studie bylo prokázat efekt individuálních a skupinových intervencí v preventivní kardiologii.

Metody: K realizaci intervencí jsme využili kombinaci prvků kognitivně behaviorální terapie a prvků motivačních rozhovorů. Intervence probíhaly skupinově i individuálně. Standardní paleta vyšetření před a po intervenci zahrnovala antropometrické měření, bioimpedanční stanovení celkového tuku, vyšetření lipogramu ze žilní krve, standardizované dotazníky Proces změny a SF 36. V příspěvku se zaměřujeme na prezentaci dílčích výsledků 13-ti probandů, kteří prošli individuální intervencí. V souboru bylo zastoupeno 5 mužů, průměr věku 56 let, a 8 žen s věkovým průměrem 65 let. Všichni probandi byli léčeni s kardiovaskulárními chorobami (ischemický typ) a byli nekuřáci.

Výsledky: Z výsledků je patrné, že ve vybraných parametrech (BMI, celkový tuk, krevní tlak, celkový cholesterol, LDL cholesterol, triglyceridy) došlo ke změnám ve smyslu snížení průměrných hodnot. Z výsledků vyhodnocení standardizovaných testů (SF 36, Proces změny) při porovnání před a po intervenci jsou zřetelné rozdíly v průměrném skóre. V dotazníku Proces změny jsme zaznamenali zlepšení v doménách Zvyšování znalostí, Sebeodměňování a Vlastní upomínání. Z dotazníku SF 36 došlo ke změnám oblasti domén Celkové zdraví a Emoční pohoda.

Závěr: Subjektivní vyjádření probandů na absolvovanou intervenci mělo pozitivní charakter. Respondenti uvedli, že díky této řízené intervenci zvýšili svůj znalostní kapitál o vztahu ovlivnitelných rizikových faktorů a kardiovaskulárních nemocí, dále se většině povedlo

zlepšit životosprávu predovšetím ve stravovaní (pravidelnost) a v pohybových aktivitách (navýšení podílu za týden).

Kľúčové slová: Kardiovaskulárni onemocnění. Edukační činnost sestry. Intervence.

Príspevek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu, který je podpořen z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č.15-31000A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena“

Kontaktná adresa:

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26, České Budějovice 37005

e-mail: lshedova@zsf.jcu.cz

PREVENCE IMCHV V SOUVISLOSTI S PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVOU

Romana ŠrajEROVÁ, Jana WICHSOVÁ

Katedra ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká Republika

Abstrakt

Úvod: Jedním ze závažných zdravotnických problémů byly, jsou a s velkou pravděpodobností i nadále budou infekce (Čurdová a Dolejší, 2014). IMCHV - infekce v místě chirurgického výkonu je druhou nejčastější nozokomiální nákazou, která se vyskytuje zhruba ve 25 %. Vznik této infekce souvisí s operačním výkonem a porušením integrity tělesného povrchu, kůže a sliznic (Wichsová, 2013). I přesto, že v majoritní části případů lze této infekci efektivně předcházet, je i nadále spojena se signifikantní morbiditou a mortalitou, s opakovanou či déletrvající hospitalizací a s vysokými ekonomickými výdaji na léčbu. Proto má pro prevenci IMCHV velký význam dodržování postupů a doporučení, které zasahují do všech fází perioperační péče - týkají se předoperační přípravy, samotného operačního výkonu a pooperační péče (Bělina, 2017).

Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda praktické/všeobecné sestry dodržují zásady prevence IMCHV v předoperační přípravě.

Metody: Výzkumná část diplomové práce je prováděna metodou kvalitativního výzkumu. Pro výzkumné šetření byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory se uskutečňují ve vybrané nemocnici s praktickými/všeobecnými sestrami pracujícími na standardních lůžkových odděleních. Praktické a všeobecné sestry pro zařazení do výzkumu musí být ochotné spolupracovat (ochota poskytnout rozhovor). Počet respondentů zařazených do výzkumu je 5-6. Rozhovor je veden dle seznamu určitých otázek, které mohou být rozšířeny o další doplňující otázky dle průběhu rozhovoru. Následně bude prováděno pozorování praktických a všeobecných sester na daných pracovištích pro srovnání s informacemi uvedenými v rozhovorech.

Výzkum je prováděn s písemným souhlasem oslovených k rozhovoru a se souhlasem vedoucích pracovníků odborného zařízení či vedoucích pracovišť, kde bude výzkumné šetření realizováno.

Výsledky: prvotní dojmy a informace získané z části výzkumného šetření

Závěr: předběžný závěr získaný z prvních poznatků výzkumného šetření

Klíčová slova: Infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV). Prevence/profylaxe. Předoperační příprava. Infekce v ranách.

Kontaktní adresa:

Bc. Romana Šrajerová

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Průmyslová 395

532 10 Pardubice - Černá za Bory

Tel.: +420 728 364 293

E-mail: st55659@student.upce.cz

PREDIKČNÍ VALIDITA MĚŘÍCÍCH NÁSTROJŮ K HODNOCENÍ DELÍRIA – LITERÁRNÍ PŘEHLED

Blažena Ševčíková¹, Hana Matějovská Kubešová¹

¹Ústav ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita Ostrava, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Delirium je závažnou komplikací v léčebném procesu a vede k prodloužení hospitalizace dokonce až ke smrti. Pro adekvátní posouzení deliria všeobecnou sestrou lze použít některý z měřících nástrojů.

Cíl: Určit prediktivní validitu měřících nástrojů pro hodnocení deliria.

Metody: Byla zvolena metoda přehledu na základě pokročilého vyhledávání třech licencovaných a elektronických databází (EBSCO, MEDLINE, PROQUEST). Údaje byly vyhledávány v období od května 2018 do srpna 2018. Zařazovací kritéria splňovalo dvacet čtyři výzkumných studií.

Výsledky: Výzkumné studie se zabývaly prediktivní validitou šestnácti nástrojů pro určení deliria. Nejlepší hodnoty prediktivní validity vykazoval měřící nástroj The Nursing Delirium Screening scale (Nu-DESC) s hodnotami senzitivity od 65,6 % do 97,65 % a specificity od 92,30 % do 100 %. Následovaly měřící nástroje Delirium Observation Screening Scale (DOS), kdy se senzitivita pohybovala v rozmezí od 25 % do 97 %, specificita od 89 % do 98,4 % a Confusion Assessment method (CAM), s hodnotami senzitivity od 27 do 96 a specificity od 74,9 % do 96 %.

Závěry: Na základě výsledků výzkumných studií byla nejlepším hodnotícím nástrojem pro určení deliria Nu-DESC. Druhým v pořadí byl měřící nástroj DOS a následoval měřící nástroj CAM. Doporučujeme testování predikční validity tří vybraných měřících nástrojů v podmínkách české klinické praxe.

Klíčová slova: Měřící nástroj. Delirium. Sestra. Prediktivní validita.

Kontaktní adresa:

Mgr. Blažena Ševčíková

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd v Olomouci

Ústav ošetrovatelství

Hněvotínská 3

779 00, Olomouc

Telefon: 58 563 2821

e-mail: blazena.sevcikova@upol.cz

ČO MOTIVUJE ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA K ŠTÚDIU?

Alena Uričková,

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Úvod: Príspevok poskytuje náhľad na motivačné faktory študentov pri výbere ošetrovateľského povolania. Vzhľadom na nedostatok sestier na klinických pracoviskách je potrebné, aby sa inštitúcie vzdelávajúce budúce sestry zamerali na analýzu a identifikáciu práve týchto faktorov.

Vlastný text: Nedostatok študentov, ktorí vstupujú do vzdelávacieho procesu a vysoká miera úbytku kvalifikovaného ošetrovateľského personálu sú v mnohých krajinách problémom. Mnohé zahraničné výskumy, ktoré sa problematike motivácie venujú zistili, že medzi determinanty, ktoré výraznou mierou motivujú študentov k výberu povolania patria: pracovné prostredie, hodnotový systém spoločnosti, finančné ohodnotenie, vzdelávanie. Nesmieme zabúdať ani na výskumy vo vzťahu k ošetrovateľskej práci a sociálnemu obrazu povolania ako napr. z Modeny, z Perth Westernu (2016), ktoré poukazujú na to, že sesterské povolanie stratilo prestíž, najmä v porovnaní s inými možnosťami, ktoré dnešní mladí ľudia majú, hlavne ženy. Prezentujú aj faktory, ktoré negatívne ovplyvňujú výber sesterskej profesie. Medzi tieto faktory začlenili študenti: ošetrovateľskú kariéru ako manuálne ťažkú, vysoko stresujúcu, s nedostatkom rešpektu a uznania a s nízkou mzdou, teda veľmi podhodnotené zamestnanie v porovnaní s inými, pokiaľ ide o požadované povinnosti a zručnosti.

Záver: Budúcnosť sestier závisí od starostlivosti a záujmu politických a stavovských lídrov riešiť problémy. Analýza zahraničných výsledkov výskumu naznačuje, že je naliehavo potrebné, aby aj školy propagovali ošetrovateľskú profesiu medzi širokou verejnosťou.

Kľúčové slová: Študent. Motivácia. Sestra. Ošetrovatelstvo.

Kontaktná adresa:

PhDr. Alena Uričková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovatelstva

Univerzité nám. 1

917 43 Trnava

e- mail: alena.urickova@truni.sk

PÁD PACIENTA JAKO OŠETŘOVATELSKO – FILOZOFICKÝ PROBLÉM

Jana Vácová^{1,2}

¹ Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Česká republika

² Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Česká republika

Úvod: Pád je nepředvídatelné spočinutí pacienta na zemi nebo na jiném, níže položeném povrchu. Pád pacienta lze vnímat z pohledu pacienta, z pohledu sestry i z pohledu organizace poskytující zdravotnickou péči. Riziko pádu hospitalizovaného pacienta ve zdravotnických zařízeních je a vždy bude. Není v silách managementu zdravotnické organizace ani v silách sester pádu pacienta vždy a ve 100 % zabránit. Přesto je úkolem top managementu zdravotnických organizací a všech kategorií zdravotnických pracovníků pracovat na snižování rizika pádu pacienta na různých úrovních řízení ošetrovatelské i lékařské péče. Pro všeobecné sestry, lékaře i další pracovníky ve zdravotnictví je důležitým úkolem se dívat na pády nejen z individuálního hlediska pacienta, ale i z hlediska celého systému.

Vlastní text: Pád jako nepříjemná nežádoucí událost je zkoumána pomocí metod Evidence based nursing i pod vlivem filozofie, která má vliv na rozvoj ošetrovatelství, a která, pokud si chce zachovat své postavení a vliv ve společenském životě, musí na vývoj ve společnosti, potažmo i ve zdravotnictví, reagovat. Současná společnost je charakterizována jako společnost založená na poznání (knowledge based). Toto poznání bylo způsobeno prorůstáním rozvoje školského systému, zdravotní péče a sociálního zázemí společnosti společně s filozofií.

Pády postihují všechny věkové skupiny pacientů, od dětí až po seniory. Ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných jsou však pády nejrizikovější a nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnické organizaci, která komplikuje a prodlužuje léčbu. Pro seniory pád znamená nepříznivou prognózu onemocnění. Léčba zranění způsobeného pádem je dlouhodobá a náročná pro organismus seniora-křehkého člověka. Rehabilitace po operaci bývá obtížná. Pád zasahuje i do psychického stavu pacienta. Pacient z obavy z dalšího pádu odmítá vstávat z lůžka, aktivně se v lůžku pohybovat a přetáčet, zůstává podstatnou část dne v jedné, pro něj bezpečné poloze. V této oblasti narážíme na první filozofický konflikt, pokud chceme provádět ošetrovatelský proces v kontextu filozofie, podle teorie multikulturalismu i metodologie holismu.

Chceme-li se zaměřit se na prevenci pádů a na bezpečné prostředí zdravotnického zařízení, je třeba vzít v potaz dominantní působení lidského faktoru. Je důležité, aby sestry znaly svoje kompetence, měly dostatečné znalosti a dovednosti k provádění ošetrovatelské péče. Záleží na intenzitě tzv. self-efficacy sester, jak dlouho vytrvají při konání určité činnosti, tedy v zabránění pádu. Koncept self-efficacy představil poprvé Albert Bandura, kanadsko-americký psycholog. Pokud mají sestry vysokou úroveň self-efficacy vytrvají v provádění nezbytných opatření, aby zabránili pádu. Tyto výsledky výzkumů lze porovnat s filozofickým pojetím kultury.

Kultura je složitým souborem sdílených přesvědčení, hodnot a pojmů, který skupině umožňuje nacházet smysl života, dává návod, jak žít a jedinci se stávají lidmi, jakými jsou, díky tomu, že jsou nositeli určité kulturní tradice. I firemní kultura zasahuje do ošetrovatelské péče, stejně jako ošetrovatelský proces aplikovaný podle ošetrovatelského modelu. Důležité je, aby sestry spolu komunikovaly a snažily se koordinovat plánování a realizaci ošetrovatelského procesu v týmu podle firemní kultury zavedené na pracovišti managementem. Kultura, i firemní, prostupuje své jednotlivé příslušníky duševně, takže mají určitý společný způsob uvažování, tělesně, takže mají jisté základní tělesné dispozice a sociálně takže jsou k sobě navzájem v určitých charakteristických vztazích. Kulturní normy se skládají z pravidel, která detailně stanovují přijatelné způsoby mluvy, myšlení, cítění a chování.

Komplikací ošetrovatelské péče je komunikace. Znamé je rozdělení komunikace na verbální a nonverbální, ale pozastavíme se u záměrů komunikace. Tři záměry komunikace totiž ovlivňují ošetrovatelský proces. Má-li podle této teorie sestra, která hovoří něco minit a předat správně nějakou informaci, musí promlouvat se záměrem vyvolat určité účinky u pacientů. Tedy tím, co říká, něco míní a chce vyvolat nějaký účinek u posluchače. Při edukaci pacienta o riziku pádu je tedy velice důležité, aby sestra dokázala pacientovi předat informaci tak, aby pochopil, jak je pro něj důležitá a jak nedodržení doporučení může nadále ohrozit svůj zdravotní stav a vývoj své nemoci pádem. V tomto okamžiku je třeba se soustředit na beznátlakovou komunikaci, pomocí které dosáhneme s pacientem shody pomocí racionální argumentace.

Závěr: Pád pacienta lze vnímat v několika rovinách. V rovině psychiky pacienta, kterému komplikuje léčbu, oddaluje vidinu uzdravení, návrat domů z nemocnice a tím zvyšuje úzkostnost a obavy z dalšího pádu. V rovině pacientovy fyzické stránky, kdy mu pád způsobí další bolest. V rovině sestry, která poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči, kde hraje roli

její zainteresovanost v týmové práci a její zaujetí pro ošetrovatelství. Její komunikační schopnosti jsou důležité stejně tak jako touha předávat informace srozumitelným způsobem a tak, aby byly pro pacienta uchopitelné a aby pochopil jejich důležitost. Jistě každá sestra, které ve službě upadne pacient, cítí tuto nežádoucí událost jako svoje osobní selhání a musí se vyrovnat s odpovědností, kterou cítí. A v neposlední rovině je to rovina poskytovatele ošetrovatelské péče, tedy zdravotnické organizace. Pádem pacienta utrpí její prestiž, prodloužením léčby stoupají náklady. Jistě je důležité se věnovat prevenci a další edukaci personálu poskytující ošetrovatelskou péči pacientům ohroženým pádem.

Metodami evidence based nursing jsme schopni přesvědčit všeobecné sestry o nebezpečích, které na pacienty v nemocnici čekají i o důležitosti preventivních opatření a o poskytování správné ošetrovatelské péče správným způsobem správnému pacientovi na správném místě a ve správnou dobu. Ošetrovatelství je neustále vyvíjí vlivem vývoje vědy, filozofie i společnosti. Přestože se nacházíme v 21. století, musím konstatovat, že pád pacienta je stále ošetrovatelský problém.

KPůčové slová: Pád pacienta. Filozofie. Ošetrovatelství. Sestra.

Kontaktná adresa:

Mgr. Jana Vácová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

Tolstého 16

586 01 Jihlava

jana.vacova@vspj.cz

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

J. Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

VÝVOJ A VYUŽITÍ SPECIFICKÉHO NÁSTROJE MĚŘÍCÍHO KVALITU ŽIVOTA ŽEN V TĚHOTENSTVÍ (QOL-GRAV)

Eva Vachková¹, Veronika Gígalová^{1,2}, Lenka Hodačová¹

¹Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

²Akutní kardiologie JIP, I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

Abstrakt

Úvod: Problematika kvality života, které se stále nevěnuje příliš pozornosti jak u nás, tak i v zahraničí, je kvalita života žen v období těhotenství. K jejímu hodnocení se používají převážně generické dotazníky kvality života, které ale nejsou dostatečně citlivé ke specifickým biopsychosociálním změnám v těhotenství. Zjistili jsme, že neexistuje dotazník diagnostikující specifickou kvalitu života žen v období těhotenství. Rozhodli jsme se proto vytvořit specifický dotazník a validizovat ho pro rutinní využití v prenatální péči.

Výzkum probíhal v několika fázích, ve kterých se v kontextu s cíli studie kombinovaly kvalitativní a kvantitativní metody. Pro kvalitativní fázi jsme zvolili metodu diskuse v ohniskových skupinách. Celkem bylo zrealizováno 7 ohniskových skupin. Kvantitativní fáze výzkumu se zúčastnilo 204 těhotných a 200 netěhotných jako kontrolní soubor. Ženám byly zadávány dva dotazníky: generický dotazník WHOQOL-BREF standardizovaný pro českou populaci a nově zkonstruovaný specifický dotazník QOL-GRAV, při jehož vytváření jsme vycházeli jednak z výsledků kvalitativního výzkumu (ohniskových skupin), a jednak z výsledků kvantitativního výzkumu. Paradigmatický dynamický model z ohniskových skupin zachytil proměnné, které konceptualizují kvalitu života těhotné ženy. Získané údaje byly využity ke konstrukci specifického dotazníku QOL-GRAV, který po ověření a standardizaci obsahuje 9 položek, které reprezentují unidimenzionální těhotenskou škálu. Pro efektivní využití v praxi byl upraven do elektronické podoby.

Záver: Dotazník QOL-GRAV splňuje předpoklady pro individuální přístup v prenatální péči o těhotnou ženu, je schopen v průběhu těhotenství rychle a jednoduše odhalit nejen specifické somatické potíže ale i problémy v psychosociální oblasti. V současné době existuje i jeho slovenská verze. Má ale i multikulturní rozměr, s naším svolením vznikla jeho perská a thajská verze, které umožňují hodnotit kvalitu života iránských a thajských těhotných žen.

Kľúčové slová: Těhotenství. Kvalita života. Ohniskové skupiny. WHOQOL-BREF. QOL-
GRAV.

Podpořeno projektem PROGRES Q40-09 a AZV 16-28174A.

Kontaktná adresa:

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Šimkova 870

500 03 Hradec Králové

e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz

telefon: (+420) 495 816 365

BEZPEČNÁ PERIOPERAČNÍ PÉČE – PROJEKT STUDENTSKÉ GRANTOVÉ SOUTĚŽE UNIVERZITY PARDUBICE

Jana Wichsová^{1,3}, Jana Škvrňáková^{1,2}, Romana Šrajetrová¹, Andrea Horáková¹, Andrea Benešová¹

¹Katedra ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Česká republika

²Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

³Centrální operační sály Pardubické nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Abstrakt

Úvod: Prezentace je zaměřena na představení Studentské grantové soutěže, která je každoročně pořádána Univerzitou Pardubice. Do tohto projektu jsou zapojeni studenti magisterského a doktorského stupně studia a akademičtí pracovníci. Součástí Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice je i projekt Bezpečná perioperační péče.

Cieľ: Cílem projektu je prohloubit povědomí o rizicích perioperační péče. Výzkumné studie by měly upozornit na často přehlížená rizika a četnost následků nedůsledně poskytované péče v průběhu perioperačního období.

Metódy: Výzkumná šetření se zabývají nejčastějšími riziky v perioperační péči, jako je dodržování bariérového režimu operačních sálů, udržování perioperační normotermie pacienta, bezpečné elektrochirurgie. Nejčastější metodou pro sběr dat jsou dotazníková šetření, často v kombinaci s pozorováním.

Výsledky: Hlavním výsledkem projektu je zapojení studentů do výzkumné činnosti, která je podkladem pro vypracování diplomových či disertačních prací. Mezi výstupy patří prezentace výsledků šetření na konferencích, publikace které definují nejčastější rizika perioperační péče, jejich příčiny a dopady. Mimoto mohou být navržena řešení formou doporučených postupů nebo check-listů. Zdravotnickým zařízením, která spolupracují při sběru dat budou poskytnuty výsledky šetření včetně doporučených postupů nebo check-listů.

Záver: S rozvojem chirurgických oborů narůstá i potřeba vymezení bezpečné perioperační péče. Nové technologie, materiály a postupy přinášejí i nová rizika, která je třeba zohlednit v péči o pacienty aniž by utrpěla již zavedená dobrá praxe.

Kľúčové slová: Bezpečnosť. Check-list. Perioperačná péče. Riziká.

Kontaktná adresa:

Mgr. Jana Wichsová, PhD.

Katedra ošetrovatel'ství

Fakulta zdravotníckých štúdií

Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

Pardubice 532 10

e-mail: jana.wichsova@upce.cz